



**Modélisation systémique des déterminants et processus
de mise à l'échelle et de pérennisation d'innovations en
santé : une étude qualitative de cas multiples au
Burkina Faso et au Mali**

Thèse

Marietou Niang

Doctorat en santé communautaire
Philosophiæ doctor (Ph. D.)

Québec, Canada

© Marietou Niang, 2022

**Modélisation systémique des déterminants et
processus de mise à l'échelle et de pérennisation
d'innovations en santé :**

**une étude qualitative de cas multiples au Burkina Faso et au
Mali**

Thèse présentée à la Faculté des Sciences infirmières

Marietou Niang

Sous la direction de :

Marie-Pierre Gagnon, directrice de recherche

Sophie Dupéré, codirectrice de recherche

Résumé

En Afrique subsaharienne, beaucoup d'innovations en santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) sont confrontées à des fragilités environnementales, sociales, politiques, économiques, physiques, institutionnelles et elles évoluent souvent à petite échelle, de façon dispersée. Conséquemment, elles ne sont pas intégrées de façon durable dans les systèmes et organisations de ces pays. À cela s'ajoute le monopole d'une perspective techno-économique dans laquelle sont priorisées des approches verticales et rentables économiquement au désavantage de l'amélioration qualitative des pratiques et de la distribution équitable des impacts des innovations dans la société. De façon générale, il existe peu d'études scientifiques qui s'intéressent aux processus de mise à l'échelle ou de pérennisation des innovations et à leurs déterminants de succès et d'échec. S'inspirant de la théorie systémique et complexe et du paradigme des innovations sociales, cette thèse a modélisé les déterminants et les processus de mise à l'échelle et de pérennisation à partir d'une recherche empirique de trois innovations en SMNI : la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) initiée par l'État burkinabé; les Caisses villageoises de solidarité santé (CVSS) et les Comités de femmes utilisatrices (CFU) initiés par la Fédération nationale des associations de santé communautaire (FENASCOM) au Mali.

Un modèle conceptuel initial a été développé à partir de la revue de littérature et de la théorie systémique utilisée. Adoptant une méthodologie qualitative d'étude de cas multiples, chaque innovation a été étudiée comme un cas. Un ensemble de données a été collecté en utilisant différentes méthodes et sources d'information. Premièrement, d'août 2017 à juin 2018, nous avons réalisé une analyse documentaire (entrevues secondaires, rapports et notes d'organisation, etc.). Ensuite, de février à mai 2018, une immersion dans les deux pays a permis de mener des entrevues individuelles (n=45) et de groupe (n=34) auprès de personnes impliquées dans chaque innovation, de collecter des documents, de faire de l'observation non participante et de tenir un journal de bord. Enfin, l'analyse des données par contextualisation a été effectuée à l'aide du logiciel NVivo 11 pour comprendre l'évolution temporelle et spatiale des événements des cas étudiés ainsi que les raisons pour lesquelles ils ont pris une certaine tendance plutôt qu'une autre. La finalité était de conceptualiser des modèles qui émergent de l'objet d'étude.

Pour chaque cas, nous avons observé des déterminants interdépendants qui sont : les valeurs, le leadership et la gouvernance, les ressources (humaines, matérielles et de connaissances), le financement, la simplification et l'adaptation des innovations. Ces déterminants se distinguent selon que l'innovation est soutenue par un bailleur de fonds ou par les communautés et ils évoluent selon

les dynamiques internes et externes à l'innovation. Pour comprendre les conditions de réussite ou d'échec des processus étudiés, ces résultats suggèrent d'avoir une lecture systémique de ces déterminants en considérant leurs interactions et de les traiter comme un ensemble. À partir de ces résultats, nous avons pu modéliser les relations entre les différents processus d'une innovation (conception/adoption, mise en œuvre, mise à l'échelle, pérennisation) et l'environnement dans lequel elle évolue comme étant de type récursif et complexe. Ensuite, un modèle conceptuel intégrateur de la mise à l'échelle et de la pérennisation a été proposé. Il regroupe dans un continuum deux événements critiques que sont : (1) la stabilisation correspondant au maintien de l'innovation (ressources, structure, composantes, finalités des processus) et à l'ancrage institutionnel/communautaire de l'innovation ; (2) la résilience renvoyant aux capacités d'adaptation, de transformation, d'apprentissage et d'appropriation de l'innovation.

Cette thèse propose de nouvelles avenues théoriques et des recommandations pour la pratique en santé publique et communautaire qui reconnaissent les particularités contextuelles des pays à faible ressource, comme le Burkina Faso et le Mali. Spécifiquement, elle suggère que la mise à l'échelle et la pérennisation devraient être considérées comme un impératif dans les processus d'innovation pour lutter contre les inégalités sociales grandissantes dans les pays d'Afrique. Elles pourraient également favoriser des changements durables dans les systèmes, les politiques, les conditions de vie des personnes et la société en général. Pour cela, certains principes forts sont à valoriser dans les processus d'innovation, tels que la participation de toutes les parties prenantes ; le caractère dynamique et récursif des processus et des pratiques ; la mise en œuvre des pratiques inclusives axées sur l'équité, la qualité et l'équilibre des pouvoirs.

Abstract

In sub-Saharan Africa, many innovations in maternal, newborn, and child health (MNCH) are faced with environmental, social, political, economic, physical, and institutional vulnerabilities and often evolve on a small scale. Consequently, they are not sustainably integrated into these countries' systems and organizations. Furthermore, a techno-economic perspective prioritizes vertical and cost-effective approaches rather than the qualitative improvement of practices and equitable distribution of the impacts of innovations in society. Few studies focus on the processes of scaling up or sustainability of innovations and their determinants of success and failure. Based on systemic and complexity theory and the perspective of social innovation, this thesis proposes to model the determinants and processes of scaling up and sustainability based on empirical research on three innovations in MNCH: Seasonal malaria chemoprevention (SMC) initiated by the Burkina Faso State, the Village health solidarity funds (CVSS) and Women's committees of health care services users (CFU) initiated by the National Federation of Community Health Associations (FENASCOM) in Mali.

An initial conceptual model was developed based on the literature review and systemic theory. We adopted a qualitative multiple case study methodology, with each innovation constituting a case. A data set was collected using different sources of information. We conducted a documentary analysis (secondary interviews, reports, organizational notes, and more) from August 2017 to June 2018. From February to May 2018, individual (n=45) and group (n=34) interviews were conducted with stakeholders involved in each innovation in both countries while collecting documents, engaging in non-participant observation, and keeping a logbook. We completed a contextualization analysis with NVivo 11 software to understand the temporal and spatial evolution of the events studied and specific trends developed. The purpose was to conceptualize patterns that emerge from the studied phenomena.

For each case, we observed interdependent determinants: values, leadership and governance, resources (financial, human, material, and knowledge), funding, simplification, and the adaptation of innovations. These determinants vary depending on whether innovation is supported by an external funder or by the community. They evolve according to the internal and external dynamics of the innovation. These results suggest a systemic understanding of these determinants by considering their interactions and treating them as a whole to understand the conditions for the success or failure of the processes studied. From these results, we were able to specify that the relationships between the different processes of innovation (conception/adoption, implementation,

scaling up, and sustainability) and the environment in which the innovation evolves are recursive and complex. Then, we proposed a conceptual model integrating scaling up and sustainability. It encompasses a continuum of two critical events: (1) stabilization corresponding to the maintenance of resources, the structure of the innovation and its components, the purposes of the processes, and the institutional/community anchoring the innovation, and (2) resilience, or the capacity of the innovation's adaptation, transformation, learning, and appropriation.

This thesis proposes new theoretical avenues and recommendations for practices that recognize the contextual particularities of resource-poor countries such as Burkina Faso and Mali. Specifically, it suggests that scaling up and sustainability should be imperative in innovation processes to address growing social inequalities in African countries. This approach could improve sustainable systems, policies, people's living conditions, and society. To this end, decision-makers should value certain principles in innovation processes, such as the participation of all stakeholders, the dynamic and recursive nature of processes and practices, and the implementation of inclusive practices focused on equity, quality, and power balance.

Table des matières

Résumé	ii
Abstract	iv
Table des matières	vi
Liste des figures	ix
Liste des tableaux	x
Liste des abréviations, sigles, acronymes	xi
Remerciements	xv
Introduction	1
Point de départ : motivée par un besoin de transformations	1
Ancrage disciplinaire : dans le champ d’interactions, d’actions... et de paradigmes	2
Ancrage paradigmatique : dans la pensée complexe et systémique	4
Finalités et cadrage de la thèse : une modélisation systémique de trois innovations sociales.....	6
Structure de cette thèse	8
Chapitre 1 Problématique et questions de recherche	10
1.1. État des lieux de la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) en Afrique subsaharienne.....	10
1.2. L’enfermement de l’innovation dans un déterminisme techno-économique : quelles problématiques en santé publique et communautaire ?	13
1.2.1. Quelques repères sur le paradigme techno-économique de l’innovation	13
1.2.2. L’insuffisance de la perspective techno-économique pour améliorer la santé et le bien-être des individus et des communautés.....	16
1.2.3. La perspective diffusionniste et l’invisibilisation des contextes d’implantation des innovations.....	18
1.2.4. L’influence des perspectives techno-économique et diffusionniste dans l’étude de la mise à l’échelle et de la pérennisation	19
1.3. Questions de recherche	21
Chapitre 2 Revue de littérature sur les concepts : d’innovation, d’innovation sociale, de mise à l’échelle et de pérennisation	23
2.1. Méthode de recensions des écrits : choix porté sur la revue narrative.....	23
2.1.1. Processus de recherche, d’acquisition et d’interprétation de la littérature.....	24
2.1.2. Présentation des résultats de la revue.....	26
2.2. L’innovation : de quelle innovation parlons-nous ?.....	27
2.2.1. L’invention.....	27
2.2.2. La nouveauté	27
2.2.3. L’imitation	28
2.2.4. Le changement.....	28

2.3.	L'innovation sociale : une orientation paradigmatique pertinente pour la santé publique et communautaire.....	30
2.3.1.	Innovation sociale : quelles finalités en santé publique et communautaire ?	30
2.3.2.	L'innovation sociale : la création de la valeur sociale	33
2.3.3.	L'innovation sociale : l'importance du processus.....	35
2.3.4.	L'innovation sociale : un processus descendant ou ascendant	37
2.4.	Mise à l'échelle des innovations : définition, objectifs et processus	39
2.4.1.	Mise à l'échelle : définition	39
2.4.2.	Les types de mise à l'échelle : vertical ou horizontal	41
2.5.	Pérennité et pérennisation d'innovations : définition, objectifs et processus	43
2.5.1.	La pérennisation : un processus linéaire ou récursif.....	45
2.6.	Les déterminants de la mise en échelle et de la pérennisation d'innovations sociales en santé.....	46
2.6.1.	L'environnement interne de l'innovation	47
2.6.2.	L'environnement externe de l'innovation.....	53
2.7.	Sommaire de la recension des écrits	57
	Chapitre 3 Orientations théoriques de la recherche : la théorie systémique	60
3.1.	Le système : définition, caractéristiques	62
3.2.	L'ouverture du système.....	63
3.3.	L'auto-éco-organisation du système	64
3.4.	L'aspect structural d'un système.....	65
3.5.	L'aspect fonctionnel.....	65
3.5.1.	Équilibrage du système : entre régulation et adaptation.....	66
3.6.	Opérationnalisation de la théorie dans cette recherche	67
	Chapitre 4 Méthodologie de la recherche	71
4.1.	L'approche qualitative : une étude de cas multiples	71
4.2.	La collaboration : une méthode pour cette étude qualitative de cas multiples	73
4.3.	Méthodes d'échantillonnage des cas.....	76
4.3.1.	Échantillonnage à l'intérieur des cas à l'étude.....	77
4.4.	Méthodes de collecte de données et de recrutement des personnes participantes	80
4.4.1.	Méthode documentaire : tous documents collectés.....	82
4.4.2.	Entrevues individuelles semi-dirigées et de groupe effectuées par l'étudiante chercheuse.....	85
4.4.3.	Observation et journal de bord.....	90
4.5.	Analyse des données	92
4.5.1.	Les stratégies et techniques d'analyse adoptées	93
4.5.2.	Critères de scientificité.....	96

4.6.	Considérations éthiques	98
Chapitre 5 Résultats des trois cas d'étude		99
5.1.	La chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) au Burkina Faso	100
5.1.1.	Mise en contexte	100
5.1.2.	Historique de l'innovation CPS au Burkina Faso : de son adoption à sa pérennisation 102	
5.1.3.	Les processus de mise à l'échelle et de pérennisation : les déterminants	111
5.1.4.	Conclusion du cas CPS : les faits saillants.....	135
5.2.	Les Caisses villageoises de solidarité santé (CVSS) et le Comité de femmes utilisatrices des services de santé (CFU) au Mali	140
5.2.1.	Mise en contexte	140
5.2.2.	Historique des innovations CVSS et CFU	144
5.2.3.	Les processus de mise à l'échelle et de pérennisation : les déterminants	160
5.2.4.	Conclusion des cas CVSS et CFU : les faits saillants.....	193
Chapitre 6 Discussion		201
6.1.	Contributions empiriques et théoriques de cette thèse.....	201
6.1.1.	L'interdépendance et l'interconnexion des processus de l'innovation : des relations récurives et non linéaires	201
6.1.2.	L'interdépendance entre l'innovation et son environnement : la délimitation des contextes 209	
6.1.3.	Proposition théorique : considération des niveaux contextuels	215
6.1.4.	Vers la reconnaissance des déterminants constitutifs de la mise à l'échelle et de la pérennisation	221
6.2.	Discussion méthodologique	255
6.2.1.	La réflexivité : une pratique méthodologique incontournable dans les études en santé mondiale	256
6.2.2.	Limites de cette étude et les stratégies d'atténuation.....	259
Conclusion.....		263
Bibliographie		268
Annexe A : Recherche bibliographique pour la revue de littérature.....		290
Annexe B : Villages ayant une CVSS sélectionnés dans les quatre districts d'étude de Kayes selon les critères préétablis.....		291
Annexe C : Grille d'analyse documentaire inspirée de Merriam (1998) et Saetta (2016) et liste des documents consultés		293
Annexe D : Ébauche d'une grille d'entrevue individuelle semi-dirigée.....		304
Annexe E : Ébauche d'une grille d'entrevue de groupe.....		309
Annexe F : Grille d'observation inspirée de Merriam (1998).....		310
Annexe G : Formulaire d'information et de consentement.....		311

Liste des figures

<i>Figure 1.</i> Cercles herméneutiques de la revue narrative. Adaptée du cadre de Boell et Cecez-Kecmanovic (2014).....	25
<i>Figure 2.</i> Les dimensions de la mise à l'échelle qui seront prises en compte dans cette recherche..	41
<i>Figure 3.</i> Cadre conceptuel présentant les différents éléments retrouvés dans la revue de littérature	59
<i>Figure 4.</i> Représentation du paradigme systémique en lien avec l'innovation adaptée de Le Moigne (1994, p.58).....	62
<i>Figure 5.</i> Niveaux d'observation et d'analyse des innovations	69
<i>Figure 6 :</i> Cadre conceptuel de l'étude	70
<i>Figure 7 :</i> Administration du SP+AQ [Reproduit du Manuel de formation développé par Medicines for Malaria Venture (MMV) en 2013].....	103
<i>Figure 8.</i> Mise en œuvre de la CPS : activités tenues par les acteurs impliqués	105
<i>Figure 9.</i> Stratégies d'adaptation faites aux niveaux central, régional et périphérique.....	134
<i>Figure 10.</i> Vision globale des résultats en lien avec la mise à l'échelle et la pérennisation de la CPS	136
<i>Figure 11.</i> Vision globale des innovations CVSS et CFU.....	145
<i>Figure 12.</i> Stratégies d'adaptation faites dans certains milieux pour les innovations CVSS et CFU	193
<i>Figure 13.</i> Résumé schématique de certains constats des innovations CVSS implantées par un PTF et CFU implantés et soutenus plus de trois années par un PTF	197
<i>Figure 14.</i> Résumé schématique de certains constats des innovations CFU et CVSS implantés et soutenus par les communautés et les CFU implantés et soutenus moins de deux années par un PTF	198
<i>Figure 15.</i> Les relations récursives entre les processus d'une innovation	205
<i>Figure 16.</i> Reformulation des niveaux d'analyse et d'observation à la lumière des résultats de recherche	214
<i>Figure 17.</i> Cadre conceptuel intégrateur des événements cumulatifs de la mise à l'échelle et de la pérennisation d'innovations	248

Liste des tableaux

Tableau 1. <i>Différences entre les paradigmes techno-économique et social de l'innovation</i>	15
Tableau 2. <i>Présentation des cas : contextes, initiateurs, degrés d'avancement, objectifs et champs d'action</i>	78
Tableau 3. <i>Phases et temps de collecte des données</i>	81
Tableau 4. <i>Nombre et pourcentage de chaque méthode de collecte</i>	82
Tableau 5. <i>Description des différents types de documents pour chaque cas à l'étude</i>	84
Tableau 6. <i>Nombre d'entrevues réalisées selon la technique utilisée (individuelle ou de groupe)</i> ... 85	
Tableau 7. <i>Les types des personnes et organisations participantes aux entrevues CFU et CVSS</i>	88
Tableau 8. <i>Forces et faiblesses des sources d'information utilisées</i>	91
Tableau 9. <i>Critères de scientificité et techniques pour les assurer</i>	97
Tableau 10. <i>Portrait général de l'évolution temporelle de la CPS au Burkina Faso</i>	110
Tableau 11. <i>Conditions favorables et défavorables pour la mise à l'échelle et la pérennisation de la CPS</i>	113
Tableau 12. <i>Description des huit CVSS étudiées dans la région de Kayes</i>	150
Tableau 13. <i>Description des sept CFU étudiés</i>	156
Tableau 14. <i>Conditions favorables et défavorables pour la mise à l'échelle et la pérennisation de la CVSS et CFU</i>	161
Tableau 15. <i>Typologie des déterminants de pérennisation et de mise à l'échelle selon les types d'innovations initiées par un PTF ou par les communautés</i>	246

Liste des abréviations, sigles, acronymes

ADG : Association pour le développement pour l'appui au développement global
AMADECOM : Association malienne pour le développement communautaire
ASACO : Association de santé communautaire
CAMEG : Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques et des consommables médicaux
CPS : Chimio-prévention du paludisme saisonnier
CVSS : Caisses villageoises de santé (CVSS)
CSCom : Centre de santé communautaire
CSRef : Centre de santé de référence
DNDS : Direction nationale du développement sanitaire
DNES : Direction nationale de l'économie solidaire
DRS : Direction régionale de la santé
DRDSES : Direction régionale du développement sanitaire et de l'économie solidaire
DRPFPE : Direction régionale de la promotion de la femme et de la protection de l'enfant
EFH : Égalité femme et homme
FELASCOM : Fédération locale de la santé communautaire
FENASCOM : Fédération nationale des associations de santé communautaire
FERASCOM : Fédération régionale de la santé communautaire
INSTAT : Institut national de la statistique
ISMEA : Interventions pour améliorer la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants au Mali et au Burkina Faso
MEDIK : Évacuation des mères dans cinq districts de Kayes au Mali
MMNI : Mortalité maternelle, néonatale et infantile
OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONG : Organisations non gouvernementales
PADS : Programme d'appui au développement sanitaire
PDDSS : Plan décennal de Développement sanitaire et social
PDSC : Plan de Développement sanitaire des Cercles
PDSEC : Plan de Développement économique, social et culturel
PNLP : Programme national de lutte contre le paludisme
PRODESS III : Programme de développement sanitaire et social
PRRS : Projet renforcement du système de santé décentralisé au Mali

PTF : Partenaires techniques et financiers

SERSAP : Société d'étude et de recherche en santé publique

SLDSES : Services locaux de développement social et de l'économie solidaire

SLPFPE : Services locaux de la promotion de la femme et de la protection de l'enfant

SMNI : Santé maternelle, néonatale et infantile

SP + AQ : Sulfadoxine Pyriméthamine + l'Amodiaquine

*À mon mari, Amadou Assane Ndoye,
et à mes filles, Adama Insa et Mariama Insa
pour votre patience et votre support indéfectible.
Vous êtes ma source d'inspiration.*

Jerejeuf Baye Cheikh Mamour Insa Diop

À Youma Badji décédée le 10 juin 2006.

À toute femme décédée en donnant la vie.

*Que cette thèse puisse porter cette voix :
aucune femme ni aucun enfant
ne devrait perdre sa vie
pour des causes évitables
liées à la grossesse et à l'accouchement.*

Remerciements

Le chemin de la thèse a été périlleux, stimulant et formateur. Sur ce chemin, je n'ai jamais été seule. J'ai marché avec des personnes bienveillantes et sages, à qui je rends un vibrant hommage en leur disant tout simplement : MERCI! Comme le dit si bien le proverbe africain : « Si tu veux aller vite, va tout seul. Si tu veux aller loin, il vaut mieux être accompagné. »

Je remercie tout d'abord toutes les personnes qui m'ont partagé leurs savoirs, leurs expériences, leurs compétences et leur soutien pour que cette thèse soit un projet abouti. Mes remerciements vont d'abord à ma directrice de recherche, Marie-Pierre Gagnon, professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, pour ton soutien et ta clairvoyance durant cette longue marche. Qu'importe la rudesse du sentier emprunté, tu m'as accompagnée avec probité et lucidité. Je remercie ma codirectrice de recherche, Sophie Dupéré, professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. Avec Sophie, notre marche a débuté depuis mon mémoire de maîtrise. Je veux témoigner ici de ton humanisme, ta patience et ta rigueur intellectuelle que tu as su investir, sans contrepartie, durant notre collaboration. Durant ce chemin mené ensemble, tu as su déployer toutes facettes de ton intelligence pour que mon projet de thèse arrive à maturité. MERCI!

J'aimerais remercier également les membres de mon jury (protocole et thèse) qui ont apporté leurs expertises et leurs conseils dans la construction des connaissances de cette thèse : Yv Bonnier Viger, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval; Marie-Claude Tremblay, professeure adjointe à la Faculté de médecine de l'Université Laval; Lynda Rey, professeure en évaluation de programmes à l'ENAP; et Pierre Pluye, professeur titulaire au Département de médecine famille à l'Université McGill. J'en profite également pour remercier Paule Simard, retraitée de l'INSPQ, pour son soutien et son encouragement durant mon parcours doctoral.

Je remercie les professeurs-es des facultés de médecine et des sciences infirmières et le personnel administratif de l'Université Laval qui m'ont soutenue à différents moments de mon cheminement académique. J'aimerais remercier particulièrement Christopher Fletcher, professeur titulaire au Département de médecine sociale et préventive à l'Université Laval, qui m'a toujours encouragée dans mes différents projets.

Sans la collaboration avec le programme ISMEA, l'organisation SERSAP (Burkina Faso) et le projet Médik (Mali), il aurait été difficile de mener ce projet de thèse. Je remercie leurs responsables ainsi que tout leur personnel qui m'ont facilité l'accès aux terrains de recherche et aux

données. Je nommerai particulièrement Dr. Soumaïla Laye Diakité et son épouse Binta Barry qui m'ont logée et soutenue sur tous les plans durant mon séjour au Mali, sous la chaleur ardente de Kayes, je ne me suis jamais sentie seule. Je remercie également Koman Sissoko, Luc Sermé et Fatoumata Coumaré pour leurs conseils et leur accompagnement. Merci à toutes les personnes que j'ai rencontrées au Mali et au Burkina Faso. Vous avez fait de cette thèse un terreau de savoirs.

Je remercie également mes amies qui m'ont fait rire à des moments d'incertitude ou de tristesse, m'ont apporté du réconfort et de la tendresse : Oumou Chika Gueye, Nathalie Laffitte, Mame Awa Lajante, Ndeye Thiab Diouf. À mes compagnonnes du doctorat, ne lâchez pas! Claudia Fournier, Julie Richard, Julie Massé, Asma Ben Hassine, Gisèle Mandiangu Ntanda. Aux anciens qui m'ont soutenue : Hassane Alami, Papa Moussé Sow et Oumar Mallé Samb : merci pour tout.

Je remercie également ma famille dans sa globalité qui s'est toujours mobilisée pour que je puisse réaliser mon cheminement doctoral, notamment mon père, ma mère, ma grand-mère, mes cousins-es, tantes, frères et sœurs pour leur bienveillance. Amadou Assane Ndoye et toute sa famille qui m'ont réconfortée et aimée durant tout ce long chemin. Un grand merci surtout à mon oncle Ameth Thiam qui a toujours été là pour moi. Je remercie également ceux et celles qui, spirituellement, restent connectés.es en moi: *Jerejeuf!*

Pour finir, je remercie le Fonds de recherche du Québec Santé (FRQS) qui m'a octroyé une bourse doctorale d'une durée de 3 ans (2016-2019), ainsi que la Faculté des sciences infirmières, l'Institut de recherche de santé du Canada (IRSC), le Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ) et la Chaire de recherche du Canada en technologies et pratiques en santé pour les bourses de soutien, de voyage et de communication octroyées durant le parcours doctoral. **MERCI!**

Introduction

Point de départ : motivée par un besoin de transformations

Cette thèse est motivée par le besoin d'agir à travers la recherche sur les questions d'inégalités en matière de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) existantes tant à l'intérieur des pays qu'à l'échelle mondiale. Ayant investi près de neuf années ce champ de recherche, mon constat demeure le même : des femmes, des nourrissons et des enfants vivant en Afrique subsaharienne continuent de mourir ou d'avoir des morbidités catastrophiques en lien avec la grossesse et l'accouchement de manière disproportionnée par rapport au reste du monde. À l'intérieur d'un pays, les populations qui résident dans les zones rurales ou qui sont socialement et économiquement défavorisées demeurent encore plus exclues des opportunités qui peuvent leur permettre de maintenir un état complet de santé et de bien-être. Et pourtant, les résolutions internationales et nationales ont unanimement qualifié les forts taux de décès des mères et des jeunes enfants en Afrique comme étant évitables et inacceptables dans un monde de progrès. De grands investissements financiers, humains et techniques ont été faits dans le domaine de la SMNI ces dernières années. Cela a contribué à le complexifier davantage avec une multiplicité d'acteurs, des approches souvent concurrentes, des innovations recrudescents et de grands défis contextuels. Il y a certes des progrès remarquables, mais ils sont lents, fragiles et ils ne concernent que quelques pays ou encore les couches les plus nanties d'un pays. Cette lenteur a été qualifiée comme étant scandaleuse par Ban Ki-Moon qui disait en 2009 :

Aujourd'hui, la réduction de la mortalité maternelle est, de tous les Objectifs du Millénaire pour le développement, le plus long à atteindre, ce qui constitue un scandale. Tous ensemble, faisons de la santé maternelle la priorité qu'elle doit être. Au XXIe siècle, aucune femme ne devrait avoir à perdre sa vie pour donner la vie. (Ki-Moon, 2009, mai, cité dans OMS, 2011)

Cette indignation continue de m'habiter et constitue le socle de ma motivation à vouloir proposer des transformations dans ma façon de voir les sujets et objets de recherche en SMNI. Pour cela, cette thèse propose d'embrasser de nouvelles visions et des perspectives d'action qui, j'espère, contribueraient au vent de changement social qui s'opère dans le champ sociosanitaire de la santé publique et communautaire. Pour accomplir ce changement, cette thèse est ancrée dans une vision transdisciplinaire et émancipatrice de la santé publique et communautaire qui remet en cause le dogmatisme et la pensée réductionniste et unidimensionnelle de la science. De ce fait, la pensée systémique et complexe et le paradigme des innovations sociales sont adoptés pour orienter mon

regard et mes actions de recherche sur des sujets peu développés que sont la mise à l'échelle et la pérennisation des innovations en SMNI.

Ancrage disciplinaire : dans le champ d'interactions, d'actions... et de paradigmes

S'intéressant aux innovations en SMNI, leur pérennisation et leur mise à l'échelle en Afrique subsaharienne, cette thèse s'inscrit particulièrement dans le champ sociosanitaire de la santé publique et communautaire. Il semble judicieux de préciser, tout au début de mon propos, qu'il existe dans la communauté scientifique un débat sur la différenciation entre la santé publique et la santé communautaire. Visant communément l'amélioration du bien-être et de la santé des individus, des communautés et des populations, ces domaines ne partagent pas toujours les mêmes finalités, visions, principes, actions et pratiques au regard des questions de santé et de ses déterminants. En plus, selon les contextes temporels, politiques, sanitaires ou géographiques, des différences ont été soulevées dans les façons dont ils sont perçus et appréhendés, et surtout, les approches théoriques ou méthodologiques qu'ils déploient pour s'attaquer aux problématiques de santé et de ses déterminants (Azevedo, 2017 ; Labonte, 1997 ; Jourdan et al., 2012).

Selon certains écrits, la santé publique est davantage ancrée dans le paradigme positiviste et dans des processus politiques et technocratiques (Fassin, 2008 ; Massé, 1995 ; Ridde, 2007). La santé communautaire, quant à elle, est orientée vers les épistémologies de types constructiviste et critique avec des approches communautaires basées sur les principes de justice sociale, de participation et de développement du pouvoir d'agir (*empowerment*) (Ridde, 2007 ; Vonarx et Desgroseillers, 2016). Entre ces deux positionnements, de nouveaux domaines ont émergé dans le champ sociosanitaire, tels que la promotion de la santé, la santé des populations, la santé mondiale, la santé environnementale. S'apparentant ou se distinguant de la santé publique ou communautaire, ces domaines ont le point commun de révéler avec consistance la complexification du champ sociosanitaire traversé par de nouveaux défis, tels que la globalisation, la crise climatique, la persistance des inégalités sociales, les nouvelles épidémies et pandémies, ou encore la relation dialectique entre le local — global et entre l'humain — non humain — autre espèce. Ainsi, pour reprendre les termes de Vonarx et Desgroseillers (2016), différencier la santé publique et la santé communautaire (ainsi que les domaines apparentés) nous conduirait « Tout droit dans une impasse » (p.10).

Pour expliquer cette affirmation et pour pouvoir me positionner dans ce débat, je partirai de deux faits : sociohistorique et sociopolitique. Tout d'abord, il semble impossible de définir un domaine

rattaché au champ de la santé publique et communautaire, sans pour autant partir de l'histoire de « l'ancienne santé publique » (Jourdan et al., 2012). En conséquence, la distinction entre différents domaines dans ce champ perd son utilité et son sens quand on sait que de nouvelles formes de connaissances et de pratiques ont émergé dans le temps et l'espace. Cela a grandement enrichi ce champ de recherche et d'intervention qui n'est plus l'apanage d'une seule discipline, telle que l'épidémiologie, mais où cohabitent différents savoirs, souvent concurrents ou complémentaires, venant des sciences (physiques, sociales, humaines, politiques, environnementales, etc.), de la pratique, des individus et des communautés. Il est indéniablement un champ multi-interdisciplinaire, quoique la transdisciplinarité soit encore peu développée dans la recherche (Neuhauser et al., 2007). Toutefois, la mise en place d'actions concrètes pourrait améliorer la pratique transdisciplinaire qui nécessite une intégration effective des connaissances disciplinaires pour faire face aux défis communs de notre société et d'une application contextualisée des connaissances (Neuhauser et al., 2007).

À côté de ce développement sociohistorique, il y a le fait sociopolitique proposant que les actions, les objets de recherche et d'intérêt de la santé publique et communautaire soient une construction sociale (Fassin, 2008) dans laquelle surgissent des rapports de pouvoir entre différentes positions paradigmatiques. C'est ce qu'on appelle la « guerre des paradigmes » qui débouche souvent à une polarisation (Anadón, 2019). Pour ne pas tomber dans cette polarisation, ce n'est pas tant la définition donnée à la santé publique ou communautaire qui me semble importante dans cette thèse, mais plutôt comment elle se fait ou se pratique dans le réel des terrains d'étude (Fassin, 2008). Pour cela, la santé publique et communautaire sera utilisée dans ce texte comme un concept parapluie incluant un ensemble de visions, d'approches et de finalités. Lorsque nécessaire, je ferai appel à des domaines plus spécifiques, tels que la santé mondiale.

Ainsi, la santé publique et communautaire que je soutiens dans cette recherche est caractérisée par mon ancrage paradigmatique dans la complexité et les épistémologies constructivistes ainsi que par une pratique réflexive progressive sur moi-même et l'objet de recherche. Cela implique alors de reconnaître que les approches et concepts utilisés dans le champ sociosanitaire ne sont pas dénués de sens. En effet, des normes sociales et cognitives existantes — au sein de ce champ et de ses objets d'étude, dans le milieu de recherche, et celles que je porte en tant qu'humaine socialisée — priorisent certains problèmes de santé sur d'autres, légitimement ou délégitimement des acteurs sociaux, des pratiques ou des visions de la science. Cela est encore plus vrai quand on s'intéresse aux terrains africains. En effet, les expressions de la santé publique et communautaire y sont teintées par l'histoire du colonialisme, en plus les pratiques actuelles s'engouffrent dans un fossé qui sépare les

acteurs qui orientent les idéologies et pratiques et les populations utilisatrices des interventions (Azevedo, 2017 ; Houéto et Valentini, 2014). D'où mon intérêt dans cette thèse de mettre l'accent tant sur les relations de pouvoir inhérentes aux interventions en SMNI, mais également de rendre intelligible et accessible toute la complexité des pratiques, significations, valeurs et processus à partir d'innovations déjà implantées. De plus, pour éviter toute réduction de l'objet d'étude à certains domaines disciplinaires, certains principes ou à des valeurs dominantes, les réflexions de cette thèse ont été développées à partir des connaissances provenant de divers champs disciplinaires (santé publique et communautaire, éducation, psychologie, épidémiologie, sociologie, anthropologie, sciences politiques, nutrition, etc.) et de recherches menées tant dans les pays du Nord que du Sud. Le tout contextualisé aux réalités temporelles et spatiales de deux pays d'Afrique et des problématiques de la SMNI. Ces actions ont été posées pour orienter cette recherche vers une approche transdisciplinaire et émancipatrice.

Ancrage paradigmatique : dans la pensée complexe et systémique

Cette thèse utilise la pensée complexe et systémique comme un paradigme qui encadre et oriente ma vision et ma démarche scientifique. S'opposant à la pensée réductionniste et linéaire, ce paradigme ouvre vers la reconnaissance des relations synergétiques, de l'importance du contexte, de la réflexivité, de la transdisciplinarité et d'avoir une vision globale sur les phénomènes étudiés. D'ailleurs, plusieurs écrits en santé publique et communautaire (L.W. Green, 2006 ; Leischow et Milstein, 2006 ; Tremblay et Richard, 2011 ; Thompson et al., 2016) proposent la complexité et les approches systémiques s'y rattachant, comme un paradigme, une théorie ou une méthodologie, qui peuvent permettre d'étudier les phénomènes complexes liés à la santé et de faire face aux défis des sociétés contemporaines.

De façon générale, la complexité vient du mot *complexus* qui signifie ce qui est tissé ensemble, elle renvoie à des éléments hétérogènes, inséparables (Morin, 2005). Penser et agir en complexité rentre alors dans une approche non cartésienne de la science telle que proposée par Bachelard (1934/ed 1968) qui postule que rien n'est simple, il n'existe que du simplifié. La complication est constitutive de la complexité qui s'en différencie par ses caractéristiques floue, imprécise, instable, imprévisible, incertaine, émergente, ambiguë (ou tout simplement contradictoire ou liant des contraires) et évolutive. La complexité soutenue dans cette recherche s'apparente aux épistémologies constructivistes et systémiques (Le Moigne, 2007). Dans ce sens, mon positionnement se situe dans l'épistémologie constructiviste de type dialogique et projectif.

Le constructivisme dialogique s'apparente à la philosophie de Jean Piaget dans laquelle l'action de connaître commence par le sujet épistémique ; et la construction des connaissances se fait en interaction entre le sujet connaissant et l'objet à connaître (Le Moigne, 2007). Il met l'accent sur l'expérience cognitive dans laquelle la connaissance produite est le résultat d'un processus, tout en étant le processus lui-même. Ainsi, il est lié à l'axiome phénoménologique qui associe certains faits : (a) la connaissance, étant un réel phénoménologique, peut être construite par l'expérience ; (b) elle construit le mode de construction ; et (c) le sujet connaissant se construit en même temps que le réel connaissable (Le Moigne, 2007). L'interaction entre l'objet d'étude et son contexte est alors au cœur du processus de construction des connaissances (Morin, 2005). Une importance est donnée tant aux acteurs qu'aux significations (Lapaige, 2009) et la possibilité « de penser à travers la complication (c'est-à-dire les interrétroactions innombrables), à travers les incertitudes et à travers les contradictions » (Morin, 2005, p.134). Dans ce sens, la complexité fait accepter à la chercheuse la « réduction consciente » de la réalité au lieu de la « réduction arrogante » qui fait prétendre détenir la vérité absolue dans un monde où les réalités sont multiples, reliées et complexes (Morin, 2005).

Le constructivisme projectif permet de reconnaître l'interrelation entre le sujet connaissant, l'objet à connaître et les projets ou finalités de l'un et de l'autre (Gendron, 2001). Dans le champ de la santé publique et communautaire, en m'inscrivant dans la pensée complexe et systémique, je pense qu'il est nécessaire de concevoir son statut épistémique en matière de projet de connaissance, et non seulement en ce qui a trait aux objets de connaissance. Cela rentre dans une vision ontologique reconnaissant l'existence de multiples visions et réalités pour un sujet donné qui sont représentées, vécues, construites. Ainsi, le savoir émerge de la relation entre la chercheuse et le sujet étudié (Denzin et Lincoln, 2008). L'axiome téléologique du constructivisme projectif procède une méthodologie qui privilégie la conception des connaissances dans « l'(inter)action pour la poursuite d'(inter)actions intelligibles et transformatrices dans le monde, ainsi que d'une téléologie signifiée et engagée » (Gendron, 2001, p. 41). Ainsi, l'être connaissant n'a pas exclusivement un pouvoir dompteur sur le savoir. Dans son cheminement dans l'intelligibilité de la complexité de l'objet de recherche et du monde anthroposocial, il est transformé, lui-même, par le savoir qu'il construit.

Dans cette thèse, la pensée complexe et systémique permet alors de saisir l'intelligibilité de la connaissance à travers la relation dialectique entre moi et l'objet de recherche. Dans cette dynamique, ma position épistémologique, la théorie utilisée, la méthodologie déployée, l'éthique qui a guidé l'ensemble du processus, la problématique et l'objet de recherche sont un ensemble complexe et indissociable. J'ai construit les réflexions de cette thèse dans une approche circulaire,

en reconnaissant la complexité du réel et de l'activité cognitive tout en refusant la réduction, la mutilation de l'objet de recherche ou toute forme de simplification abstraite (Le Moigne, 2007 ; Morin, 2005). En adoptant la complexité comme mode de penser et d'agir, je peux dire que je propose de nouveaux défis et de nouvelles avenues pour comprendre les objets d'étude en SMNI, au lieu d'y apporter des réponses définitives. Pour cela, j'épouse absolument l'idée de Morin selon laquelle « si la complexité est non pas la clé du monde, mais le défi à affronter, la pensée complexe est non pas *ce qui évite* ou supprime le défi, mais ce qui aide à le relever, et parfois même à le surmonter » (2005, p. 13).

Finalités et cadrage de la thèse : une modélisation systémique de trois innovations sociales

Cette thèse a pour but de modéliser les déterminants et processus de mise à l'échelle et de pérennisation des innovations en SMNI en utilisant une approche systémique et qualitative. La modélisation systémique revendiquée dans cette recherche se distingue, d'une part, d'une science positiviste qui soutient qu'un modèle valide est une représentation fidèle et objective du réel ; et, d'autre part, d'une conception mécanique du modèle fondée sur les relations abstraites de cause à effet (Le Moigne, 2007). Elle n'est pas simplement une technique méthodologique, elle propose une démarche cohérente permettant d'agrèger ma posture épistémologique, la théorie déployée, la problématique, l'objet de recherche et l'approche méthodologique. Elle est un processus dynamique qui permet de lier l'action de modéliser à la connaissance dans une boucle circulaire, dont la finalité est de représenter le fonctionnement d'un phénomène perçu complexe (Le Moigne, 2007). En ce sens, les modèles produits sont :

les représentations intelligibles artificielles, symboliques, des situations dans lesquelles nous intervenons : modéliser c'est à la fois identifier et formuler quelques problèmes en construisant des énoncés, et chercher à résoudre ces problèmes en raisonnant par des simulations. En faisant fonctionner le modèle-énoncé, on tente de produire des modèles solutions. Modélisation et simulation, réflexion et raisonnements, sont les deux faces inséparables de toute délibération. (Le Moigne, 1999, p.15)

Le projet de modélisation est pertinent pour cette recherche puisqu'il appert dans la littérature scientifique que l'innovation, sa mise à l'échelle et sa pérennisation sont des processus complexes qui ne peuvent être appréhendés pleinement par des démarches ou des méthodes mécaniques et linéaires permettant d'expliquer uniquement les éléments qui les constituent. En revanche, une approche systémique et complexe permettrait de comprendre les caractères écosystémiques en ce qui concerne les relations, les processus et les contextes. Dans ce sens, cette recherche se positionne dans une vision systémique qui met en relation trois processus (innovation – mise à l'échelle –

pérennisation) constituant un ensemble intégré, en interaction les uns avec les autres et avec d'autres éléments internes comme externes de l'innovation. Pour ce faire, je m'aligne sur la vision selon laquelle la recherche sur les innovations en santé publique et communautaire devrait mettre l'accent sur les dimensions interactionnelles entre le social et la santé dans une perspective de changement social, tout en considérant les déterminants sociaux et écologiques de la santé, l'équité et la collaboration intersectorielle et transdisciplinaire (Niang et al., 2021a ; Potvin et al., 2005). Sur cette lancée, l'humain devrait être au centre des préoccupations, autrement dit la santé comprise de manière holistique des personnes et des populations devrait être le point focal des systèmes, des politiques et des recherches dans le champ sociosanitaire.

Par le fait même, je soutiens dans cette thèse que dans le domaine de la santé publique et communautaire, les innovations devraient être étudiées dans le paradigme des innovations sociales. Cette perspective a été retenue dans cette thèse et elle est défendue dans la recherche africaine. En effet, certains auteurs ont proposé d'appréhender la problématique du développement en Afrique subsaharienne dans la vision des innovations sociales qui s'intéresse aux interactions et aux synergies entre différents acteurs pour faire face aux problèmes ou améliorer les conditions de vie (Ela, 1998 ; S. Ndiaye, 2013 ; Ndongo et Klein, 2020). Bien qu'il existe de multiples types d'innovations en SMNI en Afrique subsaharienne, il demeure néanmoins que la plupart ne sont pas conceptualisés comme étant des innovations sociales. En 2014-2015, une communauté portant sur les innovations sociales en santé dans les pays en développement, nommée *Social Innovation in Health Initiative*, a vu le jour afin de capitaliser et de renforcer la recherche dans ce domaine (Social innovation in Health initiative, 2017). Des recherches ont été effectuées sur 40 innovations sociales implantées dans 17 de ces pays, afin de faire progresser la compréhension et l'application de ce type d'innovation dans les pays du Sud pour lutter contre les inégalités sociales en matière de santé et de renforcer les systèmes de santé (Reeder et al., 2019 ; van Niekerk et al., 2020). Nonobstant, il existe un besoin fondamental de théoriser l'innovation sociale dans le domaine de la santé publique et communautaire, surtout dans les pays d'Afrique où peu de recherches s'y intéressent. Raison pour laquelle cette recherche tente de modéliser les déterminants et processus de mise à l'échelle et de pérennisation à partir d'une étude qualitative de cas multiples de trois innovations implantées dans deux pays d'Afrique subsaharienne à la lumière de l'ontologie et des principes épistémologiques de l'innovation sociale et de la pensée complexe et systémique.

Les innovations sociales en SMNI choisies comme univers de travail de cette étude sont :

- (1) la chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) initiée par l'État burkinabé ;

- (2) les Caisses villageoises de solidarité santé (CVSS) initiées par la Fédération nationale des associations de santé communautaire (FENASCOM) au Mali ;
- (3) les Comités de femmes utilisatrices des services de santé (CFU) initiés par la FENASCOM au Mali.

Ces innovations ont des approches différentes (locales et étatiques) et elles s'attaquent à des problématiques différentes (accessibilité aux services de SMNI, participation des femmes dans la gouvernance des services de santé, prévention du paludisme saisonnier chez les enfants). Elles sont en phase de passer à l'échelle au Burkina Faso et au Mali¹.

Les contributions de cette recherche sont alors de générer des connaissances empiriques et théoriques interreliées dans le domaine de la SMNI en Afrique subsaharienne. Les connaissances empiriques devraient permettre une compréhension approfondie des pratiques et des processus des trois innovations et du phénomène à l'étude permettant d'avancer des recommandations pour améliorer les actions et décisions des acteurs locaux, des décideurs, des praticiens d'innovation et des bailleurs de fonds pour une meilleure mise à échelle et pérennisation des innovations sociales en SMNI. Les connaissances théoriques auront pour assise mon regard critique sur ce qui se fait réellement dans les processus d'innovations étudiées afin de formuler des propositions à visée théorique sur le phénomène d'étude. Les modèles théoriques permettront de nourrir, d'une part, les avancées scientifiques existantes actuellement sur la mise à l'échelle et la pérennisation des innovations en santé, d'autre part, les pratiques des parties prenantes des innovations dans les pays à faible ressource, comme le Burkina Faso et le Mali.

Structure de cette thèse

Cette thèse est divisée en six chapitres. Dans le premier chapitre, le contexte épidémiologique de la SMNI en Afrique subsaharienne est exposé. Ensuite, différentes problématiques liées à l'étude des innovations, de leur mise à l'échelle et de leur pérennisation sont relevées. De plus, les questions auxquelles tente de répondre cette recherche qualitative sont énoncées.

Dans le deuxième chapitre, la revue des écrits sur les concepts d'innovation, d'innovation sociale, de mise à l'échelle et de pérennisation est présentée. Les enjeux définitionnels et conceptuels de ces notions dans la recherche sont élucidés ainsi que les déterminants favorables ou défavorables qui influencent les processus de mise à l'échelle et de pérennisation.

¹ Ces innovations sont décrites de façon plus détaillée dans les chapitres 4 Méthodologie et 5 Résultats.

Au troisième chapitre, le choix de la théorie systémique et complexe est exposé.

Il s'ensuivra le quatrième chapitre dans lequel la méthodologie de recherche est précisée, notamment la pertinence de l'ensemble des méthodes, approches et techniques déployé afin d'assurer la rigueur scientifique et éthique de cette étude.

Dans le cinquième chapitre, les résultats de cette recherche sont abordés. Il est divisé en deux grandes parties : tout d'abord, les résultats du cas CPS sont exposés, ensuite sont regroupés les résultats qui concernent les cas CVSS et CFU. Ce choix de regroupement de deux cas a été fait à partir des résultats ressortis de l'analyse des données, notamment la concordance de certains éléments contextuels, des acteurs impliqués et des milieux d'implantation.

Par la suite, au sixième chapitre, les contributions empiriques et théoriques qui ont découlé des résultats et de l'ensemble du processus de recherche sont discutées. Dans ce chapitre, les résultats saillants de cette étude ainsi que les propositions théoriques qui en résultent sont présentés. Ensuite, les contributions méthodologiques et les forces et limites de cette recherche y sont abordées.

Pour finir, une conclusion générale propose une synthèse des contributions majeures de cette thèse et des perspectives pour la recherche en SMNI.

Chapitre 1 Problématique et questions de recherche

Ce chapitre présente un état des lieux du domaine de la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) ainsi que certaines problématiques liées à la mise à l'échelle et la pérennisation des innovations en SMNI en Afrique subsaharienne. Ensuite, certaines problématiques qui existent de façon générale dans la littérature scientifique sur les innovations en santé et de leur mise à l'échelle et leur pérennisation sont relevées. Pour finir, les questions auxquelles s'adresse cette étude sont énoncées.

1.1. État des lieux de la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) en Afrique subsaharienne

La santé des femmes et des enfants a été placée depuis quelques décennies comme étant une priorité dans les conventions internationales et les programmes nationaux de santé. La première Conférence sur la maternité sans risques (1987), la troisième Conférence intergouvernementale des Nations Unies sur la population et le développement (1994), la quatrième Conférence mondiale sur les femmes (1995), la Déclaration du Millénaire (2000) et plus récemment les Objectifs de développement durable (2016) ont porté un plaidoyer international en faveur de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile (MMNI), de l'accès universel aux soins de santé et de la promotion des droits des femmes en matière de santé reproductive. D'ici 2030, l'objectif trois des Objectifs de développement durable, promouvant la bonne santé et le bien-être, a pour cibles de faire passer les taux des mortalités : (a) maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes ; (b) néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus ; et (c) des enfants de moins de cinq ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus (Nations Unies, 2019). Ce plaidoyer porté par des initiatives ou stratégies internationales a permis de créer un environnement politique mondial normatif qui est favorable à la réduction de la MMNI dans le monde (Shiffman et Smith, 2007 ; Smith et Shiffman, 2016).

Entre 1990 et 2015, période couverte par les Objectifs du Millénaire pour le développement, ces efforts internationaux combinés à ceux nationaux et communautaires ont permis de diminuer les décès des femmes survenant pendant la grossesse et 42 jours après sa terminaison de 44% dans le monde (Alkema et al., 2016). Durant cette période, les décès maternels sont alors passés de 532 000 à 303 000 et le risque approximatif de ces mortalités sur la durée de la vie de 1 sur 73 à 1 sur 180 (Alkema et al., 2016). Concernant les décès d'enfants âgés de moins de cinq ans, ils étaient estimés

à un ratio annuel de 12,7 millions en 1990 et étaient réduits à 5,9 millions en 2015 (UNICEF et al., 2015).

Nonobstant les améliorations notées dans les estimations récentes sur la MMNI, des inégalités persistent, encore et toujours, entre différents pays et à l'intérieur de ceux-ci. De fait, les évidences montrent que les pays en développement, notamment ceux de l'Afrique subsaharienne et de l'Asie du Sud-Est enregistrent près de 99% du taux mondial des décès maternels et 98% des décès périnataux. Par exemple, l'Afrique subsaharienne a connu une baisse importante des décès maternels avec un risque qui est passé de 1 sur 16 en 1990 à 1 sur 36 femmes en 2015. Néanmoins, c'est la région où se produit 66% de la mortalité maternelle au niveau mondial (soit deux décès sur trois) (Alkema et al., 2016). De plus, 1 enfant sur 12 y meurt avant son cinquième anniversaire, ce qui représente 12 fois plus que la moyenne de 1 sur 147 dans les pays développés (Nations Unies, 2015).

La plupart de ces décès concernent les milieux et les communautés les plus pauvres (OMS [Organisation mondiale de la santé], 2006). Cela montre, en effet, qu'il reste encore du chemin pour atteindre les Objectifs de développement durable, notamment en ce qui a trait à l'objectif central et transversal qui consiste à réduire les inégalités et de « *ne pas faire de laissés-pour-compte* » (Nations Unies, 2019). De façon générale, les personnes qui vivent en situation de pauvreté, indépendamment de la pauvreté du pays, ont tendance à avoir un plus mauvais état de santé que les populations plus riches. En plus, leur mauvais état de santé peut les rendre plus pauvres et vulnérables (Peters et al., 2008 ; Wagstaff, 2002). De multiples causes complexes diminuent les opportunités des personnes vulnérables vivant en Afrique subsaharienne d'accéder aux services de santé, malgré les efforts déployés depuis les années 1980 et 1990 pour élargir et décentraliser l'offre de services dans les milieux les plus éloignés (Conyers, 2007). En effet, certaines barrières liées à l'offre de soins, comme l'accessibilité géographique et financière ; la disponibilité, l'acceptabilité et la qualité des soins entravent l'utilisation effective des ressources sanitaires par les populations vulnérables (Bhutta et Black 2013 ; Peters et al., 2008). De plus, il a été remarqué que l'ineffectivité des politiques de santé, le manque de matériel et d'équipement dans les services de santé et la pénurie de ressources humaines qualifiées participent également à rendre déficiente l'offre de services (Gunawardena et al., 2018 ; Haines et al., 2007 ; Niang et al., 2015 ; Prata, et al., 2010). D'un autre côté, il faut souligner que concernant la demande de soins, la faible utilisation des services de santé contribue au ralentissement des différentes actions visant à faire progresser les indicateurs en SMNI. Ainsi, trois grands retards qui freinent la baisse de la MMNI ont été identifiés : (a) le retard pour décider de consulter les services de santé, (b) le retard pour arriver à

l'établissement de santé, et (c) le retard pour recevoir un traitement adéquat et approprié au niveau de l'établissement de santé (Thaddeus et Maine, 1994).

Considérant ces différents défis et enjeux, l'implantation d'innovations² est considérée comme étant nécessaire pour faire face aux taux exorbitants de MMNI dans les pays en développement, mais également pour atteindre les Objectifs de développement durable en 2030 (El-Noush et al., 2015). Il faut souligner qu'il existe des évidences sur les interventions innovantes et efficaces à mettre en œuvre dans les systèmes de santé comme dans les communautés pour réduire ces mortalités, et par conséquent améliorer la SMNI dans les pays en développement (Bhutta et al., 2014 ; Campbell et Graham, 2006 ; Cyril et al., 2016 ; Lawn et Kerber, 2006 ; Målqvist et al., 2013 ; Nyamtema et al., 2011 ; OMS, 2002 ; Prata et al., 2010 ; Yuan et al., 2014).

D'ailleurs, au cours des trente dernières années, beaucoup d'innovations ont eu des résultats impressionnants pour l'amélioration de la SMNI dans les pays en développement, telles que les méthodes contraceptives modernes ; les vaccins contre la diphtérie, la coqueluche, la polio et le tétanos ; les technologies biomédicales ou numériques (*e-santé, m-santé*) ; ou encore le déploiement des agents de santé communautaire (Cyril et al., 2016). Cependant, ces innovations rencontrent des défis d'expansion et de pérennisation³ pour bénéficier à un grand nombre de populations, surtout celles qui en auraient le plus grand besoin (Bitanhirwe, 2016 ; El-Noush et al., 2015 ; OMS, 2002). En effet, la plupart des innovations évoluent souvent à petite échelle, de façon dispersée, et n'arrivent pas à intégrer de manière durable, d'une part, le système de santé (Bhutta et al., 2008 ; Church et al., 2010 ; de Pinho et al., 2005) et d'autre part, les organisations et les communautés concernées (Sarriot et al., 2004 ; Stirman et al., 2012). De plus, certaines études soutiennent qu'il existe de grandes inégalités sociales concernant l'accès aux innovations en santé (OMS, 2009). En effet, des goulets d'étranglement, tels que la faiblesse des systèmes de santé et les barrières financières, culturelles, sociales et structurelles entravent l'accès et l'utilisation des solutions novatrices en matière de SMNI, surtout chez les populations les plus pauvres (Chopra et al., 2012).

Ainsi, il semble de plus en plus urgent et opportun pour la communauté internationale, de même que pour les gouvernements et les organisations non gouvernementales (ONG) des pays en développement, de faire bénéficier les interventions efficaces en SMNI à un plus grand nombre de personnes, surtout à celles les plus vulnérables (UNICEF, 2013). En ce sens, le rapport d'avancement de la Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants 2010-2015 souligne

² L'innovation sera définie dans le chapitre 2 Revue de littérature.

³ Les définitions de pérennisation et de mise à l'échelle se retrouvent dans le chapitre 2 Revue de littérature.

que d'importants efforts ont été faits dans certains pays pour étendre la couverture de certaines interventions novatrices, notamment les solutions de réhydratation orale, l'accouchement dans les centres de santé, le traitement antirétroviral et la contraception moderne (Every Woman Every Child, 2015). Il demeure néanmoins que plusieurs autres interventions, telles que la vaccination des enfants (Every Woman Every Child, 2015) ou certaines stratégies communautaires ou non étatiques, nécessitent des efforts pour leur mise à l'échelle et leur pérennisation. Or, malgré l'augmentation du financement et de l'implantation d'innovations dans le domaine de la SMNI, certaines études soulignent le manque de connaissances à propos des innovations efficaces à mettre en œuvre à grande échelle de manière durable (Lunze et al., 2015 ; Victora et al., 2004). Généralement, c'est la disponibilité d'un financement initial, au détriment de l'efficacité, de la durabilité ou de l'ampleur du problème de santé à résoudre, qui détermine le besoin de mettre à l'échelle ou de pérenniser les interventions (El-Noush et al., 2015 ; Victora et al., 2004). Des études portant sur la mise à l'échelle et la pérennisation des innovations en SMNI s'avèrent alors opportunes pour mieux comprendre les mécanismes de diffusion, de dissémination et de pérennisation d'innovations prometteuses pour améliorer la santé des individus et des populations (Bergman et Beck, 2011), particulièrement en SMNI. Il semble alors nécessaire, dans la section qui suit, de relever les différentes problématiques existantes dans les études portant sur les innovations en santé. Cela permettrait de soulever, d'une part, la pertinence de l'orientation donnée à cette thèse, et d'autre part, d'orienter la démarche méthodologique et théorique adoptée.

1.2. L'enfermement de l'innovation dans un déterminisme techno-économique : quelles problématiques en santé publique et communautaire ?

1.2.1. Quelques repères sur le paradigme techno-économique de l'innovation

Dans les faits, la recherche et les pratiques portant sur les innovations en santé ont été beaucoup orientées vers une vision technologique (*technology-based innovation*) qui met l'accent sur les produits et les procédés (Kickbusch, 2009 ; Klein et Laville, 2014 ; Niang et al., 2021b). Dans ce paradigme, les innovations sont considérées, avant tout, comme un impératif pour stimuler la croissance économique (Godin, 2015). À la lecture du corpus scientifique, il est possible de dégager deux perspectives d'appréhender l'innovation dans le paradigme techno-économique. La première met l'accent sur le résultat généré par l'introduction d'un nouveau produit, procédé ou méthode (Phills et al., 2008). Cette perspective place l'économie comme étant au-dessus de toute autre sphère de la société tout en lui étant externe (Hochgerner, 2009). L'innovation est alors comprise

comme étant un actif ou capital de l'économie ; elle n'est ni sociale ni un vecteur de développement humain (Hochgerner, 2009). La deuxième perspective considère le processus social ou organisationnel produit par l'innovation (Phills et al., 2008). Dans cette visée, toute innovation, qu'elle soit technologique ou non, est un processus social et elle a impérativement des effets sociaux, qu'importe le but qu'elle poursuit (Anderson et al., 2014). Selon cette vision, les innovations économiques sont intrinsèquement liées aux innovations sociales⁴ ; autrement dit, le développement efficace et efficient des innovations technologiques est lié aux innovations sociales ou de service (Djellal et Gallouj, 2012).

Au-delà de cette différenciation de visions, il est important de retenir que dans le paradigme techno-économique les moyens et les objectifs de l'innovation ne sont pas orientés vers le « social », mais plutôt vers le développement d'un « marché » (Franz et al., 2012 ; Pol et Ville, 2009). La logique du marché axée principalement sur la rentabilité et la création de la valeur économique à travers les innovations détient le monopole dans la recherche et le développement (Mazzucato et Roy, 2019 ; Yamey et Morel, 2016). Elle tend à conceptualiser l'innovation de façon simpliste comme étant des avancées technologiques (thérapeutiques et médicales) qui sont restreintes aux produits et procédés techniques et aux changements organisationnels (Kickbusch, 2009 ; Klein et Laville, 2014 ; Phills et al., 2008). Les technologies sont alors considérées comme une fin en soi et il n'y a pas d'arrangement entre la technique et le social (D. Vinck, 2012). La valeur économique de l'innovation est privilégiée par rapport à sa valeur sociale. Par conséquent, la finalité de l'innovation est économique, mais elle peut avoir des répercussions sociales dans les populations (Pol et Ville, 2009) à travers l'usage social qui est fait du produit ou du procédé (Chambon et al., 1982 ; Franz et al., 2012). De plus, la dimension sociale de l'innovation est souvent vue comme un moyen de garantir une certaine efficacité du nouveau produit ou procédé (Hillier et al., 2004). Pour mieux saisir les différences entre le paradigme techno-économique et celui de l'innovation sociale, nous proposons dans le tableau 1, une vision globale de leurs finalités, de leurs orientations épistémologiques, ontologiques et axiologiques ainsi que de leurs principes d'action. Ces différences ont été construites à partir des éléments relevés dans la revue de littérature.

⁴ La notion d'innovation sociale est définie dans le chapitre 2 Revue de littérature.

Tableau 1.

Différences entre les paradigmes techno-économique et social de l'innovation

	Innovation techno-économique	Innovation sociale
Finalités	<ul style="list-style-type: none"> • Avancement technologique (thérapeutique ou médical) • Croissance économique ou de la productivité 	<ul style="list-style-type: none"> • Résoudre un problème social • Se pencher sur les défis sociaux et environnementaux • Introduire des changements systémiques
Hypothèses épistémologiques	<ul style="list-style-type: none"> • Approches épidémiologiques et biomédicales • Processus <i>top-down</i> et linéaires • Déterminisme techno-économique • Orientation courttermiste 	<ul style="list-style-type: none"> • Approches intersectorielles et intégrées • Processus tourbillonnaires ou récursifs • Co-production et négociation de la connaissance avec les parties prenantes • Considération de plusieurs temporalités et échelles d'action, et leurs interactions • Interaction dynamique entre les processus d'innovation
Hypothèses ontologiques	<p>Innovation comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ une nouveauté ou une invention ○ un atout de l'économie ○ un changement planifié ○ un processus de diffusion ○ une approche individuelle 	<p>Innovation comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un processus pour lier ou configurer différents éléments de la nouveauté • une construction sociale • un phénomène incertain, complexe et collectif • un changement social

- La santé comme une commodité
- Vision axée sur les coûts-bénéfices : les individus peuvent faire le « meilleur » choix
- Approche centralisée et bureaucratique
- Diffusion linéaire de l'innovation
- Rôles passifs des contextes et des utilisateurs dans le processus d'innovation
- Processus d'innovation séquencé
- Modèles conceptuels bio-psychosociaux dominants
- La santé comme un bien commun et un droit
- Vision axée sur l'équité et l'approche inclusive : les individus n'ont pas les mêmes trajectoires de vie et n'ont pas les mêmes opportunités
- L'équilibre du pouvoir
- Objectifs d'*empowerment* des individus et des groupes
- Apprentissage et adaptation dans le processus d'innovation
- Vision démocratique : science ouverte, contrôle du citoyen, approche centrée sur le citoyen et les communautés...
- Accessibilité et durabilité des interventions
- Engagement communautaire
- Modèles conceptuels sur les déterminants sociaux de la santé

1.2.2 L'insuffisance de la perspective techno-économique pour améliorer la santé et le bien-être des individus et des communautés

L'ancrage paradigmatique de la recherche et développement des innovations dans la perspective techno-économique soulève des enjeux considérables dans le champ de la santé publique et communautaire où maints acteurs concourent et ont des intérêts divergents. En effet, les innovations en santé se produisent dans différents services, organisations et communautés. Elles sont confrontées à de multiples logiques institutionnelles qui sont souvent contradictoires (van den Broek et al., 2014 ; Vickers et al., 2017). Différents acteurs de la philanthropie, de l'État, des secteurs public et privé et de la société civile coexistent dans les processus d'innovation en santé (Bhutta et Aleem, 2013 ; Vickers et al., 2017). Cela rend ce domaine très complexe puisque chaque acteur tend à privilégier une vision, des significations et des valeurs différentes dans le processus d'innovation. De ce fait, le monopole du marché dans les systèmes d'innovation fait en sorte qu'il soit difficile et parfois impossible de privilégier certains principes fondamentaux de la santé publique et communautaire, tels que la vision de la santé comme un bien commun et un droit, le bien-être des individus et des communautés, la confiance des communautés, une vision globale des déterminants sociaux et écologiques de la santé et la justice sociale (Niang et al., 2021a ; 2021b). Dans les faits, il a été rapporté dans la littérature scientifique que beaucoup d'innovations en santé

ne sont pas bien conçues et elles ne sont pas évaluées sur la base des questions fondamentales, telles que leur efficacité, leur efficience ou leur pertinence pour assurer la santé des populations (Mazzucato et Roy, 2019 ; Niang et al. 2021b).

Ainsi, dans le but d'améliorer la santé et le bien être des individus et des communautés, plusieurs organisations concèdent que les avancées technologiques et scientifiques devraient s'accompagner d'innovation sociale (OCDE, 2018 ; Hubert, 2010). De fait, il est aujourd'hui reconnu que ces avancées à elles seules ne pourraient stimuler le dynamisme et la créativité dans les sociétés contemporaines (Klein et Lavoie, 2014). En effet, bien que les avancées technologiques aient permis de sauver des vies et d'améliorer d'une certaine façon la qualité des soins, il est évident que les améliorations en matière de santé des populations ne sont pas tributaires uniquement des innovations technologiques (Mulgan et al., 2007). D'autres types d'innovations, notamment dans le financement de la santé, l'éducation, les systèmes de sécurité alimentaire, les politiques favorables à la santé ou encore les interventions à base communautaire, entre autres, ont contribué significativement à la qualité et au bien-être des individus et des communautés dans les pays en développement (Cyril et al., 2016). De plus, pour faire face aux problèmes de santé complexes et améliorer la pérennité des interventions en santé mondiale, il a été relevé dans la littérature la nécessité de mettre en place des actions durables et des approches systémiques et intégrées, telles que le renforcement des systèmes de santé surtout au niveau local, la disponibilité d'une main-d'œuvre de première ligne qualifiée, la participation et la confiance des individus et des communautés (Kayingo, 2012 ; P. Vinck et al., 2019). Il demeure alors important, dans une perspective de changement social, d'intégrer la technologie à la culture (Thimbleby, 2013), en considérant les innovations dans le domaine de la santé comme un processus multidimensionnel qui combine plusieurs agencements : organisationnel, technologique, économique et social.

Pour cela, il semble important de reconnaître que dans le domaine de la santé publique et communautaire, les innovations sont de nature diversifiée, elles peuvent prendre place dans des systèmes de santé ou dans des contextes socioculturels. Même si l'innovation est de nature technologique (p. ex., un vaccin, un médicament ou une technologie), elle implique nécessairement une dimension sociale puisqu'elle est influencée par des rationalités et des forces institutionnelles et politiques (Denis et al., 2002). Il est maintenant aussi bien reconnu que l'application de l'innovation dans la pratique de santé publique et communautaire ne découle pas d'un processus linéaire basé uniquement sur des preuves scientifiques (Denis et al., 2002). Elle nécessite une adaptation aux réalités des contextes dans lesquels elle est implantée (L. W. Green et al., 2009). Elle est un processus dynamique et organique dans lequel surgissent des luttes de pouvoir entre différents

acteurs concernés (Greenhalgh et al., 2004). À partir de ces constats et d'autres enjeux qui seront soulevés ci-dessous, cette thèse est orientée dans la perspective des innovations sociales tel que mentionné dans l'introduction.

1.2.3. La perspective diffusionniste et l'invisibilisation des contextes d'implantation des innovations

Un autre enjeu découlant de l'orientation des innovations en santé dans le paradigme technico-économique est lié au fait que l'accent est beaucoup mis sur l'action d'innover. Cela participe à invisibiliser les contextes d'implantation des innovations. En effet, les recherches en santé publique et communautaire ont été beaucoup orientées vers la diffusion des innovations. Everett Rogers, un des pionniers à avoir théorisé la diffusion des innovations, l'a définie comme étant un processus à travers lequel une innovation est communiquée au fil du temps par l'utilisation de différents canaux de communication ou d'influence et adoptée parmi les membres d'un système social (Rogers, 2003). Malgré l'apport incontestable de la théorie de Rogers dans le champ des innovations, certaines études la qualifient comme étant mécanique et linéaire (Badillo, 2013 ; Callon et Latour, 1986). Dans cette perspective diffusionniste, de première génération selon Greenhalgh et al. (2004), une innovation est considérée comme étant naturellement « bonne » pour les personnes auxquelles elle est destinée (Boullier, 1989) et sa diffusion est perçue comme étant naturelle et spontanée dans la société. Ainsi, l'adoption d'une innovation dans un système social donné va dépendre grandement des utilisateurs qui, ayant un rôle passif dans le processus de diffusion, peuvent simplement adopter ou ne pas adopter l'innovation. Par conséquent, l'innovation n'a pas besoin d'être transformée pour être adaptée aux populations bénéficiaires (Boullier, 1989) ou aux contextes d'adoption. Toutefois, Rogers a lui-même révisé sa théorie initiale de la diffusion de l'innovation en y intégrant le concept de réinvention qui renvoie au degré de changement d'une innovation pour être mieux adaptée aux réalités locales (Rice et Rogers, 1980). Selon Greenhalgh et al. (2004), ce concept de réinvention est seulement applicable aux innovations qui se diffusent de façon spontanée. Or, toute innovation ne se diffuse pas de façon spontanée, certaines innovations nécessitent l'implication active et des efforts concertés de multiples parties prenantes au processus (Simmons et al., 2007).

Dans cette vision de la diffusion des innovations, peu d'attention est alors accordée aux utilisateurs potentiels et aux contextes d'implantation et d'adoption. Dans ce sens, L. W. Green et al. (2009) notent que la conception, le développement et l'implantation des innovations sont faits de manière institutionnelle, autrement dit les connaissances en lien avec les innovations sont développées par des scientifiques, puis elles sont vérifiées et disséminées par les décideurs et les praticiens. Ce type

de fonctionnement et de raisonnement rentre dans une perspective biomédicale, où *l'evidence based medicine*⁵ justifie la mise en place d'une innovation dont l'efficacité et l'efficience sont souvent réduites aux caractéristiques du produit ou de l'idée perçue comme étant nouveau. L'innovation est alors décontextualisée. Elle est mise en œuvre dans une vision bureaucratique, verticale, qui nie en quelque sorte l'implication de multiples parties prenantes dans les processus d'implantation et de diffusion (Denis et al., 2002 ; Potvin et al., 2005). Par conséquent, les recherches se sont beaucoup intéressées aux innovations qui sont conçues et diffusées de manière centralisée ou verticale au détriment de celles qui émergent en périphérie des institutions (Greenhalgh et al., 2004). De plus, beaucoup d'études qui se sont basées sur la théorie diffusionniste dans le domaine de la santé publique et communautaire ont mis l'accent essentiellement sur les théories comportementalistes et sur l'individu. Par exemple, en se focalisant sur l'adaptation des messages au niveau individuel, l'emploi des agents de changement pour influencer ou agir sur les utilisateurs potentiels de l'innovation (Dearing, 2008 ; Greenhalgh et al., 2004 ; Greenhalgh et al., 2017). Dans cette perspective, ces études ont beaucoup minimisé les contextes d'adoption (ou non-adoption) et les conditions d'implantation, de dissémination et de pérennisation des innovations ; mais également l'inadéquation existante entre les solutions novatrices proposées et les problèmes de santé publique et communautaire actuels (Alami et al., 2020 ; L. W. Green et al., 2009 ; Greenhalgh et al., 2004 ; Greenhalgh et al., 2017). Ces différents constats s'entrevoient également en Afrique subsaharienne, où il est reconnu que les innovations sont souvent orientées vers une perspective économique/technologique inspirée du modèle de développement occidental, et elles ne sont ni adaptées ni cohérentes aux réalités africaines (S. Ndiaye, 2013).

1.2.4. L'influence des perspectives techno-économique et diffusionniste dans l'étude de la mise à l'échelle et de la pérennisation

La vision techno-économique de l'innovation et la théorie diffusionniste ont beaucoup influencé les études sur la mise à l'échelle et la pérennisation des innovations en santé. De façon générale, la littérature portant sur ces concepts tend à considérer l'innovation comme étant prédictible et rationnelle. Ainsi, les études mettent beaucoup l'accent sur les séquences qui sous-tendent la mise à l'échelle et la pérennisation d'innovations ; se référer par exemple aux modèles de : Adamou et al. (2013) ; Barker et al., (2016) ; Kohl et Cooley (2003) ; Simmons et al., (2002) ; Yamey (2011). En

⁵ *L'evidence based medicine* ou la pratique fondée sur les données probantes est un courant de pensée qui a émergé dans les années 1990. Enraciné dans la philosophie de l'épidémiologie clinique, ce mouvement soutient que les prises de décision en matière de santé aux niveaux des praticiens, des gestionnaires, des personnes utilisatrices des services et des décideurs politiques soient faites selon des données scientifiques robustes, valides et applicables dans la pratique (voir l'article de Haynes, 2002).

effet, des cadres conceptuels de nature opérationnelle sont proposés dans le but d'informer les décideurs politiques, les bailleurs de fonds ou encore les communautés scientifiques et professionnelles des meilleures pratiques pour mettre à l'échelle et pérenniser des interventions prometteuses (Indig et al., 2017). Cet état des faits a été soulevé par Olivier de Sardan et al. (2015) qui considèrent que les études portant sur la pérennisation et la mise à l'échelle sont normatives, dans le sens qu'elles proposent des cadres dans lesquels sont listées des variables qui peuvent faciliter ou compromettre leurs conditions de réussite ou d'échec. Leur étude a souligné que la plupart des recherches n'arrivent pas à mettre en lumière de façon rigoureuse et détaillée les contraintes que pose, par exemple, la culture bureaucratique africaine dans les processus de mise à l'échelle et de pérennisation des innovations en santé. L'impossibilité d'éclairer cet aspect est due notamment au fait que les recherches prennent référence sur les systèmes de santé des pays développés pour les appliquer dans les pays en développement (Olivier de Sardan et al., 2015), tandis que ces systèmes présentent des différences tant sur le plan historique, culturel, organisationnel, politique et institutionnel. D'où l'intérêt de cette thèse de proposer une modélisation des déterminants et processus de mise à l'échelle et de pérennisation à partir des connaissances tirées des terrains africains et d'innovations en SMNI déjà implantées afin de saisir les spécificités contextuelles et leurs effets sur leur évolution.

Des observations issues de la littérature permettent également de constater deux grandes problématiques dans l'étude des concepts de mise à l'échelle et de pérennisation. D'une part, dans le domaine de la santé publique et communautaire, peu d'études permettent de comprendre les éléments qui influencent une mise à l'échelle réussie et pérenne des innovations. Bien qu'il existe une vaste littérature sur les innovations en santé, les écrits sont néanmoins fragmentaires et dispersés. Ils mettent davantage l'accent sur le contenu des interventions que sur les processus de mise à l'échelle ou de pérennisation et leurs déterminants de succès et d'échec (Simmons et al., 2007). De plus, la mise à l'échelle comme la pérennisation sont des concepts ambigus, il n'existe pas de consensus ni sur leur appellation ni sur ce qu'elles réfèrent dans leur contenu. Pour certains auteurs, ces concepts sont souvent mal définis, sous-théorisés et peu étudiés (Kohl et Cooley, 2003 ; Mangham et Hanson, 2010 ; Simmons et al., 2007 ; Stirman et al., 2012). Cet état des faits soulève alors la nécessité, dans cette thèse, de faire une caractérisation de ces concepts afin de mieux définir de manière plus précise le phénomène étudié.

D'autre part, dans les études existantes, peu d'importance est mise sur les relations entre les processus d'innovation, de mise à l'échelle et de pérennisation. Par exemple, la mise à l'échelle et la pérennisation sont souvent étudiées séparément, ou elles sont implicitement utilisées de façon

interchangeable. En outre, elles ne sont pas reliées à l'ensemble du processus, au contexte ou à l'histoire de l'innovation en question (seulement quelques caractéristiques de l'innovation sont considérées). Outre cela, les interactions ou inter-rétroactions⁶ entre ces différents processus, et entre ces processus et le contexte dans lequel ils sont mis en œuvre ne sont pas souvent éclairées. D'ailleurs, il a été relevé dans la littérature qu'il existe peu d'études permettant de comprendre les processus par lesquels les innovations sont adoptées, implantées et soutenues, surtout dans le cas où la mise à l'échelle ne se fait pas systématiquement ou conformément à la planification à long terme (Adamou et al., 2013). Sur ce point, bien que le cadre de Greenhalgh et al. (2004) a essayé de montrer la complexité inhérente aux processus d'innovation, il demeure néanmoins qu'il n'apporte pas de réponse définitive, comme indiqué dans leur étude. Cette autrice a soulevé dans ses études plusieurs lacunes qui existent encore dans l'étude des innovations, notamment le fait que l'ensemble des processus de diffusion, de dissémination et d'implantation d'innovations complexes ne soit pas considéré ainsi que le caractère dynamique des interactions de leurs déterminants et du contexte (Greenhalgh et al., 2004 ; Greenhalgh et al., 2016). Dans cette thèse, il sera alors question d'envisager les processus d'innovation en considérant les composantes et les événements comme un ensemble intégré dans une perspective systémique et processuelle. De cette façon, il serait possible de mieux comprendre pour chaque innovation sa dynamique évolutive soutenue et nourrie par des relations entre maints acteurs dans des contextes changeants, et sa complexité sociopolitique. Pour cela, l'utilisation de la théorie systémique dans cette thèse semble être une avenue intéressante pour mieux appréhender les caractères processuels et les relations complexes des processus des innovations étudiées.

1.3. Questions de recherche

Partant des problématiques soulevées dans la littérature, de l'état actuel d'avancement des connaissances sur l'objet de recherche et de la finalité de modéliser le phénomène à l'étude, la présente étude tente de répondre à la question principale suivante :

Quelles sont les conditions et les dynamiques de mise à l'échelle et de pérennisation des trois innovations étudiées au Burkina Faso et au Mali ?

Pour rappel, les trois innovations sociales en SMNI choisies sont :

- (1) la Chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) au Burkina Faso

⁶ Ce terme signifie selon Morin (2005) comme étant un enchevêtrement d'actions réciproques dans lequel en joignant « la cause et l'effet, l'effet reviendra sur la cause, par rétroaction, le produit sera aussi producteur » (p.104).

- (2) les Comités villageois de solidarité santé (CVSS) au Mali
- (3) les Comités de femmes utilisatrices des services de santé (CFU) au Mali.

Trois sous-questions seront traitées dans cette thèse.

- 1. Comment ces innovations ont-elles émergé, ont-elles été implantées et diffusées (dans le temps et l'espace) dans les milieux concernés ?** Cette question implique un examen dans différentes configurations : des modes de gouvernance et de fonctionnement des innovations ; de la nature (endogène ou exogène) des innovations et de leur effet sur la mise en œuvre et l'acceptabilité dans les milieux ; des stratégies d'adaptation et des réponses locales (l'acceptabilité par les communautés) déployées ; des ressources mobilisées et des interrelations des innovations avec les autres interventions connexes et le système de santé.
- 2. Quels sont les éléments qui peuvent influencer la mise à échelle et la pérennisation de ces innovations selon leur évolution dans les pays concernés (à différentes échelles : locale, régionale et nationale) ?** Cette question implique d'examiner : l'adaptation des innovations aux échelles locale et régionale, notamment les ajustements ou les accommodations qui ont été faits au niveau du contenu et des objectifs des innovations ; l'efficacité prouvée par des données probantes ou la « réputation d'être efficace » des innovations par les acteurs impliqués dans le processus de mise en œuvre, les bénéficiaires et les autres acteurs du système de santé ; les ressources humaines et financières déployées dans l'expansion des innovations ; les responsabilités, les capacités et valeurs organisationnelles et les formes de gouvernance mises en œuvre par les organisations utilisatrices et les équipes de promotion des innovations concernant leur passage à l'échelle ; le rôle des bailleurs de fonds et les relations qu'ils entretiennent avec les acteurs locaux dans l'expansion de ces innovations.
- 3. Quelles sont les conditions favorables et défavorables à la mise à l'échelle et à la pérennisation des innovations ciblées ?** L'intérêt sera porté sur : les éléments inhérents aux innovations (les caractéristiques des innovations et les acteurs impliqués dans l'ensemble du processus d'adoption et de mise en œuvre) en mettant l'accent sur les processus de routinisation de ces interventions dans les organisations utilisatrices et celles concernées par leur mise en œuvre ; les interrelations entre le processus des innovations et les contextes dans lesquels elles sont introduites en essayant de déceler les éléments qui peuvent favoriser ou compromettre leur intégration ou leur institutionnalisation et leur expansion dans le pays concerné ; les rôles des bailleurs de fonds dans le processus de ces innovations et des effets qu'ils peuvent induire.

Chapitre 2 Revue de littérature sur les concepts : d'innovation, d'innovation sociale, de mise à l'échelle et de pérennisation

2.1. Méthode de recensions des écrits : choix porté sur la revue narrative

Ce chapitre porte sur la revue narrative sur les concepts d'innovation, d'innovation sociale, de mise à l'échelle et de pérennisation qui font assise de l'objet de cette recherche. Il est important de souligner qu'il existe une tendance dans la communauté scientifique à hiérarchiser les types de revues de littérature, en donnant une place d'excellence aux revues systématiques (Boell et Cecez-Kecmanovic, 2016 ; Greenhalgh et al., 2018). Ces dernières sont présentées comme étant beaucoup plus objectives, transparentes, rigoureuses et faciles à reproduire que les revues narratives (Boell et Cecez-Kecmanovic, 2016 ; Oancea et Pring, 2008 ; Rother, 2007). La considération, voire l'institutionnalisation, des revues systématiques comme ayant une qualité supérieure n'est pas justifiée et est même contestée dans la littérature (Boell et Cecez-Kecmanovic, 2016 ; Oancea et Pring, 2008). En effet, ce type de revues comporte des enjeux considérables, notamment son enfermement dans un paradigme positiviste dans lequel l'importance est donnée aux procédures techniques d'extraction des données, l'évaluation de la qualité et de la synthèse des études, l'exhaustivité de la recherche et la quantification des résultats de la revue (Boell et Cecez-Kecmanovic, 2016 ; Chiasson, 2015 ; Oancea et Pring, 2008). Selon ces études, ce processus standardisé peut contribuer à limiter l'engagement critique et réflexif ainsi que l'esprit de créativité de la chercheuse envers le corpus de littérature ; à exclure un nombre important d'études qui ne sont pas publiées dans des revues scientifiques avec facteur d'impact ; à neutraliser le rôle de la chercheuse qui, avant tout, est porteuse de valeurs et poursuit des finalités avec la recherche menée ainsi que les caractères dynamique et sociopolitique inhérents à la littérature scientifique.

Cependant, loin de cette pensée qui hiérarchise les méthodes de revue de littérature, cette thèse s'aligne sur l'idée selon laquelle les revues systématiques comme narratives poursuivent des objectifs différents. Le choix d'un type de revue doit correspondre aux finalités de la recherche et aux questions auxquelles la revue tente de répondre (Chiasson, 2015 ; Greenhalgh et al., 2018). Dans le cadre de cette recherche, la revue narrative semble plus pertinente que les revues systématiques pour plusieurs raisons. D'une part, elle est en adéquation avec mon orientation paradigmatique qui se veut en rupture avec des formes de pensée axées sur la linéarité ou niant la

subjectivité de la chercheuse dans le processus de production des connaissances. En plus, le but poursuivi dans cette thèse avec la revue narrative n'était pas de résumer ou de combiner statistiquement des résultats d'étude comme dans le cas des revues systématiques (Greenhalgh et al., 2018). Il était plutôt question de faire une synthèse critique et interprétative des informations contenues dans des études empiriques, philosophiques ou théoriques déjà publiées dans le but de relever les données manquantes pouvant alimenter cette recherche ou d'autres études (B. N. Green et al., 2006 ; Rother, 2007). D'autre part, cette revue s'intéressait à plusieurs concepts que sont : innovation, innovation sociale, mise à l'échelle et pérennisation, notamment à leur définition, leur conceptualisation, leur évolution et leurs relations dans la littérature existante. L'étendue du sujet d'étude fait en sorte qu'il est impossible de réaliser une revue systématique, car elle est plus portée vers un sujet spécifique et bien étudié dans la littérature, et cherche à documenter les meilleures pratiques ou ce qui fonctionne le mieux dans un domaine. La revue narrative, quant à elle, permet de retracer et de comprendre l'histoire, l'état d'avancement des concepts étudiés et le développement des enjeux ou défis dans la recherche (B. N. Green et al., 2006 ; Greenhalgh et al., 2018) afin de mieux nourrir les stratégies méthodologiques et les réflexions théoriques déployées dans cette thèse. En plus, elle est plus appropriée pour les sujets considérés comme étant émergents et transdisciplinaires, tels que l'innovation sociale, la mise à l'échelle et la pérennisation.

La revue narrative adoptée dans cette thèse est de type herméneutique. Elle se caractérise par son processus intrinsèquement interprétatif et inductif dans lequel la chercheuse « s'engage dans une compréhension toujours plus étendue et approfondie d'un corpus de littérature pertinent » (Boell et Cecez-Kecmanovic, 2014, p.259 [Traduction libre]). En ce sens, l'approche herméneutique se focalise sur le processus de développement de la compréhension des études sélectionnées qui, n'étant pas linéaire, est interactif et itératif (Boell et Cecez-Kecmanovic, 2014). Elle facilite une relation dialogique entre la chercheuse et la littérature existante sur le sujet d'étude. En plus, ce sont les finalités poursuivies par cette recherche et la chercheuse qui orientent les moyens d'acquisition, d'analyse et d'interprétation des données, et non le contraire.

2.1.1. Processus de recherche, d'acquisition et d'interprétation de la littérature

Cette revue comporte deux objectifs principaux : (1) identifier et comprendre les définitions et la conceptualisation des notions d'innovation, d'innovation sociale, de mise à l'échelle et de pérennisation ; (2) identifier et examiner les déterminants des processus de mise à l'échelle et de pérennisation d'innovations sociales.

Pour collecter, analyser et interpréter la littérature, un cadre herméneutique a été utilisé. Il comporte deux cercles herméneutiques imbriqués et récursifs : (1) le cercle de recherche et d'acquisition des études ; (2) le cercle d'analyse et d'interprétation des études (Boell et Cecez-Kecmanovic, 2014). La figure 1 permet de visualiser l'ensemble des actions qui ont été menées dans le cadre cette revue.

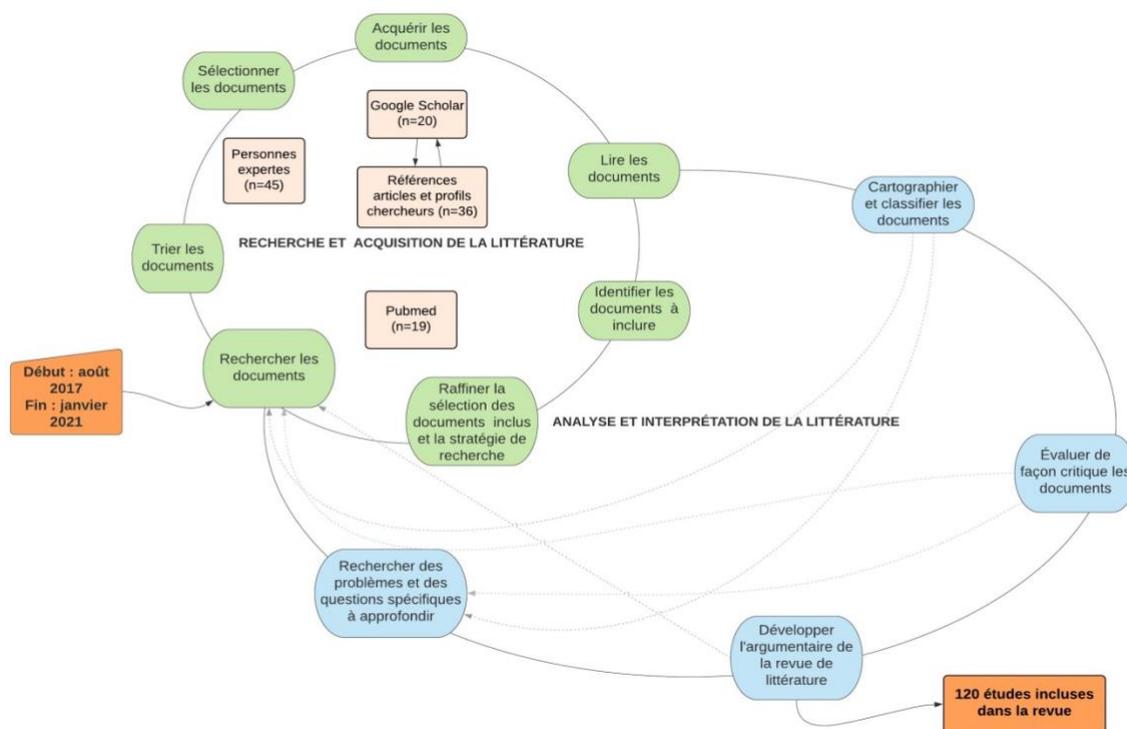


Figure 1. Cercles herméneutiques de la revue narrative. Adaptée du cadre de Boell et Cecez-Kecmanovic (2014)

De façon itérative, la recherche de la littérature a été effectuée en même temps que l'analyse et l'interprétation des études inclusivement durant la période d'août 2017 à janvier 2021. Les mots-clés et les critères de sélection n'étaient pas prédéfinis ; ils ont été développés en même temps de la progression de la revue et de l'avancement de ma compréhension (Boell et Cecez-Kecmanovic, 2016). La procédure d'inclure ou d'exclure une étude a été essentiellement basée sur mon jugement porté sur la pertinence de chaque document sélectionné par rapport aux objectifs de la revue (Boell et Cecez-Kecmanovic, 2016). De facto, toute étude qui permettait de répondre à un des deux objectifs de cette revue a été incluse sans tenir compte de la méthodologie ou des techniques de diffusion (revues scientifiques, références d'articles scientifiques, bases de données, sites d'organisation, réseau de personnes expertes d'un domaine). Les études publiées en français et en anglais ont été incluses. La recherche et l'acquisition de la littérature a été arrêtée quand la saturation a été atteinte, autrement dit, quand j'ai constaté qu'aucune nouvelle étude n'apportait de

nouvelles informations pour éclairer les objectifs de la revue ou pour étayer l'argumentaire développé.

La recherche des études a été faite en trois étapes itératives. La première étape de la recherche a permis d'obtenir 45 études suggérées par des experts du domaine de la santé publique et communautaire et de ceux qui ont travaillé spécifiquement sur les sujets de mise à l'échelle et de pérennisation. Ensuite, une recherche sur la base de données de Google Scholar et dans les références d'articles de renommée a été effectuée (Zientek et al., 2018). Compte tenu de l'ampleur des articles trouvés, 20 articles et livres pertinents ont été d'abord sélectionnés en prenant en compte leur pertinence pour répondre aux objectifs de la revue. Ensuite, au fur et à mesure que ma compréhension des concepts d'étude s'approfondissait, une nouvelle recherche a été effectuée en utilisant la liste de références de certains articles, parmi les 20 documents sélectionnés, (Iwelunmor et al., 2016; Olivier de Sardan et al., 2015; Stirman et al. 2012) et les profils Google Scholar de certains chercheurs pour identifier d'autres études. Cette stratégie a permis de trouver 36 études supplémentaires de nature empirique, philosophique ou théorique qui sont effectuées dans plusieurs disciplines. Aucune fenêtre de temps n'a été délimitée. Une autre stratégie complémentaire a été d'effectuer une autre recherche dans la base de données de Pubmed spécialisée en sciences de la santé. La stratégie de cette recherche comprenant les mots clés utilisés est présentée dans l'annexe A. Elle a permis de collecter 139 études parmi lesquelles 19 ont été incluses dans cette revue. Cette recherche a été circonscrite dans une fenêtre de temps, entre 2000 à 2020 et elle concernait spécifiquement les pays en développement et particulièrement les pays d'Afrique de l'Ouest pour mieux asseoir la pertinence de cette revue par rapport au contexte de recherche de cette thèse. Certaines études déjà incluses par les autres étapes de la recherche des écrits, celles qui présentaient un protocole de recherche ou qui décrivaient l'apport d'une méthodologie ou du seul caractère biomédical ou technologique d'une innovation ont été exclues.

2.1.2. Présentation des résultats de la revue

Au total, 120 études ont été incluses dans cette revue. L'argumentaire est organisé selon les objectifs poursuivis et les concepts à l'étude. Pour le premier objectif, chaque concept à l'étude est élucidé et approfondi dans les quatre sections suivantes. Ensuite, le deuxième objectif de cette revue portant sur les déterminants des processus de mise à l'échelle et de pérennisation des innovations, est répondu dans la sixième section de ce chapitre. Pour conclure cette revue, une synthèse de toute cette littérature est exposée et un modèle conceptuel de départ pour baliser cette recherche est également proposé.

2.2. L'innovation : de quelle innovation parlons-nous ?

Dans le domaine de la santé publique et communautaire, il existe peu d'écrits qui définissent le terme *innovation*. Souvent, la définition la plus utilisée est celle du sociologue Everett M. Rogers, qui qualifie l'innovation comme étant tout « idée, pratique ou objet perçus comme nouveaux par l'individu ou l'unité d'adoption » (2003, p.12 [traduction libre]). L'innovation est alors assimilée à certains termes tels que l'invention, la nouveauté, l'imitation et le changement (social). Il demeure néanmoins qu'elle est un processus complexe qui se différencie et se rapproche de ces notions. Dans cette section, les différences entre ces notions seront exposées dans l'idée de faire ressortir les principales caractéristiques de l'innovation et l'orientation qu'elle pourrait prendre en santé publique et communautaire.

2.2.1. L'invention

L'innovation est souvent contrastée avec la notion d'invention, dans le sens où toute invention ne devient pas *ipso facto* une innovation. Selon l'anthropologue Barnett (1953), l'innovation est quelque chose (matériel ou non matériel) qui est qualitativement nouveau dans un contexte donné, donc elle se différencie des normes ou schèmes établis. Elle n'est pas forcément inventive ou inédite comme le serait l'invention technologique (Barnett, 1953 ; Chambon et al., 1982). Comprises dans la perspective économiste, les notions d'innovation et d'invention sont très liées par leur caractère nouveau et original, mais elles se différencient par le fait que l'innovation est la commercialisation d'une idée ou d'un produit (Fagerberg, 2004). Pour certains sociologues, la diffusion est l'élément clé qui permet de différencier l'idée ou le produit nouveau de l'innovation (Rogers, 2003). Pour d'autres, l'institutionnalisation d'une invention ou d'une découverte est ce qui caractérise une innovation (Fontan, 2007). Dans ce sens, l'innovation ne signifie pas nécessairement la conception d'une idée ou d'un produit « nouveau », mais elle est un processus mental qui permet de lier ou de configurer différents éléments de cette nouveauté (Barnett, 1953).

2.2.2. La nouveauté

Selon Chambon et al. (1982), l'invention dans le sens de **nouveauté** est différente de la notion d'innovation. Pour ces auteurs, la nouveauté est relative, le caractère nouveau d'un projet ou d'une expérimentation n'en détermine pas la valeur innovante, mais plutôt sa portée qui dépasse souvent l'objectif apparent poursuivi. Ainsi, on peut en comprendre des écrits que toute invention n'est pas nécessairement une innovation (Lallemand, 2001 ; Schumpeter, 1939), *a contrario* l'invention peut être une partie ou une étape dans le processus d'innovation (Godin, 2015). L'innovation est alors une création, ou comme le perçoivent des sociologues une construction sociale qui peut être

comprise comme étant un jugement de valeur positif (Lallemand, 2001). Elle est une « destruction créatrice » qui renvoie au mouvement ou au processus qui se fait quand une nouveauté est introduite dans les structures (dans le domaine économique) et qui détruit les anciennes révolutions en laissant place à de nouvelles innovations (Schumpeter, 1950). Cette façon de voir l'innovation ouvre des voies à se poser la question suivante : l'innovation est-elle nécessairement une imitation ?

2.2.3. L'imitation

L'**imitation** a été définie par Gabriel Tarde comme étant « toute empreinte de photographie inter-spirituelle, pour ainsi dire qu'elle soit voulue ou non, passive ou active » (1895, p. 13). En ce sens, selon cet auteur, elle est au cœur de l'activité sociale et il n'y a pas de différence entre l'invention et l'imitation puisque « le plus imitateur des hommes est novateur par quelque côté » (p.14). Selon Godin (2016), l'imitation a une mauvaise réputation auprès des théoriciens et chercheurs dans le domaine de l'innovation. Cela s'explique, selon cet auteur, par le fait que l'imitation est perçue dans notre société actuelle comme relevant de la tradition et des coutumes, alors que la créativité et l'originalité sont des valeurs privilégiées dans les recherches sur l'innovation centrée sur l'économique et la technologie. Toujours selon lui, l'innovation n'est pas nécessairement « ce qui est nouveau dans le monde », mais elle peut être une reproduction de ce qui existait. Dans ce sens, Barnett (1953) soutient que toute innovation a des antécédents ; elle ne sort pas de nulle part. Selon cet auteur, la notion de créativité dans l'innovation est le fait qu'il existe de nouvelles combinaisons d'idées ou d'éléments qui sont différentes des façons de faire ou de penser existantes dans un milieu donné. Ainsi, l'innovation n'est pas une simple imitation de ce qui a déjà été fait (Lallemand, 2001), mais elle est un processus qui se produit dans un milieu donné. Son caractère original et nouveau dépend largement de la perception des acteurs impliqués. Le développement et l'existence d'une innovation sont liés intrinsèquement au contexte dans lequel elle est mise en œuvre (Pol et Ville, 2009). L'innovation est alors une nouvelle façon de faire les choses ; elle dépasse la vision évolutionniste et réductionniste qui dichotomise tradition et modernité. Selon Chambon et al. (1982), innover n'est pas de faire nouveau, mais de faire autrement ou de proposer une solution de rechange qui peut s'enraciner dans des façons de faire existantes. Dans cette vision, l'innovation est à la fois *nouveauté* et *imitation* puisqu'elle induit un mouvement qui est un « enchevêtrement de circonstances » (Lallemand, 2001) qui peut susciter un changement dans les institutions, les organisations, les individus ou tout simplement dans l'ordre social établi (Cloutier, 2003).

2.2.4. Le changement

Dans cet ordre d'idées, peut-on qualifier l'innovation comme étant synonyme de **changement** ? Dans la littérature consultée, une certaine connotation apparaît entre innovation et changement. Le

changement est souvent perçu comme étant une condition (de réussite), une conséquence ou les deux à la fois (Gregoire, 2016). L'innovation induit un changement qui est qualifié de « durable » et connote des améliorations, plutôt qu'une restructuration de ce qui existait déjà (Cloutier, 2003). Toute innovation n'est pas fréquemment motivée par le désir de changer les conditions existantes (Barnett, 1953). Néanmoins, la satisfaction ou la finalité poursuivie par l'innovation requièrent le changement dans leur réalisation (Barnett, 1953). De ce fait, le lien entre innovation sociale et changement social peut être compris par le fait que le dernier implique nécessairement un élément d'innovation par rapport à la condition de la société, et l'innovation est un levier de changement social (Chevallier, 2005).

Dans la littérature, suivant les objectifs poursuivis par l'innovation, le changement peut être une transformation progressive ou une révolution qui change les façons traditionnelles de faire. Lallemand (2001) distingue ces formes de changement de façon caricaturale à travers deux perspectives. La première, qualifiée de « créatrice », évoque une idée de rupture par rapport aux pratiques et structures existantes, donc elle entre dans une conception de l'innovation ancrée dans « l'inédit ». La seconde perspective est « transformatrice » ; elle tente de transformer des modes d'intervention ou des structures existantes en s'appuyant sur des alliances ou des équipes. Dans cette dernière perspective, l'innovation se fait à côté ou à partir de ce qui existe déjà. Ainsi, l'innovation est envisagée comme un changement planifié ou encore un transformateur de la société de façon radicale ou révolutionnaire (Cloutier, 2003 ; Godin, 2015). Elle peut être la source d'un changement à l'échelle de l'individu, de l'environnement ou de l'entreprise (Cloutier, 2003), mais également des institutions et des programmes (Hillier et al., 2004) et des politiques (Chevallier, 2005). D'ailleurs, certains auteurs qualifient la rupture ou la transformation induite par l'innovation comme étant un changement de paradigme (Bekkers et al., 2013). Cela permet de différencier l'innovation d'autres changements, dont l'amélioration des services (Bekkers et al., 2013) ou la mise en place de nouvelles technologies.

En nous basant sur ces différentes distinctions, nous pouvons déjà percevoir l'innovation comme un phénomène incertain, imprévisible, complexe et collectif. En santé publique et communautaire, l'innovation n'est pas l'affaire de certains individus ou organisations, et elle ne se produit pas uniquement dans les laboratoires de recherche et développement, comme le serait l'invention. En ce sens, elle implique un grand nombre d'acteurs qui ont différents rôles et fonctions dans l'ensemble du processus (Callon et Latour, 1986). Ainsi, la nouveauté ou le caractère inventif n'est pas ce qui constitue l'innovation, mais plutôt le processus social entourant la conception, l'adoption, la mise en œuvre, l'accessibilité et la durabilité des changements pour toute la société. C'est en partant de

ces constats qu'il sera proposé, dans la section qui suit, l'innovation sociale comme un champ paradigmatique intéressant pour appréhender les innovations en santé publique et communautaire.

2.3. L'innovation sociale : une orientation paradigmatique pertinente pour la santé publique et communautaire

2.3.1. Innovation sociale : quelles finalités en santé publique et communautaire ?

Depuis quelques années, des écrits se sont multipliés pour différencier l'innovation sociale de l'innovation économique ou technologique. L'innovation sociale est considérée, dans certaines études, comme un nouveau paradigme différent de celui de l'innovation technologique (Franz et al., 2012 ; Howaldt et al., 2016). Pour d'autres études, l'innovation sociale et l'innovation technologique demeurent étroitement liées (Howaldt et al., 2016), voire complémentaires, dans la mesure où les impératifs d'une innovation technologique peuvent requérir un agencement de différents éléments de nature sociale, politique, économique, organisationnelle (Dandurand, 2005), ceci est valable pour l'innovation sociale.

Bien que l'innovation technologique soit souvent mise en contradiction avec l'innovation sociale, il existe de grandes difficultés à définir et à donner une juste place à ce dernier concept dans la littérature scientifique. Le livre de référence à ce sujet, intitulé *Les innovations sociales*, fait état de la difficulté à cerner et à identifier le phénomène (Chambon et al., 1982). Pour certaines études, le concept d'innovation sociale devient de plus en plus ambigu, dans le sens qu'il est utilisé de façon simpliste comme un « *buzzword* » qui, d'une part, permet de faire face aux crises sociales associées au déclin de l'État providence et d'autre part, comme une référence stratégique pour les organisations et les mouvements sociaux et politiques (Bob et al., 2013 ; Moulaert et al., 2013b). En effet, depuis ces dernières années, nous assistons à l'émergence de centres ou de laboratoires d'innovation sociale dans plusieurs pays du Nord comme du Sud. De plus, plusieurs fonds d'investissement, des programmes ou projets intégrant une vision de l'innovation sociale ont été créés dans le monde (p. ex., *Social Innovation Fund* aux États-Unis, *Big Society* en Angleterre, Politique nationale de la recherche et de l'innovation au Québec, *The Living Goods project* en Ouganda, *The Kheth'Impilo project* en Afrique du Sud, etc.).

Cependant, dans la littérature scientifique, la plupart des innovations sociales documentées sont effectuées dans les pays du Nord. Une étude récente sur ces expériences dans les pays en développement a soulevé certaines raisons qui font qu'il y a peu de recherche dans ce domaine (Ndongo et Klein, 2020; van Niekerk et al., 2020). D'une part, une connaissance limitée de

l'innovation sociale par les praticiens, les décideurs et les universitaires a été relevée. Ensuite, plusieurs expériences menées dans les communautés ne sont pas reconnues comme des innovations sociales. Ce constat a été soulevé dans d'autres études selon lesquelles les innovations conduites par les populations locales sont souvent imperceptibles (Olivier de Sardan, 1995) ou encore elles peuvent exister sans en avoir conscience (Chambon et al., 1982). D'autre part, van Niekerk et al. (2020) ont également mentionné le manque d'engagement des universitaires dans ce type d'innovation dans les pays en développement. Cela est un frein pour pouvoir générer des preuves sur l'adoption et la mise à l'échelle des innovations sociales ayant réussi dans ces contextes.

L'utilisation récente de l'innovation sociale par différents acteurs et organisations comporte certains enjeux et défis. D'abord, il y a un manque de conceptualisation de ce que signifie la valeur sociale de l'innovation. Dans la littérature, le concept renvoie à différents processus et résultats, tels que des formes de collaboration sociale ; des approches collectives permettant ce type d'innovation ; l'implication du secteur social ou des populations à différentes étapes du processus d'innovation sociale ; et l'impact sociétal (positif) de ces innovations sociales (Ayob et al., 2016). Ce flou conceptuel pose un enjeu de taille, soit l'instrumentalisation du concept à des fins de libéralisation ou de retrait des services publics (Grisolia et Farragina, 2015). À cet effet, certaines études ont soulevé qu'il existe une juxtaposition des concepts et des valeurs du secteur privé avec la dimension sociale de l'innovation. Les organisations et les gouvernements attribuent des idées commerciales, des pratiques de gestion et des principes du marché aux innovations sociales (Phills et al., 2008).

D'ailleurs, l'innovation sociale est souvent utilisée comme une réponse aux échecs ou aux lacunes des systèmes institutionnels (Mason et al., 2015). Toutefois, certains auteurs mettent en garde que ce type d'innovation ne devrait pas être considéré comme une panacée permettant de pallier les insuffisances de l'État-providence ni une nouvelle solution de rechange pour contrebalancer la réduction des dépenses publiques (Grisolia et Farragina, 2015), surtout dans les pays en développement qui sont confrontés à des défis sociaux et à la faiblesse des systèmes de santé (Awor et al., 2020 ; van Niekerk et al., 2020). En ce sens, l'utilisation instrumentale de l'innovation sociale pourrait même accentuer les inégalités sociales existantes (Grisolia et Farragina, 2015), surtout quand elle renvoie uniquement à innover dans les pouvoirs publics sans apporter des changements dans les façons de faire ni des mécanismes de combinaison de nouvelles ressources (Mulgan et al., 2007). En revanche, dans le champ de la santé publique et communautaire, l'innovation sociale ne pourrait être utilisée dans une vision de « solutionnisme » visant à combler des lacunes du système existant. Pour éviter cela, il est important d'amorcer un plaidoyer pour des réformes paradigmatiques dans la vision de ce champ sociosanitaire en adoptant et en valorisant une façon de

penser et de faire de l'innovation qui n'est pas seulement axée sur le marché. Cela permettrait ainsi le développement d'innovation intégrée et « capabilisante » (Ziegler et al., 2017) promouvant la création de valeur sociale durable dans une perspective d'équité et de justice sociale. L'innovation sociale serait inefficace si elle est simplement utilisée à côté d'autres types d'innovations. Ses hypothèses épistémologiques, ontologiques et axiologiques ainsi que ses principes d'action (voir tableau 1) devraient être la toile de fond des actions, des pratiques et de la recherche en santé publique et communautaire. De ce fait, il demeure important dans une visée de maximiser l'impact de ce type d'innovation en santé de mettre de l'avant certains principes, tels que la participation communautaire, l'engagement multipartite, l'impératif d'améliorer et d'apporter des transformations dans la santé et le bien-être selon les besoins des communautés bénéficiaires (Awor et al., 2020).

Un autre risque est de concevoir l'innovation sociale comme une fin en soi, au lieu d'un moyen pour d'autres fins (Mulgan, 2019 ; Ziegler et al., 2017). Souvent, les investissements dans des innovations en santé publique et communautaire sont faits dans une vision de maximiser les conséquences positives sur la performance des systèmes de santé, l'expérience positive pour les personnes utilisatrices des services ou encore la santé et le bien-être des communautés. Toutefois, l'idée normative selon laquelle toute innovation a des retombées positives pour toute la population reste problématique. En effet, plusieurs innovations en santé peuvent avoir des conséquences négatives sur la population et sur la planète ainsi que des coûts sociaux (Ziegler et al., 2017). Par conséquent, en santé publique et communautaire, il est important que les investissements des ressources en recherche et développement ne servent pas seulement à créer de la nouveauté, mais également à soutenir l'adoption, la mise en œuvre, l'adaptation, la mise à l'échelle et la pérennisation des innovations (Greenhalgh et al., 2017 ; Mulgan, 2019). Ces éléments sont d'une grande importance, considérant que plusieurs innovations bien conçues pourraient être inutiles ou rejetées par les personnes utilisatrices, c'est le cas par exemple des systèmes de gestion de l'information introduits dans des pays d'Afrique (Gladwin et al., 2002). D'autres innovations peuvent être difficiles à adopter ou à diffuser dans les systèmes de santé ou les communautés, les programmes de lutte contre le VIH au Vietnam en sont un exemple (Hirsch et al., 2015). Dans une perspective d'innovation sociale, le changement devrait être d'ordre structurel, ciblant ainsi les structures de pouvoir politique, économique et social (Ziegler et al., 2017). Au lieu de mettre l'accent sur la nouveauté ou la réplique dans différents contextes, les éléments importants à considérer en santé publique et communautaire sont l'adaptation des solutions dans les différents

milieux d'adoption, de même que leur accessibilité, surtout pour les populations marginalisées (Awor et al., 2020) afin de ne pas accentuer les inégalités sociales de santé.

Un autre défi fondamental est l'insuffisance du financement des innovations sociales en Afrique. De fait, dans le domaine de la recherche et développement en santé en Afrique, les plus grands financements des innovations sont orientés vers des projets d'innovations technologiques, thérapeutiques ou médicales. Cette tendance est renforcée par une vision de l'innovation qui dichotomise le domaine économique du social présentant : (1) d'une part, la science et la technologie comme un moyen d'industrialisation ; et (2) d'autre part, les services sociaux de base, tels que les soins de santé, l'assainissement ou l'approvisionnement en eau comme des besoins des populations (Acharya, 2007). Toutefois, dans le domaine de l'innovation sociale, il est important de dépasser cette dichotomie pour tendre vers l'harmonisation des investissements consacrés à ces deux domaines ainsi que l'intégration des objectifs de santé publique au programme de développement industriel et économique dans le but d'améliorer durablement la santé et l'économie des pays en développement (Acharya, 2007). Allant dans ce sens, il est important que l'innovation sociale, intégrant des arrangements sociaux, politiques, économiques, organisationnels et technologiques, puisse être reconnue et soutenue pour répondre efficacement aux besoins des populations en matière de santé et de bien-être. Par conséquent, l'innovation sociale ne saurait être promue et valorisée en santé publique et communautaire uniquement en raison de ses caractères inventifs, nouveaux ou du rapport coût-efficacité, mais également de par sa pertinence dans l'application d'autres valeurs démocratiques et juridiques (p. ex., légitimité, réactivité, légalité ainsi que soutien public et politique) (Bekkers et al., 2013) et de par sa capacité à apporter des changements durables dans la société ou les populations utilisatrices.

2.3.2. L'innovation sociale : la création de la valeur sociale

Malgré, la difficulté à définir ce qu'est réellement l'innovation sociale, certaines études ont mis l'accent sur l'action ou les finalités, sur l'objet ou encore sur le processus (Cloutier, 2003 ; Hillier et al., 2004 ; Phills et al., 2008). En effet, il ressort de la littérature que l'innovation sociale peut être reconnue en tant que telle par ses résultats et ses objectifs à visée sociale. De ce fait, sa finalité doit être orientée vers l'amélioration du bien-être ou de la qualité de vie des individus et des collectivités (Cloutier, 2003). La définition donnée par le *Bureau of European Policy Advisers* (BEPA) demeure explicite :

Social innovations are innovations that are social in both their ends and their means. Specifically, we define social innovations as new ideas (products, services and models) that simultaneously meet social needs (more effectively than alternatives) and create new social

relationships or collaborations. In other words, they are innovations that are not only good for society but also enhance society's capacity to act. (Hubert, 2010, p. 33)

En mettant l'accent sur la dimension « sociale », cette définition peut être utile pour permettre aux décideurs politiques de différencier ce qu'est une innovation sociale ou non, tout en restant ambiguë et tautologique (Franz et al., 2012). Conséquemment, il serait important de comprendre ce que signifie la valeur « sociale » dans la finalité de l'innovation, considérant que les innovations technologiques peuvent générer des retombées sociales, bien que cela ne soit pas dans la visée première de cette forme d'innovation (Franz et al., 2012). Quelle *valeur sociale*, l'innovation sociale peut-elle produire qui peut être différente de celle générée par l'innovation technologique ?

Nous allons essayer de comprendre cette finalité sociale de l'innovation en nous basant sur les trois approches de la dimension sociale proposée par Hubert (2010) : 1) résoudre les problèmes sociaux pressants, 2) se pencher sur les défis sociétaux et environnementaux et 3) introduire des changements systémiques. Ces trois approches doivent être considérées de façon complémentaire (Hubert, 2012) afin d'apporter des solutions « nouvelles », efficaces et durables aux problèmes auxquels font face nos sociétés actuelles.

2.3.2.1. Résoudre les problèmes sociaux pressants.

Dans cette première approche, l'innovation sociale est orientée vers la résolution de problèmes sociaux et économiques urgents auxquels font face les sociétés contemporaines, par exemple l'exclusion et l'insertion des personnes vulnérables, les problèmes de santé et l'organisation des soins (Cloutier, 2003 ; Hubert, 2010 ; Moulaert et al., 2013a). Selon Hubert (2010), cette approche répond aux demandes sociales qui ne trouvent pas de solutions dans les institutions ou le marché existants et elle s'adresse spécifiquement aux groupes vulnérables dans un contexte donné. Dans cette perspective, la dimension sociale de l'innovation est comprise dans son sens plus large. Elle tente de mettre en lumière les besoins sociaux ou de mieux y répondre, tout en mettant l'accent sur les relations sociales entre les individus (Hillier et al., 2004). Cette approche est considérée comme étant la plus présente dans la littérature scientifique sur l'innovation sociale (Gregoire, 2016).

2.3.2.2. Se pencher sur les défis sociétaux et environnementaux.

Dans cette deuxième approche, l'innovation sociale est appréhendée comme pouvant faire face aux grands défis sociétaux du monde contemporain. Ces défis, qui peuvent se manifester à l'échelle mondiale ou dans les communautés locales, comprennent les changements climatiques, le vieillissement de la population, la financiarisation, la pauvreté, l'exclusion sociale, les migrations et les conflits sociaux (Anderson et al., 2014 ; Hochgerner, 2009). Selon Hochgerner (2009), les

anciens modèles de changement social et d'innovation axés sur la perspective techno-économique démontrent des limites pour faire face à ces nouveaux défis sociétaux. Ainsi, l'innovation sociale participe à transformer les rapports sociaux, les normes, les représentations sociales et culturelles partagées dans une société (Cloutier, 2003 ; Gregoire, 2016).

Puisqu'il n'y a pas de frontières explicites entre le social et l'économique, les innovations sociales peuvent générer de la valeur économique et productive pour l'ensemble de la population (Hubert, 2010). Le changement s'opère sur le plan sociétal, et, il affecte toute la société dans différents domaines et même l'équilibre social par la transformation sociétale (Avelino et al., 2014). Selon Avelino et al. (2014), la transformation sociétale est un changement fondamental, durable et irréversible dans une société donnée. Elle s'opère simultanément dans différentes dimensions des systèmes sociaux et concerne l'ensemble de la société. Parmi les innovations sociales qui ont induit des changements sociétaux, on peut citer l'introduction de lois, de programmes sociaux (Cloutier, 2003) ou de mouvements sociaux.

2.3.2.3. *Introduire des changements systémiques.*

Dans cette dernière approche, l'innovation sociale contribue à une réforme de la société dans laquelle la participation, l'*empowerment* et l'apprentissage sont la source et la finalité du bien-être (Hubert, 2010). La notion « systémique » n'implique pas l'ensemble de la société, comme dans l'approche sociétale (Franz et al., 2012), mais elle concerne des systèmes (p. ex., éducatifs ou de santé) ou des secteurs de la société. L'innovation sociale prend alors son sens dans cette approche en remodelant la société par des changements qui peuvent s'opérer sur différents plans, notamment individuel et collectif (attitudes, valeurs, normes), organisationnel (structures, processus organisationnels, modes de travail), politique (stratégies et politiques), de gouvernance (liens entre institutions et décideurs, entre organisations et utilisateurs) et des systèmes et des services (Hubert, 2010). Dans cette perspective, il est important d'appréhender l'innovation comme un processus permettant d'agencer différents mécanismes qui mettent à profit la cocréation, l'apprentissage ainsi qu'une vision systémique de la santé et de ses déterminants.

2.3.3. L'innovation sociale : l'importance du processus

Dans la littérature, l'innovation sociale est souvent définie comme un processus. Ce caractère processuel est conceptualisé comme étant « tourbillonnaire » et non « linéaire » (Lallemand, 2001). Autrement dit, l'innovation sociale est un processus de construction entre différents acteurs, elle « se transforme constamment, s'enrichit d'apports multiples, souvent modestes, mais non moins efficaces » (Lallemand, 2001, p. 33). Dans cette visée, elle est une démarche qui fait référence à un

ensemble d'actions ou de changements interconnectés. Elle n'est pas un projet mené par un seul individu, mais un processus collectif et social qui implique des acteurs à des degrés divers selon le contexte (Chambon et al., 1982 ; Hillier et al., 2004 ; Lallemand, 2001).

Ce processus prend place à travers des changements dans la dynamique des relations sociales, notamment les rapports de pouvoir (Hillier et al., 2004), ou encore dans les pratiques et les politiques à l'échelle locale et mondiale. Ce ne sont pas tant les résultats de l'innovation qui importent, mais plutôt l'ensemble des actions qui sont elles-mêmes des résultats. De ce fait, l'innovation sociale ne doit pas être confinée à des opérations *concrètes* qui se *concrétisent* linéairement et qui visent un résultat *concret*, prédéfini, immuable. Ce qui est important dans ce processus social est « d'en rendre chacun sujet le plus complètement possible » (Chambon et al., 1982, p. 32). En conséquence, l'innovation sociale place les personnes concernées au centre de la démarche pour qu'elles puissent s'approprier la nouvelle idée. C'est dans cette voie que l'innovation est ouverte à se redéfinir à travers l'action partagée par de multiples acteurs, à se contextualiser et à se construire dans les pratiques (Chambon et al., 1982). C'est alors un processus parsemé d'incertitudes qui permet un apprentissage collectif en continu (Bekkers et al., 2013).

Dans cette perspective, la participation des personnes concernées est importante de la genèse de l'idée à la conception du projet, jusqu'à sa diffusion (Bekkers et al., 2013 ; Chambon et al., 1982 ; Lallemand, 2001). C'est par cette voie participative, où l'innovation sociale est un projet collectif qui laisse libre cours à la créativité, qu'elle peut apporter un changement social substantiel et pérenne. L'innovation sociale dans ses objectifs de changement est alors considérée comme un moyen qui permet aux individus et aux communautés de retrouver leur autonomie et leur autodétermination dans un processus d'apprentissage et d'*empowerment* (Hubert, 2012). Ainsi, la cocréation et la collaboration apparaissent comme des notions fondamentales dans ce processus.

Il importe de souligner qu'il existe des façons de cocréer avec les utilisateurs finaux dans les projets d'innovation sociale. Une implication de ces utilisateurs allant d'une forme passive à une forme active est soulevée dans la littérature (Bekkers et al., 2013 ; Voorberg et al., 2015). En effet, l'implication passive suggère que les utilisateurs finaux ne soient que des sources d'information permettant de développer l'innovation, tandis que la forme active implique qu'ils soient considérés comme une source de connaissances, d'idées, d'expériences et d'expertises (Voorberg et al., 2015). Toutefois, il n'est pas toujours possible de faire participer certaines populations, surtout celles vulnérables, dans les projets d'innovation sociale (Anderson et al., 2014 ; Ziegler et al., 2017). Raison pour laquelle Ziegler et al. (2017) suggèrent de mettre en place des approches qui favorisent

la capacité d'association. À l'échelle communautaire, cela peut se traduire par la mise en place d'approches en réseau et, en aval, l'État peut promouvoir chez les personnes vulnérables l'éducation civique ou l'apprentissage de l'implication dans l'organisation civique (Ziegler et al., 2017). À l'échelle des organisations ou d'un territoire, la création de pôles d'innovation peut faciliter et favoriser la mise en réseau, les relations sociales, le partage de connaissances, la collaboration et l'innovation (Saidi et al., 2017).

Par exemple, une étude participative portant sur le projet d'écosanté, MABISA, menée dans les pays d'Afrique du Sud et du Zimbabwe, a permis de relever que l'*empowerment* peut être obtenu à travers l'éducation des membres des communautés, la mise en place de groupes de science citoyenne, tout en étant vigilant à ce que l'engagement des communautés dans l'intervention soit conforme aux valeurs, attitudes, capacités et ressources des communautés (Musesengwa et al., 2017). Comme suggéré par cette étude, certaines barrières peuvent limiter la pleine participation des individus et des communautés dans les projets d'innovation sociale en Afrique, notamment les niveaux d'alphabétisation souvent très faibles voire les forts taux d'analphabétisme chez les couches vulnérables et les enjeux de temps et de ressources dans ce type de projet participatif. Cependant, même si la finalité d'*empowerment* est souvent proposée, il demeure que certaines innovations n'arrivent pas à avoir des effets transformateurs sur la dynamique des relations sociales, précisément sur les relations de pouvoir (Hillier et al., 2004). Ces échecs mettent en lumière une forte présence de « forces conservatrices, économiquement hégémoniques et réticentes face au risque » qui « favorisent le retour à une vision trop technologiste du développement » (Hillier et al., 2004, p. 148).

2.3.4. L'innovation sociale : un processus descendant ou ascendant

Dans la littérature consultée, il en ressort que les innovations sociales peuvent émaner d'une démarche descendante (*top-down*) ou ascendante (*bottom-up*). En effet, les initiatives sociales peuvent naître à l'intérieur des collectivités (p. ex., les associations, un groupe de citoyens, les organisations non gouvernementales [ONG]) qui lui donnent un sens et qui en sont les principaux acteurs. Ces types d'innovations fortement endogènes sont perçus comme étant plus susceptibles d'apporter des changements importants que les approches ascendantes pour différentes raisons. D'une part, étant donné leur enracinement dans la localité, ils sont plus adaptés aux besoins des populations et aux contextes de vie. Étant plus flexibles et décentralisés, ils adoptent une gouvernance plus démocratique (Martinelli, 2013). Cela dit, dans cette logique d'action, l'offre ne précède pas la demande ; la satisfaction des besoins ou le désir de changer remettent en cause toutes formes de « pouvoirs lointains, inutiles et inadaptés » (Chambon et al., 1982, p. 111).

Cependant, il faut souligner que, le plus souvent, les innovations sociales naissent en dehors des communautés qui en ont besoin et de façon descendante. Elles peuvent émaner des pouvoirs publics nationaux, du secteur privé ou des organisations à but non lucratif qui veulent apporter des solutions à un problème donné. Pour cela, l'innovation sociale ne doit pas uniquement être envisagée comme un processus ascendant qui se situe impérativement à une échelle micro de la société ; elle peut bien émerger ou être soutenue à une échelle macro ou politique (Hubert, 2010).

En effet, étant donné que toute innovation doit être adoptée socialement, qu'elle ait émergé d'un processus descendant ou ascendant, elle ne peut pas faire abstraction des institutions existantes dans la société. Pour Fontan (2007), l'innovation ne peut provoquer des changements sociaux qu'en s'institutionnalisant. Cependant, le lien entre l'innovation sociale et l'institutionnalisation divise les observateurs à ce sujet. Dans certaines publications, il ressort deux positions antagonistes (Chambon et al., 1982 ; Lallemand, 2001). La première position soulève une crainte par rapport à l'institutionnalisation de l'innovation plus précisément sur le risque qu'elle soit récupérée par les pouvoirs publics et, donc, que les populations concernées en perdent tout contrôle. La seconde position soutient l'idée selon laquelle la pérennisation d'une innovation dépend largement de sa formalisation ou de son institutionnalisation et, donc, l'institutionnalisation est la finalité souhaitée de l'innovation. Entre ces positions, certaines études proposent de sortir de cette dichotomie entre innovation endogène et innovation exogène, car :

toute situation de développement implique d'un côté une autoprise-en-charge par les populations locales et fait appel nécessairement à une dynamique endogène, comme elle implique tout aussi nécessairement une intervention extérieure, et suppose un transfert de savoirs et de ressources (Olivier de Sardan, 1995, p. 6).

Que le processus soit ascendant ou descendant, l'essentiel est donc de considérer que l'innovation peut prendre différentes formes de partenariats (entre associations, institutions administratives, professionnels, citoyens, bénévoles ou autres) et place les intéressés au cœur du processus. Ainsi, c'est l'équilibre des pouvoirs entre les différentes parties prenantes qui est l'enjeu important dans l'innovation sociale. Considérant que les innovations sont aujourd'hui instaurées et soutenues majoritairement par les pouvoirs publics ou l'État, par le financement, par la régulation ou par la coordination, il demeure impératif de conjuguer les forces des approches descendantes à celles ascendantes (Martinelli, 2013). Ainsi, il est important de porter un intérêt aux contextes institutionnels dans lesquels les initiatives ont émergé et ont été diffusées pour mieux comprendre leurs conditions de succès ainsi que leur durée de vie (Martinelli, 2013). Aussi, la gouvernance doit être un point important à considérer dans l'analyse des innovations sociales puisque, aujourd'hui, le succès d'une innovation peut en partie dépendre d'un soutien favorable des institutions politiques,

administratives et de gouvernance (Hillier et al., 2004). D'où l'importance dans cette recherche de nous intéresser à trois types d'innovation qui ont émergé différemment, *top-down* et *bottom-up*, afin de déceler les logiques processuelles qui sous-tendent chacun d'eux.

2.4. Mise à l'échelle des innovations : définition, objectifs et processus

2.4.1. Mise à l'échelle : définition

Dans la littérature, la mise à l'échelle est souvent utilisée avec peu de précision sur ce qu'elle signifie (Mangham et Hanson, 2010). Uvin (1995) a relevé quatre dimensions de la mise à l'échelle qui sont : (1) quantitative qui correspond à l'élargissement de la couverture géographique ou de son budget ; (2) fonctionnelle qui renvoie à l'augmentation du nombre et du type d'activités ; (3) politique qui correspond au dépassement de la simple prestation de services vers le développement du pouvoir d'agir et les changements structurels ; (4) organisationnelle qui réfère à l'amélioration de l'efficacité, de l'efficience et de la durabilité des activités de l'intervention par le biais de leviers financiers ou institutionnels.

Généralement, les définitions proposées de la mise à l'échelle mettent l'accent sur un ou deux aspects de ces dimensions. La revue de littérature de Mangham et Hanson (2010) soulève que, dans le domaine de la santé mondiale, ce concept est souvent utilisé de façon réductrice pour décrire l'objectif ou le processus consistant à augmenter soit la couverture des interventions en santé, soit les intrants nécessaires à l'expansion géographique, comme les ressources financières, humaines ou de capital. De ce fait, la plupart des études portant sur la mise à l'échelle sont unidimensionnelles, autrement dit l'intérêt est porté sur son objectif quantitatif (Gillespie et al., 2015), précisément sur la disponibilité et l'accessibilité géographique des services (Edwards, 2010). En ce sens, elle réfère plus précisément à l'extension de la couverture géographique d'une intervention en santé afin de rejoindre un plus grand nombre de personnes (Mangham et Hanson, 2010 ; Uvin, 1995). Cette extension peut se faire au niveau géographique (étendue nationale ou locale) ou au niveau d'un même groupe de populations (p. ex., l'élargissement de l'accès aux médicaments antirétroviraux au sein de la population qui vit avec le VIH/Sida) (Mangham et Hanson, 2010).

D'autres définitions de la mise à l'échelle ont essayé de dépasser la seule dimension quantitative. Sur ce point, le Groupe consultatif pour la recherche agricole internationale (GCRAI) l'a définie comme suit : "*more quality benefits to more people over a wider geographical area more quickly, more equitably and more lastingly*" (Gonsalves, 2000, p. 13). Cette définition opérationnelle met l'accent, tant sur la quantité qui concerne la couverture géographique que sur la qualité qui est

d'étendre l'impact des innovations de manière équitable et durable. Ces considérations sont importantes dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) dans lequel l'extension géographique des innovations semble importante surtout pour les pays qui ont un ratio élevé de mortalité maternelle, néonatale et infantile (MMNI), néanmoins la qualité et l'équité doivent également être prises en compte pour de meilleurs résultats en santé (Dickson et al., 2014 ; Victora et al., 2012). Ainsi, la mise à l'échelle dépasse la simple répliation d'une innovation, mais elle concerne la diffusion et la dissémination des connaissances, des processus et des technologies (Gonsalves, 2000) tout en ayant une attention singulière aux populations difficiles à rejoindre pour s'assurer de préserver l'équité. Elle est alors multidimensionnelle et prend place dans des contextes sociaux, politiques, institutionnels, culturels et économiques très complexes (Simmons et al., 2007). Pour cela, la mise à l'échelle est proposée comme étant un processus d'apprentissage collectif et interactif (Gonsalves, 2000), ou encore un processus qui permet d'influencer les croyances et normes culturelles ou sociales (*scaling deep*) (Moore et al., 2015). Elle a des visées, non seulement quantitative, mais également sociale (en incluant ou en ciblant différents groupes sociaux) et conceptuelle (en changeant les habitudes et les relations de pouvoir) (Binswanger-Mkhize et al., 2009).

Pour d'autres études, la mise à l'échelle est définie dans ses dimensions quantitative, qualitative et politique. Elle renvoie à : "*a policy that builds on one or more interventions with known effectiveness and combines them into a programme delivery strategy designed to reach high, sustained, and equitable coverage, at adequate levels of quality, in all who need the interventions*" (Victora et al., 2004, p. 1541). Dans cette perspective, la mise à l'échelle concerne essentiellement les interventions qui ont réussi ou qui ont été expérimentées avec succès dans un milieu donné. L'innovation qui doit être mise à l'échelle doit être réaliste, pertinente et utile et doit avoir un impact sur les besoins ou les problèmes de santé auxquels elle doit répondre (Simmons et al., 2007). Similairement à la définition proposée par Victora et al. (2004), le réseau mondial *Expandnet*, en synthétisant les travaux existant sur ce sujet, a proposé la définition suivante de la mise à l'échelle ou de passage à grande échelle comme étant : « des efforts délibérés pour renforcer l'impact d'innovations sanitaires testées avec succès afin d'en faire bénéficier un plus grand nombre de personnes et d'encourager la formulation de politiques et de programmes sur une base durable. » (Simmons et al., 2007, p.180) Contrairement à Victora et al. (2004), cette dernière définition ne propose pas la mise à l'échelle comme une politique en soi, mais comme un processus, dont une des finalités est la création de politique et de programmes pérennes. La mise à l'échelle a, donc, l'objectif spécifique d'institutionnaliser ou d'intégrer une innovation éprouvée dans le système de

santé existant, en mettant l'accent sur le renforcement des capacités institutionnelles et les conditions de pérennisation (Simmons et al., 2007). À partir de ces différents éléments définitionnels, les différentes dimensions de la mise à l'échelle qui seront considérées dans cette étude sont représentées dans la figure 2.

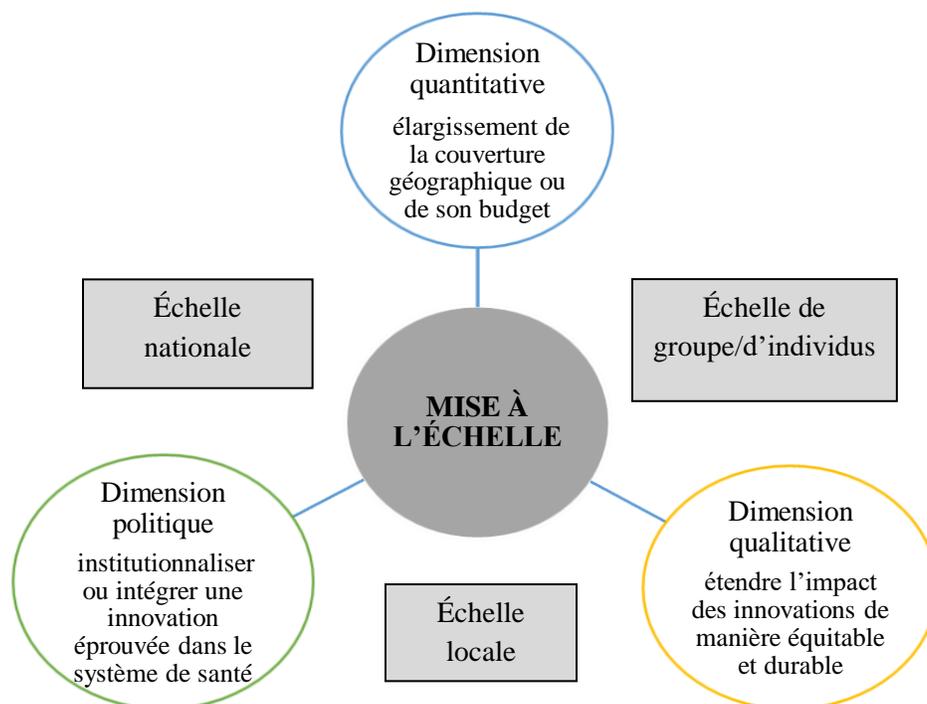


Figure 2. Les dimensions de la mise à l'échelle qui seront prises en compte dans cette recherche

2.4.2. Les types de mise à l'échelle : vertical ou horizontal

La mise à l'échelle peut être menée de deux façons : horizontale et verticale. La mise à l'échelle de type horizontal est la réplique ou l'expansion d'une innovation, de façon progressive, dans d'autres milieux autres que celui où elle a été développée dans le but d'atteindre plus de cibles (Milat et al., 2016 ; Simmons et al., 2007). Elle prend place dans le même secteur et groupe d'acteurs concernés (Gonsalves, 2000) et implique l'adaptation de l'innovation aux utilisateurs et aux contextes (Menter et al., 2004). Ce type de mise à l'échelle nécessite une compréhension des principes sous-jacents de l'innovation et une participation effective des utilisateurs potentiels dans les contextes d'implantation. La prise de décision se fait à l'échelle dans laquelle l'innovation est destinée (Menter et al., 2004).

Tandis que la mise à l'échelle de type vertical est de nature institutionnelle, elle implique d'autres secteurs et groupes d'acteurs dans le processus (Gonsalves, 2000). Elle concerne l'extension d'une innovation au-delà de ses objectifs et des participants initiaux, en reconnaissant son utilité pour

d'autres secteurs et en intégrant d'autres acteurs dans le processus (Menter et al., 2004). Elle vise à institutionnaliser et à pérenniser l'innovation par le biais d'initiatives politiques ou juridiques (Simmons et al., 2007) et elle entraîne également des changements institutionnels au niveau des politiques, de la réglementation, du financement ou des systèmes de santé (Milat et al., 2016). La prise de décision se fait à une échelle supérieure que celle dans laquelle l'innovation est destinée (Menter et al., 2004). Dans ce type de mise à l'échelle, on distingue souvent : (1) la diversification ou la mise à l'échelle fonctionnelle qui renvoie au fait d'ajouter de nouvelles interventions à l'innovation initiale et (2) la mise à l'échelle politique qui renvoie plus à l'institutionnalisation de l'innovation dans les systèmes politiques ou légaux existants (Simmons et al., 2007 ; Uvin, 1995).

Le débat portant sur le type de stratégie (vertical ou horizontal) qui est plus effectif dans les pays où les systèmes de santé sont faibles semble avoir une grande importance dans le processus de mise à l'échelle (Hanson et al., 2003). Alors qu'il existe peu de données probantes qui pourraient guider la réflexion, la revue de littérature d'Oliveira-Cruz et al. (2003a) portant sur ce sujet conclut que l'utilisation des approches horizontales et verticales doit être guidée par la capacité et l'évolution du système de santé du pays concerné. Ainsi, les stratégies verticales et horizontales ne doivent pas être pensées de façon dichotomique dans le processus d'expansion des innovations en santé (Oliveira-Cruz et al., 2003a), elles peuvent être combinées (Milat et al., 2016). Même s'il existe une volonté d'arrimer l'approche verticale ou sélective avec l'approche horizontale ou compréhensive dans les pays en développement, plusieurs défis se posent. En effet, l'intégration rencontre certains défis liés aux contextes organisationnels et politiques (Victora et al., 2004). Étant donné la faiblesse des systèmes de santé et des ressources de ces pays, les innovations tendent plus vers des approches sélectives et verticales pour la rapidité d'exécution, de faisabilité et de résultats à court terme (Victora et al., 2004). De plus, dans certains programmes ou interventions, il existe une mixture inadéquate de ces deux approches qui peut affecter négativement leur implantation (Victora et al., 2004). De façon opérationnelle, Oliveira-Cruz et al. (2003a) proposent qu'à court terme l'approche verticale est importante pour l'expansion de l'innovation, mais à long terme, il faut adopter une approche horizontale et holistique d'intégrer l'innovation dans le système de santé. Pour cela, il est important d'avoir comme objectif le renforcement du système de santé durant le processus de mise à l'échelle. Tout compte fait, l'approche appropriée dépend non seulement de la nature de l'innovation, mais également des facteurs contextuels (système de santé, politique, demande de services et autres) (Mangham et Hanson, 2010).

2.5. Pérennité et pérennisation d'innovations : définition, objectifs et processus

La pérennité, comme la mise à l'échelle, est un concept ambigu dont le processus est peu connu dans le champ de la santé publique et communautaire (Pluye et al., 2004a). En effet, la plupart des études s'intéressent davantage sur ce qui se passe après la mise en œuvre d'une innovation (Stirman et al., 2012) que sur comment la pérennisation se construit avant, durant et après la mise en œuvre. Certaines revues de littérature portant sur la pérennité ont relevé plusieurs terminologies qui lui sont associées : *la confirmation, la continuité, la durabilité, l'incorporation, l'institutionnalisation, la maintenance, le niveau d'utilisation, la routinisation, la stabilité, et l'utilisation durable* (Johnson et al., 2004 ; Scheirer, 2005 ; Shediak-Rizkallah et Bone, 1998 ; Stirman et al., 2012). Selon Johnson et al. (2004) les notions de durabilité et d'institutionnalisation sont les plus utilisées dans la littérature. Bien que ces termes soient utilisés de façon interchangeable, ils renvoient à des significations différentes (Shediak-Rizkallah et Bone, 1998).

En se référant à la revue de littérature de Shediak-Rizkallah et Bone (1998), on peut comprendre trois façons différentes de définir la pérennisation. Une première met l'accent sur les bénéfices ou les objectifs de l'innovation en termes de santé. La pérennité est définie dans ce sens comme étant : (a) *la capacité de maintenir la couverture des services pour contrôler un problème de santé ; ou encore la capacité de fournir les effets bénéfiques d'une innovation sur une longue période*. Une deuxième définition met l'accent sur l'institutionnalisation de l'innovation, la pérennité renvoie à : (b) *la viabilité à long terme d'une innovation, sans financement externe, par son intégration, sa routinisation dans les structures ou les institutions existantes*. Une troisième définit la pérennité comme étant un processus de renforcement des capacités : (c) *un processus qui, en se produisant dans la communauté, permet le renforcement des capacités des utilisateurs potentiels*. On peut également identifier une autre catégorie de définition qui voit la pérennité comme étant multidimensionnelle et dynamique (Chambers et al., 2013 ; Gruen et al., 2008 ; Johnson et al., 2004 ; Shediak-Rizkallah et Bone, 1998), sa forme dépend de la direction que prend le processus de continuation de l'innovation (Shediak-Rizkallah et Bone, 1998). Cette conception soutient que la pérennité peut être vue comme un processus de changement, cyclique, et en évolution (Johnson et al., 2004) et qui peut intégrer les trois autres catégories citées ci-dessus.

Par ailleurs, la pérennité (ou la durabilité) se distingue de l'institutionnalisation dans le sens qu'elle permet de mieux comprendre le processus dynamique de la continuité d'une innovation qui peut revêtir différentes formes dépendamment du contexte (Shediak-Rizkallah et Bone, 1998). Dans les

études portant sur la pérennité, l'intérêt n'est pas de mesurer l'étendue de la continuité (Johnson et al., 2004). Tandis que pour les auteurs qui se sont intéressés à l'institutionnalisation, l'accent a été beaucoup mis sur la mesure du degré d'institutionnalisation qui passe par des niveaux que sont : les passages, les cycles et la niche de saturation (Goodman et al., 1993). Ainsi, le processus d'institutionnalisation ou de routinisation d'une innovation implique alors son intégration dans une organisation donnée, particulièrement dans ses sous-systèmes de production, de maintenance, de support et de gestion (Goodman et al., 1993). Sur ce point, il est important de souligner que l'institutionnalisation prend place dans une organisation ou une institution donnée (Goodman et al., 1993 ; Shediak-Rizkallah et Bone, 1998) ; tandis que la pérennisation peut concerner à la fois les organisations ou les communautés (Shediak-Rizkallah et Bone, 1998).

Bien que plusieurs études utilisent de façon interchangeable l'institutionnalisation et la routinisation, Pluye et al. (2004a ; 2004b) considèrent qu'il faut les différencier. En effet, selon leurs études, la routinisation prend place dans les organisations, elle est la première étape du processus de pérennisation. Elle renvoie au fait que l'activité ou l'idée véhiculée par l'innovation est établie sur une base durable dans les routines organisationnelles. En s'appuyant sur la littérature, Pluye et al. (2004b) proposent quatre caractéristiques des routines organisationnelles qui sont : la mémoire, l'adaptation, les valeurs et les règles. Selon cette étude, les organisations étant dotées de mémoire organisationnelle, les routines sont mémorisées ou intégrées dans les organisations à travers l'apprentissage des expériences passées qui sont interprétées et partagées par les acteurs. Ensuite, les routines de l'innovation doivent être adaptées au contexte dans lequel elles existent. Elles sont également le reflet des valeurs, des croyances qui se manifestent à travers les codes, les symboles, le langage ou les rituels. Les routines sont alors conformes aux règles de l'organisation qui encadrent les actions entreprises et les prises de décision.

L'institutionnalisation, quant à elle, concerne des structures sociales qui sont à un niveau supérieur des organisations. Elle renvoie aux symboles, aux idéologies, aux valeurs, aux règles et aux pratiques existants dans un système social à des niveaux local, régional ou national (Pluye et al., 2004a). Ces institutions peuvent influencer ou contraindre les routines organisationnelles. Concernant la conceptualisation de la pérennisation d'une innovation, l'institutionnalisation constitue alors une étape supérieure ou qui vient après la routinisation (Pluye et al., 2004a). À la lumière des écrits, on peut en comprendre que l'institutionnalisation et la routinisation font partie du processus dynamique de pérennisation d'une innovation (Chambers et al., 2013).

2.5.1. La pérennisation : un processus linéaire ou récursif

Dans la littérature, la pérennité est souvent étudiée comme étant un ensemble de processus qui se concrétisent pendant les étapes d'un cycle de vie d'une innovation. Dans cette perspective, le développement d'une innovation suit des étapes séquentielles et linéaires dans lesquelles les phases d'initiation, de développement et d'adoption, d'implantation, de pérennité (ou de discontinuité) et de dissémination se succèdent chronologiquement (Scheirer, 2005). Ce modèle laisse croire que la pérennisation d'une innovation a lieu quand toutes les étapes qui lui précèdent ont été accomplies et réussies. Il ne permet pas alors de considérer le fait que la pérennisation d'une innovation est un processus récursif, réflexif et d'apprentissage (Pluye et al., 2004a ; Scheirer et Dearing, 2011). En ce sens, le processus de pérennisation, pouvant être appréhendé comme un ensemble de résultats, d'actions et de processus, commence dès la conception de l'innovation (Pluye et al., 2004a).

Dans une vision dynamique, Chambers et al. (2013) suggèrent que le contexte dans lequel l'innovation est mise en œuvre, étant en changement continu, influence considérablement le processus de pérennisation. Pour cela, selon leur étude, l'adaptation est alors inévitable, souhaitée et elle doit être accompagnée par des évaluations processuelles, d'autant plus qu'il existe des rétroactions entre le processus de pérennisation et les autres dimensions de l'innovation. Sur cette lancée, Stirman et al. (2012) proposent que la pérennité soit étudiée au fil de la progression temporelle des innovations, pour mieux saisir les variations. Sur ce point, dans cette thèse, l'intérêt sera donné également à la progression spatiale de l'innovation pour voir de quelle manière la pérennité peut subir des variations à ce niveau. D'ailleurs, Olivier de Sardan et al. (2015), en s'appuyant sur l'expérience des ONG concernant les soins de santé gratuits au Burkina Faso, au Mali et au Niger, mettent en lumière deux processus de pérennisation : aux niveaux local et national. Ces deux processus permettent de comprendre que la pérennisation commence à l'échelle du projet pilote dans lequel souvent les ONG en sont responsables. Cependant, cet investissement des ONG à pérenniser les actions des interventions n'est pas planifié à long terme. Autrement dit, dans une volonté d'élargir la couverture géographique ou l'impact de l'innovation, la continuation et le maintien des innovations sont délégués au district ou autres institutions de santé. Dans cette façon de faire, il a été constaté qu'à court terme l'innovation peut connaître une réussite au niveau local, mais à long terme sa pérennisation aux niveaux local et national est un échec. Ce constat nous emmène à considérer, d'une part, l'importance d'étudier les processus de pérennisation et de mise à l'échelle comme étant interconnectés et, d'autre part, le processus de pérennisation comme étant un phénomène qui se manifeste dans le temps et dans l'espace en fonction de l'évolution de l'innovation.

2.6. Les déterminants de la mise en échelle et de la pérennisation d'innovations sociales en santé

Dans cette section, il a été regroupé les différents éléments retrouvés dans la littérature qui influencent les conditions de succès ou d'échec des processus de mise à l'échelle et de pérennisation d'innovations sociales en santé. Quelques constats méritent d'être relevés avant de présenter l'argumentaire permettant de répondre au deuxième objectif de cette revue. Tout d'abord, le fait que les études recensées concernaient généralement un seul concept d'étude (innovation sociale, mise à l'échelle ou pérennisation) a rendu difficile le travail intellectuel consistant à relever des relations entre les concepts. En plus, les études consultées n'utilisaient pas souvent ni la même définition ni les mêmes concepts ou méthodes d'étude de la mise à l'échelle, de la pérennisation ou de l'innovation sociale. Ces notions renvoyaient souvent soit à un résultat précis, soit à un processus, soit les deux à la fois, soit à une méthode (recherches participatives). Cela a été un défi de pouvoir faire des comparaisons pertinentes entre différentes études. En plus, la plupart des études n'ont pas utilisé le vocable innovation sociale pour désigner le type d'innovation étudiée. De ce fait, les études ont été analysées en me basant sur les éléments définitionnels et conceptuels relevés sur l'innovation sociale au début de ce chapitre. Ensuite, il a été également constaté que les études portant sur la mise à l'échelle mentionnent souvent l'importance de considérer la pérennisation, toutefois elles n'indiquent pas comment ce processus doit être pris en compte dans une dynamique de changement d'échelle des interventions.

Nonobstant, la méthode itérative de la revue narrative a permis d'outrepasser ces défis rencontrés. Tout d'abord, la profondeur de l'analyse et l'interprétation des écrits ont permis de déceler que les concepts de mise à l'échelle et de pérennisation partagent souvent les mêmes déterminants, ce qui a facilité dans une certaine mesure l'agrégation des éléments importants relevés dans les études. Aussi, par la possibilité de mener une analyse critique de la littérature et de la recherche de problèmes ou de questions spécifiques à approfondir dans la revue narrative, il a été possible d'identifier des relations et des interconnexions entre différentes thématiques ou arguments. Pour mieux contextualiser l'argumentaire de la revue dans le contexte africain, les exemples permettant d'illustrer certains propos sont tirés des études empiriques effectuées dans les pays d'Afrique subsaharienne et dans le domaine de la SMNI.

Pour rendre intelligible la complexité de cette partie, cette section sera divisée en deux grandes sous-sections : (1) l'environnement interne à l'innovation et (2) l'environnement externe à l'innovation. Cette organisation a été faite pour tout simplement mieux faire ressortir les

thématiques ressorties de l'interprétation des études, elle n'exclut en rien notre vision des interconnexions existantes entre les contextes internes et externes de l'innovation.

2.6.1. L'environnement interne de l'innovation

2.6.1.1. Les caractéristiques de l'innovation.

Pour plusieurs études, l'efficacité et l'effectivité sont des conditions préalables à la mise à l'échelle (Milat et al., 2016 ; Morel et al., 2005 ; Simmons et al., 2007 ; Yamey, 2011) et à la pérennisation d'une innovation en santé (Johnson et al., 2004 ; Scheirer et Dearing, 2011 ; Shediak-Rizkallah et Bone, 1998 ; Stirman et al., 2012). Les innovations doivent alors être testées par des recherches robustes méthodologiquement, telles que des essais randomisés contrôlés, pour prouver leur coût-efficacité et leur faisabilité (Kohl et Cooley, 2003) afin d'informer les décideurs politiques et les partenaires techniques ou financiers (Kalua et al., 2017). Sur ce point, Barker et al. (2016) considèrent que la testabilité de l'innovation à mettre à l'échelle est une occasion importante qui permet de raffermir la conviction et la volonté des décideurs, des leaders et du personnel de première ligne à soutenir le changement. Par exemple, la politique nationale au Ghana appelée *Community-based Health Planning and Services* (CHPS) a été conceptualisée à partir de preuves scientifiques obtenues d'un essai expérimental du projet Navrongo et de son premier site de réplication dans le district de Nkwanta (Nyonator et al., 2005). Les sites d'implantation du projet pilote ont servi de milieux d'apprentissage social pour les personnes chargées de mettre en œuvre la politique nationale (Nyonator et al., 2005). Par ailleurs, étant donné que l'efficacité d'une innovation qui a été prouvée dans le milieu pilote peut décroître au cours de la mise à l'échelle, l'étude de Milat et al. (2012) auprès des décideurs politiques et des chercheurs seniors sur la notion de *scalability*⁷ propose que la détermination d'un degré de diminution acceptable de l'efficacité soit nécessaire dans le cadre de la mise à l'échelle.

Dans le même ordre d'idées, les données probantes soutiennent que la recherche et la mise en place d'un système de suivi et d'évaluation tout au long du cycle de vie de l'innovation sont des facteurs de succès importants pour la mise à l'échelle d'innovations (Khatri et Frieden, 2002 ; Milat et al., 2015 ; Simmons et al., 2007). Les études qui se sont intéressées à la pérennité ont également soulevé que les recherches évaluatives de l'efficacité des interventions ne doivent pas être faites de façon statique ou seulement à la phase d'initiation de l'innovation. Elles doivent être cycliques, en coévolution avec le processus d'innovation afin de permettre des ajustements pour assurer sa durabilité (Chambers et al., 2013 ; Scheirer et Dearing, 2011) ou d'évaluer s'il faut garder ou

⁷ Ce terme est défini, selon ces auteurs, comme étant la capacité ou le potentiel d'une innovation à être mise à l'échelle.

changer sa conception (McIntyre et al., 2003). Aussi, cette évaluation continue devrait être faite par rapport à des objectifs prédéterminés qui permettent d'assurer l'intégrité de l'intervention ou de la politique de santé (McIntyre et al., 2003). De plus, considérant ce caractère dynamique et évolutif de l'innovation, Victora et al. (2004) ont soulevé que les essais randomisés contrôlés ne sont pas suffisants pour évaluer l'impact à grande échelle des interventions en santé publique. Ils peuvent même entraîner la formulation de recommandations erronées ou non plausibles considérant la modification de l'effet des innovations selon les milieux d'implantation. Pour cela, il a été recommandé dans leur étude d'utiliser différentes sources de données probantes combinées et de développer de nouveaux modèles intégrant des approches de plausibilité et d'adéquation.

Outre cela, il faut considérer le fait que l'efficacité des innovations à base communautaire est souvent plus difficile à évaluer en matière de données probantes. Cela est dû souvent à l'utilisation des méthodes d'évaluation inappropriées qui, axées sur les résultats de performance que sur les processus, n'arrivent pas à bien renseigner les retombées de ces types d'intervention (Rosato et al., 2008a). Pour cela, la réputation « d'être efficace » d'une innovation dans la communauté, même si cela n'a pas été prouvé de façon objective, peut être un levier pour la pérennisation (Shediac-Rizkallah et Bone, 1998). Il existe également des outils de suivi communautaire qui permettent d'évaluer le processus d'innovation sociale. Par exemple, dans le projet *Community and District Empowerment for Scale-up* (CODES) pour la survie de l'enfant en Ouganda, il a été instauré des dialogues communautaires entre les professionnels de la santé et les leaders communautaires (Muhwezi et al., 2019). Un système de suivi post-dialogue a permis d'évaluer le processus et les effets de ces dialogues communautaires grâce aux indicateurs de fréquentation et d'activités des participants aux dialogues, aux contrats communautaires générés lors de chaque dialogue, ainsi que l'ajout d'informations contextuelles et l'établissement d'arguments de plausibilité sur les effets observés.

Par ailleurs, Hage et Valadez (2017) ont relevé que dans la littérature scientifique l'institutionnalisation et la pérennisation sont souvent mesurées ou comprises à travers la « stabilité » des normes ou pratiques. Ces auteurs soulignent qu'il est important d'intégrer la notion de changement, en mettant l'accent sur l'amélioration continue des programmes grâce à l'utilisation des données issues des évaluations de programme. Selon eux, l'acceptation des changements proposés dans les organisations de santé, ainsi que les impacts de ces changements sur la santé sont des éléments essentiels dans la recherche portant sur cette thématique. Ainsi pour étudier l'institutionnalisation et la pérennisation, ils proposent de passer de la notion de stabilité à celle de

changement social en mettant l'accent sur la capacité d'apprentissage (par la formation continue et l'expérience) et l'utilisation des données d'évaluation comme des événements critiques.

La simplicité de l'innovation en ce qui a trait au *hardware* (p.ex., : technique, matériel) et au *software* (p.ex., : guides d'utilisation), a été relevée comme étant un prédicateur important d'une mise à l'échelle (Bitanihirwe, 2016 ; Gericke et al., 2005 ; Kohl et Cooley, 2003 ; Milat et al., 2015 ; Shiffman et Smith, 2007 ; Yamey, 2011) et d'une pérennisation réussies (Johnson et al., 2004 ; Simmons et al., 2007). La simplification de la complexité des interventions est alors un processus qui est souvent utilisé durant l'adoption et l'implantation. En ce sens, Gericke et al. (2005) définissent la complexité d'une intervention comme étant la qualité et la quantité de ressources non financières requises pour l'implanter et la pérenniser. En effet, dans les pays en développement, les ressources non financières, par exemple la pénurie de ressources humaines ou des défis logistiques, sont une des contraintes potentielles pour la mise à l'échelle et la pérennisation que les ressources financières (Gericke et al., 2005 ; Hanson et al., 2010 ; Noordam et al., 2015 ; Victora, Hanson, et al., 2004). Par exemple, une étude portant sur l'introduction d'une intervention de santé mobile (*RapidSMS*) au Malawi et en Zambie a permis de constater que les plus grands défis de mise à l'échelle et de pérennisation sont liés à la pénurie de personnel technique qualifié pour la maintenance des services et des bases de données (Noordam et al., 2015). Toutefois, les ressources financières demeurent, certainement, un déterminant important pour la pérennisation et la mise à l'échelle des innovations en santé. Elles sont même souvent citées dans les études comme étant une barrière fondamentale à la réussite et à la continuité des activités d'une innovation (Iwelunmor et al., 2016 ; Johnson et al., 2004 ; Katahoire et al., 2015 ; Namazzi et al., 2013 ; Sharer et al., 2019 ; Scheirer, 2005).

Gericke et al. (2005) ont alors proposé un cadre conceptuel dans lequel la complexité d'une intervention peut être analysée à travers : les caractéristiques de l'intervention initiale ; les caractéristiques des prestations ; les exigences (besoins et moyens) en matière de gestion ; et les caractéristiques d'utilisation. Il semble important de bien comprendre le degré de complexité d'une innovation pour pouvoir identifier des stratégies permettant de surmonter les contraintes d'implantation, de mise à l'échelle et de pérennisation (Gericke et al., 2005). Cela permettrait alors de réduire la complexité technique en simplifiant les interventions par différents moyens, par exemple par la standardisation et la simplification des procédures et la délégation des tâches qui souvent nécessitent des changements dans les politiques, les règlements ou les lois (Gericke et al., 2005 ; Kalua et al., 2017 ; Kohl et Cooley, 2003 ; Simmons et al., 2007). Une étude portant sur la thérapie antirétrovirale pour les personnes vivant avec le VIH en Afrique du Sud a d'ailleurs

soulevé que la flexibilité de l'intervention, les soins centrés sur la personne et la mise à disposition à la clientèle d'une variété de mécanismes pour recevoir des soins sont les principaux facteurs qui ont contribué à la réussite du programme (Sharer et al., 2019). Sur cette lancée, Shiffman et Smith (2007), en s'intéressant à la priorisation de certaines interventions en santé mondiale par les décideurs politiques internationaux et nationaux, ont soulevé le fait que les problématiques de santé qui trouvent des solutions simples, peu coûteuses et fondées sur des preuves (comme les vaccins ou médicaments peu coûteux et efficaces) seront plus faciles à promouvoir auprès des décideurs que celles qui ne comportent pas ces fonctionnalités. Ainsi, les décideurs politiques sont plus portés à soutenir les innovations technologiques, ou encore ils préfèrent mettre plus l'accent sur le caractère technologique d'une innovation, car elles sont plus simples à comprendre et à se propager à grande échelle que les innovations organisationnelles (Simmons et al., 2002) ou sociales.

En lien avec la simplicité ou la complexité des innovations en santé, il ressort de la revue de littérature sur la mise à l'échelle d'Edwards (2010) que les innovations discrètes ou les interventions directes (comme les vaccins, les antirétroviraux pour le VIH) sont considérées comme étant plus susceptibles à passer à grande échelle par le fait de leur efficacité et de leur efficience démontrées, mais également de la simplicité dans leur mode de livraison. En lien avec cette idée, il faut soulever que dans les pays en développement, l'adoption des interventions pour la survie de l'enfant est faite souvent selon la disponibilité des intrants, tels que les médicaments, les vaccins ou les matériels techniques, sans pour autant se soucier de la capacité du pays receveur à mettre en œuvre de façon équitable l'innovation (Victora, Hanson, et al., 2004). De ce fait, les parties prenantes tendent à considérer l'innovation comme une chaîne de causalité simple, par exemple l'effet d'un tel vaccin sur une maladie donnée ; donc elle peut facilement être reproduite à grande échelle. Cependant, malgré la nature simpliste des innovations discrètes, il existe des voies causales complexes à prendre en considération lors de leur mise à l'échelle (Victora et al., 2004). Dans ce sens, Edwards (2010) suggère que les études d'efficacité doivent prendre en compte la complexité de l'interface entre ces innovations et les systèmes dans lesquels elles sont introduites. En effet, dans le cas de la vaccination par exemple, plusieurs obstacles peuvent être rencontrés dans l'extension de la couverture dans les pays en développement et la durabilité des actions. Les difficultés à couvrir les zones inaccessibles et à faire adopter le vaccin aux personnes qui sont en marge du système de santé ou encore celles qui sont réticentes face à la vaccination (Bloom et al., 2005) en sont des exemples. De plus, il existe des problèmes au niveau de la distribution des vaccins qui demande l'existence de certaines infrastructures (congélateur, réfrigérateur, chaîne d'approvisionnement fiable) qui sont encore non satisfaisantes dans certains pays en développement (Bloom et al., 2005 ; Victora,

Hanson, et al., 2004). À cela s'ajoutent des contraintes qui peuvent être de nature politique, sociale ou économique (Edwards, 2010). Par exemple, durant l'épidémie d'Ébola en Guinée, les techniques d'isolement des populations à travers les centres de traitement Ébola et l'utilisation d'ambulances ont suscité la méfiance et la résistance de certaines communautés. En effet, ces dernières craignaient que ces techniques soient mises en place dans le but d'infecter volontairement les individus ou de leur voler certaines parties du corps humain (Fairhead, 2016). La faible confiance des populations envers les institutions ainsi que la désinformation peuvent réduire considérablement l'adhésion aux interventions sanitaires (P. Vinck et al., 2019). Cependant, les logiques des populations ne sont pas dénuées de sens ; elles s'inscrivent dans un univers de sens et de signification lié souvent aux réalités locales et mondiales. Ainsi, il est important, dans les interventions en santé publique et communautaire, de reconnaître les différences, voire les plus radicales, et de ne pas occulter l'histoire de la violence structurelle dans certaines communautés (Fairhead, 2016).

Hormis les innovations discrètes, qui sont plus simples techniquement, il existe d'autres types d'innovations qui sont beaucoup plus complexes. Edwards (2010) en distingue deux types : les innovations à multicomposantes et multiniveaux et les innovations paradigmatiques. Selon cette auteure, les innovations à multicomposantes et multiniveaux sont souvent composées d'un ensemble d'éléments interactifs d'un programme. Leur mise à l'échelle va alors dépendre des relations et des interactions existantes entre les éléments de l'innovation et les facteurs contextuels à différents niveaux du système (p. ex., politiques organisationnelles, législation, règlements, engagement communautaire et politique, leadership, demande de services). Tandis que, les innovations paradigmatiques sont orientées vers un changement dans la façon de comprendre et d'apporter des solutions viables aux problèmes et aux besoins en santé (p. ex., en utilisant l'approche des déterminants de la santé). La mise à l'échelle et la pérennisation de ces interventions complexes nécessitent une démarche cohérente en impliquant plusieurs autres secteurs que seulement celui de la santé (Edwards, 2010).

2.6.1.2. *Les caractéristiques organisationnelles.*

Il ressort de la littérature qu'une grande habileté de leadership et de gouvernance facilite la mise à l'échelle et la pérennisation d'innovation. Sur ce point, Yamey (2011) soutient que le leadership et la gouvernance sont des caractéristiques essentielles des personnes responsables d'implanter l'innovation et sont déterminantes pour le succès de la mise à l'échelle. Cet auteur recommande d'impliquer non seulement les responsables de l'implantation, mais également d'autres décideurs étatiques ou non étatiques. En effet, Johnson et al. (2004) ont relevé dans leur revue de littérature que les leaders ou les champions peuvent être *dans* ou *en dehors* du système et ils peuvent faire la

promotion de l'innovation pour faciliter le processus de pérennisation. Également, la revue de littérature de Stirman et al. (2012) a montré que dans un processus de pérennisation les leaders « efficaces », qui encouragent la négociation, les relations et les prises de décisions partagées entre différentes parties prenantes, sont ceux qui peuvent soutenir et entretenir de façon durable les nouvelles idées ou pratiques.

Dans le domaine de la SMNI, il semble que le succès d'une intervention au niveau du projet pilote est souvent dû aux facteurs organisationnels. En effet, les caractéristiques structurelles et culturelles des organisations influencent grandement la probabilité de l'adoption d'une innovation par les parties prenantes (Greenhalgh et al., 2004). Dans cet ordre d'idées, Simmons et al. (2007) ont identifié deux types d'organisations qui sont liés intrinsèquement à la mise à l'échelle et à la pérennisation d'innovations : l'organisation utilisatrice qui adopte et applique l'innovation ; et l'équipe d'appui qui fait la promotion de la mise à l'échelle de l'innovation. La relation entre ces deux entités organisationnelles n'est pas statique, mais fortement dynamique (Simmons et al., 2007). Dans son étude portant sur la mise à l'échelle de la réanimation néonatale en Indonésie, Rosenzweig (2012) a soulevé l'importance de la collaboration et du partenariat entre l'équipe d'appui et l'organisation utilisatrice comme étant un des éléments les plus importants pour la mise à l'échelle. Il se peut même que dans un processus de mise à l'échelle, l'organisation utilisatrice se transforme en équipe d'appui, ce qui est favorable à la réussite de la mise à l'échelle de l'innovation (Rosenzweig, 2012).

Il faut souligner que l'innovation doit être compatible avec les pratiques et les objectifs de l'organisation utilisatrice pour faciliter sa mise à l'échelle et sa pérennisation (Simmons et al., 2007). Selon Kohl et Cooley (2003), dans un processus de mise à l'échelle, les caractéristiques de l'organisation (utilisatrice) qui a initialement adopté et mis en œuvre le projet pilote peuvent faciliter le passage à l'échelle. Selon ces auteurs, ces caractéristiques peuvent être conservées, recréées ou substituées pour assurer la réussite du passage à l'échelle de l'innovation. Il est alors important, selon eux, de s'intéresser à la culture, aux valeurs et aux principes de l'organisation utilisatrice, à ses compétences et ses objectifs et à ses capacités en termes de ressources, de leadership, de gestion, de collaboration externe et en suivi évaluation. Pour cela, dans un processus de mise à l'échelle et de pérennisation, les unités administratives ou organisationnelles qui ont la responsabilité de surveiller, d'intégrer et d'utiliser l'innovation doivent avoir les capacités organisationnelles. Ces dernières renvoient d'une part à l'adéquation des intrants, c'est-à-dire les connaissances, les ressources financières, les personnels formés et qualifiés, les partenariats stratégiques (Cassidy et al., 2006). D'autre part, elles concernent les *extrants* qui renvoient à la

capacité de prestation de services de qualité pour atteindre les objectifs de l'innovation en lien avec les résultats escomptés sur les utilisateurs de l'innovation (Cassidy et al., 2006). Hormis les capacités, la viabilité organisationnelle est également soulevée comme étant importante (Sarriot et al., 2004). Elle concerne non seulement la dimension financière, mais également d'autres types de soutien et de relation dont une organisation a besoin pour mener ses objectifs (Sarriot et al., 2004). Pour certaines études, le fait par exemple qu'une ONG locale (ou même un gouvernement) soit soutenue par une seule source financière, notamment les bailleurs internationaux, peut compromettre sa viabilité (Sarriot et al., 2004) et, par conséquent, la pérennité de l'innovation (Olivier de Sardan et al., 2015). De ce fait, il est important de garantir l'autonomie de l'ONG, par exemple en assurant son intégration dans un réseau social lui permettant d'accéder aux connaissances et à d'autres types de ressources (Sarriot et al., 2004). Enfin, pour assurer le maintien et la continuité de l'innovation, certaines autrices recommandent que les unités administratives ou organisationnelles responsables du déroulement des activités de l'innovation doivent adopter une gouvernance participative qui permet l'implication de toutes les parties prenantes dans les prises de décision, la modélisation de l'innovation et dans toutes autres activités (Edwards et Roelofs, 2006).

Cependant, dans le domaine de la santé mondiale, la complexité réside dans le fait que plusieurs organisations ayant des intérêts divergents participent aux processus de mise à l'échelle et de pérennisation des innovations en santé. Bien que certaines études aient pu relever l'existence de plusieurs préférences ainsi que la poursuite d'intérêts divergents surtout entre les organisations étatiques, les ONG locales et celles internationales (Lavigne Delville, 2013 ; Raffinot, 2010 ; Samb, 2015), peu d'études ont pu éclairer des dynamiques de pouvoir et comment elles fonctionnent dans les projets d'intervention en santé mondiale. Certains experts (Bump, 2015 ; Shiffman, 2015) ont relevé l'importance d'étudier le fonctionnement du pouvoir dans les interventions en santé mondiale étant donné qu'elles mettent en relation des acteurs du Nord qui détiennent souvent les ressources et des utilisateurs des pays receveurs qui ne participent pas à la formulation des solutions novatrices.

2.6.2. L'environnement externe de l'innovation

Pour plusieurs études, le passage à l'échelle et la pérennisation d'une innovation ne peuvent pas se faire dans un environnement non réceptif (Barker et al., 2016 ; Edwards et Barker, 2014 ; Edwards et Roelofs, 2006 ; Scheirer, 2005 ; Scheirer et Dearing, 2011). Dans un processus de mise à l'échelle et de pérennisation, l'innovation est souvent adaptée aux contextes social, culturel, politique, économique et institutionnel (Barker et al., 2016 ; Mangham et Hanson, 2010 ; Milat et al., 2016 ; Simmons et al., 2007). Même si une innovation réussit au niveau de l'échelle pilote, ceci ne garantit pas qu'elle ait les mêmes résultats dans d'autres milieux du pays. Pour Bergman et Beck

(2011), il est important de considérer l'hétérogénéité des populations et des contextes d'implantation de l'innovation et le fait que les réalités d'expérimentation des innovations ne sont pas immuables. Traditionnellement, beaucoup d'attention est mise sur les tests d'efficacité, d'effectivité et de fidélité des innovations comme une première étape du processus d'innovation (Chambers et al., 2013 ; Edwards et Barker, 2014). Cependant, cette façon de faire ne permet pas l'adaptation de l'innovation dans de nouveaux contextes (Chambers et al., 2013). En effet, il demeure nécessaire que l'innovation soit adaptée dans de nouveaux milieux dans lesquels elle est implantée, afin de garantir son efficacité dans des environnements qui, différents de l'échelle pilote, sont hétérogènes et complexes (Edwards et Barker, 2014), dynamiques et en changement continu (Oldenburg et Glanz, 2002). De fait, les innovations qui sont plus compatibles avec les valeurs et les normes sociales sont plus susceptibles d'être pérennes dans les pays d'Afrique subsaharienne (Iwelunmor et al., 2016). L'accent doit être mis, dès le développement d'une innovation, sur son processus de mise à l'échelle et de pérennisation afin de pouvoir l'adapter aux contextes politique, programmatique, économique, social et culturel (Iwelunmor et al., 2016 ; Simmons et al., 2007).

D'ailleurs, une revue de littérature s'est intéressée aux initiatives d'amélioration de la qualité à grande échelle dans les pays en développement (Umar et al., 2009). Cette étude a relevé que les partenaires de développement et les bailleurs de fonds font la promotion des modèles d'amélioration de la qualité qui sont développés dans les pays occidentaux, ce qui pose des problèmes de durabilité à long terme des interventions, à cause de leur manque de cohérence avec les systèmes, les ressources, la culture et les valeurs locales. Pour ce faire, cette étude a recommandé que l'amélioration progressive et adaptée au contexte soit privilégiée au détriment de l'utilisation de modèles ou de méthodes prédéfinis.

Selon Hanson et al. (2003), il existe cinq niveaux dans lesquels des contraintes de l'extension et la durabilité des interventions novatrices en matière de santé peuvent se produire : (a) communautaire ; (b) services de santé ; (c) politique du secteur de la santé et la gestion stratégique ; (d) politiques publiques intersectorielles ; et (e) environnement et contextes.

Tout d'abord, au niveau des communautés et des personnes concernées par l'innovation, il a été relevé que le manque de mobilisation communautaire, l'insuffisance des efforts de plaidoyer dans les communautés, le manque de participation des organisations ou structures communautaires et la défaillance dans la demande de service peuvent être des contraintes pour la mise à l'échelle et la continuité d'innovations en SMNI (Chiya et al., 2018 ; Dickson et al., 2014). La revue de littérature d'Iwelunmor et al. (2016) portant sur la pérennité d'innovation en Afrique subsaharienne a soulevé

que l'appropriation et la mobilisation des communautés sont des facteurs facilitant la durabilité d'une intervention. Selon cette étude, la participation effective des parties prenantes de même que le développement de leur sentiment d'appartenance à l'innovation peuvent contribuer à la pérennisation au début comme à la fin de l'implantation. Parallèlement, pour faciliter la mise à l'échelle, Edwards (2010) soutient qu'il faut mettre en place des stratégies qui permettent l'accessibilité de l'innovation aux populations ciblées, tout en considérant que l'offre et la demande sont intrinsèquement liées. Précisément, il a été recommandé dans la littérature, pour certaines barrières liées à la demande, d'utiliser des agents de santé communautaire dans la livraison de services, d'employer des stratégies de sensibilisation, et de promouvoir la participation des communautés dans la planification et la mise en œuvre des innovations (Oliveira-Cruz et al., 2003b ; Yamey, 2011). Pour cela, la construction des interventions *à partir et avec* les ressources existantes dans les communautés pourrait faciliter leur survie même après la fin d'un financement et/ou d'un support externe (Katahoire et al., 2015 ; Iwelunmor et al., 2016). Étant donné que les interventions sanitaires en Afrique sont souvent mises en œuvre par le personnel de santé ou d'autres services étatiques, l'utilisation des acteurs communautaires doit être accompagnée par une définition de leurs rôles et la mise en place de procédures de répartition des tâches (Yakam et Gruénais, 2009). Cela faciliterait non seulement la collaboration entre différentes parties prenantes de l'innovation, mais également permettrait d'améliorer le sentiment d'utilité de chaque acteur impliqué. D'autre part, il est important de reconnaître l'existence de structures de pouvoir au sein des communautés, notamment des hiérarchies de pouvoir présentes entre les personnes ou groupes de personnes qui peuvent faciliter ou entraver la réussite des interventions destinées aux personnes marginalisées (Campbell, 2012).

Deuxièmement, le système de santé et l'organisation des services interagissent avec les processus d'innovation. En effet, plusieurs contraintes peuvent survenir à ce niveau, notamment la pénurie et la répartition inéquitable des personnels qualifiés ; la faible capacité de gestion et de connaissance technique ; l'insuffisance dans la supervision, le manque d'infrastructure et d'équipement ; l'insuffisance dans la fourniture médicale et l'inaccessibilité des services de santé (Hanson et al., 2003). Pour pallier certaines contraintes, une étude effectuée en Ouganda a relevé l'importance d'impliquer les responsables du ministère de la Santé et du district sanitaire dans les processus de planification, de mise en œuvre, de supervision et de les informer des progrès de l'intervention (Namazzi et al., 2013). Selon cette étude, cela permettrait de favoriser chez ces parties prenantes l'appropriation de l'intervention et qu'elles puissent mobiliser des fonds supplémentaires pour la mise à l'échelle. Cependant, si avec des fonds supplémentaires il est facile d'améliorer certaines de

ces contraintes, il demeure plus difficile de faire face aux problèmes systémiques, notamment de gestion et de planification des ressources (Mangham et Hanson, 2010). Ces problèmes systémiques sont liés à la culture organisationnelle et bureaucratique qui constitue souvent un frein à la pérennisation et à la mise à l'échelle des innovations (Olivier de Sardan et al., 2015). En ce sens, un système de santé plus sensible aux expériences des professionnels de la santé et des utilisatrices des services est nécessaire pour mettre en œuvre efficacement des changements dans les programmes de SMNI (Chiya et al., 2018).

Troisièmement, les politiques et la gestion au niveau du secteur de la santé peuvent constituer un obstacle de différentes façons. Par exemple, on peut en citer : la faiblesse des politiques et des systèmes d'approvisionnement en médicaments ; la réglementation inadéquate des produits pharmaceutiques et des fournisseurs du secteur privé ; le manque d'action intersectorielle et de partenariat pour la santé entre le gouvernement et la société civile ; la faiblesse des structures d'incitation à utiliser les intrants efficacement et à répondre aux besoins et aux préférences des utilisateurs (Hanson et al., 2003).

Quatrièmement, les politiques publiques intersectorielles concernent la bureaucratie gouvernementale (Hanson et al., 2003) qui, au lieu de travailler dans des approches sectorielles, pourrait adopter d'autres approches intersectorielles, par exemple « la santé dans toutes les politiques », pour créer des synergies entre différents secteurs et politiques.

Cinquièmement, les caractéristiques contextuelles renvoient à la gouvernance et au cadre politique global comprenant les niveaux d'éducation, de stabilité du pays, la corruption ou encore l'environnement physique, climatique et géographique (Hanson et al., 2003). Outre ces éléments, les inégalités de genre et les normes et pratiques socio-culturelles sont également des facteurs contextuels qui doivent être pris en compte dans le cas des pays en développement dans les processus d'innovation, de mise à l'échelle et de pérennisation (Cohn et al., 2019). En ce sens, il demeure important dans les recherches comme dans les interventions en SMNI de ne pas considérer les femmes comme un ensemble homogène et de ne pas invisibiliser les inégalités territoriales existantes. Par exemple, une étude menée sur le VIH en Tanzanie a montré que les femmes vivant en milieu urbain ont tendance à mieux suivre et appliquer l'éducation préventive que les femmes vivant en milieu rural (Burke, 2004). Selon cette étude, ce constat est lié au fait que les femmes des milieux ruraux n'ont pas les mêmes capacités, ressources, pouvoir et connaissances que les femmes des milieux urbains pour accéder aux services et ressources de SMNI. Cet auteur recommande alors

un ciblage distinctif de ces différents groupes de femmes pour une meilleure acceptabilité et diffusion de l'innovation.

Par ailleurs, il est important de souligner que hormis les environnements national, sous-national et local (ou communautaire), la mise à l'échelle est également influencée par l'environnement macro ou international. En effet, pour certains auteurs, la mise à l'échelle peut être portée par des acteurs externes, notamment les organisations internationales ou les donateurs (Hiller et al., 2016). Néanmoins, l'apport de ressources externes par les donateurs peut avoir des effets négatifs sur la capacité des gouvernements en matière de gestion macroéconomique, de planification, de budgétisation, de prestation de services. En plus, il peut compromettre l'engagement des gouvernements pour instaurer des réformes nécessaires et des mécanismes de gouvernance locale (Mangham et Hanson, 2010) et pour mettre en œuvre des stratégies plus globales, notamment sur la question des droits sexuels et reproductifs (Hill et al., 2013).

Les différents obstacles et barrières au niveau de l'environnement externe des innovations en Afrique subsaharienne pour la mise à l'échelle et la pérennisation sont généralement bien connus. Toutefois, il manque certaines connaissances sur comment ces différents éléments sont en interaction entre eux, mais également comment à travers le temps et l'espace ces éléments deviennent des risques ou opportunités pour l'intervention. Sur ce point, Iwelunmor et al. (2016) ont relevé l'importance d'utiliser des approches systémiques pour mieux capturer les interactions existantes entre les composantes de l'intervention, et entre ces dernières et le contexte socioculturel d'implantation ; ainsi que les éléments organisationnels et politiques qui se trouvent à l'échelle plus large de l'intervention.

2.7. Sommaire de la recension des écrits

Tout compte fait, il apparaît dans les écrits que les conditions favorables ou défavorables aux processus de mise à l'échelle et de pérennisation d'innovation ne dépendent pas seulement des caractéristiques propres à l'innovation et aux organisations qui la délivrent ou qui en font la promotion. En effet, ces conditions résultent également des différents éléments existants dans les contextes international, national, régional et local, et plus particulièrement aux relations existantes entre la pluralité d'acteurs qui ont des visions, des objectifs et des valeurs différents. De ce fait, il semble important dans l'étude de ces processus de mettre l'accent sur les dynamiques de coalitions, de collaborations, de négociations, de rétroactions et de participation mises en œuvre dans un processus d'innovation ; comment elles s'actualisent dans les organisations et les communautés ; et comment elles influencent la pérennité et la mise à l'échelle des innovations en santé. Ces

connaissances sont peu élucidées dans la littérature existante. Aussi, les différentes temporalités accompagnant l'ensemble du processus de l'innovation sont importantes et permettent de comprendre les différents événements et leurs séquences ainsi que les actions pouvant conduire à la réussite de la mise à l'échelle et de la pérennisation. Cela permet de relever l'importance de s'intéresser aux histoires des innovations et de leur évolution avec les contextes d'implantation qui constituent une des sous-questions à traiter dans cette thèse.

Dans la perspective de cette recherche, il demeure essentiel dans l'étude de ces processus de porter un grand intérêt aux valeurs que symbolisent les innovations et de celles des acteurs et des organisations qui sont impliqués. Sur ce point, Kohl et Cooley (2003) ont soulevé le fait que les valeurs qu'incarne l'innovation sont peu étudiées, car elles sont difficiles à identifier, mais elles peuvent contribuer au succès de la mise à l'échelle et de la pérennisation. Dans cette logique de compréhension des valeurs, il est alors intéressant de voir l'innovation en santé comme des « façons de faire » (Cloutier, 2003), des pratiques sociales (Chambon et al., 1982 ; Phills et al., 2008) et des relations sociales (Hillier et al., 2004). Elle ne dépend pas nécessairement du produit (ou à la matérialité d'une idée) pour exister, mais c'est la démarche, le processus, les combinaisons des idées qui la créent. Dans l'optique de cette thèse de considérer toute innovation en santé comme une innovation sociale, les contextes historique, territorial et institutionnel dans lesquels s'inscrit et se déroule l'innovation sont des éléments clés à étudier. La prise en compte de ces contextes ne doit pas être superflue ; autrement dit, ils ne doivent pas être considérés uniquement dans leurs dimensions spatiales et temporelles dans lesquels s'insèrent des événements (Bidart et Mendez, 2016). Les contextes seront alors traités dans cette recherche comme un arrangement de structures et de processus imbriqués (Pettigrew, 1990) parsemés d'actions localement et socialement organisées (Mercier et Oiry, 2010). En ce sens, les acteurs sociaux y ont une grande importance. D'où la nécessité de nous intéresser à la relation qui existe entre l'action, les contextes et les individus (Mercier et Oiry, 2010). Ainsi, nous envisageons l'innovation sociale, de même que la pérennisation et la mise à l'échelle comme des processus complexes par leurs propriétés émergentes, évolutives dans le temps, dans l'espace et dans leurs formes imprévisibles, adaptatives et transformatrices.

À la lumière de la littérature consultée, un cadre illustrant les différents éléments retrouvés dans la littérature est proposé à la figure 3. Ce modèle évoluera en fonction des orientations épistémologiques et théoriques de cette recherche. Ensuite, il sera transformé, dans la partie discussion, à la lumière des connaissances nouvelles qui émergeront des résultats d'étude.

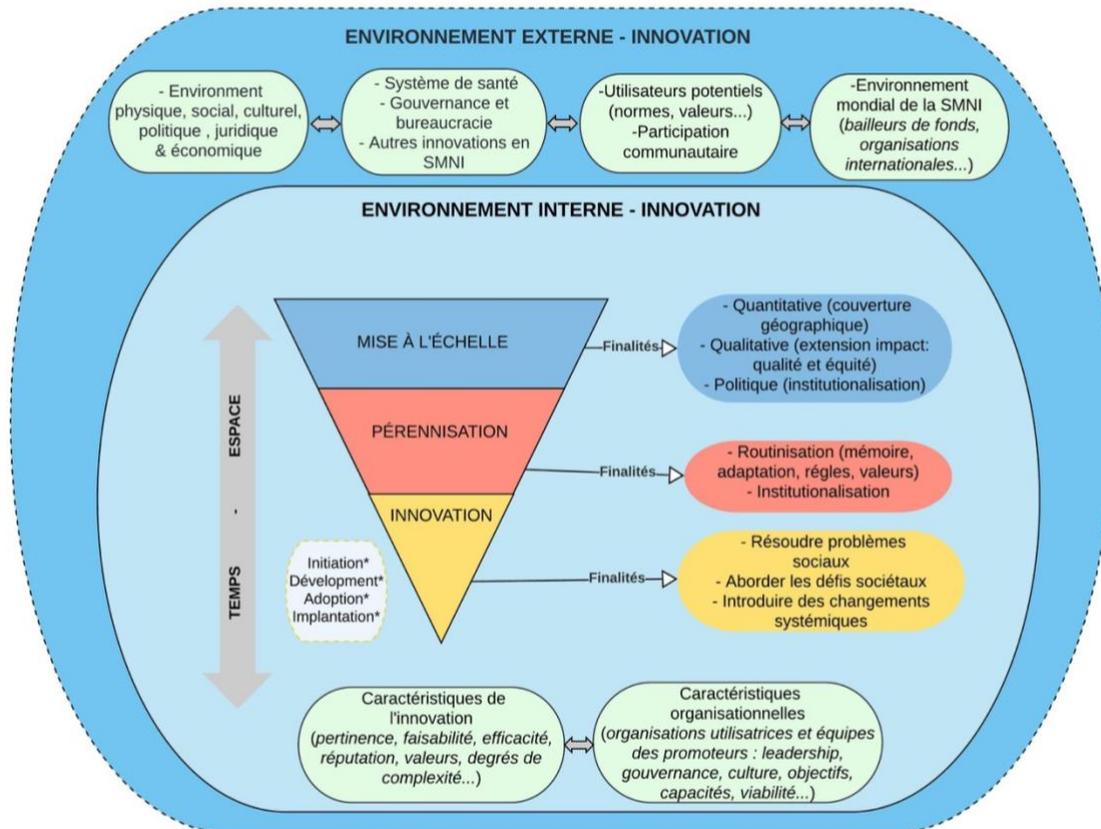


Figure 3. Cadre conceptuel présentant les différents éléments retrouvés dans la revue de littérature
Note. Il faut comprendre de ce cadre que tous les éléments sont interconnectés et s'influencent mutuellement. Les éléments avec * présentés dans la case pointillée se situant à côté de la partie de la pyramide représentant l'Innovation sont les autres processus pouvant avoir lieu dans le déroulement d'une innovation. Ils ne sont pas au centre de cette étude, mais nous en tiendrons compte.

Chapitre 3 Orientations théoriques de la recherche : la théorie systémique

Pour appréhender l'intelligibilité du complexe par la modélisation, tout en pensant et en menant cette recherche dans la pensée complexe et systémique, la théorie des systèmes a été adoptée. Il existe plusieurs théories des systèmes, telles que la cybernétique, la théorie du système général développé par von Bertalanffy, les théories de l'auto-organisation, la biologie évolutionnaire, les systèmes adaptatifs complexes et l'intelligence de la complexité (Alhadeff-Jones, 2008). Parmi ces différentes orientations, j'ai choisi de m'aligner sur l'intelligence de la complexité ou plus précisément sur la modélisation des systèmes complexes (Théorie du Système Général) développée par Jean-Louis Le Moigne et influencée par les autres apports théoriques portant sur la systémique et du paradigme de la complexité soutenue par Edgar Morin. Ce choix ne s'est pas fait au hasard. Il se veut être en articulation avec mon orientation paradigmatique dans la pensée complexe et systémique explicitée dans l'introduction de cette thèse et de l'adéquation de cette théorie avec mes choix épistémologiques, théoriques et méthodologiques. De plus, depuis quelques années, les approches méthodologiques conventionnelles qui ont une visée analytique ou simplificatrice de la réalité guidée par « des principes de *disjonction*, de *réduction* et d'*abstraction* » (Morin, 2005, p. 18) ont montré leurs limites dans le domaine de la santé publique et communautaire. Certaines de ces limites sont leurs incapacités à traiter efficacement l'évolution temporelle des besoins des populations dans les interventions sanitaires (Homer et Hirsch, 2006) ; à éclairer sur les interdépendances des problèmes et des « problèmes pernicioeux » dans les politiques publiques (Head et Alford, 2015) ; à saisir la complexité inhérente des systèmes écologiques à multiniveaux (Blakely et Woodward, 2000) et les relations existantes entre les écosystèmes, la société et la santé des humains et non-humains (Zinsstag et al., 2011). Ces différents constats ont emmené ces auteurs à relever l'importance d'utiliser des approches de la complexité, notamment celles systémiques. En ce sens, l'utilisation d'approches théoriques systémiques et complexes dans cette thèse permet d'adopter une logique conjonctive (ou d'inséparabilité) dont le projet est d'étudier les objets de recherche dans leur globalité et leur particularité et dans la reconnaissance de leurs désordres.

Cependant, Alhadeff-Jones (2008) a identifié trois générations de théories ancrées dans la complexité et appelle à une vigilance pour ne pas réduire la complexité à certains concepts ou des théories dominantes. En effet, certaines appréhensions des théories de la complexité ou systémiques rentrent souvent dans une vision mathématique en réduisant l'objet d'étude à certaines caractéristiques (Alhadeff-Jones, 2008 ; Morin, 2005) ou en postulant que tout système peut être

expliqué, réductible et analysable (Le Moigne, 1994). Par exemple, un examen de la portée, portant sur l'utilisation des théories de la complexité dans les recherches sur les services de santé, a relevé que la plupart des études utilisent certains attributs de la complexité (relations, interactions ou auto-organisation) pour expliquer la façon dont les diverses relations ou interactions entre les acteurs des services de santé peuvent influencer les changements (Thompson et al., 2016). Cette tendance à opérationnaliser la complexité comme un système organisé ou une « complexité organisée » considère l'objet d'étude comme étant compliquée ou hypercompliquée (Alhadeff-Jones, 2008). Les études s'y rattachant réduisent les phénomènes d'études à quelques variables ou à certaines fonctionnalités ou essaient de mettre de l'ordre dans un ensemble d'éléments interreliés, chaotiques pour expliquer le phénomène à l'étude.

En revanche, la théorie systémique ancrée dans l'intelligence de la complexité propose que la complexité soit du côté de la personne observatrice ou chercheuse qui l'attribue à l'objet d'étude, elle devient alors une source d'interprétation et non d'explication (Le Moigne, 1994). Ce systémisme fécond englobe non seulement un « caractère organisé », mais également « organisant » (Morin, 2005). Ainsi, il se veut d'être en rupture avec un certain structuralisme, en assignant aux systèmes ou aux objets à l'étude un principe téléologique et en rejetant la poursuite de l'objectivité (Le Moigne, 1994). En effet, contrairement au structuralisme qui stipule que la structure d'un système peut être saisie de façon objective, l'intelligence de la complexité permet de reconnaître et d'assumer un rôle actif du sujet connaissant qui, ayant des valeurs et des intentions implicites ou explicites, est susceptible de modifier ou d'orienter la représentation de la réalité perçue. Le projet de connaître ne part pas d'une structure bien déterminée, mais du sujet connaissant. Sur ce, la théorie de l'intelligence de la complexité conceptualise un système général (désigné dans cette thèse comme étant l'innovation) : « par une ACTION (un enchevêtrement d'actions) POUR quelques projets (Finalités, Téléologie) FONCTIONNANT (faisant) ET SE TRANSFORMANT (devenant) » (Le Moigne, 1999, p.40, c'est l'auteur qui souligne). Cette représentation du système tient pour inséparable quatre concepts fondateurs que sont les fonctions, les transformations, les finalités et les environnements (voir figure 4). Dans les sections qui suivent, je préciserai les différentes prémisses ontologiques et axiologiques de cette théorie systémique.

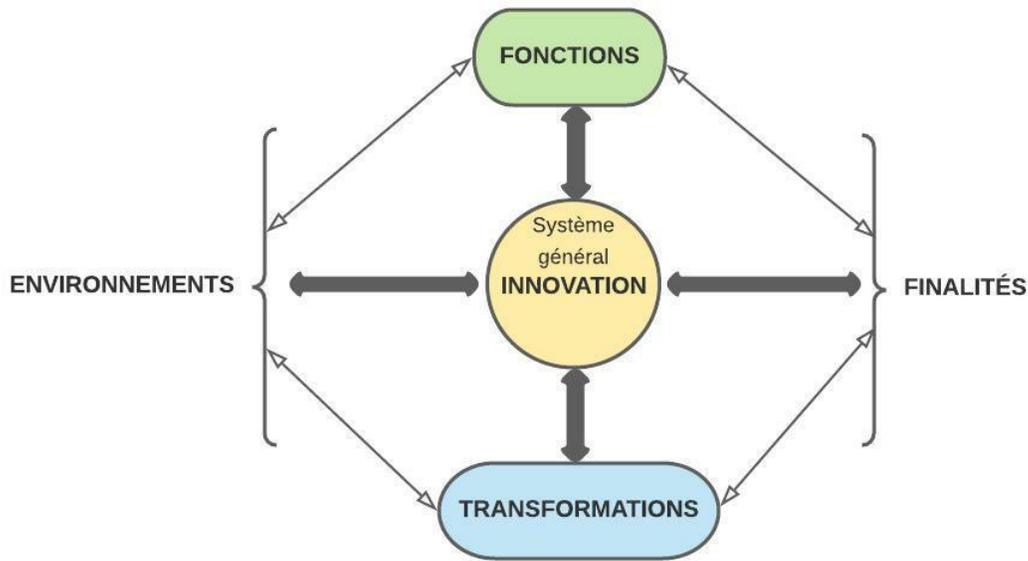


Figure 4. Représentation du paradigme systémique en lien avec l'innovation adaptée de Le Moigne (1994, p.58)

3.1. Le système : définition, caractéristiques

De façon générale, le système est défini comme étant un ensemble d'éléments complexes qui sont en interrelation (ou en interaction) les uns avec les autres et avec leur environnement (von Bertalanffy, 1950, 1972). Dans cette vision, il existe des systèmes à tous les niveaux d'organisation du monde qui peuvent être définis ou perçus de différentes manières dépendamment de l'orientation de la chercheuse, de l'objet et de la finalité de la recherche. Un système peut alors correspondre à des objets inanimés, des organisations, des processus, ou des groupes sociaux. Plusieurs éléments du monde ont alors des caractéristiques d'un ensemble possédant des éléments constitutifs, complexes qui sont en interaction (Pouvreau, 2013). La connaissance de cet ensemble passera par la connaissance des éléments constitutifs et de leurs relations (von Bertalanffy, 1972). Cette définition, utilisée grandement dans la littérature scientifique, a été critiquée comme étant très généraliste, fonctionnaliste et tautologique par différents auteurs et même par von Bertalanffy lui-même (Le Moigne, 1994 ; Pouvreau, 2013). Bien que plusieurs études aient tenté de définir le système, il semble impossible de donner une signification commune à ce concept, car il englobe une « famille de concepts » et il repose sur la perception qu'en a le sujet observateur (Pouvreau, 2013). Les systèmes ne sont donc que des points de vue, compris dans le perspectivisme bertalanffien dans lequel la connaissance est située et intentionnelle (Pouvreau, 2013).

Dans ce sens, Le Moigne (1994) a tenté de cerner ce qui constituait un système en le dotant d'une description générale et intentionnelle. Selon lui, un système est « un objet qui, dans un environnement, doté de finalités, exerce une activité et voit sa structure interne évoluer au fil du temps, sans qu'il perde pourtant son identité unique » (Le Moigne, 1994, p. 61). L'intérêt principal et paradigmatique de cette définition réside dans le fait que les systèmes ne sont plus traités comme des objets, mais ce sont les objets qui sont perçus ou traités comme des systèmes par l'acteur social ou la chercheuse. En utilisant l'objet comme descriptif du système, Le Moigne (1994) révèle toute l'ambiguïté qu'englobe ce concept dont les constituants ne peuvent être « comptabilisés » puisqu'il peut y émerger au fil du temps des fonctionnalités ou des éléments nouveaux. Cela dévoile la caractéristique émergente qu'a un système, dont l'ensemble est qualitativement différent de ses parties (Richardson, 2004). Ainsi, nous comprenons de cette définition que le système apparaît comme un ensemble complexe qui, ne se réduisant pas à la somme de ses parties, est dynamique et évolutif dans l'espace et le temps tout en poursuivant des finalités. Il a une aptitude à s'organiser ou autrement dit à agencer ou à lier des (inter)relations entre des individus ou des éléments pour constituer un tout complexe doté de qualités et de propriétés nouvelles (Morin, 1981). Un système peut être représenté à travers trois modes, dont leur complexité est comprise dans leur enchevêtrement temporel : « celui de l'action « dans » (les trans-actions, constitutives de l'*Eco-organisation*), celui de l'équilibration (l'*Auto-organisation*), celui de la transformation (la *Réorganisation*) » (Le Moigne, 1994, p. 17, c'est l'auteur qui souligne).

- ✚ En résumé, un système est multidimensionnel. Il peut être approché par la triangulation de trois pôles : **ontologique** (nous renseignant sur sa nature, sa forme ou de ce qu'elle est) ; **fonctionnel** ou expérimental (nous renseignant sur ses fonctionnalités, son comportement, son utilisation) ; et **génétique** (nous renseignant sur son histoire et son devenir) (Le Moigne, 1994). À partir de ces pôles, il est possible de s'informer sur les constituants du système et les relations existantes entre eux, ainsi que la délimitation de l'objet dans le temps et dans l'espace. De ce fait, tout système a une histoire, il est tout autant fonctionnel que structural.

3.2. L'ouverture du système

Un système se caractérise par les interactions qu'il a avec son environnement. En effet, un système est dit ouvert, dans le sens où il maintient des échanges avec son environnement par des processus : intrants (*input ou intrance*) et extrants (*output ou exit*). Il est alors influencé par son environnement extérieur ou englobant par les intrants et il influence cet environnement par les extrants. La nature

de ces échanges ou des flux sont d'ordre : matériel (matériaux et objets tangibles), énergétique (toutes sortes d'énergie) et informationnel/organisationnel (symboles ou signes) (Le Moigne, 1994 ; Morin, 2005). Par ces processus, le système cherche l'équilibre ou cherche à assurer sa survie ou sa stabilité dans un environnement changeant et influent. Une condition *sine qua non* d'un système réside alors dans sa capacité transformatrice des intrants en extrants tout en conservant certains critères, tels que ses objectifs et ses finalités poursuivis qui peuvent renseigner sur sa réussite ou son échec (Lapointe, 1993).

- ✚ Le système ouvert est alors conceptualisé comme étant une *boîte noire* qui, active dans le temps, existe dans un environnement dans lequel il fonctionne et se transforme (Le Moigne, 1994).

3.3. L'auto-éco-organisation du système

Selon Morin (2005), dans les systèmes auto-organisés, leurs constituants sont « très peu fiables » et il peut y émerger de nouveaux éléments ou fonctionnalités. Cependant, l'ensemble peut rester identique ou inchangé, malgré des changements. Dans les systèmes simples, c'est tout le contraire, l'ensemble est beaucoup moins fiable que ses parties qui sont « extrêmement fiables » (p. ex., une voiture). Ainsi, dans les systèmes complexes vivants, l'auto-organisation révèle l'existence d'une désorganisation ou entropie qui se lie à une néguentropie ou une réorganisation complexe (Morin, 2005). Le système a alors les propriétés « à transformer et se transformer, et produire et se produire, et relier et se relier, et maintenir et se maintenir » (Edgar Morin cité dans Le Moigne, 1994, p. 188). Il est auto-éco-organisateur et il se détache de son environnement par ses propriétés d'autonomie et d'individualité tout en se liant à cet environnement par des processus d'ouverture, d'échange, de relations (Morin, 2005). Ainsi, tout en étant ouvert à son environnement qui permet sa structuration et son organisation hiérarchique (Pouvreau, 2013) ou arborescente (Le Moigne, 1994) ; le système est également fermé pour se maintenir.

- ✚ En résumé, l'étude des systèmes doit alors considérer : l'*autos* qui renvoie à l'autonomie et à l'individualité d'un système distinguable de tout autre système et délimité dans un environnement, de plus il a la capacité de s'organiser lui-même. L'*éco* réfère au fait que le système a besoin d'échanger avec son environnement. Enfin, l'*auto-organisation* du système se fait dans ses relations et ses oppositions avec l'environnement (Le Moigne, 1994 ; Morin, 2005).

3.4. L'aspect structural d'un système

L'aspect structural renvoie à l'organisation spatiale des éléments constitutifs d'un système, il réfère à sa partie stable ou « *sa forme suffisamment stable* » (Le Moigne, 1994, c'est l'auteur qui souligne). Certaines caractéristiques structurales d'un système peuvent être : ses frontières ou limites, ses éléments constitutifs, ses réservoirs ou stocks et ses réseaux de communication (Rosnay, 1975 cité dans Lapointe, 1993). La délimitation des frontières d'un système est souvent floue, elle peut être perçue sous forme d'une aire géographique, d'un secteur, d'un programme, d'un domaine ou d'une clientèle particulière (Lapointe, 1993). Elle dépend du choix que fait le sujet connaissant, ou la chercheuse, selon ses objectifs (Le Moigne, 1994). Ce travail de délimitation permet de distinguer le système à l'étude aux autres systèmes et sous-systèmes, et à l'ensemble plus englobant qu'est l'environnement. À l'intérieur de ce système délimité, il existe des éléments ou des parties et des processus qui peuvent être hiérarchisés (Pouvreau, 2013) par le principe d'arborescence (Le Moigne, 1994).

Les réservoirs renvoient aux stocks de matière, d'énergie et d'information. Si l'accent a été beaucoup mis sur la matière et l'énergie dans certaines approches systémiques, il demeure néanmoins que peu d'attention a été portée sur le concept d'information. Sur ce point, Le Moigne (1994) suggère une typologie à trois niveaux qui représentent les sous-systèmes d'un Système Général *finalisé* qui sont mis en correspondance : le **système organisé ou opérant** qui renvoie à la structure ; le **système de décision** englobe les processus d'autotransformation du système ; ces deux premiers sont mis en correspondance par le **système d'information** ou organisation mémorisant.

- ✚ En résumé, représenter un système correspond alors à en dégager ses propriétés, ses finalités, sa structure qui peut être délimitée dans l'environnement englobant. À l'intérieur d'un système, il est possible d'identifier les constituants, en sous-systèmes, qui sont différents les uns des autres dans leurs formes et leurs caractéristiques et ils entretiennent des relations non linéaires. Un système est tout aussi organisé (structure autonome), organisant (autotransformation) et mémorisant (capacité d'apprentissage).

3.5. L'aspect fonctionnel

Un système est fonctionnel dans le temps (Lapointe, 1993), autrement dit ses comportements sont adaptés à ses finalités (Le Moigne, 1994). Cet aspect fonctionnel implique les processus qui renvoient à toute transformation ou tout changement survenant dans le temps concernant la matière, l'énergie ou l'information (Le Moigne, 1994). Toutefois, les changements qui surviennent dans

l'histoire d'un système n'affectent pas seulement la position du système dans le temps, mais également dans l'espace et/ou dans sa forme (Le Moigne, 1994). De ce fait, il faut avoir une vision dichotomique qui permet de reconnaître : des objets changés ou processés et des objets changeurs ou processeurs ; ou encore d'actionnés et d'acteurs ; de contenus et de contenant (Le Moigne, 1994).

Fonctionnant de manière dynamique, un système interagit à différents niveaux : le système lui-même (entre ses parties ou sous-systèmes internes), avec son environnement immédiat et avec l'environnement englobant ou supra-système (Lapointe, 1993). Ces rétroactions ne peuvent alors être comprises que dans le temps et l'espace, pour pouvoir interpréter le comportement ou l'état du système qui tend vers l'équilibration. Il existe deux formes de rétroactions qui peuvent être perçues dans le comportement d'un objet donné qui s'oriente vers un état stationnaire : la rétroaction positive et la rétroaction négative. De façon simpliste, la rétroaction positive est observée quand il existe une amplification de l'écart entre les buts d'un système et les extrants, en revanche pour la rétroaction négative cet écart diminue (Lapointe, 1993). Si le deuxième type favorise la stabilité et l'équilibre malgré tout changement de l'environnement externe, le premier incite au changement, à l'évolution, à la transformation du système et l'émergence de nouvelles fonctions ou d'identité.

3.5.1. Équilibration du système : entre régulation et adaptation

La stabilité ne peut être définie ou interprétée que par quelque chose, notamment les projets ou finalités du système. L'équilibration est alors une « *intervention finalisée du système sur et dans son environnement* ; c'est par rapport à ses projets que nous convenons d'interpréter les comportements du Système Général, aussi erratiques soient-ils en apparence : cette intervention sur ces comportements constitue précisément l'équilibration du système ! » (Le Moigne, 1994, p. 209, c'est l'auteur qui souligne). Cette notion d'équilibration fait ressortir, selon Le Moigne, la **coévolution** du système et de l'environnement, ce qui traduit le fait que le système n'est pas en état d'équilibration constante par rapport à son environnement. En essayant de maintenir une certaine stabilité *dans* ou *sur* un environnement changeant et dynamique, le système a des caractéristiques fonctionnelles lui permettant de s'équilibrer par la régulation ou l'adaptation.

La stabilité ou la régulation du système correspond à l'homéostasie ou encore au *steady state* (Le Moigne, 1994 ; Pouvreau, 2013). Cela veut dire que le système n'est pas à un état statique ou figé, sa condition peut changer avec les échanges qu'il a avec son environnement, mais avec une constance, il essaie de maintenir l'équilibre des flux (Pouvreau, 2013).

L'adaptation a lieu quand le système rencontre des situations ou des événements provenant de son environnement, qu'il n'avait pas programmé, mais qui peut faire partie de ses finalités (Le Moigne, 1994). Cette adaptation peut se faire de deux manières. L'adaptation fonctionnelle, qui se fait par ajout de nouveaux éléments, de nouvelles relations ou fonctionnalités à partir de son apprentissage des expériences passées, n'affecte pas nécessairement sa structure. L'adaptation structurelle, qui consiste à la modification de ses projets tout en gardant son identité, nécessite des transformations structurelles, en important de nouvelles ressources ou encore en innovant dans ses programmes pour assurer sa stabilité (Le Moigne, 1994).

Il faut souligner également qu'à un moment donné le système ne s'équilibre plus, il est en évolution structurelle ou en morphogénèse (Le Moigne, 1994). Il se transforme, en élaborant de nouvelles structures ou en empruntant des chemins différents de ses projets initiaux pour pouvoir survivre ou atteindre ses finalités.

- ✚ Il faut considérer que le système change dans le temps, ce qui veut dire qu'à un moment t l'état d'un système, détectable par son comportement, peut être différent d'un autre moment. Le Moigne (1994) a conceptualisé neuf niveaux successifs, dynamiques et interreliés d'un système : (1) le système passif : l'objet existe et ne fait rien ; (2) le système actif : l'objet fait, il fonctionne par lui-même et dans son environnement ; (3) le système régulé : l'objet manifeste des régularités dans ses activités ; (4) le système s'informe : émergence de l'information dans la représentation de l'objet ; (5) le système décide : émergence des propriétés décisionnelles, l'objet a des projets ; (6) le système a une mémoire : émergence de la mémoire (mettre l'accent sur les processus de communication et d'information) ; (7) le système se coordonne : émergence de la coordination ou du pilotage qui peut conduire aux développements des capacités relationnelles et de traitement des informations ou cognitives ; (8) le système s'auto-organise : émergence de l'imagination et de la capacité de s'auto-organiser ; et (9) le système s'autofinalise : émergence de la conscience, la capacité de l'objet à engendrer lui-même ses projets.

3.6. Opérationnalisation de la théorie dans cette recherche

De façon opérationnelle, dans cette étude chaque innovation sociale à étudier est considérée comme un Système Général ouvert et auto-organisé. Dans cet ensemble, la mise à l'échelle et la pérennisation en sont des sous-systèmes dynamiques, dans le sens que leurs processus émergent nécessairement de l'innovation identifiée. La pérennisation est perçue comme étant transversale tant aux processus d'innovation qu'à la mise à l'échelle. Ce Système Général et ses sous-systèmes

poursuivent chacun des objectifs et visent communément une finalité (d'améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile [SMNI] en général, les objectifs de chaque type d'innovation se trouvent dans le chapitre 4 : Méthodologie de la recherche). Chacune des innovations étudiées peut être définie de manière ontologique, elle a une forme particulière nous permettant de les distinguer parmi d'autres programmes ou interventions en santé. En outre, chacune des trois innovations a une histoire particulière, autrement dit, elles ont émergé quelque part (échelle pilote, avec des acteurs particuliers) et ont suivi un développement dans le temps et dans l'espace des pays d'implantation. En ce sens, dans cette thèse, pour chaque innovation il sera considéré différentes échelles interconnectées qui peuvent servir d'observation et d'analyse des processus étudiés. Elles sont représentées à la figure 5 et correspondent à :

- **l'échelle micro** : elle renvoie aux actions des personnes du niveau local impliquées ou bénéficiaires de l'innovation. Elle permet de saisir les logiques d'action de ces personnes, leurs interactions au sein de l'innovation et avec l'innovation elle-même, les rapports de pouvoir existants, etc.
- **l'échelle méso** : elle réfère aux organisations qui sont impliquées dans les interventions de façon directe ou indirecte. Il est important alors de saisir les valeurs et normes de ces organisations, leurs logiques d'action, les interactions qu'elles ont entre elles et le reste des parties prenantes et composantes de l'innovation. L'intérêt sera porté également sur l'interdépendance des acteurs impliqués dans les processus et tout particulièrement aux logiques d'action des groupes de personnes et des organisations (ONG, État, bailleurs de fonds, communautés, société civile, système de santé, etc.).
- **l'échelle macro** : c'est l'échelle des régularités et des grandes tendances en lien avec le phénomène étudié, ce qui m'emmène à considérer l'environnement mondial relatif au domaine de la SMNI. Aussi, c'est le niveau qui permet de nous intéresser aux particularités physiques, politiques et aux normes et valeurs sociétales.

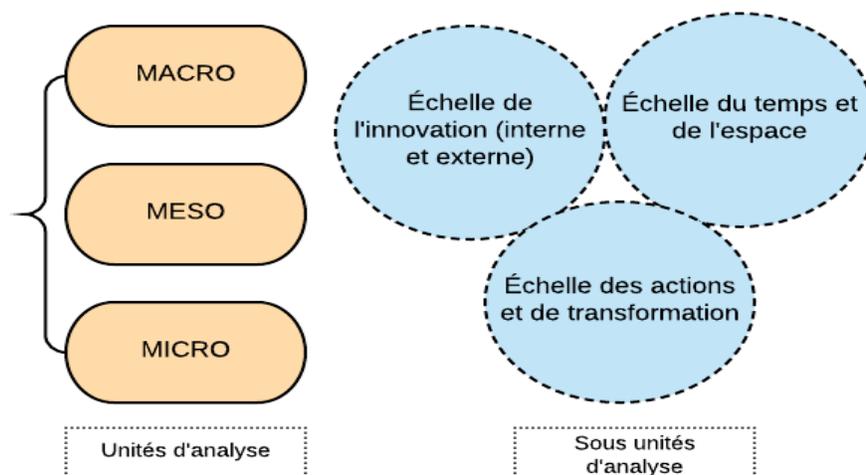


Figure 5. Niveaux d'observation et d'analyse des innovations

Notes. Cette figure est complémentaire au cadre conceptuel de départ (figure 6), elle permet de mieux encadrer la considération des différents contextes dans cette étude.

À l'intérieur de ces trois échelles, j'ai identifié des sous-niveaux imbriqués, ils peuvent être développés en cours d'analyse pour chaque innovation. En effet, les contextes de chaque innovation seront délimités en considérant différents éléments qui peuvent avoir leur importance dans les processus de pérennisation et de mise à l'échelle. En ce sens, je porte un intérêt tant aux contextes internes qu'externes à l'innovation ainsi qu'à leurs relations, ce qui est bien identifié dans le cadre conceptuel de départ (figure 6). Aussi, chaque innovation sera circonscrite dans l'espace et le temps : en considérant les aires géographiques dans lesquelles elle est adoptée, implantée, diffusée, disséminée. Ensuite, je compte étudier l'histoire de chaque innovation, en m'intéressant à son évolution temporelle et historique. En dernier lieu, la dimension des actions et des transformations est très importante puisque les événements d'une innovation à caractère épisodique, rétroactif ou séquentiel sont liés aux actions des acteurs qui peuvent apporter des changements favorables ou défavorables aux processus étudiés. Je porterai alors attention aux aspects transformationnels dans les processus d'innovation, en utilisant les neuf niveaux que peut prendre un système au cours de son évolution présentés ci-dessus et proposés par Le Moigne (1994). Pour cela, l'équilibration du Système Général et de ses sous-systèmes sera prise en compte en essayant de comprendre les formes de régulation et d'adaptation des innovations pour atteindre leur but ou pour se transformer. Dans ce sens, le fonctionnement du Système Général dans son interne et avec son environnement sera un élément clé dans cette recherche.

Partant du modèle conceptuel développé à partir de la revue de littérature, j'ai combiné de nouveaux éléments ressortis de la théorie systémique qui seront considérés dans cette étude, tels que les intrants et extrants symbolisant l'ouverture du Système général et les échanges en continu entre les environnements interne et externe de l'innovation ; et les aspects ontologique, génétique et de fonctionnalité de l'innovation. Le modèle évolué est présenté dans la figure 6 et il constitue le cadre conceptuel de cette étude.

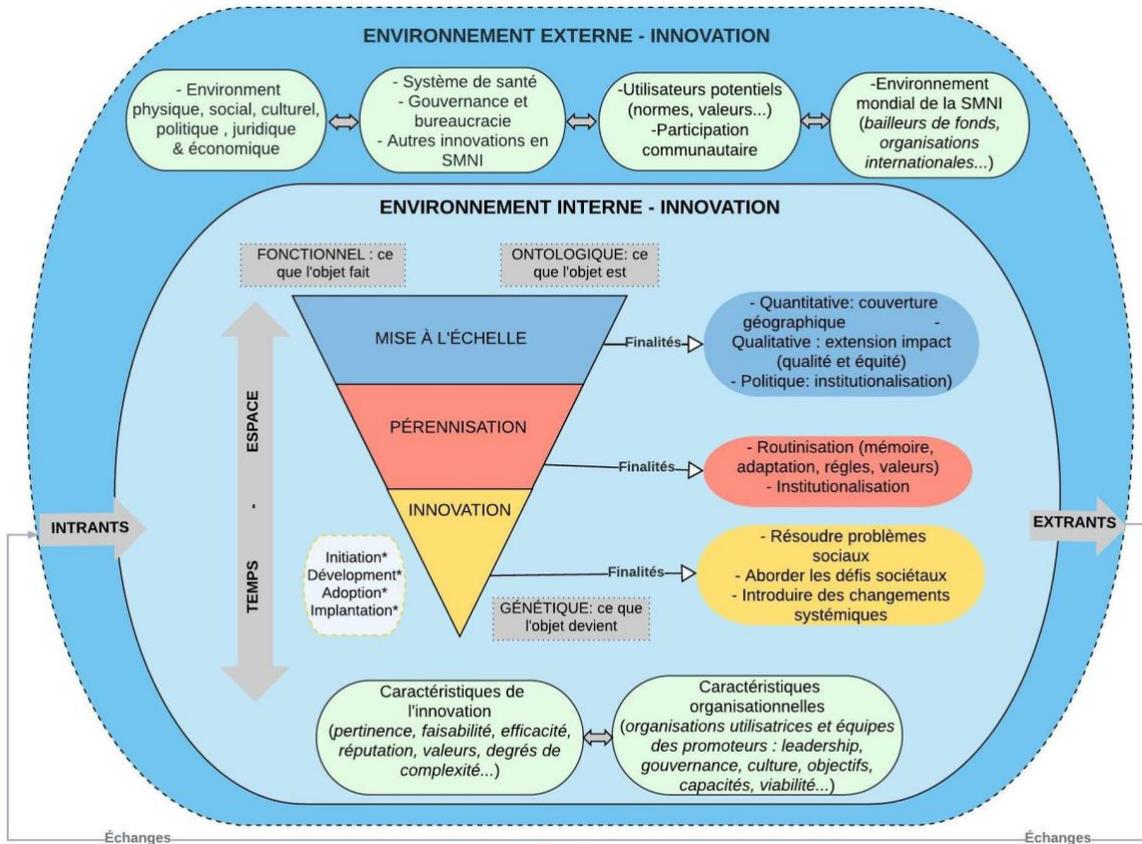


Figure 6 : Cadre conceptuel de l'étude

Notes. La couleur grise représente les éléments venant de la théorie systémique proposée par Le Moigne (1994), notamment les échanges existants entre les différents éléments internes ou externes de l'innovation, ou encore les considérations des intrants et extrants ainsi que du temps et de l'espace. Les autres couleurs du cadre représentent les différents éléments retrouvés dans notre revue de littérature. Il faut comprendre de ce cadre que tous les éléments sont interconnectés et s'influencent mutuellement. Les éléments avec * présentés dans la case pointillée se situant proche de la partie de la pyramide représentant l'Innovation sont les autres processus pouvant avoir lieu dans le déroulement d'une innovation. Ils ne sont pas au centre de cette étude, mais nous en tiendrons compte.

Chapitre 4 Méthodologie de la recherche

Ce quatrième chapitre est divisé en six sections. Les choix méthodologiques y sont présentés et justifiés ainsi que les stratégies utilisées pour assurer la rigueur scientifique et éthique de cette recherche.

4.1. L'approche qualitative : une étude de cas multiples

En adéquation avec ma posture épistémologique et théorique, la recherche qualitative a été choisie dans cette thèse. Ce type d'approche méthodologique est de nature interprétative, spontanée et naturelle qui permet d'approcher, d'interroger et de comprendre le monde (Paillé, 2007) ou les phénomènes sociaux liés à la santé. Comme dans l'épistémologie constructiviste adoptée dans cette étude, cette approche admet la subjectivité de la chercheuse et des personnes qu'elle rencontre dans le processus de production de connaissance (Niang et al., 2017). En plus, elle facilite la production de connaissances épistémiques où la chercheuse et les personnes participantes à l'étude produisent des savoirs (Anadòn et Guillemette, 2007). Elle permet également d'avoir une perspective théorisante sur les données collectées (Paillé et Mucchielli, 2016), ce qui constitue une des finalités de cette thèse consistant à modéliser qualitativement les déterminants et processus d'innovations étudiées.

Pour répondre aux questions de recherche, l'étude de cas qualitative a été choisie. Ce type d'approche permet d'avoir une compréhension fine et holistique et une description détaillée et analytique d'un phénomène d'étude. En effet, l'étude de cas est définie comme étant un examen approfondi d'un phénomène spécifique (Merriam, 1998) ou contemporain dans son contexte d'existence (Yin, 2014). Ce phénomène peut être un programme, un événement, une personne, un processus, une institution ou un groupe social (Merriam, 1998). L'étude de cas est utilisée quand la chercheuse peut identifier un cas particulier, délimité dans le temps et l'espace, qu'elle étudie *in extenso* ou encore qu'elle compare à d'autres cas (Cresswell, 2007). Ce type d'étude peut concerner un seul cas ou un ensemble de cas (Stake, 1995), de plus chaque cas peut comporter plusieurs dimensions ou unités d'analyse (Yin, 2014).

L'étude de cas peut prendre différentes directions en fonction de l'orientation paradigmatique de la chercheuse. Elle peut alors être descriptive, exploratoire, interprétative, évaluative et/ou explicative (Merriam, 1998 ; Yin, 2014). L'attention est centrée dans cette approche sur le cas et les éléments qui le constituent. Cependant, il demeure essentiel de nous intéresser aux différents contextes qui

peuvent influencer le cas, notamment sociaux, politiques, historiques, économiques ou culturels (Stake, 1995). Sur ce, il est fondamental de préciser que l'étude de cas est holistique, puisqu'elle permet de capturer la totalité d'un phénomène et d'en dégager si possible des généralisations (Yin, 2014). Elle permet aussi de comprendre des programmes, des innovations ou encore des processus en ayant une attention singulière aux actions et aux interactions dynamiques entre les parties prenantes concernées (Merriam, 1998). D'autant plus, il est important de considérer le cas à l'étude comme un système intégré qui peut être compris à travers son expérience ou ses interactions avec l'environnement dans lequel il existe (Stake, 2006). En ce sens, un cas a toujours un « intérieur » et un « extérieur », comme un système (Stake, 2006) ; ce qui est conforme à la théorie utilisée et au cadre conceptuel développé dans cette recherche.

L'étude de cas multiples qui combine la description et l'interprétation pour mieux comprendre le phénomène étudié a été choisie dans cette thèse. Dans ce type d'approche, les cas doivent avoir une certaine similarité, dans le sens qu'ils doivent appartenir à un ensemble plus large appelé le *quintain* (Stake, 2006). Selon cet auteur, le but de l'étude de cas multiples n'est pas d'étudier le *quintain*, mais plutôt à partir de la compréhension de chaque cas de dégager une compréhension commune sur ce *quintain*. À cause du grand intérêt accordé au *quintain*, ce type d'étude est de nature instrumentale (Stake, 2006) ; autrement dit, elle va au-delà des cas étudiés pour en dégager les réalités multiples, les différences, les convergences et les contradictions. Cela est en adéquation avec la finalité de modélisation systémique de cette thèse qui, à partir des cas étudiés, permet d'aller vers une analyse théorisante des déterminants et processus de mise à l'échelle et de pérennisation d'innovations. En lien avec cela, le *quintain* de cette recherche est défini comme étant les déterminants et processus de mise à l'échelle et de pérennisation des innovations dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI).

L'étude de cas multiples est souvent très complexe, étant donné la quantité des données qu'il faut recueillir et analyser. De plus, elle requiert du temps et des ressources qu'une seule personne ne pourrait assumer (Stake, 2006). De ce fait, Stake (2006) recommande qu'elle soit menée par plusieurs personnes, voire une équipe de recherche. Dans cette recherche doctorale, l'utilisation de la collaboration a permis d'outrepasser certaines difficultés liées aux ressources et au temps que requiert ce type d'approche qualitative.

4.2. La collaboration : une méthode pour cette étude qualitative de cas multiples

Je tiens à spécifier que la collaboration est perçue dans cette étude dans une perspective méthodique, dans le sens qu'elle a permis d'orienter certains choix méthodologiques et éthiques, de favoriser et d'encadrer la collecte des données et dans une moindre mesure l'analyse des données. Je crois qu'il semble judicieux de la présenter avant les autres méthodes d'échantillonnage, de collecte et d'analyse des données afin d'expliquer la trame de fond qui m'a emmenée à faire ou à réorienter certains choix méthodologiques ou éthiques. Aussi, elle permet de justifier, en quelque sorte, la possibilité dans le cadre de cette recherche d'avoir pu collecter un nombre important de données.

De fait, cette étude qualitative de cas multiples a été faite en collaboration avec le programme ISMEA [Interventions pour améliorer la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants au Mali et au Burkina Faso]. Ce programme de recherche a été financé conjointement, dans le cadre de l'initiative « Innovation pour la santé des mères et des enfants d'Afrique », par Affaires mondiales Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada et le Centre de recherches pour le développement international.

Le programme ISMEA était en partenariat formel avec deux organisations qui ont joué un rôle important dans le déroulement de cette recherche. La première est la Société d'étude et de recherche en santé publique (SERSAP) basée au Burkina Faso qui était l'organisation de mise en œuvre du programme au Mali et au Burkina Faso. La deuxième organisation est le projet MEDIK [Évacuation des mères dans cinq districts de Kayes] au Mali. Concrètement, ces organisations ont été des milieux d'accueil qui m'ont permis d'avoir accès à leurs bureaux, leurs équipements et leurs personnels afin de faciliter le processus de collecte de données. Également, elles ont facilité l'accès aux informateurs et informatrice clés et aux personnes ressources dans les milieux de collecte ; le recrutement des personnes participantes à cette étude ; et l'accès aux données secondaires, notamment des documents produits par des organisations et de l'ensemble des données disponibles et collectées dans le cadre du programme de recherche ISMEA. Cela m'a permis d'abrégé l'ampleur de la collecte de données en matière de temps et de ressources.

La collaboration a été d'un grand soutien sur le plan logistique et financier, car des allocations financières pour mon déplacement dans les pays ou pour mes frais de subsistance et des ressources humaines et matérielles m'ont été allouées pour la collecte des données de cette recherche doctorale. Toutefois, la dynamique de collaboration n'a pas été la même dans les deux pays, ceci a

exercé une grande influence sur le processus de collecte et la nature des données collectées. Au Mali avec le projet MEDIK, j'ai reçu des ressources logistiques (voiture et chauffeur) et humaines (informateur et informatrice clés) pour la collecte des données. Cela a favorisé la collecte d'une grande quantité de données en peu de temps (voir Tableau 3), mais également la facilité d'accéder aux sites de collecte aussi bien au Mali qu'au Burkina Faso.

Deux informateurs et une informatrice clés qui ont été identifiés à travers ces organisations pour m'accompagner durant la recherche sont décrits dans l'encadré 1. Durant tout le processus de collecte de données dans les deux pays, ces personnes ont joué plusieurs rôles différents et fort pertinents pour comprendre certains enjeux et défis méthodologiques de cette recherche. Il s'agissait notamment de :

- i. me faciliter l'accès aux documents et aux données secondaires et m'apporter des éclaircissements sur leur contenu ;
- ii. m'accompagner pour faire les entrevues ;
- iii. m'aider à échantillonner les milieux d'étude et les personnes susceptibles d'y participer ;
- iv. me mettre en contact avec des personnes ressources au besoin ;
- v. faire de l'interprétariat durant les entrevues menées au Mali (les entrevues étaient souvent menées en langues locales) ;
- vi. éclaircir, approfondir des éléments contextuels ou qui émergeaient des entrevues.

Encadré 1.

Description des informateurs et informatrice clés

Cas 1 – Chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) - au Burkina Faso :

Informateur 1 est sociologue de formation et assistant de recherche à SERSAP au Burkina Faso dans le cadre du programme ISMEA. Il a collecté toutes les entrevues secondaires et certains documents mis à ma disposition dans le cadre de la CPS.

Cas 2 – Comité de femmes utilisatrices des services de santé (CFU) - au Mali :

Informatrice 2, sociologue de formation et assistante de recherche à SERSAP, elle travaillait au Mali dans les bureaux du projet MEDIK dans le cadre du programme ISMEA. Elle a collecté l'ensemble des entrevues secondaires sur les CFU et a participé à une étude exploratoire sur les CVSS.

Cas 3 – Caisses villageoises de solidarité santé (CVSS) - au Mali : Informateur 3 est un

assistant technique du projet MEDIK. Il était coresponsable de la composante 200 du projet qui vise un meilleur accès et une plus grande utilisation de services de qualité selon une approche sensible au genre. Il était très au fait des CVSS dans la région de Kayes.

Cette collaboration a été également d'un support méthodologique et éthique. De fait, tout au début de la collecte des données, ma directrice de recherche et moi-même avons été conviées à un atelier d'échange d'une semaine à Ouagadougou avec les membres élargis de l'équipe et les partenaires locaux du programme ISMEA du Mali et du Burkina Faso. Cet atelier a été utile pour la progression de la collecte des données. Il fut l'occasion de nous familiariser davantage avec les innovations à étudier à travers des échanges avec des personnes (de la recherche et de la pratique) impliquées dans ce programme. Il a permis également de travailler encore le protocole de recherche pour des fins de dépôt aux comités d'éthique des deux pays, notamment de mieux clarifier certains choix d'ordre méthodologique, surtout en lien avec la collecte des données selon les réalités des pays.

Par ailleurs, durant cette rencontre, ma directrice, les collaborateurs et moi-même avons constaté la quantité de données disponibles au sein de l'équipe de recherche ISMEA. Cela a influencé le choix d'amorcer la collecte de données primaires à partir d'une analyse préalable des documents disponibles, notamment des entrevues secondaires effectuées dans le cadre du programme, des rapports et des notes synthétiques émanant des organisations impliquées dans les innovations. Cette façon de procéder a permis dans cette recherche :

- i. d'éviter de sursolliciter les personnes sur le terrain ;
- ii. d'avoir une bonne maîtrise de ce qui s'est fait durant les dernières années dans les processus des innovations étudiées ;
- iii. de comprendre certains défis actuels de ces innovations ;
- iv. d'échantillonner les personnes plus pertinentes pour des informations complémentaires aux données existantes ;
- v. de préparer des grilles d'entrevue ciblées ;
- vi. de limiter la cueillette de documents en doublons ;
- vii. d'ouvrir des réflexions sur le futur de chaque innovation en amenant les personnes interviewées à réfléchir au-delà de ce qui s'est fait dans le processus d'innovation. Cela a permis d'avoir des entrevues très riches puisque quand ces personnes s'apercevaient de ma connaissance approfondie de l'histoire de l'innovation en question, elles étaient ouvertes à parler davantage sur ce qu'elles pensent personnellement, au-delà des stratégies et actions de leur organisation d'affiliation.

En conclusion, cette collaboration a permis d'augmenter l'efficacité de la collecte des données, de diminuer le temps de la collecte et les ressources financières, matérielles et humaines que je ne pouvais pas assumer. Aussi, elle a eu des effets considérables sur la qualité des données obtenues.

4.3. Méthodes d'échantillonnage des cas

Dans cette étude, l'échantillonnage par contraste-approfondissement a été utilisé (Pires, 1997). Ce type d'échantillonnage a été proposé par Pires comme étant particulier pour les études de cas multiples de type qualitatif. Poursuivant la finalité du contraste, il permet de sélectionner des cas qui ont une certaine différence, ensuite une description détaillée est faite de chacune suivie de leur mise en relation ou de leur comparaison en fonction du phénomène à l'étude (Pires, 1997). Ainsi, il est en adéquation avec la finalité théorique de cette thèse, car il permet d'avoir un portrait global de l'objet d'étude et de pouvoir contraster plusieurs cas pour en dégager un sens pour le *quintain*. De plus, il facilite la diversification externe ou de contraste pour chaque cas, ce qui consiste à avoir le point de vue d'une diversité de personnes ayant des positions différentes sur l'objet d'étude (Pires, 1997). Dans le cadre de cette étude, cette diversification a été assurée en échantillonnant différents milieux géographiques et des personnes ayant diverses positions dans chaque innovation et de pouvoir à la fin en tirer une situation globale des déterminants et processus de mise à l'échelle et de pérennisation. En me fiant aux recommandations de Pires (1997), l'arrêt de la collecte a été déterminé selon mon propre jugement d'avoir récolté assez de données suffisantes pour chaque cas quant au phénomène étudié.

La sélection des cas à l'étude a été faite en accord avec les responsables du programme ISMEA. Trois types d'innovation ont été proposés, notamment la CPS, les CFU et les CVSS. Ces trois cas ont été soumis aux trois critères établis par Stake (2006) en référence à la sélection des cas dans une étude de cas multiples pour établir leur pertinence et leur plausibilité pour cette recherche. Ces critères sont :

- (1) Est-ce que le cas est pertinent pour le *quintain* ?
- (2) Est-ce que les cas présentent des diversités en lien avec leurs contextes ?
- (3) Est-ce que les cas donnent des opportunités d'apprendre de leur complexité et de leurs contextes ?

Chacune des trois innovations à l'étude est pertinente pour le *quintain* de cette étude. Elles ont néanmoins des relations dissemblables avec ce *quintain*, dans le sens qu'elles ont chacune des expériences et des approches de conception et de mise en œuvre différentes. En outre, étant

distinctes dans leur nature, elles sont implantées dans deux pays et à différents niveaux du système de santé et des champs d'action. En référence au troisième critère de Stake, le fait que cette recherche soit menée sur des interventions en SMNI qui sont en cours de développement au Mali et au Burkina Faso permet d'apprendre de leur complexité et de leurs contextes. En effet, ces deux pays d'Afrique subsaharienne présentent à la fois des similarités et des caractéristiques structurelles, systémiques et historiques distinctes. Ils constituent alors des terrains propices à l'analyse comparée et à la mise en commun des leçons tirées des expériences en lien avec la mise à l'échelle et la pérennisation des innovations en SMNI. Les différences dans la nature, les contextes, la fonctionnalité et les champs d'action (voir tableau 2) des cas choisis permettent d'avoir une grande variation dans l'étude. Cela ouvre la voie vers une compréhension fine et approfondie de chaque cas et du *quintain* à l'étude (Merriam, 1998) et également de leurs processus et de leurs résultats (Miles et Huberman, 2003). L'étude de cas diversifiés permettrait de mettre en lumière les multiples sources et boucles de causalité et de connectivité qui pourraient expliquer les différentes tendances des processus étudiés (Pettigrew, 1990).

4.3.1. Échantillonnage à l'intérieur des cas à l'étude

Étant donné que les innovations sont implantées dans plusieurs milieux à l'intérieur des pays concernés et à des moments différents, un échantillonnage à l'intérieur de chaque cas a été réalisé en tenant en compte généralement des :

- milieux géographiques dans lesquels sont implantées et diffusées les innovations ;
- organisations qui font la mise en œuvre et celles qui financent les interventions ;
- expériences vécues, responsabilités tenues, forme et intensité de participation des acteurs dans les processus d'adoption et d'implantation ;
- échelles concernées par la mise en œuvre, soit nationale (au niveau des ministères et des organisations internationales), soit régionale (direction régionale en santé, organisations en appui), soit locale (organisations responsables, organisations ou personnes utilisatrices).

Ces différents éléments ont permis de mieux échantillonner les milieux géographiques et les personnes d'intérêt pour cette étude. Pour cela, chaque cas a été bien délimité, afin d'éviter d'échantillonner de façon trop large. Méthodiquement, l'échantillonnage a été fait, dans un premier temps, à partir de l'analyse des données secondaires mises à ma disposition à travers le programme ISMEA et les organisations collaboratrices. Ces données ont été principalement utilisées dans l'analyse documentaire. Les données primaires concernent celles que j'ai personnellement collectées.

Tableau 2.

Présentation des cas : contextes, initiateurs, degrés d'avancement, objectifs et champs d'action

Pa ys	Cas	Initiateur	Degré d'avancement	Objectifs	Champs d'action
Burkina Faso	CPS Chimioprévention du paludisme saisonnier	État burkinabé	Initié en 2014 Passage à l'échelle graduel 65 districts en bénéficient en 2018	Réduire par an au moins 60 % la morbi-mortalité liée au paludisme chez les enfants âgés de 3 à 59 mois par des campagnes de masse	National
Mali	CFU Comité de femmes utilisatrices des services de santé	FENASCOM [Fédération nationale des associations de santé communautaire]	Initié en 2009 13 CFU existaient dans 3 régions du Mali et d'autres étaient en cours de création en 2018	Améliorer l'accès et l'utilisation des services de SMNI par l'existence de comités de femmes au sein d'une aire sanitaire	Aire de santé – CSCoM [Centre de santé communautaire]
Mali	CVSS Caisses villageoises de solidarité santé	FENASCOM [Fédération nationale des associations de santé communautaire]	Initié en 2008 Passage à l'échelle dans la région de Kayes à partir de 2011	Améliorer l'accessibilité financière et géographique aux services de santé par l'entraide et la solidarité et le développement des attitudes de prévention dans les villages	Village ou regroupement de quelques villages

Concernant la CPS au Burkina Faso, la collecte des données primaires a été effectuée principalement au niveau central et au niveau périphérique dans le district de Saponé. Lors de la planification de la recherche, il a été prévu que je collecte des données primaires dans plusieurs districts sanitaires et des communautés. Cela a été modifié au cours de la collecte des données pour différentes raisons. La première est le fait que j'avais accès à 66 entrevues secondaires qui étaient collectées par le programme ISMEA dans trois districts sanitaires du pays (Boulsa, Fada et Tougan) auprès de toutes les parties prenantes de l'innovation CPS, surtout au niveau périphérique (voir tableau 5). Après une préanalyse de certaines de ces entrevues, j'ai alors jugé avoir de l'information pertinente et suffisante au regard des objectifs de recherche. À cela s'ajoutaient des questions de faisabilité d'une nouvelle collecte de données dans les districts et aires de santé qui demande énormément de ressources financières et de temps dont je ne disposais pas. Toutefois, les données primaires collectées étaient complémentaires aux données secondaires, puisque j'ai sélectionné et recruté des personnes qui pouvaient soit bonifier l'information déjà disponible ou soit me renseigner sur de nouveaux développements et des perspectives de l'innovation.

Concernant les CFU au Mali, la collecte des données primaires a été menée premièrement dans la région de Kayes dans laquelle le projet MEDIK est mis en œuvre. Premièrement, j'ai choisi de collecter les données dans quatre des districts dans lesquels intervenait ce projet et où des CFU étaient déjà implantés : Nioro (CFU de Diawély Counda et de Tichitt), Diéma (CFU de Diéma Central), Bafoulabé (CFU de Sélinkigny) et Yélimané (CFU de Tambakara). Deuxièmement, au cours de la collecte, j'ai eu écho de l'existence d'un CFU qui avait émergé des communautés dans la région de Sikasso, sans l'appui d'un partenaire technique et financier (PTF) comme les autres. Dans l'objectif de diversifier l'échantillonnage, j'ai alors mené une collecte dans la région de Sikasso dans deux CFU : le CFU de Hamdallaye qui a émergé des communautés et le CFU de Wayerma II qui a été implanté comme ceux de Kayes. Ce choix de diversification est pertinent au regard des informations dont je disposais dans les données secondaires qui étaient beaucoup concentrées sur les CFU de Diéma et de Nioro (Diawély Counda et Tichitt). Je ne disposais que peu de données sur les CFU de Sikasso. Aussi, d'autres critères ont permis de diversifier l'échantillonnage, outre les membres des CFU, d'autres personnes qui ont joué un rôle important dans le processus de l'innovation ont été incluses dans l'échantillonnage (directions régionales et nationales, mairies, acteurs de la société civile). La diversification des CFU et des acteurs permettait alors d'avoir une nouvelle vision des processus mis en place selon les dynamiques sociales et communautaires des milieux d'implantation.

Concernant les CVSS au Mali, la collecte des données primaires a été réalisée dans quatre districts de la région de Kayes où intervenait le projet MEDIK (Nioro, Diéma, Bafoulabé et Yélimané). Étant donné qu'il y avait peu de documentation disponible et l'absence d'entrevues secondaires, plusieurs acteurs qui ont occupé divers niveaux de responsabilités, d'action et de prise de décision dans l'innovation ont été échantillonnés. Cet échantillonnage a été fait d'abord à partir des documents disponibles dans lesquels j'ai identifié des organisations pertinentes qui étaient impliquées dans cette innovation et des villages qui avaient des CVSS fonctionnelles au moment de la collecte. À partir de ces éléments, j'ai établi une liste de critères de sélection des districts et des villages pertinents pour cette étude. Ces critères sont : (1) l'initiateur de la caisse ; (2) les types de prestation de la caisse ; (3) les CVSS qui existaient en 2011 et redevenues fonctionnelles au moment de la collecte ; (4) l'organisation des CVSS selon l'adhésion, la cotisation, la gestion des fonds ; (5) le fonctionnement avec moto-ambulance ou sans moto-ambulance ; (6) l'éloignement entre le village ayant une CVSS et le centre de santé. Cette liste a été soumise d'abord à l'informatrice 2 et à l'informateur 3 qui en ont validé la pertinence en fonction de leur connaissance des milieux et de l'innovation. Ensuite, elle a été envoyée aux personnes ressources qui, préalablement identifiées avec l'informateur 3, travaillaient dans les services techniques des quatre districts sanitaires choisis dans la région de Kayes. Ces personnes avaient pour rôle de nous suggérer deux villages par critères de sélection. En me basant sur leurs propositions, j'ai échantillonné en collaboration avec l'informateur 3 les aires de santé et les villages tout en ayant une perspective de les diversifier selon les critères préétablis. Dans le district de Yélimané, il n'y avait que deux villages avec des CVSS implantées, elles ont été toutes les deux choisies. Finalement, six villages dans les quatre districts ont été retenus pour le cas CVSS (voir annexe B pour plus de détails).

4.4. Méthodes de collecte de données et de recrutement des personnes participantes

Pour la collecte de données, différentes méthodes et techniques ont été utilisées selon les particularités des milieux étudiés. Elle a été effectuée entre septembre 2017 et juin 2018. Les différentes phases sont détaillées dans le tableau 3.

Dans le processus de collecte, en m'inspirant de Pettigrew (1990), j'avais comme objectifs de collecter différentes données qui sont de nature :

- **processuelle** : en mettant l'accent non seulement sur les actions menées et le rôle des parties prenantes impliquées dans les innovations, mais également sur les structures dans lesquelles leurs actions prennent place ;
- **pluraliste** : en collectant du mieux que possible des données qui sont souvent concurrentes et qui présentent différentes visions des processus de pérennisation et de mise à l'échelle ;
- **historique** : en tenant compte de l'évolution historique des cas étudiés, selon les perceptions, les idées, les actions favorables à la mise à l'échelle et à la pérennisation des innovations, mais également des contraintes ou des insuffisances qui peuvent être défavorables ;
- **contextuelle** : en tentant d'examiner les relations réciproques entre les processus étudiés et les contextes à différents niveaux d'analyse.

Tableau 3.

Phases et temps de collecte des données

Phase de collecte	Temps de collecte	Sources d'information
Collecte de données rétrospectives	Septembre 2017 à juin 2018	Données secondaires et les documents (d'organisation) collectés sur le terrain d'étude par l'étudiante-chercheuse
Collecte de données primaires à temps réel	Février 2018 à mai 2018	Données primaires : entrevues et observations effectuées par l'étudiante-chercheuse

Trois méthodes principales ont été utilisées que sont : la méthode documentaire (les données secondaires et tout type de documents collectés), les entrevues individuelles ou de groupe et l'observation réalisées par l'étudiante-chercheuse. Ces différentes méthodes ont permis de saisir l'évolution des cas étudiés de façon rétrospective et au moment réel de l'étude. En plus, cette approche triangulée de méthodes a offert à cette étude la possibilité de tirer parti des forces particulières et distinctes des différentes méthodes de collecte de données (Pettigrew, 1990). Dans le tableau 4, une pondération a été donnée à chaque source d'information selon la quantité des documents obtenus pour chacune des méthodes de collecte. Pour l'observation, la quantification a été faite selon les fiches et les notes d'observation. Concernant les innovations CVSS et CFU, pour maximiser le temps, certaines personnes participantes à l'étude ont été rencontrées qu'une seule fois pour discuter des deux innovations. Dans la quantification, ces entrevues étaient au nombre de 14,

étant donné que dans l'analyse des données chaque cas sera traité séparément et de l'impossibilité de pondérer le nombre de temps discuté pour chaque innovation, ces 14 entrevues sont comptabilisées pour les CVSS comme pour les CFU. Les détails seront précisés dans les sections suivantes.

Tableau 4.

Nombre et pourcentage de chaque méthode de collecte

Sources d'information par cas	Méthode documentaire	Entrevues (individuelles et de groupe)	Observation (fiches et notes d'observation)	Total Sources d'information
CPS	141	15	4	
Pourcentage	88,12	9,38	2,5	100 %
CFU	96	34	9	
Pourcentage	69,07	24,46	6,47	100 %
CVSS	24	30	10	
Pourcentage	37,5	46,87	15,63	100 %

4.4.1. Méthode documentaire : tous documents collectés

La méthode documentaire permet d'étudier les représentations contemporaines, des pratiques ou des processus sous-jacents à un phénomène par l'utilisation de divers documents (Saetta, 2016). Ces documents peuvent être de différentes sources (p. ex., médiatiques ou institutionnelles) et de différentes natures (écrites, iconographiques, audiovisuelles). Ils concernent l'ensemble des communications qui peuvent être pertinentes pour nous informer sur l'objet d'étude (Merriam, 1998). Dans le cadre de cette étude, les documents collectés sont de différentes natures. Ils ont été globalement énoncés dans le tableau 5, en plus une liste complète des documents est disponible dans l'annexe C. La documentation couvre généralement les périodes d'adoption, d'implantation et de mise en œuvre des innovations qui sont pour chaque cas :

- CPS de 2012 à 2017 ;
- CFU de 2012 à 2017 ;
- CVSS de 2009 à 2018.

Dans cette recherche, le repérage et la collecte des différents documents pertinents ont été réalisés en premier lieu avec les informateurs et informatrice clés. Cela a permis de gagner plus de temps et également de pouvoir obtenir la documentation adéquate sur l'objet de recherche. Ensuite, d'autres documents ont été collectés auprès des personnes participantes à l'étude et à travers certains sites Internet des organisations impliquées dans les cas étudiés. Une grille d'analyse (annexe C) a été élaborée dans le cadre de cette recherche. Elle a permis de bien sélectionner les documents pertinents pour répondre aux objectifs d'étude. Certains documents ne répondant pas aux critères d'authenticité de la grille, notamment n'ayant pas de signature d'organisation ou de personne, n'ont pas été retenus dans l'analyse. Toutefois, des documents n'ayant pas de nom d'auteur ou de date étaient inclus quand ils provenaient d'organisations ou de personnes crédibles dans l'innovation.

Pour tous les cas étudiés, une analyse préliminaire de documents a été faite avec le logiciel Nvivo 11 avant la collecte des données primaires. L'ensemble des documents disponibles à cette étape ne pouvaient être analysés, j'en ai choisi quelques-uns selon une méthode d'échantillonnage aléatoire stratifié (Pires, 1997). En effet, j'ai d'abord regroupé les entrevues secondaires en sous-groupes homogènes. Par exemple, pour la CPS, elles ont été regroupées par niveaux d'action soit : central, régional et périphérique. Pour les CFU, selon les milieux où ils ont été implantés et les types de parties prenantes interrogées dans les entrevues secondaires. Pour chaque cas, quelques entrevues secondaires ont été choisies aléatoirement de chaque sous-groupe homogène pour avoir une vision globale de toute l'innovation à tous les niveaux. Pour les autres documents, je les ai classés par année de production et par organisation. Aussi, j'ai fait appel aux personnes et organisations collaboratrices pour qu'elles nous recommandent les documents qui leur semblaient plus pertinents. Par la suite, j'en ai choisi les plus pertinents aux fins d'analyse. De fait, pour la CPS et les CFU, 20 documents (composés d'entrevues secondaires et d'autres types de documents) ont été analysés préalablement. Ce nombre était de 10 pour les CVSS. Les forces et les défis de la méthode documentaire sont résumés dans le tableau 8.

Tableau 5.

Description des différents types de documents pour chaque cas à l'étude

Types de document	CPS	CFU	CVSS
Entrevues secondaires collectées par ISMEA	66 entrevues individuelles (en verbatim)	43 entrevues individuelles et 1 focus group (en verbatim)	n/a
<i>Période de collecte</i>	Entre fin 2016 et début 2017	2016 et 2017	n/a
<i>Lieux de collecte</i>	À tous les niveaux de mise en œuvre : central, régional, district et périphérique 3 districts sanitaires : Boulsa, Fada et Tougan	District de Bamako et 2 districts de la région de Kayes (Nioro et Diema)	n/a
<i>Personnes participantes</i>	Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) ; les partenaires techniques et financiers (PTF) ; les acteurs du système de santé (régional et district), des infirmiers-chefs de poste, des distributeurs communautaires et des responsables d'enfant.	Un responsable de la FENASCOM ; les membres des CFU ; les agents des services de développement social ; les Directeurs techniques de centre, les ASACO, les non-membres CFU, les maires, les agents du Projet de renforcement du système de santé décentralisé au Mali (PRSSD)	
Rapports ministériels Rapports, notes de synthèse des organisations de mise en œuvre et documents scientifiques (mémoire, notes de terrain, rapports, présentation)	37	42	15
Articles de presse	2	0	0
Registre, outils de formation, de suivi et supervision, de gestion des données, de communication, d'approvisionnement et d'administration du médicament CPS	36	10	9
TOTAL	141	96	24

4.4.2. Entrevues individuelles semi-dirigées et de groupe effectuées par l'étudiante-chercheuse

Pour comprendre les conditions de mise à l'échelle et de pérennisation des innovations choisies, des entrevues individuelles et de groupe ont été menées auprès des personnes impliquées dans les processus d'innovations. Ce type de collecte de données permet d'avoir accès aux interprétations, aux vécus de ces personnes quant à l'histoire particulière de chaque innovation. Effectué sous forme de discussion, il permet d'ouvrir sur des thèmes tout en laissant à la personne interviewée plus de liberté dans sa narration (Fortin, 2010). Deux grilles d'entrevue (individuelle et de groupe) ont été élaborées en considérant les objectifs de recherche et les éléments théorico-empiriques de la recension des écrits portant sur le sujet à l'étude (annexes D et E). Ces différents outils développés ont été adaptés aux réalités de chaque milieu d'étude et ont été en coévolution avec la recherche. En effet, la méthode documentaire a permis d'ajuster les grilles d'entrevue en éliminant certaines questions ou thématiques déjà documentées, ou encore en développant des questions selon le profil des personnes à rencontrer. Le choix de faire une entrevue individuelle ou de groupe dépendait grandement des contextes.

Pour le cas de la CPS, toutes les entrevues ont été menées individuellement. Les situations des personnes rencontrées qui travaillaient souvent dans des organisations ou à des niveaux décisionnels différents n'offraient pas la pertinence et la faisabilité de l'entrevue de groupe.

Pour les cas CVSS et CFU, il a été pertinent de mener des entrevues de groupe avec des personnes qui soit travaillaient dans les mêmes services ou organisations, soit habitaient la même zone géographique, ou soit partageaient les mêmes intérêts vis-à-vis de l'innovation. Le choix de l'entrevue de groupe n'était pas systématique, il dépendait grandement de sa faisabilité, en me fiant à la dynamique relationnelle des personnes qui y seraient présentes. Avant chaque entrevue, j'avais des discussions avec les informateurs et informatrice clés et les personnes ressources dans les communautés du milieu de collecte pour me permettre de planifier le type d'entrevue à mener.

Le nombre de personnes dans les entrevues de groupe pouvait varier de 2 à 15. Les groupes n'étaient pas homogènes, dans une entrevue on pouvait avoir par exemple : (1) au niveau des services techniques du district : des personnes qui occupent différents rôles et fonctions ; (2) au niveau des CSCom : les membres des CFU et de l'ASACO, le Directeur technique du CSCom; (3) au niveau des villages : les membres des CVSS, le chef de village ou certains notables, le maire, le Directeur technique du CSCom, l'agent de santé communautaire. Cette hétérogénéité des groupes de discussion comportait plusieurs avantages, elle permettait d'avoir des points de vue diversifiés

sur la question d'étude, de stimuler un dialogue entre différentes personnes et d'en comprendre les convergences et leurs divergences sur certains points. Aussi, elle amenait la discussion vers une réflexion de groupe sur certains aspects dont les personnes participantes n'avaient pas discuté au préalable. Cependant, les défis rencontrés étaient liés grandement à l'animation des entrevues, notamment la distribution convenable de la parole aux différentes personnes.

Au total, 45 entrevues individuelles semi-dirigées et 34 entrevues de groupe ont été menées. Elles sont détaillées dans le tableau 6.

Tableau 6.

Nombre d'entrevues réalisées selon la technique utilisée (individuelle ou de groupe)

Cas	Entrevues individuelles	Entrevues de groupe	TOTAL
CPS	15	0	15
CFU	16	18	34
CVSS	14	16	30
TOTAL	45	34	79

4.4.2.1. Le recrutement des personnes participantes et le déroulement des entrevues.

Le recrutement a été fait d'abord avec les personnes ressources qui ont été identifiées avec l'aide des informateurs et informatrice clés. Cette première étape m'a permis d'établir une liste de personnes qui peuvent potentiellement être approchées, soit par appel téléphonique, en personne dans leurs milieux de travail ou milieux de vie ou par courriel, pour leur présenter l'étude et de voir si elles souhaitaient y participer. J'ai également utilisé la technique de boule de neige (Miles et Huberman, 2003) auprès des personnes ressources et celles recrutées qui pouvaient me recommander d'autres personnes répondant aux critères de sélection de cette étude. Dans l'ensemble, je n'ai reçu aucun refus de la part des personnes contactées pour participer à cette étude. Dans quelques exceptions, je n'avais pas pu rencontrer, pour le cas CPS seulement, certaines personnes ciblées dans deux organisations partenaires qui ont soutenu l'innovation CPS, encore que j'aie laissé des messages au niveau de leur secrétariat.

Le lieu de l'entrevue a été décidé à la convenance des personnes participantes. Une durée d'une heure et demie a été planifiée pour chaque entrevue individuelle et de deux heures pour chaque

entrevue de groupe. Cependant, la durée réelle des entrevues dépendait de la disponibilité des personnes rencontrées, de la dynamique de l'entrevue et du type d'animation adopté.

Concernant le cas CPS, j'ai eu à faire des entrevues avec des personnels du PNLP qui planifient, coordonnent et promeuvent l'innovation et les PTF ; des organisations affiliées ; un responsable de la Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques et des consommables médicaux (CAMEG) ; des chercheurs locaux ayant travaillé sur l'innovation ; et des responsables de l'aire de santé du district sanitaire de Saponé. Il faut souligner qu'une personne pouvait avoir plusieurs rôles, fonctions et responsabilités à différents moments de l'innovation. Par exemple, certaines personnes affiliées à une organisation avaient déjà travaillé pour une autre ; ou encore d'autres ont servi dans des districts pilotes au moment de l'adoption de l'innovation et occupent parfois de nouvelles responsabilités ou fonctions au moment de l'entrevue. Cela ouvrait vers des échanges fructueux avec les personnes rencontrées et permettait de déceler l'évolution de l'innovation dans différents milieux géographiques ou organisationnels. Les principales fonctions occupées par les personnes rencontrées sont essentiellement : anciens et nouveaux coordonnateurs PNLP, médecin chef de district (anciens ou nouveaux), infirmier chef de poste, acteur travaillant ou ayant déjà travaillé dans les organisations qui sont des PTF de l'intervention, un chargé du suivi et évaluation du programme et une chargée de la communication au niveau central, des professionnels de recherche. La plupart de ces personnes (n=9) ont participé dans la planification ou la mise en œuvre de la CPS depuis 2014, les autres sont impliqués aux années 2015 (n=2), 2016 (2) et 2017 (n=2). La durée des entrevues variait grandement d'une entrevue à l'autre et elle dépendait de la disponibilité de chaque personne. En effet, certaines personnes, à cause de leur emploi du temps chargé, décidaient de me consacrer qu'entre 20 à 30 minutes. Étant informée de cela au moment de la prise de rendez-vous, j'identifiais des questions pertinentes à discuter selon le profil de la personne en élaborant des grilles d'entrevue ciblées. La durée des entrevues, excluant le temps d'explication de l'étude et du recueil du consentement, allait de 25 minutes à une 1 heure 25 minutes.

Concernant les cas CFU et CVSS, les personnes rencontrées étaient à différents niveaux d'action de l'innovation, elles sont présentées dans le tableau 7. Souvent, il arrivait qu'une personne soit répondante pour les deux cas, l'entrevue était alors structurée en deux temps pour discuter de chaque innovation et certaines questions pouvaient concerner les deux innovations. La variabilité de la durée des entrevues dépendait surtout du type d'entrevue mené (individuelle ou de groupe) et de la nature de l'animation (avec ou sans interprétariat). Pour ces deux cas, la durée des entrevues variait de 30 minutes à 2 heures, excluant le temps de présentation de l'étude et du recueil de consentement.

Tableau 7.

Les types des personnes et organisations participantes aux entretiens CFU et CVSS

Champs d'action	CFU	CVSS
National	DNDS* [Direction nationale du développement sanitaire] DNES* [Direction nationale de l'économie solidaire] FENASCOM [Fédération nationale de la santé communautaire]	FENASCOM
Régional	FERASCOM [Fédérations régionales de la santé communautaire]	FERASCOM
Région de Kayes pour les deux cas	DRS [Direction régionale de la santé] DRDSES [Direction régionale du développement sanitaire et de l'économie solidaire] DRPFPE [Direction régionale de la promotion de la femme et de la protection de l'enfant]	DNS DRDSES Projet MEDIK ONG AMADECOM [Association malienne pour le développement communautaire]
Local	Membres bureau et membres adhérents (entrevues de groupe)	Membres bureau et membres adhérents CVSS
Régions de Kayes et Sikasso pour le cas CFU	FELASCOM [Fédérations locales de la santé communautaire] Mairie Conseil de cercle Directeur technique du CSCom	Chef de village ONG ADG [Association pour le développement pour l'appui au développement global] FELASCOM
Région de Kayes pour le cas CVSS	ASACO [Association de santé communautaire] Services techniques niveau district (responsables CSRef [Centre de santé de référence] ; SLDSES [Services locaux de développement social et de l'économie solidaire] ; et SLPFPE [Services locaux de la promotion de la femme et de la protection de l'enfant])	Mairie Conseil de cercle Directeur technique du CSCom ASACO Services techniques niveau district (responsables CSRef ; SLDSES ; et SLPFPE)

Note. *Ces deux directions nationales ne font qu'une au niveau régional et périphérique. J'ai choisi de me limiter à ces deux directions nationales puisqu'elles détiennent le leadership de cette innovation, bien que la Direction nationale de la promotion de la femme et de la protection de l'enfant (DNPFPPE) doive l'assurer. Mais, selon certaines personnes ressources, cette direction est nouvelle et n'a pas les moyens pour soutenir cette innovation. De plus, les personnes rencontrées au niveau national avaient des connaissances sur les CFU, car elles ont participé à leur implantation dans différents districts.

4.4.2.2. *L'animation des entretiens.*

Dans les trois cas étudiés, l'animation des entretiens était faite principalement par moi-même, souvent j'étais accompagnée (pas toutes les entretiens) par un ou deux informateurs et informatrice clés, en plus des personnes ressources pour les cas du Mali. Ces personnes accompagnatrices pouvaient enrichir la discussion par des questions supplémentaires ou des relances. Ce qui pouvait être particulier dans l'animation des entretiens c'était l'interprétariat. Pour le cas CPS, toutes les entretiens ont été menées en français. Pour les cas CFU et CVSS, les entretiens ont été menés soit en langues locales, notamment en bambara, malinké ou soninké, ou soit en français. Pour chacun de ces cas, huit entretiens ont été menés en langue locale.

Concernant ces entretiens, les personnes qui m'accompagnaient ont servi d'interprète. Quoique je sois responsable de diriger les discussions, les interprètes pouvaient poser des questions directement aux personnes rencontrées ou approfondir certaines idées énoncées. De façon générale, étant donné l'implication active et la compréhension du sujet de l'étude par les informateurs et informatrice clés et également mon expérience⁸ sur ce type de recherche, j'ai rencontré peu de défis liés à l'interprétation.

Cependant, un des grands défis rencontrés a été le fait que dans certains milieux les personnes pouvaient s'exprimer dans une langue qui n'était pas parlée par les informateurs et informatrice clés (cas du Mali : les deux parlaient bambara et malinké, mais ne parlaient pas soninké). Quand ces cas se présentaient, une double traduction était effectuée. Autrement dit, une personne ressource locale traduisait du soninké au bambara (ou malinké) et une des personnes informatrices se chargeait de traduire du bambara au français pour que je puisse comprendre le fil conducteur de la discussion et de pouvoir contribuer efficacement aux échanges. Toutefois, j'accordais une grande confiance et liberté aux interprètes dans la discussion étant donné qu'on avait souvent des séances de débriefing après chaque entrevue. Pour ce faire, durant l'entrevue, je leur demandais de traduire seulement les idées générales pour faciliter ma compréhension de la discussion. Je enrichissais l'entrevue avec des questions au besoin et je m'assurais avant la fin que les interprètes ont fait le tour des thèmes importants à discuter.

Toutes les entretiens réalisées ont été enregistrées avec le consentement des personnes rencontrées. Ensuite, elles ont été retranscrites. Concernant les entretiens faites avec interprétariat, j'ai demandé aux personnes chargées de la transcription de mettre l'accent sur les échanges en langue locale

⁸ J'ai déjà mené une étude avec interprétariat et j'ai longuement réfléchi sur la question qui a permis d'écrire l'article ci-correspondant : Niang et al. (2017)

plutôt que sur les traductions. Cela pourrait permettre d'éviter qu'il ait des répétitions dans la version transcrite des entretiens, mais également de ne pas perdre les propos des personnes participantes à l'étude. Les forces et les défis de la méthode des entretiens sont listés dans le tableau 8.

4.4.3. Observation et journal de bord

Dans cette étude, étant donné qu'une immersion a été faite sur les terrains de recherche, une observation périphérique (Adler et Adler, 1987) a été réalisée dans chaque milieu (à différents niveaux : micro, méso, macro). Ce type d'observation désigne, selon ces auteurs, le fait que la chercheuse s'implique dans la communauté de façon plus modérée qu'une observation participante complète. Elle prend une certaine distanciation par rapport aux sujets observés. Dans cette méthode de collecte de données, ce n'est pas seulement ce que nous voyons qui est essentiel, mais également les conversations et les entretiens informels sont également des moyens d'observer ce qui se passe dans un milieu donné (Merriam, 1998). L'observation est alors très liée aux autres méthodes de collecte de données dans le sens qu'elle fasse appel à une sorte de triangulation des résultats émergents. Par exemple, elle peut permettre de confirmer ou de comprendre un comportement, un langage ou encore un phénomène rencontré durant les entretiens ou l'analyse documentaire (Merriam, 1998). Les éléments qu'il faut observer sont relatifs au sujet d'étude et à l'intention de la chercheuse, ils peuvent également émerger des éléments théorico-empiriques.

Concernant les cas étudiés, mes observations ont été faites généralement : durant et après les entretiens⁹ ; lors des réunions que j'ai pu assister (exclusivement au Mali) ; auprès des personnes collaboratrices et ressources que j'ai approchées pour éclairer certains sujets ou des éléments contextuels. Pour bien structurer l'observation des phénomènes à l'étude, une grille d'observation élaborée pour cette recherche a été utilisée (voir annexe F). En plus, un journal de bord a été tenu tout au long de mon immersion sur les terrains pour relater tout le processus de la recherche, de mon vécu dans les communautés et de l'ensemble de mes observations. Les différentes notes et fiches de synthèse issues de mes observations ont été retranscrites et organisées selon qu'elles soient descriptives, méthodologiques ou réflexives. Les forces et les défis de la méthode d'observation sont listés dans le tableau 8.

⁹ Dans certaines situations, après les entretiens, j'étais invitée par la personne participante (voir plusieurs personnes) pour discuter autour d'un repas ou autre. Souvent beaucoup de choses qui n'étaient pas relatées au cours de l'entretien étaient soulevées. Je prenais des notes lors de ces occasions.

Tableau 8.

Forces et faiblesses des sources d'information utilisées

Source	Forces	Défis et limites
Analyse documentaire	<p>Large couverture des cas – histoire, événements.</p> <p>Faciliter l'échantillonnage et à la préparation de grilles d'entrevues ciblées.</p> <p>Limitation de collecte d'informations en doublons et la sursollicitation des milieux de collecte et des participants.</p> <p>Ouvrir vers la réflexivité – pouvoir anticiper sur le futur des cas étudiés avec l'aide des autres méthodes de collecte.</p>	<p>Quantité de documents – sélection et analyse prennent beaucoup de temps.</p> <p>Présence de biais de sélection des documents – selon l'exhaustivité des documents obtenus.</p> <p>Difficulté d'avoir accès à certains documents importants.</p>
Entrevues individuelles et de groupe	<p>Fournir des informations d'approfondissement et complémentaires aux documents.</p> <p>Aller au-delà de la description des cas – explorer les perceptions et questions réflexives.</p> <p>Interactivité entre les acteurs – lors des entretiens de groupe.</p> <p>Accompagnement de personnes collaboratrices ou ressources lors des entrevues – contourner les barrières de langue et certaines réticences des personnes rencontrées.</p> <p>Reconnaissance des rapports et des enjeux de pouvoir dans les milieux de collecte.</p> <p>Bonne connaissance des cas étudiés – renforcer la confiance et l'enthousiasme des personnes rencontrées.</p>	<p>Difficultés de rencontrer certaines personnes – beaucoup de temps et de la persévérance.</p> <p>Manque de temps de certaines personnes participantes – limite de la portée des discussions.</p> <p>Faire participer toutes les personnes lors des entrevues de groupe.</p> <p>Certains points de vue minoritaires ne sont pas exprimés.</p> <p>Risque de conformisme du propos lié aux inégalités de pouvoir entre les personnes participantes.</p>

Observation périphérique	Compréhension des contextes macro, méso et micro des cas étudiés.	Changement des événements observés dans le temps.
	Prise en compte de l'influence de la chercheuse dans le processus de recherche.	Difficultés d'organiser les éléments observés.
	Distinction des divergences entre ce que les personnes disent lors des entrevues semi-dirigées et lors des discussions informelles et ce qu'elles font et pensent réellement.	Inaccessibilité à certains éléments gardés secrets ou que les parties prenantes ne veulent pas partager.

4.5. Analyse des données

Dans cette recherche, l'objectif était de mieux comprendre les processus qui sous-tendent la pérennisation et la mise à l'échelle des innovations à travers l'histoire des cas étudiés. En ce sens, l'analyse par contextualisation semble la plus appropriée. Elle permet d'étudier les phénomènes à travers le temps selon différents niveaux d'analyse verticaux et horizontaux et leurs interconnexions (Pettigrew, 1990). Le niveau vertical correspond à l'analyse multiniveau, il s'intéresse aux interdépendances entre différents niveaux d'analyse hiérarchique pour expliquer un autre niveau. Le niveau horizontal, quant à lui, fait référence aux interdépendances séquentielles entre les phénomènes au cours du temps, il correspond à l'analyse processuelle. En effet, ce type d'analyse permet de comprendre comment les événements des cas étudiés se sont déroulés au fil du temps et les raisons pour lesquelles ils ont pris une certaine tendance plutôt qu'une autre (Langley, 1999 ; Van de Ven et Huber, 1990). Il est alors important de considérer les interconnexions des événements et de différents niveaux d'analyse ; et des temporalités qui, n'étant pas nécessairement linéaires, se déploient dans différents contextes ou échelles (Bidart et Mendez, 2016 ; Langley, 1999 ; Pettigrew, 1990). Sur ce point, il faut souligner que le temps n'a pas seulement une dimension chronologique, il doit être conceptualisé également comme un construit social, d'où la nécessité pour l'analyste d'identifier les modèles ou tendances (*patterns*) (Pettigrew et al., 2001) au cours de l'histoire des innovations étudiées. En plus, le rôle du contexte et de l'action est à considérer comme étant deux éléments qui, étant imbriqués, interagissent et se transforment mutuellement (Pettigrew, 1990). Allant dans ce sens, le rôle et la relation dynamique des acteurs de même que les structures et les processus relèvent d'une grande importance. Ainsi, comme l'expliquent Bidart et Mendez (2016) :

L'analyse des processus nécessite alors de mettre en lumière des éléments de natures très hétérogènes (durées, parcours, événements, expériences, interactions), situés à des niveaux

multiples et dans des instances très différentes qui suivent des logiques relativement autonomes, asynchrones et non linéaires. Les processus engagent donc, plutôt qu'une causalité unique, une combinatoire complexe de contextes et d'événements en interactions dynamiques. (s/p)

Pour analyser les données selon l'approche de la contextualisation, j'ai adopté deux stratégies d'analyse en complémentarité. La première est la stratégie narrative qui consiste à décrire et organiser l'histoire chronologique des événements de chaque cas (Langley, 1999). Cette première analyse facilite la compréhension des cas et des phénomènes étudiés. Elle a été une étape qui m'a permis de mettre en lumière les différents contextes, leurs temporalités et les actions entreprises pour chaque innovation. Ainsi, pour chaque cas, j'ai développé à travers cette stratégie les événements ainsi que leurs séquences des processus étudiés. La deuxième stratégie est graphique ou matricielle (Langley, 1999) que j'ai effectué dans une approche de modélisation systémique (Gendron, et Richard, 2015 ; Le Moigne, 1994). Elle m'a permis de représenter différents éléments de façon succincte et compréhensible. Permettant de résumer une quantité de données éclectiques, la stratégie graphique est une approche flexible facilitant leur réduction et leur délimitation et elle n'est pas radicale comme d'autres stratégies (Langley, 1999). D'autres types de modèles ont été développés dans cette étude, notamment ceux textuels ou littéraux (Le Moigne, 1999).

Dans le processus d'analyse, j'ai mis l'accent sur trois éléments qui sont : (1) l'existence de différents niveaux d'analyse ; (2) la prise en compte du temps, de l'histoire et de l'action comme interconnectés ; (3) le lien entre le processus et les finalités. La figure 5, présentant les unités et sous-unités d'observation et d'analyse se trouvant dans la sous-section Opérationnalisation de la théorie de cette recherche dans le chapitre 3, a été utilisée tout au long de l'analyse pour baliser les différents contextes et les processus de chaque cas. Toutefois, les sous-unités d'analyse de chaque cas pouvaient comporter des particularités selon la nature des données disponibles.

4.5.1. Les stratégies et techniques d'analyse adoptées

Pour analyser les différentes données obtenues, j'ai opté pour une procédure circulaire et itérative, ce qui veut dire que l'analyse a été faite en progression avec la cueillette des données (Merriam, 1998 ; Miles et Huberman, 2003). Cette façon de faire a permis non seulement de faire des va-et-vient entre les différentes données, mais également d'ajuster au besoin ma démarche en même temps que mes connaissances s'approfondissaient sur l'objet d'étude. Raison pour laquelle, comme mentionné plus haut, j'ai procédé avant la collecte des données primaires à une préanalyse de certains documents échantillonnés pour avoir une vision globale et un degré de compréhension avancé sur les innovations étudiées. Étant donné que cette recherche est une étude de cas multiples,

une analyse intra-cas a été effectuée en premier lieu, autrement dit chaque cas a été analysé séparément. Par la suite, j'ai procédé à une analyse inter-cas qui a permis de mettre en relation les résultats émergents des différents cas par rapport au phénomène étudié (Stake, 2006). L'analyse des données a été réalisée avec un support numérique, le logiciel NVivo 11. Ci-dessous, l'ensemble des techniques et étapes de l'analyse a été listé.

- (1) La création et l'organisation des données à analyser : toutes les données obtenues sous forme d'entrevues ont été transcrites par une personne recrutée. La vérification de la fiabilité des verbatim pour s'assurer de la concordance avec l'entrevue originale a été effectuée par l'informateur 1 pour le cas CPS, par l'informatrice 2 pour les cas CVSS et CFU et par moi-même. Pour les entrevues effectuées en langues locales, je me suis fiée au souvenir que j'avais des moments de ces entrevues et des notes de terrain prises lors des discussions avec les personnes informatrices ou de ressources qui m'accompagnaient. J'ai également procédé à la retranscription des notes d'observation. Les documents trouvés sur Internet, comme les articles de presse, ont été convertis en fichier PDF grâce à l'application NCapture. Ensuite, j'ai importé tous ces documents, y compris les autres documents obtenus par la recherche documentaire, dans le logiciel Nvivo. Les données ont été classifiées dans le logiciel selon le cas y correspondant.
- (2) La lecture et relecture des notes et la création de notes analytiques : durant cette deuxième phase, j'ai effectué plusieurs lectures des données. J'ai alors émis des annotations, et certains codes et thèmes qui commençaient d'ores et déjà à se dessiner ont été consignés en notes pour les traiter ultérieurement. Cette étape a permis de générer quelques catégories générales et abstraites en lien avec le sujet d'étude pour chaque cas.
- (3) La codification : j'ai procédé à la codification des données obtenues pour chaque cas. Le codage est une technique qui permet de traiter, de découper et d'étiqueter les segments d'un texte en unités de sens (Miles et Huberman, 2003). Dans la création des codes, j'ai opté dans un premier temps pour la technique inductive qui consiste à codifier sans une grille de codification prédéfinie afin de mieux contextualiser les données étant donné que j'ai fait l'expérience terrain. Les codes ou catégories créés étaient soit de nature descriptive qui demandent peu d'interprétation, ou soit de nature explicative ou inférentielle permettant d'identifier une catégorie ou un thème. Des cartes visuelles de certains thèmes ou catégories et leurs interconnexions ont également été élaborées sous forme de codes. Dans un deuxième temps, j'ai effectué la reconstruction des données, en mettant en relation les codes obtenus avec les différents éléments qui ressortaient du cadre conceptuel de cette recherche présenté dans la figure 6 au chapitre 3. Cette technique était faite en lien avec le projet de modélisation de cette

thèse. Elle permettait de voir les similarités, les dissemblances entre les codes, et aussi de raffiner ces derniers afin de dégager des unités de sens. Pour arriver à un nombre acceptable de thèmes, j'ai fusionné, regroupé, subdivisé et hiérarchisé les thèmes. Toutefois, il est important de souligner que la récurrence de certains thèmes n'est pas le seul élément qui a guidé le choix de considérer un thème comme étant plausible et valide. En effet, étant donné la diversité des personnes rencontrées, j'ai considéré tous les thèmes ayant une importance avec les objectifs de recherche, afin de mieux ressortir les divergences de point de vue.

- (4) La présentation des données : pour chaque cas, j'ai présenté les résultats qui ont émergé sous formes narrative et visuelle. J'ai alors mis beaucoup d'attention à la description détaillée des événements et de leurs séquences ; du rôle et des actions entreprises par les parties prenantes impliquées dans les innovations durant les périodes couvertes par l'analyse de chaque cas. Cette description détaillée a permis de mieux comprendre les particularités de chaque cas. Ensuite, suivant les objectifs de cette thèse, j'ai présenté les éléments pouvant influencer la mise à l'échelle et la pérennisation de chaque innovation, en m'appuyant principalement sur l'histoire décrite de chaque innovation et du cadre conceptuel de cette étude. Pour mettre en valeur l'exploitation des différentes sources de données, les verbatim ont été codés selon qu'ils sont tirés des sources primaires ou des sources secondaires. Pour cela, pour référencer les verbatim, dans le chapitre 5 Résultats des trois cas d'étude, ils seront identifiés par soit SP (Sources primaires, renvoyant aux entrevues réalisées durant mon immersion sur les terrains d'étude) soit SS (Sources secondaires renvoyant aux entrevues réalisées dans le cadre du programme ISMEA). Cela sera suivi du nom de l'innovation correspondante (CPS, CFU ou CVSS) ; et le rôle ou l'organisation d'affiliation de la personne interviewée si possible. Pour les documents, ils seront identifiés par DOC (document) suivi soit du titre du document et de l'auteur, s'il y en a ; soit l'auteur et l'année de production, s'il y en a. Les références complètes de ces documents sont listées dans l'annexe C.
- (5) Mise en commun des cas : Après avoir appliqué ces différentes techniques pour chaque cas, j'ai procédé à une analyse inter-cas qui a permis de rassembler les différents éléments au sujet du *quintain*, afin de faire ressortir des concordances qu'elles soient discordantes ou concordantes entre les trois cas (Stake, 2006). Cette partie de l'analyse a permis d'obtenir une vision globale du phénomène à l'étude selon les particularités de chaque cas étudié. Elle a permis de prendre la décision de regrouper les cas CFU et CVSS dans les résultats puisqu'ils présentaient plusieurs similarités. En plus, le chapitre 6 Discussion a été écrit en me basant sur ce type d'analyse, ce qui a permis de proposer de nouvelles avenues théoriques pour étudier les innovations, leur mise à l'échelle et leur pérennisation.

4.5.2. Critères de scientificité

Une réflexion attentive a été portée sur les différents critères de validation scientifique, notamment la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité des données et la confirmabilité pour apporter une rigueur méthodologique à cette recherche (Lincoln et Guba, 1990). Je me suis inspirée de certains écrits (Lincoln et Guba, 1990 ; Merriam, 1998 ; Stake, 1995) pour assurer ces critères par l'utilisation et la triangulation de différentes techniques permettant d'assurer la scientificité de cette étude, ce qui a été résumé dans le tableau 9.

Pour assurer ces critères, l'immersion dans chaque terrain de recherche m'a permis de connaître les réalités dans lesquelles existent les cas choisis et également d'ajuster les outils de collecte de données. Cela est important pour assurer non seulement la crédibilité qui permet de vérifier la véracité des données et si les résultats de la recherche sont plausibles et pertinents pour les personnes rencontrées et du domaine scientifique, mais également la confirmabilité. Aussi, une « description dense » et détaillée de chaque cas a permis d'assurer une certaine crédibilité de la recherche pour le lectorat et également de permettre la transférabilité des résultats dans d'autres milieux semblables à ceux étudiés. Pour assurer la crédibilité et la confirmation des données, la triangulation des méthodes de collecte et des données a été menée durant la collecte et l'analyse des données. Pour des questions de faisabilité, je ne pouvais pas procéder à une validation des résultats obtenus directement avec les personnes rencontrées et celles collaboratrices, afin de m'assurer qu'ils ont un sens pour les milieux d'étude. Pour pallier ce manque, j'ai soumis après chaque analyse des résumés de résultats aux directrices de recherche et à l'informateur clé 3 (cas CVSS seulement) afin d'avoir leurs points de vue. Pour finir, j'ai utilisé une approche réflexive, en ayant par exemple une attention singulière sur mes valeurs, mes croyances, ma position vis-à-vis de l'objet d'étude et mes finalités ainsi que mes rapports avec l'objet et les terrains d'étude. Dans ce sens, j'ai ajouté dans les éléments à observer et à documenter tout au long de cette recherche, l'évolution de mon comportement et de ma position avec l'objet de recherche.

Tableau 9.

Critères de scientificité et techniques pour les assurer

Critères de scientificité	Techniques pour l'assurer
Crédibilité	Immersion terrains d'études
<i>Résultats plausibles et pertinents</i>	Description dense (<i>thick description</i>) Triangulation des méthodes et des données Validation des résultats par les directrices de recherche Collaboration avec les informateurs et informatrice clés et les personnes ressources des communautés Établissement de liens de confiance avec les personnes participantes par la signature du formulaire de confidentialité et la garantie du respect de l'anonymat et du consentement continu.
Transférabilité	Description dense (<i>thick description</i>)
<i>Conclusions peuvent être utilisées dans d'autres contextes ou être applicables à d'autres cas</i>	Tenue de journal de bord avec des notes réflexives Pertinence des paramètres d'échantillonnage Analyse inter-cas : conclusions en lien avec le <i>quintain</i>
Fiabilité	Réflexivité par rapport à la démarche
<i>Démarche indépendante, résultats, constats pouvant être répétés</i>	Documentation des différents changements ou améliorations de la démarche de recherche Journal de bord Validation des résultats par les directrices de recherche
Confirmabilité	Prise en compte de notre propre subjectivité
<i>Données vraisemblables au réel</i>	Approche réflexive Triangulation méthodes et données Séances de débriefage avec les directrices de recherche, les informateurs et informatrice clés et personnes ressources.

4.6. Considérations éthiques

Cette étude a été soumise aux différents comités d'éthique de la recherche sur les êtres humains du Mali (*n°2018/41/CE/FMPOS*), du Burkina Faso (*délibération n° 2018-3-033*) et du CR-CHU-Q (*Projet 2017-3187/Renouvellement-F9-26989*). Chaque personne recrutée a été informée du but et des objectifs de la recherche, des risques et des avantages à y participer. La participation à un entretien n'a accordé aucun privilège et aucun désavantage particuliers aux personnes. Un formulaire de consentement a été distribué à ces dernières et aux informateurs et informatrice clés (voir annexe G) et il a été lu au moment des entretiens individuels et de groupe. Lorsque requis, les consentements individuels ont été complétés par des consentements collectifs, suivant les pratiques établies (p.ex., consentement des chefs de village). Les formulaires de consentement signés par les personnes recrutées sont gardés par moi-même avec précaution et minutie. Aussi, les personnes informatrices et de ressources qui m'accompagnaient avaient déjà une entente de confidentialité et de respect de bonnes pratiques éthiques avec les organisations partenaires du programme ISMEA au Mali et au Burkina Faso avec lesquelles elles collaboraient ou travaillaient.

Concernant l'observation périphérique, lors de mon séjour dans les milieux d'étude, il a été notifié à toute personne intéressée de ma position d'étudiante-chercheuse ainsi que des objectifs de cette recherche. Un soin particulier a été accordé au respect des normes de confidentialité et de non-divulgence de l'identité des personnes participantes à l'étude, qu'il s'agisse de femmes ou d'hommes, de personnes répondantes de la société civile ou des services étatiques, de bailleurs de fonds ou de professionnels de la santé.

Toute personne participante a été informée qu'elle pouvait librement se retirer en tout temps du projet, et ce, sans avoir à se justifier. Pour assurer la confidentialité, leurs noms ne paraîtront dans aucun rapport. Lors de la diffusion des résultats, une grande attention sera portée à ce qu'aucune personne ne puisse y être identifiée ou reconnue. Les données sont gardées en lieu sûr et elles seront détruites un an après la fin de l'étude. Aucune personne n'a été dédommée pour cette étude.

Chapitre 5 Résultats des trois cas d'étude

Dans ce chapitre, les résultats de cette thèse sont présentés en deux grandes parties. Une première s'intéresse uniquement aux résultats portant sur le cas de la Chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) implanté au Burkina Faso. La deuxième partie regroupe les résultats des cas des Caisses villageoises de solidarité santé (CVSS) et les Comités de femmes utilisatrices des services de santé (CFU) implantés au Mali.

Les éléments présentés dans ces parties sont issus d'une analyse qui met en interaction trois grandes composantes : (1) la structure interne des innovations y compris les éléments en lien avec les organisations qui la supportent ; (2) les différents processus imbriqués de l'innovation qui se structurent et s'actualisent à travers l'histoire de chaque innovation ; et (3) les contextes sociaux, culturels, politiques et institutionnels dans lesquels l'innovation existe et interagit. Les faits saillants relevés dans ce chapitre guideront l'analyse inter-cas de l'étude dont les résultats sont abordés dans le chapitre de discussion.

5.1. La chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS) au Burkina Faso

Cette première partie du chapitre 5 de la thèse expose les résultats portant sur le Cas 1 de la thèse, la CPS au Burkina Faso. Elle comporte quatre sections principales. La première section présente le contexte du paludisme en Afrique subsaharienne et au Burkina Faso en relevant les conditions d'émergence et d'adoption de la CPS. La deuxième section s'intéresse à l'historique d'implantation de la CPS au Burkina Faso basée sur l'analyse des données. Cette section comporte deux sous-sections qui vont présenter : (1) l'innovation CPS, sa nature et quelques aspects et considérations de sa mise en œuvre ; et (2) les tendances qui se dessinent autour de sa mise à l'échelle et de sa pérennisation selon l'évolution temporelle et spatiale de l'innovation au Burkina Faso. Une troisième section comportant six sous-sections permet de dégager les principaux résultats sur les conditions favorables et défavorables à la mise à l'échelle et la pérennisation de la CPS. Pour finir, une quatrième section est une conclusion consacrée aux faits saillants des différents résultats, afin de dégager des tendances, des mécanismes et des modèles en lien avec le phénomène d'étude.

5.1.1. Mise en contexte

La prévalence et la mortalité dues au paludisme sont très importantes en Afrique subsaharienne. Au niveau mondial, c'est la région qui enregistre 93 % des cas palustres et 94 % de la mortalité liée au paludisme (OMS, 2019). Les enfants âgés de moins de cinq ans sont les plus touchés, 67 % des décès associés au paludisme dans le monde concernent cette tranche de la population (OMS, 2019). Outre ces conséquences mortelles, les femmes enceintes présentant une infection palustre donnent souvent naissance à des enfants prématurés ou présentant un faible poids à la naissance.

Au Burkina Faso, cette maladie a été relevée comme étant la première cause de consultation, d'hospitalisation et de mortalité dans les services de santé. Dans les faits, le paludisme grave constituait en 2018 le principal motif de décès (36,3 %) et de mise en observation (57 %) dans les formations sanitaires (ministère de la Santé, 2018). Les enfants de moins de cinq ans demeurent la couche de la population la plus vulnérable face à cette maladie. Parmi l'ensemble des cas graves de paludisme notifiés dans les services de santé durant le premier semestre de 2018, 40,8 % correspondaient à cette tranche d'âge (Direction générale des études et des statistiques sectorielles, 2018, août). À cette même période, de fortes inégalités par rapport à la létalité du paludisme chez les enfants âgés de moins de cinq ans ont été soulevées dans ce rapport. Le taux de létalité était supérieur dans certaines régions à celui du niveau national estimé à 1,6 %, il était à 3,1 % au Centre

Est et à environ 2 % dans le Centre-Nord et les Hauts Bassins (Direction générale des études et des statistiques sectorielles, 2018, août).

Le paludisme est endémique au Burkina Faso avec une recrudescence de la transmission durant la saison des pluies allant de juillet à octobre. Dans ce pays, comme tant d'autres en Afrique subsaharienne, le paludisme est causé dans 90 % des cas par le parasite du genre *Plasmodium falciparum* qui est l'espèce la plus dangereuse et qui cause la forme la plus sévère de la maladie. Par suite, il constitue non seulement un problème de santé publique, mais également un enjeu de développement durable considérant son impact tant sur les indicateurs de santé, l'économie du pays, le système de santé, l'espérance de vie et le bien-être des individus et des communautés. Bien que la transmission du paludisme soit considérée comme étant stable, plusieurs éléments contribuent à maintenir le Burkina Faso parmi les 11 pays¹⁰ les plus touchés par la charge mondiale du paludisme. Certains de ces éléments sont les risques sociodémographiques et épidémiologiques, le changement climatique, la faiblesse du système de santé, le faible accès aux soins, la couverture non optimale des interventions liées au paludisme, la menace de résistance aux médicaments antipaludéens et aux insecticides, les lacunes dans la mise en œuvre des interventions existantes, et les contraintes de financement (OMS - Comité régional de l'Afrique, 2016 ; OMS, 2019). Considérant ces faits, il s'avère de plus en plus important, dans une dynamique d'éradication du paludisme, de mettre en place une stratégie globale regroupant de multiples interventions environnementales, préventives et curatives reposant essentiellement sur les soins de santé primaires et ciblant les populations les plus vulnérables, notamment les enfants âgés de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

C'est dans cette lignée que, depuis ces dix dernières années, la lutte contre le paludisme est devenue une des priorités en santé mondiale et des Objectifs de développement durable : *Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies*. Des organisations internationales ou nationales, gouvernementales ou non gouvernementales plaident pour l'éradication du paludisme dans certains pays où il y avait la transmission en 2015 ; et pour la réduction des taux d'incidence et de mortalité dans les pays endémiques par rapport à 2015 d'au moins : 40 % en 2020, 75 % en 2025 et 90 % en 2030 (OMS, 2015). Dans ce sens, des documents phares font le plaidoyer et orientent techniquement et financièrement dans une approche dite collective les stratégies pouvant permettre d'atteindre ces objectifs [en voici quelques-uns : Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 de l'OMS ; Action et Investissement pour vaincre le paludisme 2016-2030.

¹⁰ Les 11 pays les plus touchés par le paludisme dans le monde sont : Burkina Faso, Cameroun, République démocratique du Congo, Ghana, Inde, Mali, Mozambique, Niger, Nigeria, Ouganda et République unie de Tanzanie.

Pour un monde sans paludisme du Partenariat Roll Back Malaria ; *From aspiration to action : what will it take to end malaria ?* de la Fondation Bill et Melinda Gates ; Cadre pour la mise en œuvre de la stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 dans la Région africaine de l’OMS - Bureau Afrique].

Ainsi, l’appui financier pour la lutte contre le paludisme a considérablement augmenté à un taux annuel moyen de 22 % entre 2005 et 2013 dans la Région africaine de l’OMS (OMS - Comité régional de l’Afrique, 2016). Nonobstant, sur le plan international, il existe encore un plaidoyer sur le besoin de renforcer le financement existant pour la recherche et le développement des innovations, afin d’atteindre les objectifs ciblés. Aussi, la pérennisation et la distribution équitable de l’impact des stratégies et des innovations existantes pour lutter efficacement contre le paludisme dans les pays endémiques sont également des préoccupations partagées par les acteurs. C’est dans ce sens que la CPS¹¹ a été adoptée au Burkina Faso en 2014 comme une intervention novatrice dans la prévention du paludisme pour éviter les décès et la morbidité chez les enfants âgés de moins de cinq ans. La mise à l’échelle et la pérennisation de cette innovation sont une préoccupation pour le gouvernement burkinabé et pour les organisations nationales et internationales qui soutiennent l’initiative afin de prévenir les milliers de décès d’enfants dus à cette maladie.

5.1.2. Historique de l’innovation CPS au Burkina Faso : de son adoption à sa pérennisation

En 2012, pour faire face à la mortalité des enfants de moins de cinq ans due au paludisme, l’OMS (*DOC : OMS, 2012 mars*) recommandait la CPS comme une stratégie préventive et innovante dans les pays à forte transmission saisonnière. Elle consiste en l’administration mensuelle et intermittente, aux enfants âgés de 3 à 59 mois éligibles, d’un traitement complet de Sulfadoxine-Pyriméthamine et d’Amodiaquine (SP+AQ) jusqu’à quatre mois pendant la saison de haute transmission (voir figure 7). Son objectif est de maintenir des concentrations thérapeutiques dans le sang durant toute la saison de haute transmission pour prévenir le paludisme. La recommandation de l’OMS était basée sur sept études expérimentales effectuées dans les pays à forte transmission du paludisme saisonnier. Ces études ont permis d’établir que la CPS pouvait entraîner une réduction de 75 % des cas palustres et qu’elle était à faible coût, sûre et faisable (Meremikwu et al., 2012 ; A. L. Wilson, 2011).

¹¹ La CPS était appelée dans la littérature scientifique avant 2012 : Traitement préventif intermittent des enfants, ou TPIe.

En 2014, le Burkina Faso a introduit la CPS dans son plan stratégique de lutte contre le paludisme et s'est engagé à la faire passer à l'échelle progressivement dans le pays. Certaines études récentes établissent l'efficacité de la CPS dans des conditions d'implantation de routine au Mali et au Burkina Faso (Diawara et al., 2017 ; Druetz, 2018 ; Druetz et al., 2018). Une de ces études, qui a été menée en 2014-2015 au Burkina Faso dans le district sanitaire pilote de Kaya, renseigne que la CPS permettait de réduire le paludisme chez les enfants âgés de 3 à 59 mois, notamment la prévalence ponctuelle de 3.3 % (IC 95 % = [-0.08 à 0.01]) et la prévalence périodique de 24,6 % (IC 95 % = [-0.35 à -0.14]) ainsi que la probabilité d'avoir une anémie modérée à sévère de 32% (RR= 0,68, IC 95% = [-0.53 à -0.87]) (Druetz et al., 2018). Cette étude a rapporté un effet protecteur de la CPS de 51 % (IC à 95 % = [0,24-0,99]) et de 62 % (IC à 95 % = [0,29-0,52]) sur la prévalence périodique. Un des documents d'Access-SMC (*DOC : Zongo : Tracking the impact of SMC*) a rapporté que la CPS, combinée à d'autres interventions comme la politique de gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans en vigueur au Burkina Faso depuis avril 2016, pouvait réduire jusqu'à 64% (IC 95% 53%, 72%) les cas palustres (*DOC : Zongo, Tracking the impact of SMC*).

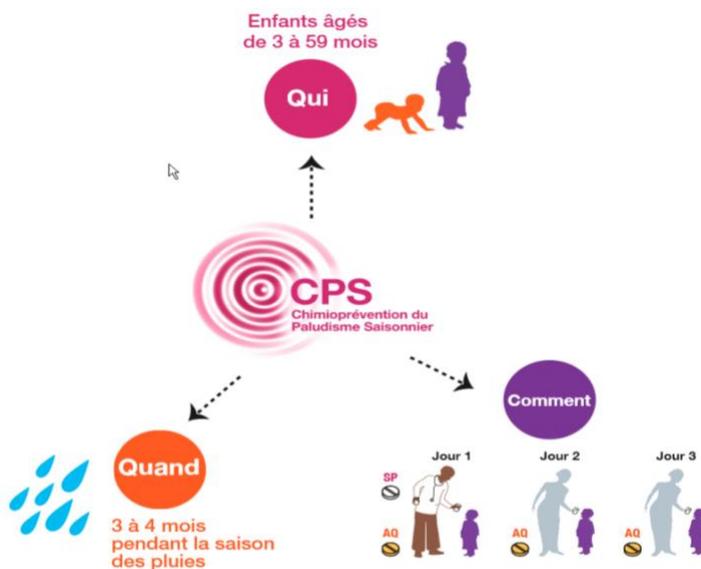


Figure 7 : Administration du SP+AQ [Reproduit du Manuel de formation développé par Medicines for Malaria Venture (MMV) en 2013]

5.1.2.1. Description de l'innovation CPS : perceptions des acteurs et quelques aspects de mise en œuvre.

L'analyse des documents et des entretiens a montré que la CPS est perçue par différentes personnes et organisations comme une nouvelle intervention pertinente dans la lutte contre le paludisme au Burkina Faso. Pour plusieurs d'entre elles, la nouveauté de cette intervention est beaucoup plus liée

à l'introduction des médicaments SP+AQ qu'à sa mise en œuvre. En effet, déployée sous forme de campagne de masse, la mise en œuvre de la CPS est calquée sur d'autres interventions menées dans le pays selon certains personnels du Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) :

Nouveauté, peut-être en termes d'intervention et peut-être de réduction de la morbidité et de la mortalité, du paludisme, par rapport à d'autres types d'intervention que l'on menait dans le cadre de la lutte contre le paludisme. Si c'est dans ce sens je peux dire vraiment que c'est une nouveauté. Si c'est peut-être dans le sens de l'organisation, dans le sens des campagnes et autres on peut dire que ce n'est pas une nouveauté parce qu'en fait quand on a commencé à mettre en œuvre la CPS on s'est basé beaucoup plus sur ce qu'on faisait déjà avec les JNV [Journées nationales de vaccination] polio. Quand bien même on a amélioré pas mal de volets au niveau CPS. (SP-Central PNLN)

Cependant, contrairement à d'autres campagnes de masse, telles que les journées nationales de vaccination, la CPS est une intervention assez complexe. En effet, elle fait appel à plusieurs types de partenariats et de collaboration avec différents partenaires techniques et financiers (PTF), d'organisations et de personnels du système de santé à différents niveaux (central, régional, périphérique et communautaire) et d'agents communautaires et administratifs. Ces différents acteurs et organisations, ainsi que leurs activités tenues dans l'innovation, sont illustrés dans la figure 8. De fait, la structure managériale et les différentes activités de la CPS ont été déployées sous forme verticale. Le PNLN, créé depuis 1991, était responsable de la coordination et du suivi de toutes les activités liées à la CPS, de sa promotion auprès des décideurs et des PTF, de l'approvisionnement des intrants et il devait favoriser la recherche scientifique pour nourrir la pratique. Dans la mise à l'échelle de l'intervention, il servait d'organisation utilisatrice qui adopte et applique la CPS et d'équipe d'appui qui fait la promotion de sa réplication dans le pays. Plusieurs personnes rencontrées ont jugé que le PNLN avait l'expérience, les capacités et les compétences pour organiser correctement la mise en œuvre de la CPS et atteindre les objectifs fixés.

La mise en œuvre de la CPS est faite à travers le système de santé et elle repose sur une organisation centralisée et étagée ou en cascade. En effet, les activités de formation, de suivi et de supervision sont menées sous forme de cascade avec une redevabilité des niveaux inférieurs aux niveaux supérieurs. Par exemple, cela se traduit pour la formation par le fait que des personnels du PNLN et des PTF vont former les Directions régionales de santé (DRS). Ensuite, ces dernières sont responsables de la formation des Équipes-cadres de district (ECD) qui, à leur tour, seront chargées de former les infirmières et infirmiers-chefs de poste des Centres de santé et de promotion sociale (CSPS). Ces infirmiers auront par la suite le rôle d'informer et de former les autres professionnels de santé de leur CSPS et les agents du milieu communautaire, notamment les distributeurs

communautaires, les crieurs publics et les leaders communautaires et administratifs. L'organisation en cascade est considérée par certaines personnes rencontrées, surtout les professionnels de santé, comme étant en concordance avec l'architecture du système de santé, mais également comme un moyen d'impliquer l'ensemble des parties prenantes dans la mise en œuvre de l'innovation. Elle permet de mettre en place un mécanisme de redevabilité de toutes les parties prenantes des différents niveaux impliqués dans la CPS. Un médecin impliqué depuis 2014 dans l'innovation et qui a travaillé aussi dans le PNLP en parle ainsi :

Moi je pense qu'il y a une certaine cohérence dont on a besoin dans le système de santé. Cette cohérence exige à ce qu'on puisse impliquer un certain nombre de personnes. Sinon à la limite vous allez demander des comptes à qui ? En impliquant quelqu'un, en même temps vous lui demandez des comptes. Donc, ça permet d'avoir le suivi de tous. Ça permet d'avoir une redevabilité. Ça permet d'assurer un meilleur suivi et puis ça permet de déléguer parce qu'il ne faut pas concentrer les tâches. (SP-Central PNLP)

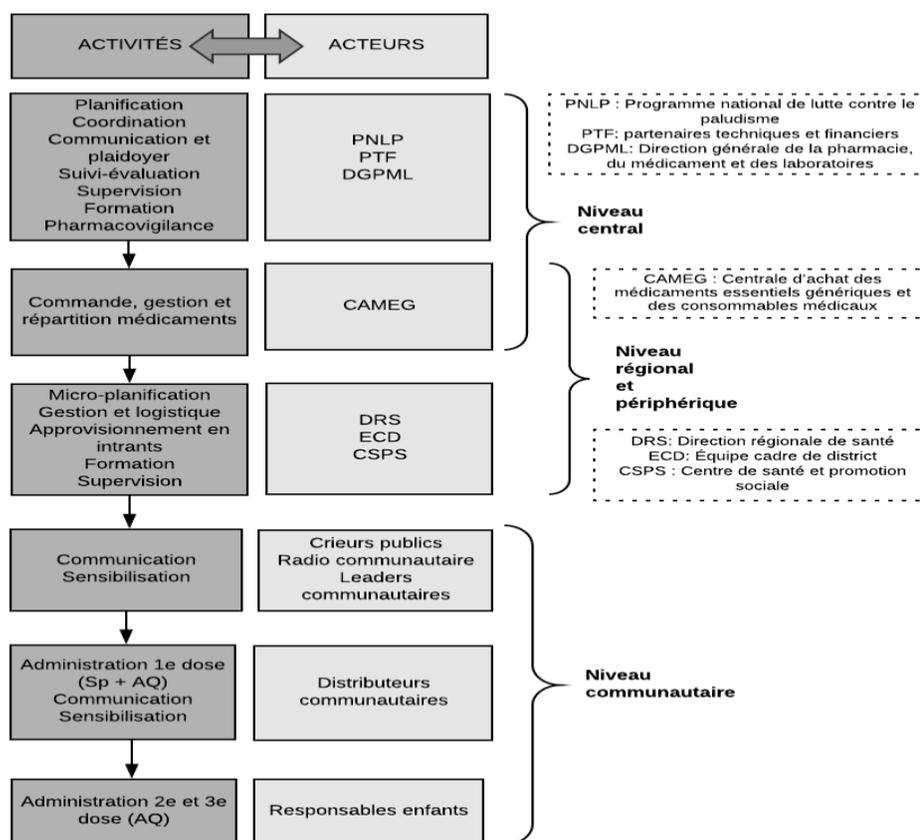


Figure 8. Mise en œuvre de la CPS : activités tenues par les acteurs impliqués

À cette complexité s'ajoute la prestation des services reposant essentiellement sur une approche communautaire dans laquelle les distributeurs communautaires ont pour rôle central de distribuer et d'administrer les médicaments selon les stratégies porte-à-porte ou visite à domicile. Ils ont aussi pour fonctions d'assurer la sensibilisation et la communication auprès des responsables d'enfant¹² sur la CPS et sur d'autres mesures préventives concernant le paludisme. L'administration des trois doses du médicament AQ (voir figure 7) complique davantage cette stratégie communautaire. En effet, ce médicament doit être donné à l'enfant à la même heure pendant trois jours consécutifs, durant chaque mois de la campagne. La première dose est administrée par les distributeurs communautaires et les deuxième et troisième doses par un responsable d'enfant. Les doses administrées doivent être enregistrées dans la carte CPS permettant de savoir si l'enfant a bien reçu les médicaments aux différents passages. Ce système d'administration nécessite alors que les responsables d'enfant aient les informations utiles sur la prise du médicament et également une discipline et une rigueur, afin d'éviter une mauvaise administration du médicament pouvant affecter son efficacité. D'où l'importance des autres acteurs communautaires dans la stratégie, notamment les crieurs publics, les radios ou les leaders communautaires qui participent à donner l'information aux communautés et dans certains contextes à faire le rappel de l'administration du médicament AQ aux responsables d'enfant. Cependant, des documents et personnes consultés ont relevé plusieurs défaillances dans la distribution et l'administration du médicament. Par exemple, les distributeurs communautaires et les responsables d'enfant ne remplissaient pas les cartes CPS adéquatement et le marquage des concessions visitées par les distributeurs communautaires n'était pas systématique. Le monitoring indépendant du quatrième passage de la campagne de 2016 dans tous les districts de mise en œuvre des cinq régions couvertes par la Banque mondiale a renseigné que dans 48,74% des concessions enquêtées la carte CPS n'a pas été remise par les distributeurs communautaires aux responsables d'enfant, dans 31,06% la carte était abimée et dans 11,36% la carte a été perdue (*DOC : Rapport de l'enquête réalisée par les moniteurs indépendants sur la mise en œuvre de la CPS dans la zone Banque mondiale, 2017, 21 février*).

Le ciblage des enfants est également une complexité qui a été relevée par plusieurs personnes interviewées et dans les documents consultés. Outre le fait qu'il faut cibler uniquement les enfants âgés exclusivement de 3 à 59 mois, seuls ceux qui sont en bonne santé sont éligibles pour la CPS. Autrement dit, les médicaments SP+AQ ne doivent pas être administrés aux enfants qui présentent

¹² Nous utiliserons la terminologie « responsable d'enfant » pour désigner la personne présente lors de l'administration du médicament. Dans les documents consultés, cette personne n'est pas nécessairement le parent, c'est indiqué uniquement que c'est un adulte qui accompagne ou qui est présente lors des visites à domicile des distributeurs communautaires ou sur un site fixe d'administration des médicaments et qui reçoit les informations s'afférant à la CPS.

certaines caractéristiques : (1) atteints du paludisme ; (2) séropositifs au VIH sous triméthoprime-sulfaméthoxazole ; (3) allergiques aux sulfamides ou à l'AQ ; (4) atteints d'une maladie aiguë ou chronique sévère ; (5) qui ont reçu une dose soit de SP, soit d'AQ au cours des 28 derniers jours ; (6) qui prennent tout type de médicaments à base de sulfamides ; (7) ne sont plus éligibles les enfants qui sont tombés très malades après avoir reçu SP+AQ (DOC : Ministère de la santé, 2014, mai ; Guide du Formateur pour la CPS, 2016; OMS, 2012, mars). De plus, les médicaments administrés aux enfants âgés de 3 à 11 mois étaient différents pour les 12 à 59 mois.

Dans un contexte dans lequel les distributeurs communautaires et les responsables d'enfant n'ont pas nécessairement un niveau d'étude élevé et que beaucoup d'enfants n'ont pas d'acte d'état civil, le ciblage et l'administration des médicaments posent plusieurs défis qui ouvrent vers des enjeux dépassant la campagne CPS. Certains rapports administratifs consultés ont soulevé que des enfants non éligibles avaient reçu la CPS, tels que des enfants malades, sous traitement de sulfamides, ou encore âgés de plus de cinq ans (DOC : PNL, 2015 ; PNL, 2016, janvier). Un des documents du monitoring indépendant du 4ème passage de la campagne de 2017 (DOC : Monitoring Zone Banque mondiale, 2017, décembre) a relevé que, dans 18 districts recevant le financement de la Banque mondiale, en moyenne 1,81 % d'enfants non éligibles avaient reçu la CPS. Cette proportion était de 5 % à plus de 6 % respectivement dans les districts de Solenzo et de Do. Certaines raisons ont été avancées pour expliquer ce phénomène, telles que l'ignorance ou une erreur d'estimation de l'âge de l'enfant en l'absence de documents d'état civil. Sur ce point, il est important de relever que, pour déterminer l'âge des enfants en l'absence d'acte d'état civil, les distributeurs communautaires et les professionnels de la santé adoptaient souvent d'anciennes techniques, comme en témoigne un professionnel de la santé :

La question des actes de naissance c'est... en tout cas la question pose problème. (...) Mais il y a la technique de l'oreille qu'on nous a montrée. Lorsque l'enfant tente de dépasser les 59 mois, on fait cette technique-là. (...) Ça consiste à passer la main au-dessus de la tête et puis il attrape l'oreille. Si l'enfant arrive à attraper, c'est que l'enfant a atteint ses cinq ans, les 60 mois-là. En ce moment l'enfant est hors cible. Donc c'est la même technique aussi que les distributeurs communautaires là font sur le terrain et même les autres campagnes, c'est comme ça on fait. (SS-Périphérique CSPS BOULSA)

Outre cela, la campagne de la CPS est mise en œuvre durant la période de haute transmission du paludisme au Burkina Faso correspondant aux mois d'août, septembre, octobre et novembre. Cette période coïncide avec l'hivernage. Les entrevues et documents analysés ont soulevé que cette particularité complexifiait la distribution des médicaments et la supervision à l'échelon des villages, car l'accès aux cibles était difficile. Cela est lié en grande partie par le manque de moyens de

transport adaptés, l'insuffisance des équipements de travail essentiels pour les distributeurs communautaires et les professionnels de santé et l'absence de routes praticables durant cette saison.

Au regard de ces éléments, plusieurs parties prenantes du niveau central ont rapporté l'importance de la planification conjuguée avec une approche systémique impliquant tout le personnel sanitaire et communautaire pour une mise à l'échelle réussie et pérenne de la CPS. De ce fait, la mise en place de l'intervention nécessite une planification rigoureuse et collaborative qui doit débuter en début d'année pour pouvoir respecter les quatre cycles et passages de la campagne. D'autant plus que d'autres facteurs externes pouvaient affecter la mise en œuvre et la qualité de la CPS, dont la disponibilité des médicaments.

Vous me parlez de défi, c'est de s'assurer qu'on a un plan bien développé, détaillé où tous les niveaux de la structure de la santé travaillent ensemble et de s'assurer que toutes les parties : le plan, la production des outils, la mise en place d'un plan de formation, de suivi et d'évaluation des collectes de données, l'arrivée de médicaments, doivent être faites en bon temps, sans délai. Ça, c'est la plus grande complexité. Par rapport à la logistique, il y a des défis parfois parce qu'il y a beaucoup de facteurs externes comme la capacité de produire des fabricants [pharmaceutiques] et les délais parfois de l'obtention des tests de qualité. La complexité, c'est par rapport au plan logistique. (SS-Central PTF)

5.1.2.2. Tendances et considérations de la mise à l'échelle et de la pérennisation dans la CPS.

Le tableau 10 présente l'évolution temporelle et spatiale de l'innovation CPS au Burkina Faso couvrant les années 2012 à 2018. Il renseigne sur les différentes étapes, les résultats attendus, les décisions prises et les PTF impliqués dans le financement selon chaque période spécifique.

Selon certains acteurs du PNLP, l'idée de mettre à l'échelle la CPS a été présente depuis 2014 lors de son adoption dans le pays. En 2016, la mise à l'échelle a été entamée et menée de façon horizontale. Le but était de la répliquer dans l'ensemble des 70 districts du pays qui sont tous éligibles. En 2018, 65 sur 70 districts au niveau national ont implanté et mis en œuvre la CPS. Les cinq districts de la région du Centre sont les seuls qui ne bénéficiaient pas encore de l'intervention. Selon certains décideurs du PNLP, cela était dû au fait qu'aucun PTF ne s'est engagé financièrement pour couvrir la totalité de la région. Le choix des districts à couvrir était sous la responsabilité du ministère de la Santé en collaboration avec les PTF. Toutefois, **la progression temporelle de la mise à l'échelle montre que les PTF ont un effet accélérateur du processus**, surtout sur l'élargissement de la couverture géographique et du financement (voir tableau 10). En effet, la décision même de passer à l'échelle a été facilitée en grande partie par la venue de nouveaux PTF, notamment la Banque mondiale et Malaria Consortium qui ont apporté les projets

respectifs : Projet de lutte contre le paludisme et les maladies tropicales et Achievieng catalytic expansion of seasonal malaria chemoprevention in the Sahel (Access-MC). De plus, il n'existe pas de plan de mise à l'échelle au niveau central, l'ajout de nouveaux districts semble dépendre de la venue de nouveaux PTF pour maintenir la progression de la couverture, comme remarqué par cette chercheuse :

Quand je participais à certaines réunions, rencontres, ce que j'ai surtout remarqué c'est que ces districts additionnels chaque année étaient en fonction de la disponibilité de fonds. Qui dit fonds, dit nouveau partenaire qui s'engage. (SP-Chercheuse)

L'analyse des données a également montré que les parties prenantes impliquées dans la CPS ont tendance à **considérer la mise à l'échelle selon la couverture thérapeutique et la couverture géographique** renvoyant respectivement au nombre ou pourcentage d'enfants ayant reçu les médicaments et au nombre de districts sanitaires couverts. Beaucoup de personnes interviewées ont affirmé que l'atteinte de cette couverture quantitative n'est pas seul gage de l'expansion de l'impact de la CPS qui est la réduction de la prévalence de la mortalité liée au paludisme chez la population cible. Pour ce faire, plusieurs acteurs ont soulevé **l'importance de mettre l'accent sur l'équité et la qualité de l'intervention**, en maximisant les différentes composantes, notamment la distribution et l'administration des médicaments, la pharmacovigilance, la mobilisation communautaire, la communication interpersonnelle entre les distributeurs communautaires et les responsables d'enfant, le suivi et la supervision, la gouvernance et le financement.

Il ne suffit pas de mettre en œuvre une intervention pour mettre en œuvre, il faut la mettre en œuvre de façon qualitative et la qualité comme il a été recommandé. C'est vrai qu'on distribue les médicaments pendant cette saison, mais si on dit : on a fini de distribuer, on a fini la première campagne, un point un trait. Ce n'est pas comme ça, c'est tout un mécanisme, un suivi qui doit être effectué pour s'assurer vraiment de la prise effective des différents médicaments au niveau des familles c'est fondamental. (SP-Central PTF)

Concernant la **pérennisation de la CPS, elle a été perçue par les personnes rencontrées comme un élément sous-jacent à la mise à l'échelle**. Autrement dit, elle est considérée comme un processus qui sera abouti à l'atteinte d'une couverture géographique maximale de l'intervention au niveau national (*estimée à 83,89 % en 2014, 105,91 % en 2015 et 102,78 % par les données administratives¹³*) et à sa routinisation dans les communautés et le système de santé. Dans ce sens, la pérennisation de l'innovation s'entrevoit comme un élément qui prendra essence avec la maturité de l'intervention dans le temps, notamment à travers son intégration dans les normes des

¹³ Ces chiffres ont été relevés dans les documents suivants : PNL. (2014, 31 octobre) ; PNL. Rapport synthèse de la mise en œuvre de la campagne de CPS en 2016

communautés ainsi que dans les routines des organisations sanitaires. Cependant, pour plusieurs personnes du niveau central, la CPS n'est pas encore à un niveau de maturité qui lui permettrait de s'intégrer ou d'être une routine dans le système de santé et les communautés :

On a vu dans certaines familles, au moment de la Chloroquine, que les parents administraient aux enfants chaque semaine le médicament et il n'y avait pas le paludisme. Donc, on peut arriver à un moment où la famille burkinabé sera quand même assez sensibilisée pour ne plus faire des campagnes. Moi je ne vois pas moins de 10 ans pour qu'on puisse vraiment dire que l'on peut laisser tomber les acteurs et dire à chaque famille d'administrer. (SP-Central PADS)

Si jamais on arrive à un moment où ça devient une routine, par exemple si le médicament est mis à la disposition des CSPS et que les familles doivent aller chercher, ça va être problématique parce que ces familles ne sont pas préparées à aller demander. (SP-Central PTF)

Aux niveaux régional et périphérique, étant donné la particularité et la complexité de la CPS notamment les dates de distribution à respecter, la cible et la multitude de parties prenantes, les professionnels de la santé jugent qu'il serait difficile, voire impossible, de l'intégrer à d'autres campagnes ou activités sanitaires existantes. Pour certains de ces acteurs, l'intégration pourrait même détériorer la qualité de l'intervention, étant donné la quantité de travail que cela requiert. Un personnel d'un district sanitaire en parle ainsi :

Vous pouvez intégrer ce qui est faisable. Les activités n'ont pas la même durée. Même si vous mettez deux équipes, l'autre équipe va finir, elle sera obligée d'attendre l'équipe de CPS. C'est très difficile. Ça va jouer sur la qualité de la CPS. (SS-Périphérique district Tougan).

Tableau 10.

Portrait général de l'évolution temporelle de la CPS au Burkina Faso

	Étapes	Résultats attendus	Année	Décision	PTF (nombre districts financés)
MONDE	Émergence *Études menées entre 2008 et 2011 (n=7) dans des zones de forte transmission saisonnière du paludisme	Prévention 75 % des cas palustres non compliqués et sévères Diminution probable de la mortalité infantile d'environ 1 pour 1000 naissances	2012	Recommandation OMS dans les zones de forte transmission saisonnière du paludisme **Administration SP+AQ pendant 4 mois à intervalles mensuels réguliers	

BURKINA FASO	Adoption/Mise en œuvre <i>*Phase pilote à petite échelle</i>	Réduire annuellement 60 % la mortalité liée au paludisme chez les enfants de 3-59 mois	2014	Implantée dans 7 /70 districts sanitaires <i>**Déploiement de la CPS sous forme de campagne pendant 4 jours par mois, durant : août, septembre, octobre et novembre</i>	État ONG ALIMA & Terre des hommes
			2015	Implantée dans 17 /70 districts sanitaires <i>**Début Projet Access-MSM mis en œuvre par Malaria Consortium : expansion de la CPS dans la région du SAHEL.</i>	Malaria Consortium (n=11) Banque mondiale (n=4) État & Unicef (n=2)
	Mise à l'échelle/ Mise en œuvre <i>*Implémentation progressive dans tous les DS du pays</i>	Couverture CPS à 100 %	2016	Implantée dans 54 /70 districts sanitaires <i>**Début Projet de lutte contre le paludisme et les maladies tropicales de la Banque mondiale : couverture transfrontalière de la CPS (Burkina Faso, Mali et Niger)</i>	Malaria Consortium (n=29) Banque mondiale (n=20) Fonds mondial (n=3) Malaria Consortium & UNICEF (n=2)
		Adhésion des responsables d'enfant à au moins 90 %	2017	Implantée dans 59 /70 districts sanitaires	Malaria Consortium (n=37) Banque mondiale (n=18) Malaria Consortium & UNICEF (n=2) PMI & JHPIEGO (n=2)
			2018	Implantée dans 65 districts sanitaires <i>**5 districts sanitaires de la région du Centre ne sont pas couverts</i>	Malaria Consortium (n=18) Banque mondiale (n=22) PMI & JHPIEGO (n=12) Fonds mondial (n=11) Fonds mondial & UNICEF (n=2)

5.1.3. Les processus de mise à l'échelle et de pérennisation : les déterminants

L'analyse des données a révélé plusieurs éléments interconnectés qui peuvent influencer positivement ou négativement la mise à l'échelle et la pérennisation de la CPS au Burkina Faso. Le

tableau 11 présente ces différents éléments selon les catégories de déterminants identifiées. Si dans le tableau j'ai considéré « Autres éléments connexes » comme une catégorie de déterminant, dans le texte cette dernière sera intégrée dans les autres types de catégories. Ce choix d'écriture a été fait compte tenu de la complexité des déterminants et de leur interdépendance.

Tableau 11. Conditions favorables et défavorables pour la mise à l'échelle et la pérennisation de la CPS

Catégories de déterminants	Opportunités	Contraintes ou risques
Efficacité	<ul style="list-style-type: none"> - Efficacité démontrée par des études pilotes → <i>facilitation du plaidoyer auprès des PTF.</i> - La réputation d'efficacité auprès des communautés et professionnels de la santé → <i>facilitation de l'acceptation et l'adhésion communautaire.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Inexistence d'un degré acceptable de diminution de l'efficacité dans les conditions d'implantation de routine → <i>incertitude quant à l'efficacité réelle de l'intervention.</i> - Absence d'évaluation continue de l'efficacité → <i>inquiétude des parties prenantes quant à l'atteinte des résultats escomptés.</i>
Système de suivi, de supervision et d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un système de suivi et de supervision. - Existence d'un processus de rétroaction (feedback) entre les différentes personnes et organisations impliquées dans l'intervention → <i>ajustement de l'intervention surtout des outils et stratégies utilisés.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Administration de doses d'AQ par les responsables d'enfant n'est pas supervisée → <i>développement potentiel d'une résistance aux médicaments.</i> - Inexistence d'une évaluation nationale de la campagne. - Défaillances du suivi et de la supervision dans certains sites → <i>effets négatifs sur la qualité de l'intervention.</i> - Fragmentation des activités de suivi et de supervision → <i>inefficacité de l'intégration du système de suivi et supervision.</i> - Manque de ressources humaines qualifiées et de moyens logistiques → <i>effets négatifs sur la qualité du suivi et de la supervision et sur l'expansion de façon équitable de l'impact de l'intervention.</i>
Ressources (matérielles, humaines et de connaissance)	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation des ressources humaines et logistiques existantes du système de santé. - Formation et recyclage du personnel professionnel et 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de ressources humaines aux niveaux périphérique et communautaire → <i>risque de favoriser l'augmentation de la charge de travail.</i> - Manque de renforcement des capacités des distributeurs

	<p>communautaire impliqué.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un comité de pharmacovigilance au niveau national. - Gestion et approvisionnement des médicaments par une structure spécialisée et nationale. 	<p>communautaires et équipements de travail insuffisants ou inadéquats (moyens de transport, bottes et vêtement de pluie, moyens de communication, logistique pour distribution) → <i>effets négatifs sur la qualité des services fournis.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Indisponibilité ou rotation du personnel formé sur la CPS → <i>risque d'affaiblir le suivi et la supervision.</i> - Défaillances transmission des données de pharmacovigilance. - Insatisfaction par rapport à la motivation financière (per diem) des niveaux périphérique et communautaire → <i>problèmes de rétention et performance des distributeurs communautaires, qualité du travail.</i>
Financement	<ul style="list-style-type: none"> - Financement et engagement des PTF actuels pour quelques années (fin prévue en 2019-2020). - Intervention abordable pour les PTF → <i>en raison du plafonnement du coût de la CPS par enfant (environ 3,93 \$ US).</i> - Gratuité des médicaments et services pour les bénéficiaires. 	<ul style="list-style-type: none"> - Coût global de la CPS et enfants cibles augmentent chaque année → <i>effet potentiel sur le soutien des PTF.</i> - Incertitude quant à la continuité du financement. - Plafond budgétaire par enfant est défavorable à certains éléments de mise en œuvre → <i>effets négatifs sur la motivation financière des personnes et la diffusion de la communication.</i> - Absence d'engagement financier de l'État. - Inexistence d'une planification stratégique du financement à moyen et long terme. - Variation financement octroyé par les PTF → certaines activités non financées par le PTF ne sont pas implantées dans certains milieux.

Leadership et Gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> - Capacités institutionnelles et organisationnelles du PNLP → <i>viabilité financière et organisationnelle, légitimité.</i> - Collaboration entre différentes organisations → <i>microplanification, évaluation post-campagne, débriefage.</i> - Forte coordination et harmonisation de l'innovation. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dépendance financière à l'égard des PTF → <i>défis pour le PNLP de coordonner et d'harmoniser certains éléments.</i> - Variation du financement des activités → <i>effets négatifs sur la communication, le suivi et supervision des agents du système de santé et communautaires.</i> - Manque d'implication de tous les ministères et acteurs du paludisme pour un leadership et une gouvernance forte. - Implication hiérarchique → <i>le niveau périphérique du système de santé et les communautés sont moins impliqués.</i> - Absence de planification de la mise à l'échelle et de la pérennisation de l'intervention → <i>incertitudes quant aux mécanismes qui seront déployés pour assurer la continuité de l'intervention et de l'expansion de façon équitable de l'impact de l'intervention.</i> - Prise de décision concernant la durabilité et la mise à l'échelle est tributaire aux PTF et aux instances supérieures de l'État → <i>les agents du système de santé et communautaires ont un faible pouvoir de décision.</i>
Simplification et Adaptation	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptation dans certains contextes → <i>horaires de travail des distributeurs communautaires pour faciliter l'accès aux cibles ; contribution financière des communautés ; jumelage de certains PTF dans des districts ; recrutement d'étudiants ou d'autres bénévoles pour pallier le manque de distributeurs communautaires.</i> - Changement dans la nature du médicament → <i>de la forme dure et amère à une forme dispersible au goût</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Défis de l'adaptation → <i>mobilité des ressources humaines, le manque de ressources financières, la variabilité des contextes de mise en œuvre et des PTF.</i> - Harmonisation et standardisation des outils et stratégies de l'intervention au détriment de processus d'adaptation locale au niveau national. - Manque de ressources suffisantes aux niveaux périphérique et communautaire pour initier et pérenniser certaines

	<p><i>d'orange.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacité d'apprentissage des acteurs → <i>capacité de mémoire de l'innovation (rapports, documents institutionnels.</i> - Communication adaptée selon les milieux : <i>utilisation de crieurs publics, radio et leaders communautaires, traduction des messages en langues locales.</i> 	<p>pratiques d'adaptation locale.</p>
Autres éléments connexes	<ul style="list-style-type: none"> - Engagement mondial pour éradiquer le paludisme d'ici 2030 → <i>facilitation d'un plaidoyer pour le financement et l'appui technique.</i> - Le paludisme est un problème de santé reconnu → <i>facilite l'adhésion des communautés et des professionnels de santé.</i> - Les échanges transfrontaliers sur la CPS (entre le Burkina Faso, Mali et Niger). 	<ul style="list-style-type: none"> - Environnement physique défavorable → <i>fortes pluies, manque de routes praticables, isolement des villages → défis pour atteindre les cibles.</i> - Mauvaise gouvernance et corruption dans le système de santé. - Prolifération des rumeurs → <i>effet sur l'adhésion des communautés.</i> - Insécurité au Burkina Faso → <i>effet sur la continuité de l'intervention dans certains sites.</i> - Accréditation d'une seule entreprise pharmaceutique + augmentation de la demande de médicaments de la CPS par d'autres pays → <i>risque de rupture des médicaments.</i> - La rareté des ressources financières au niveau international.

5.1.3.1. Efficacité de la CPS : entre efficacité réelle et réputation d'être efficace.

L'efficacité de la CPS a été perçue de différentes manières par les acteurs impliqués dans son implantation et sa mise en œuvre, ce qui comporte de multiples implications pour le processus de pérennisation et de mise à l'échelle. De prime abord, pour parler de l'efficacité de la CPS les acteurs du niveau central se référaient essentiellement aux études contrôlées sur lesquelles se sont basées les recommandations de l'OMS. Cette référence était remise en question par plusieurs des personnes interviewées qui ont soulevé qu'il était difficile dans des conditions de mise en œuvre populationnelle d'atteindre les résultats escomptés de 75 % de réduction de l'incidence du paludisme tel qu'annoncé par l'OMS (voir tableau 10) :

D'emblée, ce que je pourrai dire c'est que les 75 % de réduction de l'incidence là, en tous cas nous on n'a pas pu atteindre ça, parce que ça, c'est ce qui a été reporté dans la quasi-expérience qui a été réalisée, mais en pratique réelle sur le terrain, on tourne autour de 25 % à 45 % de réduction de l'incidence dans la tranche d'âge concernée. Donc les 75 % annoncés dans l'essai clinique ne sont pas atteignables si vous voulez dans les conditions normales. (SS-Central PNLP)

Au moment de cette étude, il n'existait pas d'études évaluatives sur l'efficacité de la CPS à différents moments et contextes d'implantation au Burkina Faso. Une seule étude effectuée aux phases pilotes (2014-2015) dans le district de Kaya a été publiée en 2018. Elle s'est intéressée à l'impact de la CPS dans les conditions de mise en œuvre populationnelle (Druetz et al., 2018). D'autres recherches non publiées effectuées sur l'impact de la CPS au Burkina Faso et dans d'autres pays du Sahel, dont nous avons accès sous forme de présentation power point, étaient également réalisées dans le cadre du projet Access-SMC. D'après certains acteurs rencontrés, les résultats de ces études servaient plus pour la recherche de financement ou pour convaincre de nouveaux bailleurs que pour l'amélioration de la mise en œuvre. Pour pallier ce manque de données probantes dans le processus de mise en œuvre, les données administratives collectées au niveau des districts sanitaires sont utilisées par les parties prenantes et dans les documents officiels pour apprécier l'efficacité de l'intervention. Ces données ont quand même soulevé des inquiétudes quant à l'efficacité de la CPS, considérant les différents contextes d'implantation et la progression temporelle. En effet, selon certains documents exploités et quelques entrevues, nous pouvons observer que certains districts enregistraient des taux de réduction du paludisme plus élevés que d'autres. Par exemple, selon le *Rapport de synthèse de la mise en œuvre de la CPS en 2016 du PNLP*, les taux de réduction des cas palustres les plus performants sont le district de Boussé qui enregistrait une réduction de 59 % en 2014 ; et en 2015, Ziniaré et Tougan avaient respectivement 49 % et 46 %.

Ainsi, l'inexistence de recherches évaluatives cycliques de l'intervention de même qu'un degré de diminution acceptable de l'efficacité de l'intervention durant la mise à l'échelle pourraient avoir des conséquences négatives réelles sur la poursuite de l'intervention à long terme, notamment sur le plaidoyer auprès des PTF. D'ailleurs, certains PTF rencontrés se posent la question sur la qualité de la mise en œuvre de la CPS et la capacité réelle des agents du système de santé à assurer l'expansion de l'impact de l'innovation dans tout le pays. Cela pose inéluctablement l'interconnexion entre l'efficacité de l'intervention et la qualité de la mise en œuvre y compris son adaptation aux différents contextes du pays.

En dépit de ce manque de preuves factuelles, les années pilotes 2014 et 2015 ont été positives pour le maintien et la mise à l'échelle de la CPS, car de grands bailleurs de fonds ont été convaincus et ont soutenu l'intervention. Le contexte mondial favorable pour la lutte du paludisme, tel que présenté dans la sous-section 5.1.1 Mise en contexte, a favorisé l'engouement des bailleurs de fonds sur cette problématique de santé. En outre, les données analysées ont révélé que les professionnels de la santé de même que les communautés ont adhéré à l'intervention sur la base de la réputation d'efficacité de la CPS. En effet, les professionnels de la santé des niveaux régional et périphérique ont relevé durant les entrevues une baisse de la fréquentation des centres de santé pour des motifs de paludisme chez les enfants cibles durant la période de la campagne CPS. Cependant, ils restent perplexes quant à la durée de l'efficacité des médicaments dans le temps qui est peut-être due, selon eux, à l'administration réelle et effective des deux dernières doses du médicament AQ par les responsables d'enfant. Un professionnel de la santé l'explique comme suit :

La première dose [du médicament AQ] est donnée par les distributeurs communautaires ; en ce qui concerne la deuxième et la troisième dose, nous ne pouvons pas avoir la garantie que les parents ou tuteurs ont donné ça aux enfants. La preuve, comme je le disais, il y avait satisfaction, après le passage, on constate une baisse [de la fréquentation des centres de santé], mais souvent on constate aussi que c'est juste après ce laps de temps, qu'il y a certaines remontées. On se pose la question si les doses sont réellement données. (SS-DRS Kaya)

Certains documents des DRS, portant sur le bilan de la CPS dans les districts sanitaires en 2017, ont mentionné que l'administration des deuxième et troisième doses n'était pas effective dans certains ménages (DOC : *Région sanitaire des Cascades ; Direction régionale de la santé du Centre Nord ; Présentation de la région de l'EST*). Sur ce point, les études contrôlées avaient déjà soulevé que la CPS offrait une protection jusqu'à un mois après chaque cycle de traitement de trois jours (DOC : *Zongo, Tracking impact CPS*). De ce fait, cette inquiétude des professionnels de la santé semble légitime, puisque cette protection pourrait diminuer dans les conditions de mise en œuvre populationnelle, surtout si les doses ne sont pas administrées convenablement.

La réputation d'efficacité de la CPS a été également favorable pour l'adhésion des communautés à cette campagne. Les distributeurs communautaires et les professionnels de la santé percevaient moins de difficulté à faire accepter la CPS par les communautés comparativement à d'autres campagnes de masse menées dans le pays. Cela peut s'expliquer en grande partie à l'importance donnée par les communautés au paludisme qui engendre non seulement des coûts financiers et en temps, mais également des morbidités et mortalités surtout chez les enfants.

Le fait que ça [la CPS] nous a aidées, c'est que pendant la saison hivernale, tu peux aller au CSPS avec ton enfant trois ou quatre fois. Mais, depuis l'année passée jusqu'à maintenant, j'ai un enfant âgé de moins de trois ans, c'est seulement une fois que je l'ai amené à l'hôpital. (SS-Mère Boulsa)

Cependant, cette réputation d'efficacité pourrait avoir des conséquences négatives sur l'administration des médicaments par les responsables d'enfant ou encore sur l'estimation réelle de la couverture géographique. En effet, selon les acteurs régionaux et périphériques, les responsables d'enfant ne comprenaient pas toujours la pertinence de ne cibler que les enfants de 3 à 59 mois, alors que le paludisme touche tout le monde. Cette incompréhension pouvait les inciter à donner le médicament AQ à des enfants âgés de plus de cinq ans. Deux responsables des niveaux central et régional en parlent ainsi :

On n'a pas enregistré un cas de refus par rapport aux médicaments CPS. Au contraire les gens même peuvent vouloir diminuer l'âge de l'enfant expressément pour que l'enfant puisse avoir le médicament. C'est ça aussi qui peut jouer sur nos couvertures de 100 % là. (SP- Central PNLP)

Vous arrivez, les adultes disent qu'eux aussi, ils veulent (rire). Eux aussi, ils veulent, ils font le palu (rire). On est obligé à chaque fois d'expliquer que c'est pour les enfants, c'est un groupe vulnérable, en fonction des moyens disponibles. (SS- DRS Tougan)

5.1.3.2. *Système de suivi et supervision dans la CPS : entre ressources limitées et contraintes bureaucratiques.*

De façon générale, le suivi et la supervision de la CPS sont effectués à différents niveaux hiérarchiques afin de permettre aux différents acteurs (central, régional, périphérique) d'ajuster l'intervention et de corriger certaines lacunes. Adoptant l'approche en cascade, les niveaux supérieurs peuvent superviser l'ensemble des niveaux qui leur sont inférieurs, et le contraire n'est pas possible. De fait, la supervision se faisait comme suit :

- le niveau central (PNLP, PTF) vers les DRS, les districts de santé, les CSPS et les distributeurs communautaires ;
- le niveau régional (DRS) vers les districts de santé, les CSPS et les distributeurs communautaires ;
- le niveau district de santé (ECD) vers les CSPS et les distributeurs communautaires ;

- et le niveau CSPS (infirmiers) vers les distributeurs communautaires.

Cette pratique avait pour finalité, selon les personnes rencontrées et les documents consultés, d'ajuster l'intervention au fur et à mesure qu'elle progresse aux différents niveaux du système de santé et communautaire. Pour cela, des outils et des stratégies ont été élaborés pour soutenir le système de suivi et de supervision ; ce qui permettait de générer un processus de rétroaction (*feedback*) rapide durant et après la campagne. Par exemple, des séances de débriefage avec tous les superviseurs permettaient d'informer des points forts et des faiblesses dans le but d'améliorer les pratiques. Aussi, à la fin de la campagne, chaque district sanitaire faisait des bilans de passage et des rapports de fin de passage et tous les niveaux du système de santé impliqués devaient produire des rapports de supervision (*DOC : Bilan de passage ou Bilan CPS*). Ainsi, plusieurs personnes interviewées ont relevé que le processus de rétroaction avait permis : (1) d'assurer la fiabilité des données transmises ; (2) d'aider à la prise de décision (p.ex., la suppression de registres destinés aux distributeurs communautaires ou encore l'ajustement des outils communicationnels) ; et (3) d'ajuster l'intervention en conséquence.

S'il existe une tendance à standardiser le système de suivi et de supervision, certaines lacunes ont été relevées par différents acteurs et dans les documents consultés. Tout d'abord, certaines personnes rencontrées ont déploré le manque d'intégration des activités de supervision menées par les différentes parties prenantes. Cela a été considéré comme une barrière pour assurer une certaine efficacité et efficacité du système de suivi et supervision et pourrait avoir une conséquence négative sur la qualité de la mise en œuvre de la CPS. Un PTF en parle ainsi :

Dans les districts, on dit, il faut organiser une supervision intégrée. Qu'est-ce qui se passe ? On prend un véhicule, on met 3 ou 4 personnes dans le véhicule et puis on va on s'acharne sur l'équipe de santé. Chacun cherche ses informations et puis on prend, on fait un rapport et on dit que c'est une supervision intégrée, ce n'est pas une supervision intégrée. Et même si je remonte, une équipe quitte le niveau central et va au niveau régional, on dit qu'ils vont en supervision intégrée. En réalité, ils ne font pas de la supervision intégrée parce que la supervision intégrée suppose quelqu'un ou une équipe qui est polyvalente, qui peut faire plusieurs choses à la fois. Mais, là on prend 2, 3, 4 personnes de profils différents et ils vont sur le terrain, chacun attrape son vis-à-vis et puis on dit qu'on a fait une supervision intégrée. En fait, on a intégré les moyens pour aller faire une supervision qui est inefficace. Je dis que l'intégration telle que c'est vécu, ce n'est certainement pas la meilleure façon, et ça joue sur la qualité. (SP-Central PTF)

Aussi, faute de personnel qualifié, de temps ou de ressources logistiques le suivi et la supervision n'ont pas été réalisés comme il se doit et n'ont pas eu la même intensité dans tous les milieux. Par exemple, certains infirmiers-chefs de poste ont notifié qu'il était difficile pour eux de bien faire leur supervision auprès des distributeurs communautaires parce qu'ils : (1) n'avaient pas reçu

suffisamment de carburant pendant la campagne ; (2) avaient de nombreux villages à couvrir ; et (3) continuaient à assurer leurs activités de routine dans les CSPS. Sur cette même veine, le manque de personnels qui avaient de l'expérience de la CPS est relevé comme étant une limite pour la supervision. En effet, il a été soulevé dans les entrevues la difficulté d'avoir des personnes formées sur la CPS et disponibles pour assurer la supervision, surtout au niveau central. Cela conduisait souvent à mandater des personnes qui n'avaient pas les compétences requises pour assurer un travail de qualité. De plus, le nombre de superviseurs et de jours de supervision variait considérablement selon les zones dépendamment du PTF qui a financé. Une personne du niveau central résume bien ces difficultés en ces termes :

C'est vrai que même les superviseurs au niveau central et dans certaines zones X [nom PTF], nous avons connu un peu de difficultés. Parce qu'un seul superviseur, niveau central, pour toute une région c'est compliqué. Quand vous prenez les régions comme l'Est avec six districts, et les districts sont distants les uns des autres. Un seul superviseur qui va aller faire 3 jours. Il va aller dans quel district et laisser où ? Donc il est obligé de choisir et en fait le carburant est aussi insuffisant sinon même très insuffisant (...). Cela aussi ce sont des disparités observées dans cette activité de supervision. (SS – Central DPGML)

Sur cette lancée, quelques personnes, surtout des PTF et des responsables du niveau central, ont remis en question la pertinence de la supervision en cascade. Selon elles, il serait plus judicieux de favoriser une supervision des professionnels de la santé du niveau CSPS vers le niveau communautaire qui est beaucoup plus important pour assurer la qualité et l'efficacité de l'intervention. Cela permettrait, selon leur logique, de minimiser les coûts de l'intervention, surtout quand les PTF vont se retirer. Nonobstant, il est important de souligner que la plupart du personnel du système de santé des niveaux supérieurs (régional, central) n'est pas en accord avec cette idée. En effet, ces personnes ont surtout relevé que la supervision en cascade était en adéquation avec la construction hiérarchique du système de santé, donc elle est d'une importance capitale pour maintenir la qualité de l'intervention. En revanche, l'analyse des données a permis de déceler que les privilèges associés aux activités de suivi et supervision, notamment les motivations financières (*per diem*) reçues par le personnel de la santé pour les réaliser renforcent leur attachement à cette pratique.

En outre, beaucoup de personnes interviewées ont déploré le fait que la supervision des distributeurs communautaires par les infirmiers-chefs de poste durant la distribution et l'administration des médicaments n'était pas obligatoire. De ce fait, certains infirmiers-chefs de poste avaient relevé durant les entrevues qu'ils n'avaient pas de preuve concernant l'administration effective des médicaments par les distributeurs communautaires et les responsables d'enfant. Ils s'inquiétaient par conséquent de la possibilité de développement d'une résistance aux médicaments

dans le futur. Pour de nombreuses parties prenantes à différents niveaux, ces insuffisances pourraient nuire à la qualité, voire à l'équité de l'intervention à travers le pays. En ce qui concerne l'équité, certaines personnes interviewées ont notifié que la supervision n'était pas effectuée de la même manière dans toutes les zones. En effet, certains villages étaient inaccessibles en raison de leur éloignement des centres de santé, du mauvais état des routes et des inondations qui se produisent pendant la saison des pluies. De plus, les populations se déplacent beaucoup durant la période hivernale pour effectuer des travaux champêtres. Il était alors difficile pour les distributeurs communautaires d'atteindre, surtout, les enfants âgés de 3 à 11 mois qui se déplaçaient avec leur mère. Cela a emmené certains PTF à se questionner sur la capacité réelle du PNLP à assurer l'expansion de l'impact de l'innovation à travers le pays de manière équitable.

La qualité, comme on dit souvent, chez nous au Burkina « c'est bon, mais ce n'est pas arrivé ». C'est ça qui est le gros problème. Souvent vous n'avez même pas la certitude que ce que vous avez écrit comme directive est réellement respecté sur le terrain. (...). Vous n'avez pas la capacité d'aller dans tous les villages pour vérifier comment ça se passe, même les sorties pour faire la supervision, ce n'est pas sûr que vous atteigniez tous ceux qui sont chargés d'administrer. Donc vous ne faites que des échantillonnages pour voir si ici ça va. Souvent même quand les gens sortent, il y a des zones inaccessibles, on ne s'occupe même pas de ce qui se passe là-bas. C'est la saison des pluies. Et la saison des pluies, quand vous vous retrouvez quelque part où il faut avoir des pirogues pour aller dans un certain nombre de villages, bref. (SP-Central PTF)

En complément avec ce qui vient d'être dit, le développement d'une résistance aux médicaments a été beaucoup cité dans les documents consultés et les entrevues comme une inquiétude partagée par les différentes parties prenantes de la CPS. Sur ce point, des défaillances notées par rapport au suivi et la supervision semblent renforcer cette inquiétude, surtout relativement à la notification des aspects de la pharmacovigilance. En effet, il existe une structure nationale qui est la DGPMML [Direction Générale de la Pharmacie du Médicament et des Laboratoires] qui gère la notification d'événements indésirables en tandem avec la CAMEG [Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques] et le PNLP. Cependant, il a été constaté que la notification des effets indésirables faite par les professionnels de santé des niveaux périphérique et régional semble problématique. Plusieurs personnes interviewées et documents consultés¹⁴, surtout des niveaux central et régional, ont relevé le fait que les informations portant sur ces aspects ne sont pas toujours colligées ou transmises au district sanitaire ou au centre national de pharmacovigilance. Un des documents portant sur les résultats d'une consultation sur la pharmacovigilance (*DOC : Ouédraogo, 2017, février*) a d'ailleurs présenté un nombre important de déclarations d'événements indésirables

¹⁴ Voir dans annexe C certains documents : PNLP, 2015 ; DRS du Plateau Central. Bilan CPS du 28 juillet au 21 octobre 2017 ; DRS du Sahel. Bilan CPS 2017 ; PNLP, Rapport synthèse de la mise en œuvre de la campagne de Chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) en 2016 ; PNLP, 2016

en 2015 (n=2216) et en 2016 (n=1602) comparativement aux faibles notifications reçues au centre de pharmacovigilance en 2015 (n=61) et 2016 (n=528). Certains acteurs ont soulevé le sous-rapportage d'effets secondaires, tels que la diarrhée, la fièvre, les réactions cutanées, les somnolences, les douleurs abdominales ou les vomissements, tout en reconnaissant que ce problème était structurel et dépassait le cadre de la campagne CPS :

Sur les aspects de pharmacovigilance, parce que ce sont des médicaments qu'on utilise en masse. Quels effets non souhaités ces médicaments ont-ils sur les enfants ? Ce n'est pas toujours évident parce que comme vous savez dans nos pays, souvent ces questions de pharmacovigilance ne sont pas toujours rapportées et reportées. (SS-Central PNLP).

D'autres acteurs ont remarqué un sur-rapportage des événements liés à la pharmacovigilance dans les districts où la CPS est nouvellement implantée ou durant le premier passage. Par exemple, dans un rapport analysé (*DOC : PNLP, 2016, janvier*), il a été constaté que dans les 11 districts de Malaria Consortium plus de cas d'effets indésirables ont été déclarés durant le premier passage (n=1161) qu'au quatrième passage (n=56) durant la campagne de 2015. Certains acteurs ont expliqué ce phénomène par le fait qu'il existe une confusion entre rejets ou vomissements et effets indésirables dans la notification faite par les distributeurs communautaires :

Même la manière de notifier, ce sont les agents de santé qui devaient notifier et non les distributeurs communautaires. Mais les centres qui ont délégué les notifications aux distributeurs communautaires se sont retrouvés avec beaucoup plus de cas alors que bon ce n'était pas ça. C'est surtout dans les nouveaux districts qui mettaient en œuvre. (...) Donc, les gens avaient effectivement eu cette confusion vomissement en tant qu'effets indésirables et puis les rejets. Vous donnez à l'enfant, il rejette, et les gens considèrent comme vomissement. Non, ce sont seulement des rejets. Vomissement et effets indésirables sont différents. (SS - Central PNLP)

Tout compte fait, notre analyse des entrevues de sources primaires et secondaires a fait ressortir que la plupart des parties prenantes des niveaux périphérique et communautaire avaient une tendance à dire qu'il n'y avait pas d'effets secondaires constatés dans leurs zones. Cela peut nous emmener à considérer certains éléments explicatifs émis par certaines personnes rencontrées, selon lesquels la charge de travail élevée des agents des niveaux périphérique et communautaire pourrait expliquer la faible notification des aspects de pharmacovigilance. Autrement dit, ces agents, ayant beaucoup d'activités à mener durant les quelques jours de la campagne, ne prenaient pas le temps de faire les notifications nécessaires ou de remplir les fiches s'y correspondant. Aussi, certains documents officiels ont soulevé que certains responsables d'enfant ne faisaient rien ou ne savaient pas quoi faire si l'enfant présentait des signes d'effets indésirables les jours suivant l'administration des médicaments (*DOC : Monitoring zone Banque Mondiale, 2017, décembre*). En continuité à ces éléments soutenus par les données analysées, il est pertinent de nous interroger sur le degré et la

qualité des connaissances des professionnels de la santé du niveau périphérique et des distributeurs communautaires à pouvoir déceler les effets indésirables. Sur ce point, des documents ont mentionné que la principale difficulté avec la pharmacovigilance demeure le remplissage des fiches dû en quelque sorte à l'insuffisance de formation des acteurs sur ce volet (*DOC : p.ex., DRS des Hauts Bassins. Bilan de la campagne de prévention du paludisme saisonnier 2017 ; DRS du Plateau Central. Bilan CPS du 28 juillet au 21 octobre 2017 ; Région sanitaire du Sud-Ouest. Bilan CPS 2017. DRS du Sahel. Bilan CPS 2017 ; PNLP, 2018, janvier*).

5.1.3.3. Les ressources humaines, matérielles et de connaissance : entre souhaits d'intégration et réalités de la verticalité de la CPS.

La mise en œuvre de la CPS est assurée par les ressources humaines existantes dans le système de santé et les communautés. En effet, les différentes personnes et organisations impliquées dans la CPS ont de l'expérience et les connaissances dans la mise en œuvre des campagnes de masse. Ce sont souvent les mêmes acteurs déployés dans les autres campagnes de masse qui sont impliqués dans la CPS. Cela constitue un avantage en matière de coûts (financiers, matériels et de gestion des connaissances) et faciliterait l'appropriation de l'intervention par les différents acteurs de mise en œuvre et son intégration dans les pratiques du système de santé et des communautés. De plus, différentes formations et séances d'orientation qui sont données depuis 2014 aux différents acteurs permettraient de pérenniser les connaissances et les ressources humaines dans le futur, selon certaines personnes rencontrées. Un personnel du PNLP impliqué dans la gouvernance de l'intervention soulève ces éléments comme suit :

À tous les niveaux du système de santé, il y a une expérience dans des campagnes qui peuvent être un peu similaires à la campagne CPS, parce qu'il y a déjà des campagnes de traitement du trachome, de la filariose lymphatique, de la schistosomiase... (...) Donc c'est pour vous dire qu'il y a déjà une masse critique de personnes compétentes déjà formées et qui font ce travail et du reste. Avant chaque passage, nous faisons des orientations pour mettre à niveau les connaissances et donner d'autres informations à partir du niveau central. (SP-Central PNLP)

Cependant, les agents des niveaux périphérique et communautaire interviewés ont relevé une surcharge de travail qui vient avec la campagne CPS durant laquelle plusieurs activités de microplanification, suivi, supervision et formation leur sont demandées. Ces activités s'ajoutent à leurs fonctions de routine dans les services de santé ou leurs activités génératrices de revenu dans les communautés. Pour les professionnels de la santé, la CPS est menée durant une période de l'année où la fréquentation des services de santé est en hausse dans les centres de santé. Cela engendre une quantité de travail dans les CSPPS lors de la campagne exacerbée surtout par le manque de personnel de santé.

La CPS intervient au moment de pic. Des pics où nous avons assez de consultations. (...) Les difficultés : le personnel est insuffisant. Voilà ! Le personnel est insuffisant, alors que les données il faut les transmettre. Tu arrives, tu vas être là, tu es en train de combiner..., le malade, lui il s'en fout de ce que tu es en train de faire. Quand il arrive, ce sont ses soins qui l'intéressent. Donc, tu vas dire : « attends, attends ! », je vais finir quoi là... bon. (SS-Infirmier-chef de poste BOULSA)

La surcharge de travail pourrait avoir un effet négatif sur la qualité du travail accompli surtout par les infirmiers-chefs de poste et les distributeurs communautaires, notamment sur les activités de suivi et supervision et la communication interpersonnelle avec les responsables d'enfant. Il est important de souligner que les niveaux périphérique et communautaire sur lesquels repose la grande partie de la mise en œuvre de l'intervention rencontrent d'innombrables défis en matière d'insuffisance de personnels et de ressources matérielles, et de mobilité des ressources humaines. Ces insuffisances limitent leurs capacités dans la mise en œuvre de la CPS. D'ailleurs, plusieurs personnes interviewées ont soulevé l'insuffisance du nombre de distributeurs communautaires de même que leur matériel de travail dans certaines zones. Quelques raisons et défis qui expliquent cette insuffisance sont : (1) la méthode de calcul uniforme du nombre de distributeurs communautaires qui prend en compte seulement le nombre d'enfants à administrer par binôme de distributeurs communautaires au lieu du nombre de villages à couvrir et les particularités de chaque zone ; (2) la charge élevée de travail confiée aux distributeurs communautaires par rapport au salaire octroyé ; et (3) le manque de matériel de travail adapté à la période hivernale pour les distributeurs communautaires afin qu'ils puissent rejoindre les cibles. Ces défis entravaient la qualité de travail des distributeurs communautaires, particulièrement sur la communication interpersonnelle avec les responsables d'enfant. En effet, il a été relevé dans l'analyse des données un manque de transmission adéquate des informations, par les distributeurs communautaires aux responsables d'enfant, sur la prise du médicament AQ et sur les comportements favorables pour prévenir le paludisme. Ces manquements pourraient entraver la qualité de l'administration des médicaments par les responsables d'enfant et probablement créer de la résistance aux médicaments dans le futur. Ainsi, plusieurs professionnels de la santé du niveau périphérique ont soulevé l'importance de mieux former les distributeurs communautaires, surtout relativement à la communication interpersonnelle. Une personne impliquée dans la recherche qui avait fait plusieurs observations du travail des distributeurs communautaires durant certains passages en parlait ainsi :

Il y a cette inquiétude de la possibilité de résistance aux médicaments dans la zone, du fait du manque de communication parce que souvent les distributeurs communautaires... ils trouvaient qu'ils étaient trop surchargés pour l'activité. Ils devaient faire plus de 50 distributions par jour. Ils voyaient que c'était déjà chargé avec des motivations très minimes. Donc ce n'était pas vraiment une activité [campagne CPS] qu'ils ont préférée par rapport aux autres activités [campagnes de masse]. Souvent ils viennent, ils distribuent, ils

ne disent rien. Quand nous avons analysé nos données de collecte, très peu de parents étaient informés. (SP-Chercheur)

Pour motiver le personnel impliqué dans la CPS, des indemnités (*per diem*) ou une motivation financière sont octroyées lors des activités de formation, suivi et supervision, distribution et communication. Cette motivation financière est uniformisée au niveau national et le montant est plafonné selon les différents niveaux du système de santé sans une prise en compte de la charge de travail effectuée. Par exemple, les taux d'indemnisation journalière sont plus élevés pour les acteurs des niveaux supérieurs que pour ceux des niveaux inférieurs. Par conséquent, le personnel sur lequel repose la grande charge de travail, notamment les infirmiers-chefs de poste et les distributeurs communautaires, a des motivations financières plus basses que les acteurs des niveaux supérieurs pour une même activité. Il ressort des analyses la nécessité d'augmenter dans le futur leur motivation financière pour une bonne continuité de l'intervention. Par exemple, certaines personnes rencontrées ont soulevé que la disproportion entre la charge de travail des distributeurs communautaires et leur motivation financière pourrait poser à long terme le problème de rétention et pourrait entraver également la qualité de leur travail, surtout dans les zones où ils peuvent travailler dans d'autres secteurs d'activité.

Je n'aimerai pas être DC [distributeur communautaire], je n'aimerai pas être distributeur. Quand je pars voir leur travail pour 2 500 francs [environ 4 \$ US par jour], je ne ferai pas un tel travail. C'est difficile, de telle sorte que la qualité même peut prendre un coup. (SP-Central PADS)

Nous sommes dans une zone aurifère, quand on les prend et on dit 2 000 ou 2 500 francs [environ 4 \$ US par jour], ils trouvent que ce n'est pas motivant par rapport au travail qu'ils vont faire. Ils vont sillonner les concessions, donner les médicaments, avec toute la charge de travail qu'il faut, ce n'était pas simple. (SS-Périphérique Tougan)

Dans les analyses effectuées, plusieurs personnes, surtout du système de santé et les distributeurs communautaires, ont soutenu que pour maintenir l'intervention et la qualité de sa mise en œuvre la motivation financière ressortait comme un élément fondamental. En revanche, certaines personnes qui sont hors du système de santé (PTF ou acteurs de la recherche) la considéraient comme une contrainte pour la pérennisation de l'intervention. En effet, pour ces dernières, les *per diem* sont utilisés durant les campagnes de masse comme un moyen pour maintenir l'intervention et améliorer la performance des acteurs. Toutefois, ce type de motivation renforce chez le personnel de santé l'idée de maintenir la CPS comme une activité indépendante, non intégrée dans les pratiques du système de santé et des communautés. De ce fait, l'arrêt de la motivation financière pourrait entraver soit la continuité de l'intervention, soit la diminution de la qualité de la mise en œuvre, selon quelques professionnels de la santé qui ont voulu aborder cette question. Un professionnel de la santé du niveau périphérique a parlé de l'éventualité que la CPS soit intégrée dans leur routine de

travail et sans motivation financière en ces termes : « *C'est bien, on peut vouloir aider la population pour qu'elle ait une bonne santé, on peut le faire, mais il y aura une différence entre être motivé et ne pas être motivé.* » Néanmoins, la motivation financière demeure une problématique beaucoup plus structurelle et interpelle d'autres aspects en lien avec la façon dont les campagnes de masse sont menées dans le pays, comme en témoignait un acteur du niveau central :

En fait, même quand tu prends les agents de santé dans un district, pour eux la CPS, c'est une opportunité pour se faire un peu plus d'argent, plutôt que de penser qu'on peut leur demander d'en faire une activité de routine. (...) Ils voient comment on peut gagner de l'argent dans cette campagne-là, parce que c'est resté dans la mémoire des gens, les campagnes, ce sont des occasions où on distribue de l'argent. Si je prends les campagnes polio, si je prends les campagnes de vaccination réactives que ce soit la méningite ou autre chose, on donne beaucoup d'argent. (SP-Central PTF)

5.1.3.4. *Le financement de la CPS : entre abordabilité et stabilisation.*

Le financement de l'intervention est considéré par les décideurs comme un élément fondamental dans les processus de pérennisation et de mise à l'échelle de la CPS. De prime abord, il s'avère important de notifier que la plus grande partie du financement de l'intervention est supportée par les PTF, notamment les coûts en intrants (médicaments, supports logistiques, outils de formation, de communication, de suivi) et les coûts opérationnels. Outre le financement de la phase pilote (2014), l'État contribuait indirectement à la CPS, notamment par l'utilisation des ressources humaines et matérielles du système de santé et par le financement de la Banque mondiale qui est un emprunt selon certains acteurs du niveau central¹⁵. Néanmoins, les communautés ne payaient pas pour obtenir les médicaments de la CPS, ce qui est à priori une opportunité pouvant favoriser leur adhésion et renforcer l'équité dans l'expansion de l'impact de l'intervention.

Le financement de la CPS a été influencé positivement et négativement par des éléments internes comme externes à l'intervention. Concernant les éléments internes, la CPS a été considérée comme étant une intervention abordable par différents acteurs rencontrés et dans les documents consultés. Le coût de la CPS a été plafonné aux environs de 3,93 \$ US en 2015 par enfant pour les quatre passages et il a été diminué en 2016 entre 2,12 \$ à 2,65 \$ (*sources : entrevues et documents*). Dans certains documents d'Access-SMC de Malaria Consortium, il a été relevé que le coût moyen pour protéger un enfant du paludisme avec la CPS était estimé à 3,4 \$ US pour les quatre passages, ce qui correspond à un coût mensuel par enfant estimé à environ 0,85 \$ (*DOC : Malaria Consortium,*

¹⁵ En effet, le Burkina Faso a reçu un financement à hauteur de 37 000 000 de dollars américains pour financer le Projet de lutte contre le paludisme et les maladies tropicales négligées, dont la CPS en est une composante (*DOC : PADS, Projects & Operations. Sahel Malaria and NTDs Project*).

Sauver des vies – la CPS à grande échelle) ou 1\$ (DOC : *Management Sciences for Health, 2016, 28 avril*). Dans la pratique, ne disposant pas d'une évaluation des coûts de la CPS, le PNLP effectuait quelques ajustements du financement au niveau des districts, mais tout en ne dépassant pas le seuil du coût moyen par enfant. Un acteur soulevait ces éléments ainsi :

Il n'y a pas eu une évaluation proprement dite en tant que telle des coûts, je ne peux pas le dire. Mais, ce que nous, nous essayons de faire, c'est juste un truc opérationnel que nous-mêmes nous faisons lorsqu'on fait les micros plans. Lorsqu'on fait des micros plans on essaie rapidement avec les coûts opérationnels du district, on rapporte à la cible pour voir combien ça peut être à peu près par enfant. Ça veut dire qu'on voit déjà le coût moyen de l'intervention par enfant. Ça, ça n'augmente pas trop d'une année à une autre, mais ça peut varier d'un district à un autre autour de 1 200 [environ 2,03 \$ US] en allant à 1 400 FCFA [environ 2,36 \$ US] comme ça. Si c'est trop, dans un district donné c'est peut-être 1 500 [environ 2,53 \$ US] le coût moyen par exemple par enfant. (SP-Central PNLP)

Ce plafonnement du coût a des implications positives et négatives sur la pérennisation et l'expansion de l'intervention. Tout d'abord, le coût de la CPS calculé par enfant est jugé abordable par les PTF qui sont enclins à la soutenir financièrement. Cependant, le financement ne dépend pas seulement du coût par enfant, mais également de la progression spatiale de l'intervention (ajout de nouveaux districts) et par conséquent de l'augmentation de la population cible ; ce qui tend à augmenter le financement global par année de la CPS. Cela fait en sorte que certains PTF ayant des budgets plafonnés ont diminué leur appui, en se retirant progressivement de certains districts ou en décidant de ne pas augmenter le nombre de districts couverts les années qui suivaient (voir tableau 10). En plus, le fait que le calcul du financement soit basé uniquement sur le coût par enfant avait des effets négatifs sur la mise en œuvre, notamment la non-satisfaction des besoins exprimés au niveau périphérique (des matériels de travail adéquats pour les distributeurs communautaires), ou encore la diminution du financement de certaines activités (la faible motivation financière des distributeurs communautaires, le manque de diffusion de la communication). Il est important de souligner qu'une grande partie du financement total de la CPS est absorbée par les médicaments et les matériels pour la campagne (38%), selon les données de 2016 (DOC : *Management Sciences for Health, 2016, 28 avril*). Le contrôle du coût de la CPS peut alors à long terme être défavorable à la qualité de l'intervention, à l'adhésion des communautés et à la motivation des professionnels de la santé, et par conséquent à sa pérennisation et sa mise à l'échelle. Pour cela, il demeure important que des études puissent être réalisées sur la faisabilité économique de la CPS dans des conditions de mise en œuvre populationnelle au Burkina Faso pour une meilleure considération des besoins réels pour assurer la qualité et l'équité de la mise à l'échelle. Un acteur d'une ECD a exprimé ces différents défis en ces termes :

Si on compare l'année passée [2015] qui était le début, on voit que les activités de communication étaient bien dirigées (...). Mais cette année [2016], malheureusement ces volets ont été supprimés. (...). Les messages n'ont pas été supprimés, mais la diffusion de ces messages n'a pas été financée. Ce volet reste nécessaire parce que si la population n'a pas été bien informée, c'est très difficile d'accepter et de comprendre la campagne. (SS-ECD Boulsa)

Par ailleurs, la stabilisation du financement ressort comme un élément important dans la poursuite de l'intervention et de sa mise à l'échelle. En effet, la plupart des financements des PTF actuellement disponibles arrivent à échéance en 2019-2020. En plus, certains PTF comme Malaria Consortium avaient diminué en 2018 le nombre de districts qu'ils couvraient (voir tableau 10). De ce fait, nonobstant l'arrivée de nouveaux PTF pour financer l'intervention, pour la plupart des acteurs rencontrés le financement de la CPS à long terme n'est pas stable, ce qui peut avoir des conséquences sur la continuité des activités de l'intervention et de son extension progressive. Ce manque de stabilisation des ressources financières met les différentes parties prenantes dans un sentiment d'inquiétude et d'incertitude face à l'avenir de la CPS. Cela nous emmène à nous interroger sur l'implication effective de l'État dans le financement direct de l'intervention. Sur ce point, la contribution de l'État a été jugée insatisfaisante par la majorité des acteurs rencontrés. Cela pose inéluctablement d'une part la question de l'appropriation de la CPS par l'État comme une condition *sine qua non* de sa pérennisation, et d'autre part de la fragilité des acquis de la mise à l'échelle :

On peut dire aussi que le passage à l'échelle est très fragile pour l'instant étant donné que c'est soutenu beaucoup par des partenaires différents. On peut se retrouver à 70 [districts sanitaires couverts], mais à un moment donné si vous n'arrivez pas à trouver d'autres partenaires... on pourrait revenir à 65 [districts]. Rien n'est sûr sincèrement. Il faut vraiment que l'État commence à comprendre déjà qu'il faut assurer un certain nombre de districts de toute façon, et même si les partenaires vont contribuer. Il faut cibler un certain nombre de districts même si c'est en termes d'achat de médicaments. On peut avoir les médicaments et puis maintenant négocier les coûts opérationnels avec les partenaires. Mais ne rien faire et puis laisser tout à la portée des partenaires, ce n'est vraiment pas sûr. C'est vraiment une insécurité (rire). (SP-Central PNLN).

Si aujourd'hui les partenaires se retirent, il n'y aura pas de CPS, ça c'est dommage parce que vu les effets bénéfiques, l'État devait tout faire pour s'accaparer la majeure partie du financement, mais là c'est le contraire. Quand quelqu'un finance ton fonctionnement, le jour où il n'est pas là, tu ne vas pas fonctionner. (SP-Central PTF)

À cela s'ajoutent des éléments externes à l'innovation, notamment le fait que le Burkina Faso traverse depuis quelques années une instabilité politique et sociale qui, selon certains acteurs, pourrait avoir des conséquences négatives sur le financement. En effet, il y a des risques, surtout dans les zones frontalières entre le Mali et le Niger, pour la continuité de certaines activités de la

CPS à long terme. Par exemple, certains acteurs ont soulevé la crainte de l'arrêt des activités de suivi et de supervision telles que réalisées ; le risque que les stocks de médicaments soient détournés ou volés ; ou encore le retrait des professionnels de santé dans ces zones. Par ailleurs, l'agenda mondial de l'éradication du paludisme d'ici 2030 comme une priorité internationale pourrait être favorable au financement de la CPS dans les années à venir. Selon certaines personnes rencontrées au niveau central, c'est une fenêtre d'opportunité qui pourrait garantir la continuité du financement de la CPS, au moins jusqu'en 2030. Toutefois, la rareté grandissante des ressources au niveau international est considérée comme un frein à la recherche de financement, puisque certains PTF soutenant la CPS ont affirmé rencontrer des difficultés pour mobiliser les bailleurs de fonds :

C'est vrai que... surtout sur le plan international de plus en plus il y a une rareté des ressources, là il faut le reconnaître. Une rareté des ressources des partenaires pour tous les pays. Donc, c'est un facteur défavorisant qu'il faut prendre en compte (SP-Central PTF)

5.1.3.5. Leadership et gouvernance : entre volonté de planification collaborative et absence de gouvernance inclusive.

Pour assurer une certaine cohérence dans l'ensemble de l'intervention, le PNLP a tenté de favoriser une synergie avec les différentes parties prenantes qui financent et mettent en œuvre la CPS. Pour mieux s'adapter aux réalités de l'environnement d'implantation, le PNLP a adopté une gouvernance centralisée, mais qui tend vers la flexibilité : en assurant une microplanification au niveau périphérique à partir d'un chronogramme générique de l'intervention ; et en organisant des rencontres post-campagne pour tirer des leçons sur les forces et les faiblesses de la mise en œuvre. Ces différentes étapes leur permettaient de responsabiliser et d'impliquer les DRS, les districts sanitaires y compris les CSPS dans l'intervention. Dans la gouvernance de l'intervention, les responsables du PNLP considèrent que pour maximiser les résultats attendus, les décideurs dans cette intervention sont à tous les niveaux du système de santé et des communautés :

Les décideurs sont à tous les niveaux. Quand vous prenez le niveau central, le niveau du ministère de la Santé, il reste bien entendu que c'est le ministre avec son bras technique qui est le PNLP. Mais il faut savoir qu'à tous les niveaux, il y a des décideurs, jusqu'à la mère qui donne ou qui autorise de donner le médicament à l'enfant. Et si cette mère n'était pas consentante, on n'allait pas le faire. (SP-Central PNLP)

Cependant, la planification collaborative rencontre des défis liés aux PTF qui ont souvent la dernière décision sur les activités qui seront financées et mises en œuvre. Cela a des conséquences directes sur l'adaptation de l'intervention au niveau local ; et montre en effet que les activités réalisées dans la CPS dépendent largement du financement disponible. Ainsi, les multiples PTF impliqués dans la CPS ne travaillaient pas généralement en coordination dans l'exécution de leurs activités, seulement ceux qui avaient cofinancé une zone essayaient de mutualiser leurs ressources.

Par exemple, dans un des documents analysés (*DOC : Région de la Boucle du Mouhoun, Bilan CPS 2017*), il a été relevé qu'il n'y avait pas d'harmonisation de la planification et des pratiques entre le seul district couvert par le financement de JHPIEGO et les cinq districts de la Banque mondiale. Ces éléments soulèvent l'importance de considérer le financement comme un déterminant important dans la façon dont le leadership et la gouvernance de l'intervention s'actualisent. Sur cette lignée, certains acteurs du PNLP ont soulevé que les préoccupations des milieux sont prises en compte dans la planification de l'intervention, tout en soulignant les limites en lien avec les réalités organisationnelles et financières des PTF. Une personne du PNLP impliquée dans la gouvernance de l'intervention parle du processus de planification ainsi :

La planification, il est vrai que nous donnons les grands axes et nous essayons d'arranger les choses ensemble et nous soumettons maintenant le tout aux partenaires. Mais cela fait l'objet de validation avec le district. (...) Une fois que nous avons fait ça, nous validons et nous donnons ça aux partenaires. Il est vrai que le partenaire aussi en fonction des moyens peut retoucher certains aspects. C'est peut-être ça qui fait après nous pouvons revenir et dire que bon nous avons dit ça ensemble avec le district, mais finalement ça n'a pas été très bien respecté, mais dans l'ensemble quand même nous avons pu prendre en compte la grande partie des préoccupations des districts. (SS-Central PNLP)

A *contrario*, certains acteurs des niveaux périphérique et communautaire ont déploré le fait que souvent leurs préoccupations ne sont pas largement prises en compte, à cause des limites liées au financement : « *La première difficulté c'est l'insuffisance des ressources financières. Les campagnes là sont faites avant d'être financées. Ce que les gens prévoient, ce n'est pas ce qu'ils nous donnent.* » (SS-Régional Fada)

Par ailleurs, la pérennisation de la CPS dépend grandement des communautés, notamment leur appropriation de cette intervention. Cependant, certaines limites ont été notées dans l'implication du niveau communautaire dans la gouvernance collaborative. En effet, bien que les acteurs du niveau communautaire soient reconnus comme étant un pilier important pour pérenniser et assurer le bon déroulement de la mise en œuvre de la CPS, leur implication dans l'ensemble de la campagne demeure passive, surtout dans les prises de décision. L'analyse a révélé qu'ils sont utilisés dans une perspective de faire adhérer les populations à l'intervention, et donc d'en maximiser la couverture géographique. De ce fait, leurs rôles se limitaient souvent à la distribution et l'administration des médicaments ou à la diffusion de l'information. Certains acteurs considéraient que plusieurs choses devraient être améliorées dans la gouvernance de la CPS au niveau communautaire dans une perspective de renforcement des capacités des distributeurs communautaires et des responsables d'enfant. Cette limite ne devrait pas être négligée, car une défaillance à ce niveau pourrait entraîner

à long terme une résistance aux médicaments, et également elle ne permettrait pas d'incorporer une routine de la CPS à long terme dans les pratiques des communautés :

Ce que je vais ajouter, c'est surtout cette capacitation de la population en fait. Il faudrait les impliquer plus à être des acteurs de la prévention de leur propre santé plutôt que bénéficiaires ; parce que là c'est vraiment on reçoit... Ils n'ont pas vraiment cette capacité à se protéger, à aller demander... (SP-Chercheuse).

Outre ces limites, l'analyse des données a montré des dysfonctionnements en lien avec la gouvernance du système de santé qui peut avoir une influence sur la mise à l'échelle et la pérennisation de la CPS. De fait, en 2017 deux passages sur quatre de la campagne CPS n'ont pas été réalisés dans le district sanitaire de Pouytenga, à cause d'une lutte syndicale des professionnels de la santé pour des raisons liées à la mauvaise gestion des ressources financières et humaines aux niveaux périphérique et communautaire concernant le manque de transparence et la corruption dans les campagnes de masse. L'une des revendications des professionnels de la santé était d' « arrêter l'organisation à crédit des campagnes de traitement de masse ; transparence dans la gestion des campagnes » (DOC : *Lutte des travailleurs de la santé humaine et animale dans le Centre-Est : Le SYNTSHA dénonce des « manœuvres de liquidation du syndicat », 5 avril 2018*). Cette crise de gouvernance au sein du système de santé a été soulevée explicitement que par deux personnes participantes du niveau central. Certains distributeurs communautaires ont signalé, durant certaines entrevues, qu'ils font souvent des campagnes de masse à crédit et sont payés plusieurs mois plus tard. Le fait que peu d'acteurs interviewés ont parlé de cette crise semble étonnant. Toutefois, durant mon immersion sur le terrain d'étude, j'avais constaté que la gouvernance dans le système de santé est de plus en plus dénoncée par les acteurs du système de santé, ce qui pourrait menacer la pérennité de certaines interventions. Mes observations m'ont permis de constater que les dynamiques de pouvoir existant entre les professions (médecins, infirmiers, sages-femmes) et l'aspect normatif de la hiérarchisation du système de santé semblent être des raisons qui font que les crises de gouvernance sont peu soulevées ou discutées par les professionnels de la santé. Un des acteurs du niveau central qui a analysé ce problème comme étant structurel et comme un déterminant externe à la pérennité de la CPS l'évoquait comme suit :

Actuellement, la gestion des agents de santé, l'organisation qui est mise en place me laisse un peu pessimiste sur la pérennisation, s'il n'y a pas d'autres mesures plus rigoureuses qui sont prises. Mais, souvent même c'est au-delà des agents de santé, c'est même plus au niveau ministériel et pourquoi pas plus haut même, au niveau des instances dirigeantes du pays. Si je prends l'exemple du district de Pouytenga, vous avez peut-être entendu parler de ça, district où les agents de santé décident parce qu'ils ne sont pas d'avis avec la manière de gérer de leur premier responsable, ils font un blocage des données statistiques ou bien ils décident de ne pas organiser une campagne. Même la CPS l'année passée, partout il y a

eu quatre passages, mais chez eux, je pense qu'il n'y en a eu que deux passages, le reste, ça n'a pas eu lieu. Ils ont décidé de ne pas le faire ? Oui, et puis ils n'ont pas fait. (SP-Central PTF)

5.1.3.6. Simplification de la complexité l'intervention : équilibre entre harmonisation et adaptation.

Comme relevé plus haut, la CPS est perçue comme étant complexe, notamment par la diversité et les niveaux hiérarchiques des acteurs décisionnels et de mise en œuvre et par les milieux hétérogènes d'implantation. De ce fait, l'élément favorable retenu par les acteurs du niveau central est d'harmoniser l'intervention à travers une mise en œuvre uniforme, autant que possible, dans tous les districts sanitaires. De 2014 à 2018, à travers le leadership du PNLP, il y a eu une tendance d'harmoniser des outils et des pratiques de l'intervention dans le but de la simplifier. Par exemple, les dates de la campagne de même que les activités et outils de formation, de suivi et supervision ont été standardisés. Également, il y a eu une harmonisation du nombre de distributeurs communautaires ; de la formule et de la quantité de médicaments calculée en fonction de la cible ; des outils de formation, de communication et de suivi ; des coûts (prise en charge des formations et du suivi et de la supervision selon les niveaux hiérarchiques). Des formes d'adaptation présentées dans la figure 9 dévoilent une volonté de mettre en place une culture d'apprentissage au sein de la CPS qui peut être exploitée pour pérenniser la CPS et sa mise à l'échelle. Toutefois, plusieurs de ces initiatives, surtout aux niveaux périphérique et communautaire, sont des cas isolés. Elles concernaient seulement un milieu donné et elles n'ont pas été répliquées dans d'autres milieux.

Cependant, cette volonté d'uniformiser l'intervention a rencontré certaines difficultés, notamment avec les particularités organisationnelles des PTF. De ce fait, souvent le PNLP acceptait de jongler avec ces réalités organisationnelles au détriment des tensions ou des défaillances dans la mise en œuvre qu'elles engendraient aux niveaux périphérique et communautaire :

Là où on a de petits soucis, c'est que les partenaires ont aussi souvent leur réalité qu'on n'arrive pas jusqu'à présent à harmoniser. Allez voir, il y en a qui vont dire que : « nous on veut bien, mais sincèrement compte tenu de l'enveloppe nous ne pourrions pas financer telle activité, par exemple l'activité de plaidoyer ou de diffusion de messages au niveau des radios dans les districts ». Alors que d'autres partenaires vont le faire. (SP-Central PNLP)

Si l'harmonisation de l'intervention semble bénéfique pour la planification et la mise en œuvre de l'intervention dans la perspective du niveau central, par ailleurs, elle n'est pas perçue de la même manière par les niveaux périphérique et communautaire. En effet, certains de ces acteurs y voient un frein à l'adaptation de l'innovation à leurs réalités. Par exemple, l'harmonisation du nombre de distributeurs communautaires par CSPS est décriée par certains infirmiers-chefs de poste comme étant défavorable pour certains villages qui ont des particularités géographiques ou populationnelles

(distance avec le CSPS, nombre d'habitants ou d'habitations, relief de la zone) que d'autres n'ont pas.

Ça, il faut dire que le nombre de distributeurs communautaires n'a jamais été suffisant en termes d'aires sanitaires à couvrir. Parce qu'il n'y a pas que la cible en tant que telle à couvrir, mais il y a les villages aussi. Il y a des concessions ou des hameaux de culture qui sont distants et on ne tient pas compte de ça. C'est surtout la cible qui doit se déplacer. (SS-Périphérique Boulsa)

Néanmoins, certaines simplifications faites dans le processus d'harmonisation de l'intervention ont été grandement appréciées par les acteurs périphériques et communautaires, notamment la suppression en 2017 des registres que remplissaient les distributeurs communautaires dans leur travail, de même que le changement de la formule des médicaments de non-dispersible à dispersible aromatisée. Ces changements sont perçus comme ayant un effet positif sur l'administration des médicaments, mais également sur la qualité de la mise en œuvre.

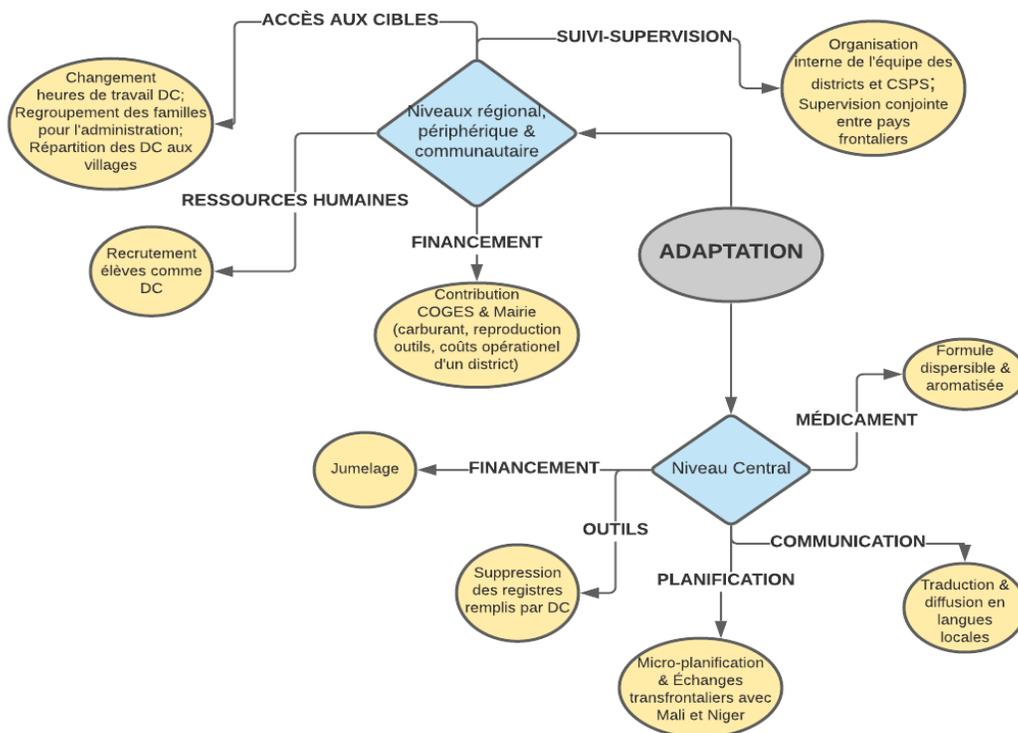


Figure 9. Stratégies d'adaptation faites aux niveaux central, régional et périphérique

5.1.4. Conclusion du cas CPS : les faits saillants

L'analyse des données du cas CPS permet de relever plusieurs faits saillants au sujet de l'objectif d'étude qui était de comprendre les éléments qui peuvent influencer la mise à l'échelle et la pérennisation de la CPS au Burkina Faso, à travers sa progression spatiale et temporelle. Ces faits saillants ont été classés selon les trois questions de recherche qui sont reformulées ici selon le cas CPS.

i. Comment l'innovation CPS a-t-elle émergé, a-t-elle été implantée et diffusée (dans le temps et l'espace) au Burkina Faso ?

Les résultats de cette étude permettent de relever que l'adoption de la CPS au Burkina Faso par les autorités de la santé a été faite dans le but de réduire les taux de mortalité et morbidité dus au paludisme chez les enfants de moins de cinq ans. Cette décision a été encouragée par les recommandations de l'OMS qui sont soutenues par des études contrôlées de l'efficacité de la CPS comme une stratégie prometteuse dans les pays qui sont endémiques au paludisme. Dans ce sens, bien que l'intervention soit pertinente pour l'État et les populations au Burkina Faso, l'analyse des données a montré que la décision de l'implanter dans certaines zones et de la mettre progressivement à l'échelle dépendait largement du soutien des PTF. De ce fait, le financement externe des bailleurs de fonds a été l'élément principal qui a motivé la mise à l'échelle rapide de la CPS. Cette dépendance au financement externe soulève plusieurs enjeux quant à la qualité et l'équité qui sont des composantes essentielles dans un processus de mise à l'échelle. En effet, il a été constaté qu'en fonction de la disponibilité du financement d'un PTF, certaines activités étaient implantées ou non dans certains milieux. En plus, le coût de la CPS par enfant a été plafonné dans le but de maximiser économiquement la rentabilité de la CPS et non la qualité de l'intervention. Bien que le système de suivi et supervision des acteurs ait relevé plusieurs défaillances dans la mise en œuvre dans certains milieux (p.ex., manque d'activités de communication, incertitude de l'administration efficace des médicaments aux enfants, problèmes d'accès aux villages, etc.), toutefois le financement disponible limitait la possibilité que des corrections puissent être apportées à l'intervention. Cela participe à renforcer l'iniquité dans la façon dont les milieux reçoivent l'intervention, mais également contribue à détériorer la qualité de la mise en œuvre, ce qui peut créer de la résistance aux médicaments. Outre cela, les résultats de ce cas permettent de constater que cette façon de procéder a eu des répercussions sur le manque de coordination et d'harmonisation des actions des PTF. Selon le budget disponible et ses réalités organisationnelles, un PTF pouvait décider de financer ou non certaines activités (p.ex., communication, suivi et supervision) dans les districts sanitaires qu'il a en charge. De ce fait, bien que le PNLP ait un rôle de leadership et de coordination, ses capacités de négociation avec les PTF ont été très limitées par

le fait que la continuité de la mise à l'échelle et de la mise en œuvre de la CPS dans le pays dépendait largement du soutien de ces organisations.

Dans ce sens, les résultats ont également relevé qu'aucune planification n'a été faite de la mise à l'échelle ni de la pérennisation. La mise à l'échelle a été considérée comme une extension ou une reproduction systématique et uniforme des composantes de l'innovation et la pérennisation comme un résultat qui découle de façon « spontanée » de la mise à l'échelle et de la mise en œuvre de l'intervention. Cela révèle, en fait, que les étapes de l'innovation sont pensées de façon séquencée et linéaire, en plus tous les efforts consentis par les acteurs impliqués (plaidoyer, mobilisation des ressources) sont dirigés vers l'amélioration de la couverture géographique, du financement et la réalisation des activités de la CPS. Cette façon de faire a été une limite pour les acteurs impliqués, surtout ceux de la mise en œuvre, d'apporter des adaptations nécessaires aux différents contextes d'implantation de la CPS.

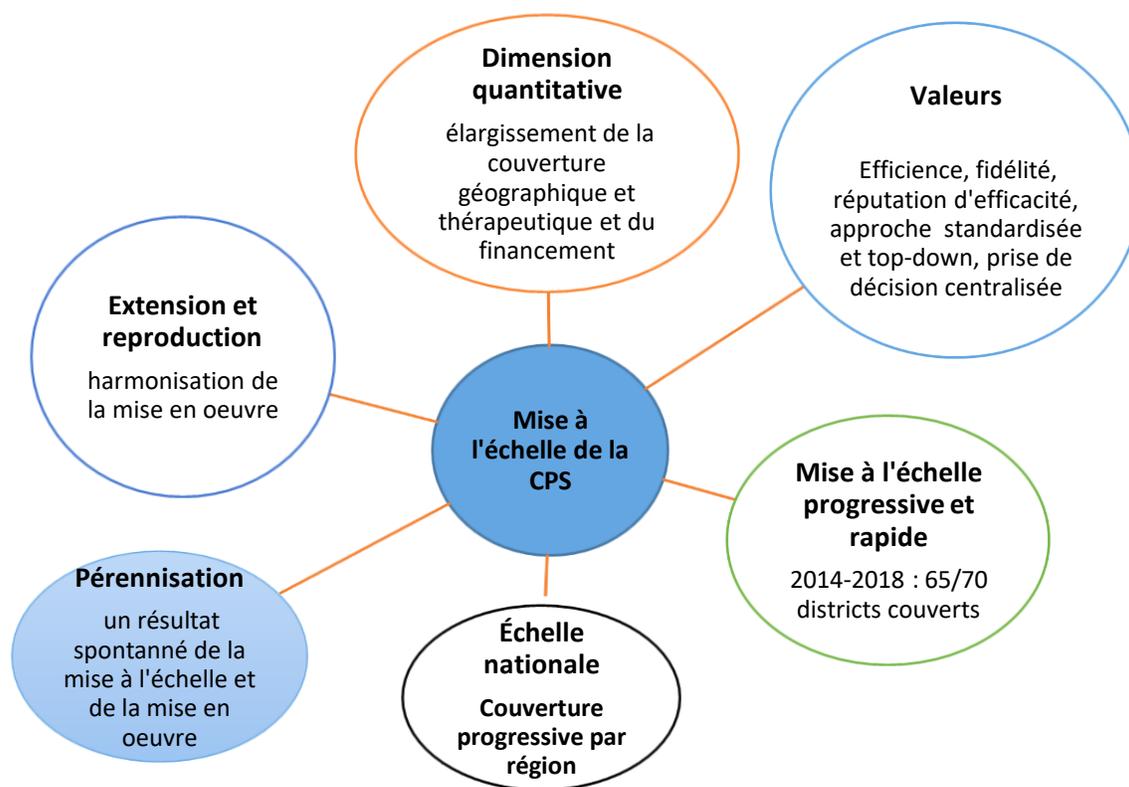


Figure 10. Vision globale des résultats en lien avec la mise à l'échelle et la pérennisation de la CPS

Par ailleurs, cette étude a également relevé que la mise en œuvre et la continuité de l'intervention dans le pays ne dépendaient pas de preuves factuelles de son efficacité à travers des études évaluatives et cycliques. Cela fait ressortir que l'efficacité reposait sur un jugement de valeur fait

par les acteurs impliqués qui confèrent une réputation d'efficacité à la CPS. Sur ce point, l'expansion de l'impact de l'innovation de manière équitable et durable dans le pays ne semble pas être une valeur qui a guidé les actions et décisions dans cette innovation. En revanche, l'efficacité dans la mise en œuvre du programme a été un élément fort important pour les acteurs impliqués. En effet, l'analyse des données a montré que l'intervention a été implantée et mise en œuvre dans une approche verticale, *top-down*. En utilisant les ressources matérielles et humaines des systèmes de santé et communautaire, cette verticalité permettait de maximiser l'utilisation des ressources de l'intervention et d'accélérer la mise à l'échelle. Pour ce faire, le respect de la fidélité de l'intervention, à travers la standardisation des outils et stratégies pour la mise en œuvre et l'adoption d'une gouvernance centralisée et hiérarchisée, a été privilégié au détriment de l'adaptation de l'intervention aux contextes. De fait, l'harmonisation de l'intervention a soulevé quelques répercussions sur le système de santé et communautaire, notamment la surcharge de travail qui peut causer des effets négatifs sur la qualité des services rendus. Dans ce sens, les communautés (les responsables d'enfants et acteurs communautaires) ont joué un rôle passif dans l'intervention, alors qu'elles sont un pilier important pour assurer que la distribution et l'administration des médicaments aux enfants soient réalisées de façon efficace.

- ✚ Tout compte fait, nous pouvons retenir que la CPS est considérée comme une intervention verticale qui est menée à travers le système de santé et communautaire existant. N'étant pas intégrée dans les routines de ces organisations et n'étant pas soutenue financièrement par l'État, elle continue sur la base de l'existence du financement des PTF. Il n'existe pas de planification de la mise à l'échelle et de la pérennisation, toutefois nous pouvons entrevoir dans la réalisation de l'intervention que ces processus sont interconnectés et coévoluent au travers d'autres processus qui se manifestent dans le temps et l'espace. La figure 10 présente une vision globale de la mise à l'échelle et de la pérennisation dans le cas CPS.

ii. Quels sont les éléments qui peuvent influencer la mise à l'échelle et la pérennisation de la CPS selon son évolution au Burkina Faso ?

Divers éléments en lien avec la structure interne de l'innovation, des organisations qui la supportent et de l'environnement qui lui est externe et avec lequel elle interagit peuvent influencer la mise à l'échelle et la pérennisation de la CPS. Ces éléments ont été regroupés en sept catégories qui sont : efficacité ; système de suivi et de supervision ; ressources (matérielles, humaines et de connaissance) ; financement ; leadership et gouvernance ; simplification et adaptation ; et autres éléments connexes (voir tableau 11). Ce qu'il faut retenir de ces résultats, c'est d'abord chacune de ces catégories est une interaction des éléments internes et externes de la CPS, ensuite elles sont

interdépendantes et s'influencent simultanément à travers le temps et l'espace d'évolution de la CPS. Dans ce sens, ces résultats mettent en exergue que les caractéristiques ou attributs de la CPS, seuls, ne peuvent pas permettre d'expliquer les éléments qui influencent la continuité ou l'arrêt de la mise à l'échelle ou de l'intervention. Par exemple, le fait que la CPS soit compatible aux valeurs et normes des organisations qui la soutiennent - qu'elle soit pertinente pour l'État et pour les communautés - ne peut pas permettre de comprendre les opportunités ou les risques de chaque élément sur la pérennisation et la mise à l'échelle.

- ✦ Il faut alors retenir que les éléments qui influencent la mise à l'échelle et la pérennisation proviennent d'une interaction : (1) de la structure de l'innovation (degré de complexité, pertinence, intrants disponibles, etc.) ; (2) des caractéristiques des organisations qui la soutiennent (normes, valeurs, capacités, règles, etc.) ; et (3) de l'environnement macro (financement et intérêt mondial paludisme), méso (normes bureaucratiques, valeurs, capacités organisationnelles, réalités structurelles des systèmes de santé et communautaire, politiques de santé, etc.) et micro (les questions d'analphabétisme, d'accessibilité des villages, des actes de naissance des enfants, les activités économiques comme l'agriculture, etc.). De plus, les différents éléments qui influencent la mise à l'échelle et la pérennisation de la CPS sont en interaction entre eux et ils créent les conditions favorables et défavorables de son expansion et de sa durabilité.

iii. Quelles sont les conditions favorables et défavorables à la mise à l'échelle et la pérennisation de la CPS ?

Après avoir relevé les éléments qui influencent les processus de mise à l'échelle et de pérennisation, il est possible d'en déceler certaines conditions favorables ou défavorables à ces processus. Ces conditions sont bien résumées dans le tableau 11. En effet, les déterminants identifiés de la mise à l'échelle et de la pérennisation dans les résultats pourraient être simultanément des opportunités et des défis ou risques pour l'intervention, principalement lorsqu'ils sont combinés avec des éléments contextuels. Par exemple, la disponibilité et la stabilité des ressources (financières, humaines, matérielles, de connaissance) sont une condition favorable à l'atteinte des objectifs de couverture géographique et d'impact de la CPS. Cependant, cela dépend considérablement de plusieurs éléments qui sont entre autres : (1) la venue de nouveaux flux de financement et de leur maintien ; (2) ces flux résultent de la disponibilité des ressources allouées au paludisme et en particulier à la CPS sur le plan national et international ; (3) l'appropriation de l'intervention par l'État ; (4) la stabilité du pays ; (5) le bon fonctionnement du système de santé ; (6) l'adhésion et la participation des communautés, des responsables d'enfant et des leaders communautaires ; (7) l'efficacité de la

CPS. À partir de cet exemple, nous pouvons en comprendre comment un déterminant peut avoir des effets sur l'intervention en général en considérant : (1) la dynamique entre plusieurs éléments internes (p.ex., le financement, les ressources humaines et matérielles, l'efficacité) et externes (p.ex., la disponibilité de fonds, la situation sécuritaire) et organisationnels (p.ex., les réalités organisationnelles du système de santé, les capacités des PTF et de l'État) ; et (2) de les traiter comme un ensemble.

- ✚ Nous pouvons en retenir que les conditions favorables ou défavorables ne sont pas constantes, elles peuvent changer selon l'évolution des contextes et même de l'intervention.

5.2. Les Caisses villageoises de solidarité santé (CVSS) et le Comité de femmes utilisatrices des services de santé (CFU) au Mali

Cette deuxième partie du chapitre 5 expose les résultats portant sur les Cas 2 et 3 de la thèse, les CVSS et les CFU au Mali. Elle comporte quatre sections principales. La première section présente l'histoire de la décentralisation au Mali, en soulevant les politiques et contextes sanitaires qui sous-tendent les innovations étudiées. Ensuite, en se basant sur l'analyse des données de cette recherche, une deuxième section s'intéresse à l'historique d'implantation des CVSS et des CFU au Mali. Cette section comporte trois sous-sections qui présentent : (1) l'innovation CVSS, son émergence et quelques aspects et considérations de sa mise en œuvre ; (2) l'innovation CFU, son émergence et quelques aspects et considérations de sa mise en œuvre ; et (3) les tendances qui se dessinent autour de la mise à l'échelle et de la pérennisation des innovations CVSS et CFU selon leur évolution temporelle et spatiale. Une troisième section englobant six sous-sections permet de dégager les principaux résultats portant sur les conditions favorables et défavorables à la mise à l'échelle et la pérennisation des CVSS et CFU. Pour finir, une quatrième section sera consacrée aux faits saillants des différents résultats, afin de dégager des tendances, des mécanismes et des modèles en lien avec le phénomène d'étude.

5.2.1. Mise en contexte

Au début des années 1990, le Mali est entré dans la troisième république. En ce sens, le pays s'est engagé dans une mission de décentralisation qui, comme toile de fond, visait la réalisation d'une politique de redistribution du pouvoir (Kassibo, 1997). Cela s'est manifesté à travers un long processus de transfert des compétences de l'État vers les collectivités territoriales dans une dynamique de responsabilisation des populations dans la gestion de leur propre développement. Le paysage administratif malien a été reconfiguré à travers la création d'un ensemble d'institutions. En 2016, ces collectivités se subdivisaient en trois unités administratives qui sont : 10 régions¹⁶ administratives (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao, Kidal, Taoudénit et Ménaka) et 1 District (Bamako) qui regroupent 52 cercles qui sont subdivisés en 703 communes (Juillet et al., 2017). Ces institutions étant dotées d'organes de gouvernance, elles ont la responsabilité de concevoir et de mettre en œuvre des programmes de développement économique, sanitaire, social et culturel.

¹⁶ Les régions de Taoudénit et Ménaka ont été matérialisées administrativement en 2016.

Ainsi, dans le domaine de la santé, certaines compétences et ressources sont transférées progressivement aux collectivités des niveaux commune et cercle. Le Mali a adopté en 1990, dans cette perspective, la Politique sectorielle de Santé et de Population qui vise (1) l'amélioration de la santé des populations ; (2) l'extension de la couverture sanitaire ; et (3) la recherche d'une plus grande viabilité et de performance du système de santé (Secrétariat permanent du PRODESS, 2014). La mise en œuvre de la politique sectorielle se fait à travers le Plan décennal de Développement sanitaire et social (PDDSS) (le plus récent 2014-2023) qui est élaboré à travers un processus participatif impliquant tous les acteurs clés nationaux et régionaux, la société civile, le secteur privé et les partenaires techniques et financiers (PTF). Pour renforcer la mise en œuvre de cette politique, le pays s'est doté de plusieurs politiques qui sont : Politique de solidarité et des personnes âgées (1993), Politique de protection sociale (2002), Politique nationale de promotion de la femme et de l'enfant (2002) et Politique nationale Genre (2010).

Au niveau des cercles (dans lesquels le district sanitaire s'inscrit), la mise en œuvre du PDDSS est réalisée à travers des programmes quinquennaux qui sont des Plans de Développement sanitaire des Cercles (PDSC) élaborés avec l'ensemble des partenaires locaux de développement. Il existe également le Plan de Développement économique, social et culturel (PDSEC) élaboré au niveau des communes. En ce sens, le cercle constitue le premier niveau administratif dans lequel les projets et programmes de développement social et d'économie solidaire, de suivi des cibles et de contrôle des organisations du domaine sont exécutés et planifiés (République du Mali, 2014). Concernant la mise en place des activités sociosanitaires, les collectivités territoriales sont censées collaborer avec les services techniques déconcentrés de l'État qui sont composés généralement des responsables : du Centre de santé de référence (CSRef), des Services locaux de développement social et de l'économie solidaire (SLDSES), et des Services locaux de la promotion de la femme et de la protection de l'enfant (SLPFPE)¹⁷.

L'offre de soins au niveau du cercle est assurée à travers une structure pyramidale de deux échelons. Le premier est constitué par le Centre de Santé communautaire (CSCoM) qui est un établissement privé à but non lucratif qui est composé d'un dispensaire, d'une maternité et d'un dépôt pharmaceutique. De 1990 à 2018, le nombre de CSCoM fonctionnel a augmenté considérablement passant respectivement de 438 à 1368 (ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, 2018, avril). Ces centres offrent le paquet minimum d'activités (soins curatifs, préventifs

¹⁷ Dans les résultats qui seront présentés, j'utiliserai l'appellation services techniques déconcentrés pour faire référence à ces différents responsables et acteurs. D'ailleurs, l'ensemble des entrevues faites à ce niveau ont été des entrevues de groupe qui regroupaient les acteurs clés de ces différents services.

et promotionnels). Ils appartiennent aux communautés, à travers les Associations de santé communautaire (ASACO) qui regroupent les habitants d'une même aire géographique. Ces ASACO sont des entités légalement reconnues qui assurent la gestion et le fonctionnement du CSCom (Juillet et al., 2017). Elles sont groupées en faitière selon les niveaux de découpage administratif : cercle c'est la FELASCOM [Fédération locale des associations de santé communautaire] ; régional c'est la FERASCOM [Fédération régionale des associations de santé communautaire] ; national c'est la FENASCOM [Fédération nationale des associations de santé communautaire]. Le deuxième échelon de prestations est le CSRef ou l'hôpital de district qui est le premier niveau de référence. Il est implanté au niveau des chefs-lieux des cercles. De fait, les cas qui dépassent les compétences du CSCom sont référés au CSRef.

Concernant les urgences obstétricales, il existe un système de référence/évacuation, depuis 1993, organisé au niveau de ces deux structures qui permet d'assurer le transport et la prise en charge des femmes qui ont des complications. Le financement de ce système est assuré à travers une caisse de solidarité et il est bâti sur le paiement de quotes-parts des autorités locales, des services de santé du cercle et des ASACO (Juillet et al., 2017). Il est important de souligner que le système de décentralisation, notamment la territorialisation de l'offre de soins jumelée avec plusieurs mesures d'accompagnement ciblées comme les différentes politiques de gratuité et stratégies¹⁸ mises en œuvre au niveau des CSCom et CSRef ont eu des retombées intéressantes dans le secteur de la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) (Secrétariat permanent du PRODESS, 2014). En effet, l'accès à l'accouchement par un prestataire qualifié, les consultations prénatales (CPN) et la vaccination des enfants a connu des améliorations importantes au niveau national (Juillet et al., 2017). Par exemple, selon l'enquête démographique et de santé 2018 (EDSM-VI), 80 % des femmes ont accès aux soins prénatals dispensés par un prestataire formé, en plus 67 % des accouchements ont lieu dans un établissement de santé et 45 % des enfants âgés de 12-23 mois ont reçu les vaccins de base.

Nonobstant ces avancées, plusieurs défis subsistent encore qui sont généralement liés aux inégalités sociales exacerbées surtout par les crises politiques et sécuritaires qu'a connu le Mali ces dernières années. De fait, l'accès aux services de SMNI demeure très faible pour les femmes et les enfants

¹⁸ Certaines de ces politiques et stratégies sont : Politique de gratuité de la césarienne (2005) ; Gratuité des moyens de prévention et de traitement du paludisme chez les femmes enceintes (2010) ; Organisation du système de référence/évacuation pour la prise en charge des urgences obstétricales dans tous les districts sanitaires ; Mise en œuvre du programme élargi de vaccination (femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans) ; Renforcement des activités de communication pour orienter tous les accouchements vers les formations sanitaires à temps.

vivant dans des ménages pauvres ou dans les milieux ruraux. L'enquête démographique et de santé 2018 (EDSM-VI) a révélé que généralement 47 % des femmes âgées de 15 à 49 ans ont déclaré avoir des problèmes d'accès aux soins. Les plus grandes difficultés soulevées par ces femmes sont : le manque d'argent (41 %), la distance géographique (29 %) et le manque d'autonomie décisionnelle de recourir aux soins (27 %). Les femmes vivant dans les milieux ruraux (51 %) rencontrent au moins un de ces problèmes par rapport aux femmes vivant dans les milieux urbains (38 %) (INSTAT [Institut national de la statistique], 2019, septembre).

Concernant l'accessibilité géographique et financière, hormis l'éloignement de certains centres de santé, le système de référence/évacuation existant n'assure que le transport des urgences obstétricales du CSCCom vers le CESRef. Il n'existe pas un système de transport organisé entre le village vers le CSCCom. Cela pose d'innombrables défis pour les populations d'accéder à temps opportun aux services de santé. D'ailleurs, 86 % des Maliens vivent à un rayon de 15 km des centres de santé, et dans certaines zones la distance peut aller jusqu'au-delà de 15 km (ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, 2018, avril). L'enclavement de certaines zones, le manque d'infrastructures routières et de transport adaptés surtout lors des urgences obstétricales, l'insuffisance des moyens de communication (comme le téléphone) au niveau des villages demeurent des défis de taille pour le système de santé. De ce fait, les dépenses en santé qui sont assumées par les ménages pour leur santé sont considérées comme étant catastrophiques, surtout en milieu rural. Sur ce point, une étude effectuée dans la région de Kayes a révélé que les dépenses des ménages lors d'urgences obstétricales étaient en moyenne de 71 535 FCFA (US 152 \$), ce qui a pour conséquences la réduction de la consommation alimentaire chez 44,6 % des ménages et l'endettement allant de 10 mois à 2 ans et demi chez 23,2 % des ménages (Arsenault et al., 2013).

Outre ces inégalités d'accès aux soins touchant particulièrement les zones rurales, les inégalités de genre ont également des effets contraignants sur l'amélioration des indicateurs socio-sanitaires. Elles influencent les opportunités de participation des femmes au processus de développement et à leur autonomisation au Mali (PNUD, 2018). En effet, la littérature scientifique a soulevé que les inégalités entre les sexes et les discriminations envers les filles et les femmes en Afrique subsaharienne sont des barrières qui entravent la bonne santé des femmes et même leur capacité de réaction face à la mauvaise santé (Chirowa et al., 2013). Cela risque également d'augmenter les décès maternels (Chirowa et al., 2013). Au Mali, les femmes et les filles subissent différentes formes de discriminations, allant d'une faible éducation par rapport aux hommes à un faible pouvoir de décision qui touche la plupart des sphères familiales et institutionnelles. Au niveau du cercle, les femmes sont sous-représentées dans les organes de gestion et de décision des ASACO et des autres

comités tels que le conseil de cercle et les mairies. Des études effectuées dans la région de Kayes, Sikasso et Ségou en 2011, ont montré que le taux de représentation des femmes au sein des conseils d'administration et des comités de gestion des ASACO, FELASCOM et FERASCOM variait entre 7 % et 27 % (*DOC : Projet renforcement du système de santé décentralisé au Mali [PRRSD], 2015, juin*). Concernant les ASACO, en 2017, la représentativité des femmes dans les conseils d'administration et dans les comités de gestion dans la région de Kayes était respectivement de 22% et de 14% (*DOC : Concertation régionale FERASCOM, 2017*). En 2015, au niveau national moins de 2 % des ASACO étaient présidées par des femmes alors que l'objectif de la FENASCOM est de 30 % ; et seulement 30 % des ASACO avaient des femmes comme membres de leurs comités de gestion (Juillet et al., 2017). Raison pour laquelle le pays et les organisations internationales qui l'accompagnent se sont engagés à prendre en compte la question de genre comme une composante transversale dans les programmes sociosanitaires pour renforcer la participation des communautés et maximiser les retombées positives de la décentralisation sur la santé des populations (République du Mali, 2014).

Pour faire face à ces défis, le gouvernement malien, à travers le Programme de développement sanitaire et social (PRODESS III), a relevé deux expériences communautaires innovantes, parmi d'autres, pour renforcer et améliorer la politique de décentralisation et de participation communautaire. Ces stratégies sont : (1) d'améliorer l'accessibilité des centres de santé à travers une intensification de la création de la CVSS dans les villages, et (2) de stimuler la participation effective des femmes dans la gestion des CSCom et de valoriser le rôle des femmes dans la santé communautaire à travers la mise en place des CFU au niveau des aires de santé.

5.2.2. Historique des innovations CVSS et CFU

La figure 11 permet d'avoir une vue d'ensemble des innovations CVSS et CFU qui seront décrites dans les sous-sections qui vont suivre. De façon générale, les innovations CVSS et CFU sont initiées par la FENASCOM. Elles avaient pour but de pallier des insuffisances constatées dans l'offre et la gouvernance du système de santé. Nonobstant, ces deux innovations ont des histoires particulières, elles ont été implantées à des niveaux distincts de l'aire de santé et elles répondent à des besoins différents. Par exemple, la CVSS est implantée au niveau des villages, alors que le CFU est lié au CSCom et joue le rôle d'interface entre le CSCom et les villages de l'aire de santé. De ce fait, dans la figure 11, ces deux innovations conçues distinctement sont reliées à deux unités centrales le CSCom et les villages. Dans ce qui va suivre, il sera décrit de façon distincte l'histoire des innovations CVSS et CFU en relevant la manière dont chacune a émergé, les acteurs et organisations impliqués dans leur mise en œuvre et leur fonctionnement dans les milieux étudiés.

Ensuite, les résultats en lien avec les tendances de leur mise à l'échelle et de leur pérennisation seront présentés dans la même section.

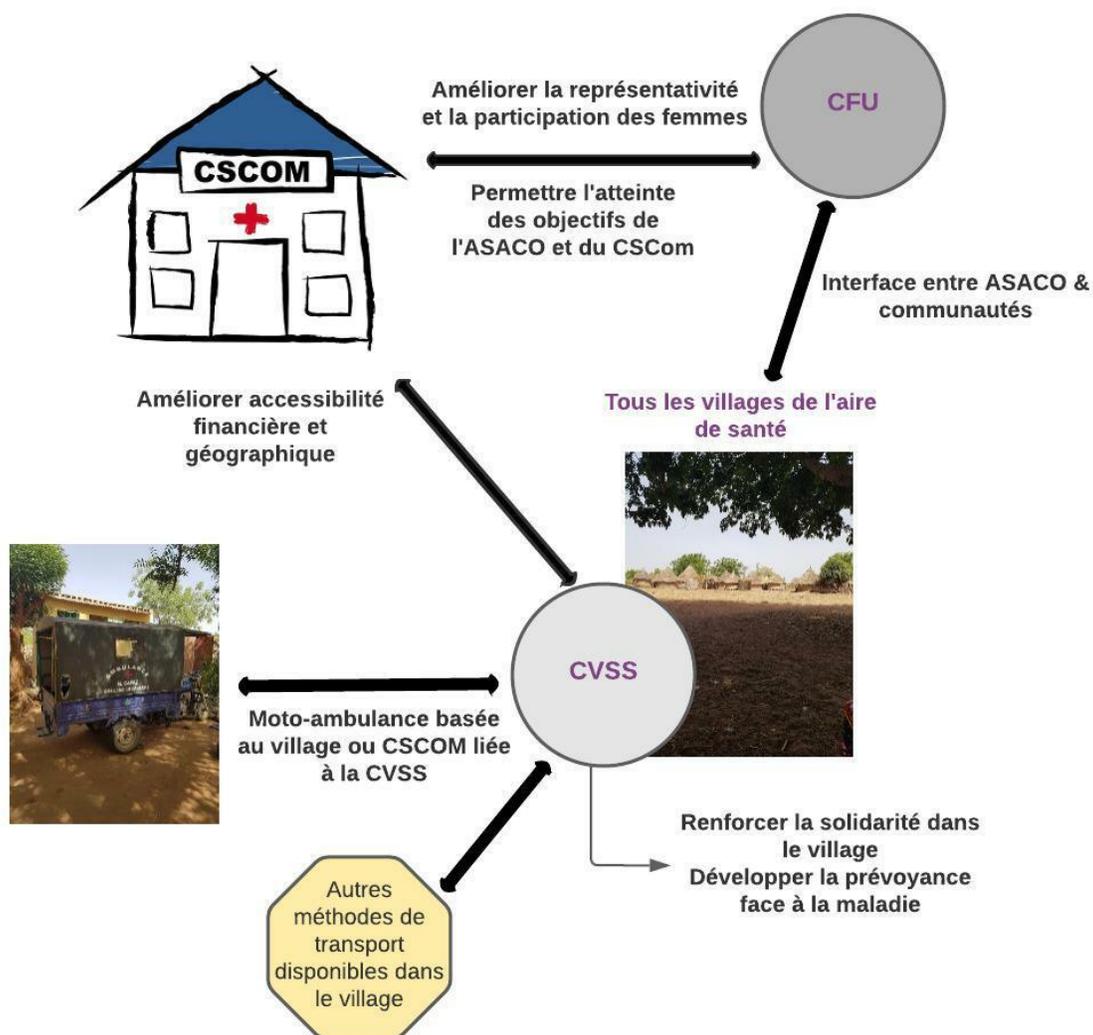


Figure 11. Vision globale des innovations CVSS et CFU

5.2.2.1. Description de l'innovation CVSS : de l'émergence à la mise en œuvre.

Les CVSS sont nées à la suite d'un constat fait par la FENASCOM de l'insuffisance du système de référence/évacuation mis en place au niveau national qui ne prenait pas en compte le transport des parturientes en cas d'urgences obstétricales entre le village et le CSCOM. Le document intitulé Modèle de statuts pour les CVSS, élaboré par la FENASCOM en juin 2009, définit les CVSS comme étant un « groupement d'entraide et de solidarité dont les membres ont la volonté de faire face ensemble aux problèmes financiers liés à la maladie, en mettant leurs ressources en commun » (DOC : FENASCOM, 2009, juin). Selon ce document de référence, les caisses devraient répondre à

certaines objectifs qui sont de : (1) améliorer l'accessibilité financière aux services de santé des populations desservies par la caisse ; (2) renforcer les pratiques d'entraide et de solidarité dans les villages ; et (3) développer les attitudes de prévoyance face à la maladie. Pour cela, un accord officiel liant la CVSS et l'ASACO devait déterminer les prestations qui seront offertes.

La première expérience d'implantation des CVSS remonte durant les années 2008-2009. Un projet pilote a été initié par la FENASCOM avec la collaboration des ONG locales de développement Le TONUS et PROMODEF dans quatre aires de santé des cercles de Kita et Bafoulabé (région de Kayes), Diolila (région de Koulikro) et Barouéli (région de Ségou). Les aires de santé ont été choisies selon des critères de pauvreté, d'accessibilité difficile et d'éloignement du CSCom. La gestion des CVSS devait revenir entièrement aux habitants du village qui devaient en établir les modes d'adhésion, de cotisation et de fonctionnement. Après une année d'implantation, un rapport d'évaluation effectué par la FENASCOM a été soumis au Cabinet élargi du ministère de la Santé et il recommandait la mise à l'échelle nationale des CVSS. Selon certains responsables de la FENASCOM rencontrés dans cette étude, le cabinet ministériel avait jugé l'échantillonnage très faible et avait recommandé de faire d'autres projets pilotes. D'ailleurs l'étude évaluative de Julie Fournier effectuée en 2011 (*DOC : Fournier, 2011, juillet ; Fournier et al., 2013*) dans les cercles de Kita et Bafoulabé, avait formulé plusieurs recommandations pour améliorer l'implantation des CVSS et avait suggéré que d'autres expérimentations de ces caisses soient faites dans des contextes diversifiés. En effet, bien que les CVSS aient amélioré l'accessibilité financière des femmes, selon 94 % des membres interrogés, l'accessibilité géographique a été cependant un grand défi. Selon cette étude, 74 % des membres des CVSS interrogés ont soulevé l'acquisition d'une moto-ambulance pour améliorer le transport entre le village et le CSCom. Ce résultat montre que l'accessibilité géographique est une préoccupation centrale dans ces communautés.

C'est dans cette continuité qu'en 2011, l'ONG espagnole M.CAPAZ (Mouvement canarien pour la paix) a mis en place neuf CVSS dans la région de Kayes (six CVSS à Nioro et trois à Diéma). Les activités de cette ONG ont été interrompues à la suite de la crise politique et sécuritaire survenue en 2012 au Mali. D'après les documents et entretiens analysés, ces nouvelles caisses étaient construites autour du transport des femmes qui ont des urgences obstétricales et des enfants qui souffrent de malnutrition. De ce fait, l'ONG a attribué des moto-ambulances et téléphones à certains villages et CSCom pour faciliter l'évacuation des bénéficiaires du village au CSCom. Durant mon immersion dans les milieux d'étude, j'avais constaté que plusieurs autres ONG (*Save the children*, PAM, Croix rouge) ou des ressortissants de ces communautés ont octroyé également des motos-ambulances médicalisées ou non médicalisées dans les villages ou CSCom visités. Cependant, il est important

de clarifier que les moto-ambulances ne sont pas, *ipso facto*, liées aux CVSS, mais elles sont plutôt une mesure d'accompagnement qui a été propulsée davantage par les PTF. Bien que la mise en place de motos-ambulances était pensée dès la conception des CVSS par la FENASCOM, elle devait être initiée par les communautés à partir des fonds générés par la caisse. D'ailleurs, les entrevues faites avec certains responsables de la FENASCOM ont révélé que la CVSS a été conçue et proposée comme étant une stratégie, et non une solution, aux communautés qui s'en approprient et la développent selon leurs réalités et leurs ressources pour faire face aux problèmes de santé. Pour ce faire, le but initial de ces caisses était non seulement de compléter le système de référence/évacuation existante, mais également de façon sous-jacente de lutter contre les inégalités en santé. Un responsable de la FENASCOM ayant participé à la conception des CVSS en parle ainsi :

Nous avons dit partout où nous sommes passés, attention, nous n'avons pas d'argent. Nous avons une stratégie, une stratégie que vous allez développer, vous allez mûrir que vous allez prévaloir (...). Les villages s'organisaient en interne pour développer des stratégies, et pour aller à l'acquisition des moto-ambulances. C'est pour vous dire que le projet était là d'abord dans le cadre de la lutte contre les inégalités dans le domaine de la santé. Il était là pour compléter la référence/évacuation. (SP-National FENASCOM)

En 2016, le programme ISMEA¹⁹ a effectué un état des lieux des CVSS dans cinq districts sanitaires de la région de Kayes, ce qui a permis d'identifier douze CVSS qui avaient pour objectif la gestion des urgences obstétricales dans trois cercles : Nioro (n=6), Diéma (n=3) et Bafoulabé (n=3). Parmi ces douze, deux seulement continuaient d'être fonctionnelles à Diéma, et pour les autres les cotisations avaient été arrêtées. Un autre état des lieux réalisé en 2015 par le projet MEDIK [Évacuation des mères dans cinq districts de Kayes] a relevé que 31/43 (72 %) des moto-ambulances qui étaient octroyées aux communautés n'étaient plus fonctionnelles (DOC : MEDIK, 2017, septembre). À la suite de ce rapport, ce projet s'est donné comme mission de relancer et de faire l'extension des CVSS, en plus d'octroyer des moto-ambulances à certains CSCom se trouvant dans les cinq districts sanitaires de la région de Kayes dans lesquels il intervient (Nioro, Diéma, Yélimané, Bafoulabé et Oussoubidiagna). La gestion des moto-ambulances devient alors une stratégie centrale dans le projet MEDIK. Pour assurer leur durabilité et leur fonctionnement (octroi de carburant, existence d'un chauffeur, maintenance technique, recouvrement des frais), un comité de gestion placé sous la responsabilité de l'ASACO a été mis en place au niveau de chaque CSCom recevant une moto-ambulance de MEDIK. Ce comité est différent du comité de gestion de la CVSS

¹⁹ Un rapport narratif de 12 CVSS (DOC : Programme ISMEA. Rapport sommaire narratif sur les 12 CVSS de trois districts de la région de Kayes) qui ont survécu a été fait par l'équipe de recherche ISMEA. Toutefois, je n'ai pas d'information du nombre de CVSS qui ont été implantées par cette ONG dans la région.

existant au niveau des villages. En ce sens, une contractualisation a été faite par ce projet avec une ONG locale qui s'appelle ADG [Association pour l'appui au développement global]. Cette ONG devait effectuer le travail de sensibilisation/communication pour stimuler la création des CVSS dans les villages. Parallèlement, les services techniques déconcentrés de l'État, certaines communautés et d'autres ONG locales comme AMADECOM²⁰ [Association malienne pour le développement communautaire] ont également initié des CVSS dans leurs milieux de vie ou d'action.

C'est dans ce contexte que cette thèse s'est intéressée à huit CVSS implantées dans la région de Kayes, notamment dans les cercles de Nioro, Diéma, Bafoulabé et Yélimané. Le tableau 12 montre les caractéristiques générales de ces huit CVSS qui sont très diversifiées, notamment en lien avec l'initiateur, leur date d'implantation, leur mode de fonctionnement, de gestion, d'adhésion/cotisation et même de prestations et de fonctionnalités. Dans les faits, une CVSS est souvent implantée au niveau d'un village, il peut arriver que des villages d'une aire de santé se fédèrent pour avoir une caisse commune comme dans les cas de Fassoudébé et Makougna (voir tableau 12). Étant donné que les villages peuvent avoir plusieurs caisses d'entraide, l'aspect santé était le principal élément qui permettait de différencier une CVSS à une autre caisse. Par ailleurs, j'avais remarqué que plusieurs des CVSS étudiées ont été conçues exclusivement autour de la santé de la femme et de l'enfant en lien avec certaines problématiques, telles que la malnutrition, l'accouchement, les CPN ou la vaccination des enfants. En revanche, plusieurs CVSS ont élargi leurs prestations au-delà des cas d'urgences obstétricales, en incluant par exemple : toute personne résidente dans le village et qui a besoin d'assistance (CVSS Kamané) ou les personnes ou femmes indigentes (CVSS : Kamané, Tantoudji et Fassoudébé). Aussi, j'ai remarqué que le transport est un élément central puisque la moitié de ces caisses offrent comme prestation le transport des bénéficiaires du village au CSCom.

L'autre élément intéressant du tableau est le fait que les cotisations et adhésions de ces CVSS varient selon le montant proposé, mais également selon la personne ou l'unité d'adhésion responsable de la cotisation. Généralement, la cotisation est assurée par le chef de ménage (n=3), la personne adhérente (n=3), le chef de famille (n=1) ou le ménage (n=1). Certaines réalités socioculturelles expliquent ces différences. En effet, étant donné qu'une famille peut être constituée de plusieurs ménages et que certains villages ont un faible nombre d'habitants, ce qui explique que la majorité des CVSS ont préféré circonscrire l'unité d'adhésion comme étant le chef de ménage ou

²⁰ L'ONG AMADECOM était soutenue par USAID [Agence des États-Unis pour le développement international] par des projets de développement communautaire.

un membre individuel. Cela permet d'avoir plus de personnes adhérentes et d'augmenter la capacité de renflouement de la caisse.

D'autres différences sont importantes à soulever, si certaines CVSS ont opté pour une adhésion obligatoire (n=3), d'autres sont plus dans le choix volontaire (n=5). Cela dépend de la gouvernance de chaque milieu. Dans certains villages, des personnes influentes comme le chef de village ou des femmes influentes qui sont affiliées à la CVSS pouvaient rendre l'adhésion obligatoire à tous les ménages ou à tout homme et/ou toute femme en âge de procréer. Concernant la fonctionnalité des CVSS, cinq CVSS (Guémou Malinké, Kamané, Fassoudébé, Tantoudji et Ganfan Aval) ont eu à réaliser des activités selon leurs objectifs. Toutefois, elles n'ont pas le même degré d'intensité certaines semblent être plus performantes que d'autres en termes de nombre de prestations réalisées. Par exemple, trois CVSS (Diaye Coura, Bidadji et Makougna) n'ont pas réalisé d'activités depuis leur création ou la période qu'elles ont été redynamisées.

Ces différentes caractéristiques des CVSS montrent, en effet, leur complexité qui est liée à différents éléments contextuels, notamment les dynamiques inhérentes aux communautés et aux organisations qui chapeautent et implantent cette initiative. Ces configurations sont importantes pour mieux comprendre les déterminants qui influencent la pérennisation et la mise à l'échelle de ces caisses qui seront relevées dans la section Les processus de mise à l'échelle et de pérennisation des CVSS et CFU.

Tableau 12. Description des huit CVSS étudiées dans la région de Kayes

Village CVSS	Guémou Malinké	Diaye Coura	Kamané	Fassoudébé	Tantoudji	Ganfan Aval	Bidadji	Makougna
CSCoM (Cercle)	Simby (Nioro)	Siringo (Nioro)	Lakamané (Diéma)	Fassoudébé (Diéma)	Mahina (Bafoulabé)	Diokeli (Bafoulabé)	Biladjimi (Yélimané)	Yaguiné (Yélimané)
Caractéristiques	22km du CSCoM	0km du CSCoM	22km du CSCoM	Fédération de 4 villages entre 0 < 25 km du CSCoM	6km du CSCoM	11km du CSCoM	5km du CSCoM,	Fédération de 4 petits villages environ 7 km du CSCoM
	2081 hbts	7412 hbts	608 hbts	Environ 6849 hbts	815 hbts	249 hbts	1636 hbts	n/a*
Date d'implantation	2011	2015	2017	2011	2016	2017	2018	2017
Initiateur	ONG MCAPAZ Redynamisé en 2017 par ONG – ADG	ONG Croix Rouge Redynamisé en 2016 par ONG - ADG	ONG ADG	Responsables communauté	Services techniques et collectivités locales	Femmes de la communauté	Services techniques	ONG AMADECOM
Moyens de transport	Moto-ambulance au CSCoM depuis 2011	Moto-ambulance au CSCoM depuis 2015	Sans moto-ambulance	Deux moto-ambulances au niveau CSCoM depuis 2011 et une	Moto-ambulance dans le village depuis 2017	Moto-ambulance au CSCoM depuis 2017	-Moto-ambulance au CSCoM (date	Sans moto-ambulance

				ambulance (en panne)			inconnue)		
Adhésion	Volontaire- Carte adhésion 500 CFA	Volontaire	Obligatoire	Volontaire	Obligatoire Carte adhésion à 500 FCFA	Volontaire	Obligatoire	Volontaire	
Cotisation en CFA	100 CFA/chef de famille/an	Ménage 10 personnes : 250 CFA/chef de ménage/mois Ménage 20 personnes : 500 CFA/chef de ménage/mois	250 CFA/chef de ménage/mois	1100 CFA/ménage/an	250 CFA/mois/C hef de ménage	50 ou 100 CFA/femme/sema ine (cotisation varie selon les saisons)	50 CFA/fem me en âge de procréer et homme marié/mois	100 FCFA/fem me en âge de procréer et homme marié/mois	
Montant en caisse**	105 000 CFA	20 000 CFA	100 000 CFA	n/a**	84 950 CFA	150 000 CFA	n/a**	Cotisation des villages pas encore mobilisée.	
Bénéficiaires	Membre qui fait la demande	Personne résidente qui en fait	Personne résidente qui en fait	Membre adhérent	Membre adhérent Non	Membre adhérent	Membre adhérent	Membre adhérent	

	la demande.	la demande	Non membre :	Non membre :	Non membre :	Non membre :	Non membre :	Non membre :	Non membre :
			paiement de pénalités et obligation de devenir membre.	paiement de pénalités et obligation de devenir membre, sauf en cas d'urgences	paiement de pénalités et obligation de devenir membre, sauf en cas d'urgences	paiement de pénalités et obligation de devenir membre, sauf en cas d'urgences	paiement de pénalités et obligation de devenir membre, sauf en cas d'urgences	paiement de pénalités et obligation de devenir membre, sauf en cas d'urgences	paiement de pénalités et obligation de devenir membre, sauf en cas d'urgences
Prestations	Frais de carburant du transport : accouchement Frais de gestion de la moto-ambulance.	Frais de carburant pour le transport : accouchement et autres urgences sanitaires pour personnes indigentes.	Système de prêt : tout besoin incluant un problème de santé	CVSS divisée en 3 caisses : 1. Caisse de solidarité pour les indigents malades. 2. Référence des enfants/malnutrition sévère 3. Gestion moto-ambulance et paiement de la quote-part au CSRef	Frais de carburant pour le transport : accouchement, enfants malades et urgences sanitaires Frais de gestion de la moto-ambulance. Gratuité pour les femmes indigentes.	Système de prêt : urgences obstétricales et enfants malades. Frais de transport : urgences obstétricales	Frais de transport : urgences obstétricales	Frais : CPN ou la vaccination des enfants	Frais : CPN ou la vaccination des enfants
Gestion	Comité de gestion redynamisé, renouvelable tous les 3	Comité de gestion pas encore renouvelé	Comité de gestion inexistant	Comité de gestion lié à l'ASACO	Comité de gestion renouvelable tous les 3 ans	Comité de gestion permanent	Comité de gestion	Comité de gestion renouvelable	Comité de gestion renouvelable

	ans									
Activités réalisées	Environ 7 femmes évacuées depuis 2017	Aucune prestation depuis 2016	Prêt accordé à environ 12 personnes	Toute demande de services a été réalisée depuis la création de la CVSS.	Paiement de frais de transport entre 2016 et 2018 (moins de 10 personnes)	Prêt accordé (nombre non connu).	Aucune prestation effectuée	Aucune prestation effectuée		

NOTE. *Nombre d'habitants (hbts) est estimé selon ce qui a été recensé en 2015 dans le document de la carte sanitaire de la région. C'est seulement pour la CVSS de Makounga que je n'ai pas pu obtenir les informations sur le nombre d'hbts.

**Concernant le montant des caisses, dans certains villages je n'ai pas pu savoir le chiffre, soit parce que le trésorier n'était pas présent lors de la rencontre ou soit les personnes présentes ne voulaient pas donner le chiffre lors des entrevues de groupe.

5.2.2.2. Description de l'innovation CFU : de l'émergence à la mise en œuvre.

L'innovation CFU a vu le jour à la suite du constat de la faible représentativité des femmes dans les organes de gestion des structures de santé et la mobilisation des communautés pour la prise en charge de leur propre santé. En ce sens, le document Guide d'implantation des comités de femmes utilisatrices des services du CSCom (CFU) a défini cette innovation comme suit :

Un CFU est un regroupement de femmes qui utilisent les services du CSCom dans une aire de santé. Ces femmes décident de se regrouper afin d'initier et réaliser des activités permettant l'accélération de l'atteinte des objectifs de l'ASACO en lien avec la mobilisation sociale, l'amélioration de la fréquentation du CSCom et le renforcement des activités du PMA. (DOC : FENASCOM, 2012, septembre version corrigée par le PRSSD)

En effet, constitué de femmes leaders ou de représentantes des différents groupements et associations de femmes de l'aire de santé, le CFU a été conçu pour mener des activités de promotion de la santé, telles que la mobilisation sociale, le renforcement de la fréquentation et la qualité des services de santé, l'amélioration de la prise en compte des besoins des femmes et des enfants au niveau du CSCom, et même des activités d'assainissement ou d'entraide communautaire. En travaillant en étroite collaboration avec l'ASACO, le CFU a pour mission d'assurer non seulement la représentativité des femmes dans les organes de gouvernance et de décision du CSCom, mais également de faire valoir le respect des droits en santé des femmes utilisatrices des centres de santé.

C'est dans le cadre d'un projet intitulé « Prévention et prise en charge communautaire de la malnutrition » qui était mené en partenariat entre la FENASCOM et l'ONG canadienne le CECI [Centre d'étude et de coopération internationale] que les CFU furent expérimentés pour la première fois au Mali. Précisément en septembre 2009, cette initiative a été implantée dans deux aires de santé, Dravéla/Dravéla-Bolibana et Yirimadio, qui se situent respectivement dans les communes III et VI dans le District de Bamako. Ce projet pilote a permis de faire constater plusieurs avancements induits par ces CFU. Selon des données issues de certains rapports techniques, ces comités ont permis, entre autres, l'amélioration du taux de fréquentation des CSCom et du nombre d'adhérents aux ASACO, le renforcement des liens entre les utilisatrices des CSCom et les ASACO, de même que le développement d'activités importantes par les CFU pour la promotion de la santé des femmes et des enfants (DOC : PRSSD, 2015, juin).

C'est dans cette perspective que certains projets canadiens, tels que le Projet de renforcement du système de santé décentralisé au Mali (PRSSD) (2010 à 2019) a mis en place différents CFU dans les régions de Kayes, Ségou et Sikasso. Le projet MEDIK (2015 à 2019) s'était investi sur cette

même lancée. Lors de mon séjour dans le milieu, ce projet avait entamé la création de CFU dans certains cercles.

Le tableau 13 présente les différentes caractéristiques des sept CFU, implantés dans les régions de Kayes et Sikasso, qui ont été considérés dans le cadre de cette recherche. Il permet de constater que les différents CFU sont généralement initiés avec l'appui technique et financier du PRSSD, ce qui fait que leur organisation et leur mode de fonctionnement sont quasi similaires. C'est seulement le CFU de Hamdallaye qui a été créé sous l'impulsion de l'ASACO sans le soutien financier d'un PTF. Ce CFU a la même organisation que les CFU créés par le PRSSD. Par ailleurs, l'adhésion dans tous les CFU est considérée comme étant volontaire, et toutes les femmes résidant dans l'aire de santé peuvent adhérer et en devenir membres. Les femmes qui adhèrent doivent également accepter de s'impliquer comme volontaire, donc sans rémunération. Certains critères ont été prédéfinis par le PRSSD pour être membre du bureau qui sont : (1) la disponibilité ; (2) la capacité de mobilisation ; (3) être déléguée par le village ou le quartier ; (4) l'engagement ; (5) l'exigence d'être alphabétisée pour les postes de présidente et secrétaire administrative. Les activités réalisées par les CFU sont à peu près semblables, quelques besoins des milieux et des capacités des membres du CFU peuvent souvent expliquer l'initiation d'une nouvelle activité. Les membres des CFU doivent participer financièrement en versant une cotisation individuelle. Dans tous les CFU de la région de Kayes, la cotisation est obligatoire et un montant est fixé. Alors que, dans ceux de Sikasso, notamment à Wayerma II et à Hamdallaye, la cotisation est volontaire. Elle doit être acquittée chaque mois, mais le montant est laissé à la discrétion de la femme.

La complexité de l'innovation CFU se situe plus dans le processus de mise en place, qui prend du temps et des ressources. Aussi, les dynamiques sociales dans chaque milieu sont également déterminantes dans l'ensemble du processus. Un élément intéressant est le fait que les CFU étudiés ne sont pas implantés au même moment, leur date d'implantation allant de 2012 à 2016. En effet, les CFU mis en place plus longtemps, depuis 2012 ou 2013, ont bénéficié de plus de soutien et de ressources, surtout venant du PRSSD, que ceux qui sont implantés entre mi 2015 et fin 2016. Cela permet de considérer le temps, correspondant à l'année d'implantation jusqu'au moment de collecte des données, comme un élément fondamental dans l'explication de certains éléments de pérennisation et de mise à l'échelle.

Tableau 13.

Description des sept CFU étudiés

CFU CSCom	CFU Dianwéli-counda	CFU Tichit	CFU Diema central	CFU Wayerma II	CFU Hamdallaye	CFU Tambacara	CFU Sélinkigny
Cercle (Région)	Nioro (Kayes)	Nioro (Kayes)	Diema (Kayes)	Sikasso (Sikasso)	Sikasso (Sikasso)	Yélimané (Kayes)	Bafoulabé (Kayes)
Caractéristiques*	6 villages	7 villages	14 villages	4 villages	12 villages	5 villages	4 villages
	Distance CSCom : 0 à 7 km	Distance CSCom : 0 à 8 km	Distance CSCom : 0 à 25 km	Distance CSCom : 0 à 32 km	Distance CSCom : 0 à 24 km	Distance CSCom : 0 à 20km	Distance CSCom : 0 à 16km
	14 112 hbts	19 756 hbts	27 164 hbts	24 130 hbts	28 125 hbts	64 72 hbts	5245 hbts
Date création	Décembre 2012	Décembre 2012	Février 2013	Mai 2015	Avril 2016	Septembre 2016	Décembre 2016
Initiateur	PRSSD	PRSSD	PRSSD	PRSSD	ASACO	PRSSD	PRSSD
Adhésion/Cotisation en CFA	Volontaire Carte membre : 500 CFA/3 ans Cotisation mensuelle : 200 CFA/membre	Volontaire Carte membre : 250 CFA/non déterminé Cotisation mensuelle : 250 CFA/membre	Volontaire Carte membre : 500 CFA/non déterminé Cotisation mensuelle : 250 CFA/membre bureau	Volontaire Cotisation volontaire	Volontaire Cotisation mensuelle - pas de montant fixe	Volontaire Cotisation mensuelle : 100 CFA/membre	Volontaire Cotisation mensuelle : 100 CFA/membre

Gestion	Comité composé de 21 femmes et 4 présidentes d'honneur Plan d'action annuel	Comité composé de 21 femmes et 3 présidentes d'honneur Plan d'action annuel	Comité composé de 19 femmes et 3 présidentes d'honneur Plan d'action annuel	Comité composé de 26 membres Plan d'action mensuel et annuel	Comité composé de 24 femmes Plan d'action annuel	Comité de 28 femmes Plan d'action annuel	Comité de 21 femmes Plan d'action annuel
Exemples activités CFU	Sensibilisation et information sur la santé maternelle et infantile Causeries éducatives pour la promotion de la santé Stimuler l'engagement et la participation des femmes dans les actions de l'ASACO Gestion des difficultés et besoins du CSCom			Émissions radiophoniques sur la santé Activités de salubrité dans les CSCom et quartiers/villages Communication et sensibilisation des communautés Remontées et suivi des plaintes formulées par les personnes utilisatrices des services Démonstration culinaire et vente de layette pour nouveau-né			

**Les données sur les CSCom sont issues de la carte sanitaire de la région de Kayes de 2015 et de la région de Sikasso de 2019.*

5.2.2.3. *Tendances et considérations de la mise à l'échelle et de la pérennisation des CVSS et CFU.*

De façon générale, il est important de constater que le nombre de CVSS et CFU a considérablement augmenté depuis leurs années d'adoption au Mali, respectivement en 2008 et 2009. Concernant les CFU, en 2018, 13 étaient répertoriés au Mali, notamment dans les régions de Kayes (n=5), de Sikasso (n=3) et de Ségou (n=3), et dans le district de Bamako (n=2). Dix de ces CFU ont été implantés par le PRSSD. Quatre autres CFU étaient en cours d'être implantés par le projet MEDIK dans la région de Kayes (*DOC : MEDIK & PRSSD. Atelier d'orientation pour l'extension des CFU dans le district sanitaire de Bafoulabé*). Aussi, durant mon passage dans certains milieux d'étude, certaines communautés avaient demandé aux services techniques²¹ d'implanter un CFU dans leur CSCoM. Cela montre qu'il y a un processus d'extension qui se fait à partir des communautés. Sans l'appui d'un PTF, les responsables de ces collectivités (maire, ASACO) ayant eu écho des effets positifs de certains CFU existant dans la région veulent l'expérimenter dans leurs milieux.

Bien qu'il soit difficile de quantifier le nombre exact de CVSS, le projet MEDIK a recensé, en mars 2018, 148 CVSS implantées entre 2016 et 2017 dans ses cinq districts d'intervention dans la région de Kayes (*DOC : MEDIK, 2018*). Toutefois, dans certains districts sanitaires, comme à Bafoulabé, certaines CVSS n'étaient pas reconnues officiellement ou étaient méconnues des services techniques. En plus, les CVSS recensées sont seulement celles créées soit par les ONG ou les services techniques, aucune donnée n'a été recueillie de celles mises en place par les communautés. L'immersion dans ce milieu m'a permis de relever qu'il existe un engouement des communautés pour la mise en place de ces caisses. Cet engouement est stimulé par l'attribution de motos-ambulances faite par certaines organisations aux populations, et également les activités de sensibilisation/communication des ONG locales sur les CVSS.

L'analyse des données de ces deux innovations a permis de constater que les PTF (projet de développement ou ONG) ont un effet accélérateur du processus d'extension des CFU et CVSS. En effet, le nombre de ces innovations a augmenté à des moments où elles sont soutenues par un partenaire. Toutefois, l'extension des CVSS est plus rapide que celle des CFU, ce qui est lié essentiellement au fait que les caisses sont plus faciles à mettre en place, en termes d'intrants (contenu) et de structures. En effet, elles ne nécessitent pas beaucoup de ressources financières et matérielles, souvent elles sont implantées dans l'intervalle de trois jours à la suite d'activités de

²¹ Je vais utiliser services techniques dans le texte pour résumer tous les services déconcentrés de l'État qui sont impliqués dans les deux innovations : Centre de santé de référence (CSRef), Services locaux de développement social et de l'économie solidaire (SLDSES), et Services locaux de la promotion de la femme et de la protection de l'enfant (SLPFPE).

sensibilisation menées par l'initiateur au niveau des villages. Aussi, les communautés de la région de Kayes ont des expériences de tenue d'autres types de caisse ou de tontine, ce qui facilite l'adoption de cette innovation. Alors que les CFU demandent plus d'investissement en temps et en financement. Cela a été estimé à environ 1 mois 5 jours²² et d'un budget de 5 415 136 FCFA (environ 34 565 \$ CAN) par CFU (*DOC : PRSSD, 2014, janvier*). Ce financement comprend l'ensemble des activités allant du processus de création, d'élaboration des outils et du lancement officiel des activités. En plus, les CFU sont perçus comme étant de nouvelles pratiques par les organisations utilisatrices (ASACO et collectivités locales). En effet, la composition féminine de ces comités semblait ralentir son adoption dans certains milieux, surtout ceux qui sont plus concernés par de fortes inégalités de genre. Aussi, il est important de souligner que peu de partenaires se sont engagés à soutenir les CFU, contrairement à la CVSS qui a été supportée par des ONG ou des projets de développement menés par des PTF.

Toutefois, bien qu'une extension, **latente** pour les CFU et **fulgurante**²³ pour les CVSS, soit observée, plusieurs personnes rencontrées ne la considèrent pas comme une mise à l'échelle. Selon elles, la majorité des CFU et CVSS implantés dans les communautés est soutenue par les PTF, il n'existe aucune volonté politique de mettre à l'échelle ces innovations de la part des décideurs du niveau régional ou des collectivités locales. En effet, les responsables régionaux et nationaux rencontrés semblent être d'avis que même si les CFU et CVSS sont mentionnés dans le PRODESS III, ceci ne constitue qu'une reconnaissance et ne permet pas une mise à l'échelle rapide de ces innovations. Autrement dit, cela ne garantissait pas que des actions soient prises par l'État ou ses partenaires pour soutenir l'extension de ces innovations, car dans la plupart des cas les activités inscrites dans ces plans ne sont pas toujours réalisées, comme soulevé par un acteur qui travaille dans les projets de développement :

Malheureusement le PRODESS, je ne le suis pas très bien. Même le plan que les gens élaborent chez eux même je ne les regarde pas. Il y a de l'engouement, ils font le plan, ils mettent de côté, ils travaillent. C'est le jour de l'évaluation qu'ils vont rouvrir encore pour regarder. Malheureusement les choses sont comme ça. Même le simple plan opérationnel annuel qu'on fait quand on finit de le faire, et tu vas trouver que s'il y a 30 activités à réaliser, ils ont pu faire 15 activités, et 8 n'étaient pas dans le PO [plan opérationnel]. Donc 40 % des activités réalisées ne sont pas dans le PO. (SP — PTF responsable projet)

Ainsi, les innovations CFU comme CVSS sont considérées par plusieurs acteurs comme étant à un

²² Ce temps est estimé à partir de ce qui a été relevé dans le document du *PRSSD, 2014, janvier*. Dans ce document, il a été estimé le temps de mise en place de 3 CFU à 3 mois et 16 jours.

²³ Les concepts de : latente et fulgurante sont bien expliqués dans la conclusion des cas CVSS et CFU de ce chapitre.

stade de développement, dont l'extension se fera progressivement. Par le fait même, beaucoup de personnes rencontrées ont considéré que les CFU et CVSS implantés à la date de 2018 sont quantitativement faibles par rapport au nombre d'aires de santé existantes dans les régions concernées. Pour cela, l'appropriation institutionnelle, organisationnelle et communautaire au niveau régional et des collectivités locales de ces innovations semble être, selon plusieurs PTF et responsables locaux, la préoccupation actuelle et une étape fondamentale avant celle de la mise à l'échelle. Concernant la pérennisation, elle semble être un élément important pour les PTF. En ce sens, des plans d'accompagnement/appropriation et de pérennisation ont été faits par les PTF sous forme de contrat, validé et signé par les différents services vers la fin du projet. Ce contrat engage les services déconcentrés et leurs directions régionales à assurer la continuité des CFU et CVSS et à implanter d'autres au moment du retrait du partenaire. Bien qu'il n'existait aucun plan d'extension ou de pérennisation des innovations à l'échelle des régions, des cercles ou des communes, toutefois, certains responsables administratifs de certains cercles et communes rencontrés ont fait part de leur volonté de soutenir les CFU et CVSS qui existent déjà dans leur localité au retrait des PTF :

Nous sommes en train de préparer avec les partenaires des stratégies de pérennisation parce que, eux ils vont partir, mais avant qu'ils ne partent nous allons réfléchir à des actions à mener pour que ces innovations durent longtemps. Donc avec nos partenaires, nous sommes en train de mettre en place des stratégies de pérennisation pour que le jour où ils vont partir qu'on sache ce qu'on doit faire. (SP Collectivités locales Bafoulabé)

5.2.3. Les processus de mise à l'échelle et de pérennisation : les déterminants

Dans cette section, les différents éléments internes comme externes aux innovations CVSS et CFU qui sont des conditions favorables ou défavorables à leur pérennisation et leur mise à l'échelle au Mali seront relevés. Le Tableau 14 présente ces différents éléments selon les catégories de déterminants identifiées. Si dans le tableau, « Autres éléments connexes » est considéré comme une catégorie de déterminant, dans le texte cette dernière sera intégrée dans les autres types de catégories. Ce choix d'organisation et d'écriture a été fait compte tenu de la complexité des déterminants et de leur interdépendance.

Tableau 14.

Conditions favorables et défavorables pour la mise à l'échelle et la pérennisation de la CVSS et CFU

Catégories des déterminants	Opportunités	Contraintes ou risques
Utilité perçue	<ul style="list-style-type: none"> - Perception d'utilité des innovations → <i>Acceptation sociale, adhésion des communautés et PTF.</i> - Réputation d'utilité de l'innovation → <i>facilite l'extension des innovations et l'adhésion des PTF.</i> - Innovation adoptée et mise en œuvre de façon endogène → <i>adhésion et résilience des communautés à soutenir l'innovation.</i> - Innovation adoptée et mise en œuvre de façon exogène → <i>permet de soutenir le développement rapide et la visibilité des innovations.</i> - Changements positifs induits par l'innovation. - Implication des communautés à travers des activités d'échange et de communication. 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientation des innovations vers les valeurs et objectifs des PTF → <i>effets négatifs sur la prise en compte des besoins réels des communautés et l'appropriation des innovations par les utilisateurs.</i> - Absence d'évaluation continue des projets pilotes. - Innovation adoptée et mise en œuvre de façon exogène → <i>sentiment d'inquiétude et de méfiance des personnes et organisations utilisatrices.</i>
Genre	<ul style="list-style-type: none"> - Perception de la femme comme pouvant assurer la pérennité (rôles de mobilisatrice, gestionnaire et actrice de confiance en matière de trésorerie). - Comité de gestion constitué majoritairement de femmes. - Expérience positive des caisses tenues par les femmes reconnues par les communautés. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expériences négatives de caisses tenues par des hommes → <i>effets négatifs sur la mobilisation des cotisations.</i> - Inégalités de genre existantes (normes et responsabilités assignées aux hommes et aux femmes) → <i>effets négatifs sur la direction que prend l'innovation.</i> - Réalités socioculturelles des femmes (analphabétisme, charge de travail au niveau familial, bénévolat) → <i>effets sur l'adhésion, la compréhension du projet, la mobilisation des</i>

	- Mixité des comités de gestion (homme et femme) → <i>effets positifs sur l'utilisation des fonds</i>	<i>femmes et la réalisation des activités prévue.</i>
Système de suivi, de supervision et d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi-supervision soutenu financièrement et techniquement par les PTF. - Services techniques déconcentrés de l'État sont bien impliqués dans le suivi-supervision. - Existence d'un processus d'apprentissage des acteurs de mise en œuvre à travers le suivi-supervision → <i>facilite l'amélioration de l'intervention.</i> - Existence d'un suivi des innovations assuré par les collectivités locales et l'ASACO dans quelques milieux. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dépendance du système de suivi-supervision à l'existence de PTF → <i>arrêt du suivi-supervision au retrait du PTF.</i> - Défis pour les services techniques déconcentrés à assurer la continuité du suivi-supervision au retrait du PTF → <i>liés au manque de ressources financières, humaines et logistiques.</i> - Inexistence d'un système de suivi-supervision assuré par les collectivités locales et l'ASACO dans la plupart des milieux. - Manque d'intégration des innovations dans les instruments institutionnels du cercle et des communes comme le PDSC ou PDSEC.
Ressources (matérielles, humaines et de connaissance)	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation des ressources humaines et logistiques existantes des services techniques déconcentrés. - Expériences et qualifications des acteurs des services déconcentrés, de l'ASACO et du CSCoM → <i>facilite l'accompagnement technique des innovations.</i> - Formations données aux membres des comités de gestion des innovations et des membres de l'ASACO, du CSCoM et des collectivités locales. <p>Entente et collaboration entre les membres des comités de gestion des CVSS et CFU et des acteurs locaux (communautés, ASACO, Directeur technique du CSCoM, collectivités locales).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance des ressources matérielles et financières dans les services de l'État. - Problèmes de rétention des ressources humaines qualifiées dans les services techniques de l'État → <i>effets négatifs sur l'intensité de la mise en œuvre.</i> - Perception de la motivation financière (per diem) octroyée par le PTF comme un élément important chez les agents des services techniques déconcentrés → <i>risque que les activités s'arrêtent quand le PTF se retire.</i> - Absence de formation des membres des comités de gestion des innovations et des organisations qui les soutiennent. - Sentiment d'être un travailleur « pauvre » chez les agents des services techniques → <i>attente de motivation financière pour soutenir les innovations.</i>

		Manque d'entente et de collaboration entre les membres CFU et CVSS et les acteurs locaux (communautés, ASACO, Directeur technique du CSCom, collectivités locales).
Financement	<ul style="list-style-type: none"> - Financement des PTF pour les activités de création, suivi-supervision, formation, déroulement des activités des innovations → <i>effets positifs à court terme (durée du soutien du PTF).</i> - Dynamisme et volonté des membres des comités de gestion des innovations pour assurer leur pérennisation → <i>ceci concerne les milieux qui ont mis en place de façon endogène l'innovation.</i> - Cotisation des membres des innovations → <i>effets positifs sur la pérennisation du financement.</i> - Communautés pouvant compter sur d'autres types de ressources internes (de la diaspora, personnes influentes, personnes riches) → <i>effets positifs sur la possibilité de diversifier le financement des innovations.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Inquiétude des membres CFU face à la fin du financement du PRSSD → <i>effet négatif potentiel sur la volonté de continuer sans ce financement.</i> - Incertitude quant au financement à long terme. - Manque de financement conséquent venant des collectivités locales et des ASACO pour soutenir les innovations. - Absence d'institutionnalisation du financement des innovations dans les instruments de planification des collectivités locales. - Conditions de pauvreté des communautés et surtout des femmes → <i>effets négatifs sur la capacité de cotisation des membres des innovations.</i>
Leadership et Gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de gouvernements locaux : mairie et conseil de cercle qui sont responsables de porter le leadership des innovations en santé. - Existence d'un cadre de concertation sur la santé au niveau du cercle → <i>permet d'assurer leadership du conseil de cercle sur les innovations.</i> - Collaboration entre différentes organisations → <i>microplanification, évaluation post-campagne,</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de collaboration et de coordination des différents acteurs impliqués (communes, conseil de cercle, services techniques, ONG) → <i>défis de maximiser l'efficacité de la mise en œuvre des innovations.</i> - Réalités politiques et bureaucratiques des collectivités locales → <i>effets négatifs sur la continuité des routines organisationnelles concernant les innovations et des liens entre la commune et l'innovation.</i>

	<p>débriefage.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existence de champions qui soutiennent les innovations → <i>effets positifs à court et moyen termes pour le développement de l'innovation.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque d'harmonisation dans la démarche de création et de mise en œuvre des CFU → <i>fragmentation des actions des multiples organisations et acteurs impliqués dans les innovations.</i>
Simplification et Adaptation	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptation dans certains contextes → <i>financement alternatif des innovations, comités villageois, élargissement des objectifs (prise en charge des indigents et autres problèmes de santé), implication des acteurs locaux dans le suivi et accompagnement.</i> - Capacité d'apprentissage au niveau de l'appui technique → <i>capacité de mémoire de l'innovation (documents, outils, et stratégies) permettant d'harmoniser la démarche.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Variabilités des contextes et des dynamiques internes à chaque innovation → <i>défis d'harmoniser la démarche d'innovation dans tous les milieux.</i> - Manque de capacités des membres de CFU et CVSS et des organisations utilisatrices → <i>effets négatifs sur le processus d'adaptation ou de créer et renouveler les bonnes pratiques.</i> - Harmonisation de l'intervention comme une contrainte d'adaptation locale → <i>effets négatifs sur la flexibilité et la capacité d'apprentissage des acteurs pour adapter l'intervention.</i> - Manque de ressources suffisantes au niveau local pour initier et pérenniser certaines pratiques.
Autres éléments connexes	<ul style="list-style-type: none"> - Politiques importantes qui soutiennent le bien-fondé des innovations à long terme : Politique de solidarité et des personnes âgées, Politique de protection sociale, Politique nationale de promotion de la femme et de l'enfant et Politique nationale Genre → <i>mécanismes favorables pour l'accompagnement institutionnel des innovations.</i> - Politique de décentralisation au Mali. - Inscription des CFU et CVSS dans le PRODESS III. 	<ul style="list-style-type: none"> - Causes structurelles du non-recours aux services de santé → <i>effets négatifs sur la continuité des cotisations et l'utilisation des innovations.</i> - Dépendance de l'État aux PTF. - Manque d'harmonisation des motivations financières octroyées par les PTF aux agents des services de l'État. - Recrutement du personnel qualifié de l'État par les PTF dans la mise en œuvre des interventions → <i>effets sur la disponibilité de personnels qualifiés dans les services</i>

techniques.

- Insécurité dans certaines parties du Mali → *effet sur la continuité de l'intervention dans certains sites.*
 - Conditions physiques de certains milieux : conditions climatiques, l'enclavement du territoire, la cherté de la vie → *effets négatifs sur la rétention des ressources humaines.*
 - Faible salaire des acteurs qui travaillent dans les services de l'État → *dépendance aux per diem.*
 - Rareté des ressources et faiblesse des institutions étatiques.
 - Problèmes liés à la décentralisation des ressources financières du niveau national aux collectivités locales → *effets négatifs sur la capacité des collectivités à soutenir les organisations du milieu et à financer les innovations considérées utiles.*
-

5.2.3.1. *L'utilité des CVSS et des CFU : entre l'utilité perçue et l'utilisation réelle de l'innovation.*

De façon générale, les résultats de l'analyse ont montré que les CVSS et CFU sont perçus par les personnes et organisations impliquées comme ayant une grande utilité dans les processus d'adoption et de mise en œuvre. Cette perception d'utilité ne se traduit pas de la même façon pour toutes les parties prenantes, en plus elle participe grandement au développement continu, à la stagnation ou à l'arrêt de l'innovation.

En effet, il a été constaté que pour les PTF, la décision de soutenir les CFU et CVSS était basée essentiellement sur la réputation d'utilité des innovations ou leur alignement aux objectifs et valeurs de leurs organisations. En effet, la réplique de ces innovations n'est pas toujours guidée par des preuves factuelles de leur efficacité, mais plutôt par la perception d'utilité de l'innovation par les PTF pour atteindre leurs résultats de projet ou d'organisation. Cela fait en sorte que chaque nouvelle organisation qui soutient l'innovation a tendance à l'orienter vers les objectifs de santé qu'elle s'est fixée. Par exemple, les CFU implantés dans le District de Bamako avaient pour objectifs de lutter contre la malnutrition ou améliorer la fréquentation des services de santé, alors que ceux du PRSSD sont orientés vers l'utilisation des services de santé par les femmes et leurs enfants et la participation des femmes dans la gestion des services de santé.

Par exemple à Bamako, on voit les objectifs que j'ai lus au début à la création des CFU c'était la lutte contre la malnutrition. Ça a changé chez nous. Nous, ce n'est pas la lutte contre la malnutrition qui est notre objectif. Notre premier objectif, c'est le repositionnement de la femme et notre deuxième objectif est de contribuer à la fréquentation du centre de santé. (SP – CFU PTF)

L'analyse a également permis d'observer que dans beaucoup de villages, les CVSS étaient orientées vers des thématiques de santé particulières, comme la malnutrition des enfants ou encore le transport des parturientes. Ces objectifs sont liés avec ceux du projet qui a implanté ou soutenu ces caisses. Par exemple, en analysant les CVSS qui ont été redynamisées après une première existence, il a été relevé que souvent leurs thématiques de santé sont différentes selon les objectifs du projet qui est en soutien dans le milieu. Aussi, de nouveaux objectifs viennent parfois s'ajouter à ceux qui étaient visés lors de sa création initiale, un professionnel de la santé le décrit ainsi :

Je voulais ajouter un peu par rapport à la création des caisses. Avant l'arrivée du projet MEDIK, on avait un projet ici qui avait pour objectif de lutter contre la malnutrition. Il y a eu un projet qui finançait des démonstrations culinaires. Après ce projet, MEDIK a vu le jour et nous a exhorté à continuer avec ces caisses, de ne pas qu'on les laisse mourir ; donc il faut redynamiser ces caisses pour assurer le moyen de transport. (SP - CFU CVSS Diéma CSCom)

Ces orientations des innovations vers les objectifs des PTF semblent être un élément défavorable dans le processus d'appropriation par les populations et même leur fonctionnalité. En effet, dans les entrevues réalisées auprès de certaines personnes informatrices ou de ressources, il a été constaté que plusieurs communautés qui ont adopté l'innovation sous l'impulsion d'un PTF l'orientent souvent selon les objectifs de ce dernier, au détriment des besoins réels des utilisateurs. Par exemple, dans certains milieux, les PTF mettent souvent l'accent sur le transport des femmes en cas d'urgence obstétricale. Cependant, d'autres barrières sociales, culturelles ou organisationnelles sont sous-jacentes au non-recours aux services de SMNI. Pour illustrer ce point, prenons le cas de trois des huit CVSS étudiées qui n'ont réalisé aucune activité depuis leur création (voir tableau 12). Les analyses ont révélé certains éléments externes à la CVSS qui font qu'elle ne soit pas sollicitée par les membres. Certains de ces éléments sont : la continuité de l'accouchement à domicile dans le village ; le manque de confiance des femmes aux professionnels de santé ; le manque de chemin praticable durant les saisons pluvieuses, ce qui fait que même avec l'existence d'une moto-ambulance, il est difficile pour les populations de se rendre jusqu'au CSCom ; ou encore la panne de la moto-ambulance.

Nous n'avons pas confiance à l'accoucheuse qui est au centre de santé maintenant. Cela se confirme par les nombreuses questions qu'elle pose aux femmes quand elles viennent pour les CPN. Contrairement à la précédente qui délivre les médicaments appropriés sans beaucoup de détours. Pour nous les femmes, cette dame manque assez d'expérience pour faire un bon accouchement. Pour le moment ici, lorsqu'une femme commence le travail, c'est nous même qui l'assistons jusqu'à son accouchement. (SP - CVSS Yélimané)

Ces différents motifs de non-recours aux services de santé sont également présents dans l'innovation CFU. Ils ressortent dans l'analyse des données comme ayant un effet limitant sur la capacité des CFU à avoir des résultats satisfaisants en lien avec leurs activités de sensibilisation ou de mobilisation sociale pour la fréquentation des CSCom. En ce sens, le manque de considération de ces éléments d'ordre contextuel et structurel dans l'implantation des CVSS et CFU peut contraindre non seulement la mise en œuvre des activités, mais constitue également des barrières considérables pour l'atteinte des objectifs de ces innovations. Par exemple, pour expliquer l'arrêt de la fonctionnalité d'une CVSS après son adoption, les personnes rencontrées dans un village ont soulevé que les membres ne sollicitaient plus la CVSS à cause de certaines réalités socioculturelles du milieu (p.ex., accouchement à domicile) ou des services de santé (p.ex., attitudes des professionnels de santé perçues négatives par les femmes). Conséquemment, ils avaient arrêté leurs cotisations, car ne percevant plus l'utilité de la CVSS.

D'autre part, la durée d'appui des PTF (quatre à cinq années) à ces innovations a été soulevée par certaines personnes rencontrées comme un élément qui ne permet pas toujours d'assurer leur appropriation par les communautés et les responsables locaux. Pour certaines communautés, l'appui des PTF pour la mise en place de ces innovations est une bonne chose, mais il ne garantit pas la pérennité des actions entreprises. Plusieurs d'entre elles ont soulevé que souvent dans leur milieu, après le retrait des projets, les communautés n'ont pas nécessairement tous les leviers pour continuer les activités de l'innovation. De ce fait, l'innovation risque de stagner ou de mourir. Ces expériences vécues laissent perplexes certains acteurs sur la durabilité des innovations soutenues par les PTF. Ils considèrent que les populations ont souvent la perception que ces innovations ne sont que des outils pour les projets en cours et elles ne permettent pas nécessairement de changer leurs conditions de vie. Pour cela, certains responsables des collectivités ont soutenu que les communautés qui sont les principales concernées doivent être mises au cœur de l'action pour assurer la pérennisation :

Généralement il faut une large sensibilisation pour que les gens s'approprient de ces innovations. Si les gens les prennent comme des outils des projets, à chaque fois que les projets se retirent seulement, elles sont mises aux oubliettes. Il faudra mettre les concernés au centre de ces innovations. (SP – CVSS CFU Collectivités locales Diéma)

Ce type d'innovations n'étant pas soutenues par le gouvernement malien, d'autres personnes, surtout des services techniques, perçoivent les PTF comme de bons alliés pour développer les CVSS et CFU, notamment dans l'élaboration d'approches de mise en œuvre et d'outils techniques, entre autres. En plus, selon elles, l'appui des PTF constitue un élément important à ce stade de développement des innovations. Il peut contribuer à leur visibilité auprès des responsables locaux, régionaux et nationaux, ce qui a déjà eu des retombées positives sur la mise à l'échelle puisque plusieurs communautés ont décidé ou veulent mettre en place leur propre CFU ou CVSS.

Par ailleurs, l'utilité perçue de l'innovation par les communautés s'est construite soit au début de l'adoption ou au cours de la mise en œuvre en fonction que l'innovation soit implantée de façon endogène ou exogène. Dans les milieux dans lesquels l'innovation est initiée de façon endogène, comme dans le cas du CFU de Hamdallaye et des CVSS de Ganfan Aval et Fassoudébé, leur utilité semble être une évidence dès l'adoption. Dans ce sens, ces communautés développent une acceptabilité de ces initiatives tout au début du processus. Elles ont la certitude que l'innovation est facile à utiliser et elle peut répondre efficacement à leurs besoins. De façon générale, l'acceptabilité sociale des innovations CFU comme CVSS est liée à certains faits : (1) d'avoir vécu une expérience positive avec une innovation similaire comme la tenue d'une caisse de tontine ; (2) d'avoir entendu parler d'initiatives CFU ou CVSS qui ont réussi ; ou (3) d'être confronté à des situations dont la

solution peut venir de ces innovations (p.ex., problèmes de transport ou financiers lors d'une urgence obstétricale, faible taux d'adhésion à l'ASACO ou faible fréquentation des services de santé). Ainsi, l'analyse a permis de constater que les communautés qui ont adopté l'innovation sans l'appui d'un PTF ont une grande motivation à la développer et à la maintenir, nonobstant les défis rencontrés. Voici certaines réactions de personnes participantes aux entrevues quand nous leur avons demandé si elles voyaient des risques ou défis qui peuvent nuire à la continuité de l'innovation :

Pour l'instant nous ne voyons rien qui puisse freiner la caisse et nous prions Dieu pour que cela n'arrive pas. (SP- CVSS Bafoulabé)

Celui qui voit des éléments perturbateurs constitue déjà l'élément socle de cette perturbation. Tout homme, quand tu veux aller de l'avant, ne compte pas les problèmes qu'il peut rencontrer avant de faire ce qu'il doit faire. Ces femmes se sont inspirées, nous aussi [ASACO] on a eu l'inspiration que nous partageons ensemble, alors on laisse les obstacles de côté. Tout obstacle que nous n'arrivons pas à surmonter, c'est que cela dépasse nos compétences. Nous aurons pu dire qu'on ne nous a pas financés donc on ne peut pas exister. On a cherché à exister. Nous pensons peu aux difficultés même si elles existent, on y accorde peu d'importance. (SP-CFU Sikasso)

Par ailleurs, dans les milieux dans lesquels les innovations ont été initiées et implantées de façon exogène par un PTF ou les services techniques, la perception de l'utilité peut être différente d'un acteur à un autre et elle se développe durant la mise en œuvre. En effet, le degré d'utilité perçue dépend de la structure de l'innovation, des dynamiques de pouvoir existant dans les milieux, des objectifs poursuivis par l'innovation et par les utilisateurs, et de la démarche d'implantation adoptée par l'organisation qui initie ou implante l'innovation. Par exemple, il a été constaté qu'au début de l'implantation des CFU, des acteurs de certains milieux, comme les membres de l'ASACO et le personnel de santé du CSCoM, avaient développé un sentiment de peur et d'inquiétude. Pour les membres ASACO, ce sentiment se traduisait par la crainte que les CFU soient une doublure à ce qu'ils font déjà. Alors que pour les professionnels de la santé, le fait que les CFU avaient comme activité de faire remonter les plaintes des personnes usagères des services de santé aux responsables du CSCoM avait nourri une certaine méfiance à l'égard de cette innovation. L'analyse a montré que la composition à majorité d'hommes de ces organisations utilisatrices de l'innovation peut expliquer certaines méfiances à l'égard des CFU. Cela laisse présager que les inégalités de genre ont un effet important sur l'acceptation sociale de cette innovation. Ces inégalités se construisent à travers différentes normes sociales qui régissent les rapports entre homme et femme, notamment la méfiance que certains hommes peuvent avoir à l'endroit des femmes, comme le révèlent les propos ci-dessous d'un interviewé sur ce phénomène :

Au tout début, quand on nous a fait savoir que c'est un comité constitué uniquement de femmes, il y a eu beaucoup d'interprétations autour de ça ; les hommes pensaient : est-ce qu'ils ne sont pas en train de préparer un coup. (SS – CVSS CFU Services techniques Nioro)

Ce sentiment de méfiance et d'inquiétude change après un certain temps que le CFU existe grâce à certaines activités liées à la mise en œuvre. La démarche de sensibilisation et de communication initiée par les acteurs qui implantent l'innovation tout au long du processus participe à améliorer les connaissances sur les CFU et la confiance entre ces organisations et les CFU. En plus, les changements positifs induits par l'innovation dans les milieux contribuent à améliorer la perception d'utilité de ces innovations chez les personnes et organisations utilisatrices. Par exemple, dans l'ensemble des milieux où un CFU ou une CVSS (fonctionnelle) a été implanté, il a été relevé par les membres des communautés (y compris les responsables des CSCom et ASACO) et les responsables des collectivités (mairie et cercle) que ces innovations ont induit des changements significatifs dans leur milieu. Ces changements sont liés à l'accroissement de : la fréquentation du CSCom, l'adhésion à l'ASACO, l'implication des femmes dans les comités de gestion de l'ASACO et des CVSS, la remontée des plaintes et l'utilisation effective des services de SMNI. Ces différents éléments contribuent, selon les personnes rencontrées, à améliorer la santé financière des CSCom et la santé de la population en général et à renforcer l'adhésion et l'appui des responsables locaux (mairie, CSCom, ASACO, chef de village) et des communautés. Ces éléments exercent une influence positive sur l'adhésion des communautés qui est importante pour la continuité de ces innovations.

Ces différentes expériences montrent, en effet, que la perception d'utilité peut renforcer ou contraindre la continuité de l'innovation. Elle est liée à différents éléments contextuels aux niveaux des villages, des structures de santé, et des relations existantes entre les populations et les institutions, et également au processus temporel de l'innovation. Toutefois, il est important de nous questionner particulièrement sur la perception d'utilité et le fonctionnement de ces innovations en lien avec la question de genre, étant donné que ces innovations répondent à des besoins qui concernent les femmes dans des milieux dans lesquels les normes de genre sont très présentes.

5.2.3.2. Le genre : entre reconnaissance du rôle déterminant de la femme dans le processus d'innovation et normes sociales.

Le genre est ressorti comme un élément central dans les analyses effectuées. En effet, le rôle des femmes est déterminant dans le processus de pérennisation de ces innovations, et même leur extension dans une certaine mesure. Bien que ce rôle soit reconnu par les différents acteurs

impliqués dans ces innovations, il existe des normes de genre qui influencent les opportunités et les risques sur le plan de leur continuité dans les milieux d'implantation.

D'une part, il ressort des analyses que les femmes ont une grande capacité de mobilisation des populations, ce qui est un élément favorable pour faire adhérer les communautés aux innovations. Par exemple, pour les CFU, les différents acteurs ont reconnu que le fait que c'est un comité composé uniquement de femmes a eu un effet sur la capacité de mobiliser les populations dans certaines activités, notamment de salubrité, de sensibilisation ou encore d'utilisation de certains services comme la vaccination. Ce même constat a été fait des CVSS. Dans les villages visités, les femmes sont souvent mobilisées pour sensibiliser, augmenter le nombre de personnes adhérentes et collecter les cotisations. Sur ce point, les données issues des entrevues et observations ont permis de constater que, de façon générale, les CVSS existantes dans les villages qui ont un comité de gestion composé majoritairement de femmes sont plus performantes que celles tenues par les hommes, sur le plan de la mobilisation des cotisations et même du montant réel existant dans la caisse.

En plus, de leur rôle de mobilisatrice, les femmes sont considérées comme étant des leaders et des gestionnaires hors pair en ce qui a trait à l'argent. Cela peut être expliqué par le fait que les femmes qui sont impliquées dans les comités de gestion des CFU comme des CVSS sont le plus souvent des femmes leaders qui ont beaucoup d'expériences de travail dans des associations ou des tontines. En plus, elles assument le rôle de gestion des dépenses dans leur ménage et elles sont jugées, par les personnes interviewées, comme étant transparentes par rapport à l'utilisation de l'argent.

Vous savez les femmes sont mieux gestionnaires que les hommes. Que ça ne choque pas les hommes, mais c'est la vérité. Quand les femmes collectent quelque chose, il est difficile qu'elles permettent qu'une autre femme bouffe ça devant elles. Or nous les hommes, il y a tellement de considération (rire). (SS- CFU FENASCOM)

Sur cette lancée, beaucoup d'hommes interviewés ont soulevé que les communautés ont souvent plus confiance à une femme qu'à un homme pour garder l'argent. Cela est un élément important ressorti dans les deux innovations. Par exemple, concernant les CFU, beaucoup de responsables de CSCOM ou d'ASACO ont révélé que les femmes qui composent le comité de gestion ont eu à différents moments des problèmes avec la justification des fonds, ce qui est lié généralement au taux d'analphabétisme dans ce groupe de population. Toutefois, aucun événement de malversation ou de détournement de fonds n'a été relevé dans les CFU, ce qui démontre la transparence et la capacité de gestion de l'argent, selon eux. De plus, sur les cinq des huit CVSS étudiées, les communautés avaient décidé volontairement de nommer une femme au poste de trésorerie. Durant les entrevues de groupe dans ces milieux, il a été soulevé que le choix d'une femme au poste de

trésorerie est un élément important pour pérenniser leur caisse. Les raisons de ce choix sont liées à certaines normes sociales telles que l'homme peut s'enfuir avec l'argent alors que la femme qui est souvent une épouse et mère considérant son attachement avec le milieu ne pourra pas le faire. Sur ce, dans plusieurs villages, les habitants ont relevé avoir vécu au moins une expérience de détournement de fonds de caisse par un homme ou de gestion malsaine de caisses tenues par les hommes. Ces expériences négatives ne semblent pas être vécues avec des femmes. Cela participe à renforcer la confiance donnée aux femmes pour des postes de trésorerie ou gardienne de la clé.

On l'a fait sciemment de mettre plus de femmes dans le bureau que d'hommes parce que ce sont les femmes qui ont plus peur de l'argent que les hommes. L'argent collecté ne doit être utilisé qu'aux fins auxquelles il est destiné c'est-à-dire la prise en charge des soins de santé de la femme. C'est pourquoi, d'ailleurs, une femme est la trésorière de la caisse et gardienne de la clé. Dans notre village on a plus confiance aux femmes qu'aux hommes. Toute activité qui débute dans le village ce sont les femmes qu'on voit au-devant de la scène que les hommes. (SP CVSS Yélimané)

Concernant les expériences négatives vécues par les communautés à travers ces innovations ou des initiatives semblables, l'analyse des données a révélé qu'elles constituent un risque pour la pérennisation comme pour la mise à l'échelle. Certaines organisations qui implantent ces innovations ont soulevé que les communautés qui sont plus réticentes à initier les CVSS sont celles qui ont vécu une expérience négative liée à la gestion d'anciennes caisses. De plus, dans les milieux qui acceptent d'implanter une CVSS, le vécu des expériences négatives est une limite pour faire adhérer les populations et collecter les cotisations. Cet aspect est fort pertinent pour mieux comprendre que la mise en place d'une innovation ne garantit pas nécessairement sa réussite, en plus les dynamiques locales sont des éléments importants à prendre en considération avant même l'adoption ou la mise en œuvre. En effet, ces aléas sociaux doivent être compris par l'initiateur de l'innovation, afin d'apporter des stratégies supplémentaires pouvant aider à les surpasser.

Chaque fois qu'on demande aux gens de cotiser, ils ont en mémoire les expériences négatives des cotisations passées. Ils disent que s'ils cotisent est-ce que les choses ne vont pas se passer comme les dernières fois. Ça, c'est un obstacle pour la mise en place des caisses. (SP - CVSS ONG locale)

Par ailleurs, bien que la femme soit un moteur de mobilisation de ressources et une personne de confiance, il a été relevé dans les entrevues que les femmes n'utilisent pas souvent l'argent de leur caisse dans le financement de la santé. De ce fait, beaucoup de caisses qui existent dans ces villages ne s'occupaient pas nécessairement de la santé des femmes et des enfants. Selon des femmes rencontrées de façon informelle lors de mon immersion terrain, l'argent de leurs caisses était souvent destiné à l'organisation de fêtes, ce qui fait que les dépenses de santé n'étaient pas assurées. Ainsi, les frais de santé sont souvent pris en charge par les hommes, et même dans les milieux où

les femmes doivent cotiser pour les CVSS, beaucoup de personnes ont soulevé que cela revient toujours à la responsabilité de l'homme. Donc, le rôle de l'homme comme un pourvoyeur est un argument souvent soulevé dans certaines de ces communautés et par le fait même les femmes se dédouanent de la prise en charge des dépenses liées à la santé. Dans d'autres milieux, bien que les hommes aient soutenu durant les entrevues que ce sont eux qui cotisent, certains acteurs œuvrant dans les ONG locales ont affirmé que souvent ce sont les femmes qui assurent la cotisation de façon indirecte. Ces considérations sont importantes puisqu'elles montrent l'hétérogénéité des milieux, ce qui nécessite une attention particulière aux aléas contextuels. Mais, également dans une dynamique de pérenniser les CVSS, la composition du comité de gestion et la cotisation des membres sont des éléments qui doivent être bien pensés selon les réalités des femmes du milieu.

Les comités de gestion des CVSS mises en place avec l'appui du projet MEDIK devraient être composés d'au moins 30 % de femmes avec au moins une dans un poste de responsabilité (trésorière ou présidente). Cependant, ces directives n'ont pas été respectées, puisque sur cinq CVSS mises en place ou redynamisées par les services techniques ou l'ADG seulement une était composée de plus de 30 % de femmes. Le portrait de la représentativité des femmes dans les comités de gestion des huit CVSS étudiées est : (1) deux CVSS avaient une femme comme présidente ; (2) une CVSS était composée majoritairement de femmes ; (3) cinq CVSS avaient seulement une ou deux femmes (sur cinq ou six membres) dans le comité de gestion. Ce manque de représentativité des femmes dans le comité pourrait limiter la demande des prestations, étant donné que souvent les problèmes de SMNI relèvent de la responsabilité des femmes. En plus, dans un des villages, il a été constaté que des femmes avaient décidé de créer une caisse parallèle à la CVSS. Cette caisse avait des objectifs de santé tout en s'intéressant au développement de façon très large. Bien que ce soit la CVSS dite officielle qui est reconnue par les services techniques, mais en réalité c'est celle des femmes qui est fonctionnelle. En ce sens, les femmes rencontrées durant les entrevues ont maintenu de ne pas vouloir fédérer leur caisse qui fonctionne bien à la CVSS existante gérée par les hommes puisque ces derniers n'ont pas la volonté ou la motivation de dynamiser la CVSS. Certaines répondantes en parlent ainsi :

Les femmes ont constaté que dans le village les hommes ne sont pas très motivés à faire fonctionner la caisse. Donc l'association des femmes du village a jugé nécessaire de nous donner la main pour faire fonctionner la caisse. La première caisse était gérée par les hommes. Les femmes ayant constaté le manque de volonté chez les hommes ont jugé nécessaire de créer cette deuxième caisse. Elles ont mis cette caisse en place sans bureau. C'est la première caisse, c'est-à-dire celle détenue par les hommes, qui a un bureau. (SP - CVSS Nioro)

Dans certaines communautés, les personnes rencontrées ont soulevé qu'un comité de gestion composé uniquement de femmes ou d'hommes ne serait pas la meilleure option pour pérenniser les caisses. En effet, ce type d'organisation peut être un risque, considérant certaines normes sociales qui font que les femmes ou les hommes peuvent utiliser l'argent pour d'autres objectifs qui ne sont pas en santé. D'ailleurs, dans le village de Ganfan Aval à Bafoulabé qui a la seule CVSS initiée et tenue par des femmes, il a été constaté que le trésorier désigné est un homme. Selon les femmes de cette CVSS, ce choix a été fait pour éviter que l'argent soit utilisé pour d'autres objectifs, autres que la santé. Aussi, l'étiquette de caisses des femmes ou caisses des hommes montre, en effet, qu'il existe un manque de confiance dans certaines communautés des femmes envers les hommes. Cela peut avoir des effets limitants pour l'utilisation effective de la caisse, car les femmes en constituent les principales utilisatrices. Par conséquent, une composition du comité à majorité d'hommes peut être défavorable pour la demande de prestations chez les femmes et peut même nuire à l'adhésion et à la continuité des cotisations. Cet élément doit être connu par les organisations responsables de la mise en place et du suivi de ces CVSS, afin qu'elles puissent assurer que les comités de gestion des CVSS soient composés de personnes qui peuvent en assurer la continuité et dont les femmes ont confiance.

Dans cette perspective, les données portant sur les CFU ont permis de relever que la composition féminine des comités peut être un frein pour mener certaines de leurs activités. En effet, selon certaines femmes qui sont membres des CFU, il est difficile de faire adhérer les hommes lors des activités qu'elles mènent. Alors que l'intérêt et l'adhésion des hommes au CFU sont des éléments importants pour éviter que les rapports de pouvoir inégaux soient défavorables au développement de l'innovation. Cela peut avoir des risques que le CFU à long terme ne soit qu'un comité destiné à sensibiliser uniquement les femmes. Par conséquent, l'innovation ne pourrait pas adresser les problèmes liés à la fréquentation des services de santé et la faible participation des femmes aux décisions liées à leur santé, dont les causes ne sont pas toujours individuelles, mais d'ordre systémique.

Ce qu'il y aurait pu avoir aujourd'hui dans nos villages, c'est l'implication des maris. C'est un point obscur dans les activités parce que souvent même quand on fait la mise en place des bureaux, lorsque les maris ont appris que ce sont les femmes seulement qui doivent se réunir, certains ont fait de cela des problèmes. Aujourd'hui s'il y a des activités liées à la thématique de violence à faire par le CFU, c'est de savoir comment intéresser davantage les hommes. (SS - CSCom Niore)

Sur cette même lignée, il est important de considérer que les réalités socioculturelles des femmes dans ces milieux sont déterminantes pour le développement et la continuité de ces innovations. En

effet, les contraintes familiales liées à la charge de travail des femmes, l'analphabétisme et le travail bénévole dans ces comités constituent des enjeux à considérer dans le développement des innovations CFU et CVSS. Par exemple, pour le CFU qui est une innovation qui demande un certain investissement des femmes en termes de temps et de connaissance (élaboration d'un plan annuel et des habiletés en justification de fonds), d'aspect financier (cotisation individuelle), des contraintes familiales ou d'alphabétisation font que certaines femmes rencontrent plus de défis à mener les activités prévues. Selon, certains responsables du suivi, cela contribue à influencer négativement la performance d'un CFU. En plus de cela, plusieurs acteurs sont en accord que le bénévolat peut-être un risque pour la pérennisation des CFU et ils proposent que d'autres sources de motivation soient offertes pour éviter la démobilisation de ces femmes.

Le caractère bénévolat de la mission du CFU ne permet pas de se donner à fond parce que tout le monde a des problèmes. Il faut donc essayer de les enlever du bénévolat. Il faut les motiver. Il faut leur accorder des avantages tels que la gratuité des soins. (SS – CFU CSCom Bamako)

Les inégalités de genre existantes dans les communautés ont un effet sur la direction que pourrait prendre l'innovation dans un milieu. Dans le cas des CVSS, il a été remarqué que souvent, les hommes qui gèrent les caisses ont des objectifs différents de ceux des femmes. En effet, selon des hommes rencontrés dans certains milieux, l'intérêt d'avoir une caisse était de pouvoir à l'avenir créer leur propre centre de santé dans leur milieu, ou encore de rivaliser avec d'autres villages. Cette question de rivalité ou de « jalousie » entre différents villages est très présente dans certains milieux, elle se manifeste en une sorte de concurrence qui fait que si le village rival a une CVSS l'autre veut nécessairement l'avoir : « dans le processus de création des CVSS, il peut avoir un côté jalousie aussi, ou tout le monde va s'intéresser à ça pour l'avoir dans son village. » (SP – CVSS CFU Collectivités locales Yélimané). Cette concurrence positive est même utilisée dans certains villages qui ont fédéré leurs caisses comme un moyen pour mobiliser plus de cotisations. En ce sens, lors des assemblées villageoises le montant de la cotisation est dévoilé pour que chaque village cotise au moins un montant égal ou supérieur à son voisin. De ce fait, les différentes motivations des hommes ne sont pas les mêmes que celles des femmes, ces dernières sont plus dans la dynamique que la CVSS puisse leur servir à financer les urgences sanitaires qui surviennent chez la femme ou son enfant. Il peut exister un sentiment de concurrence chez les femmes, mais dans leur motivation à avoir une CVSS ou un CFU, cet élément n'est pas ressorti dans l'analyse de données. Toutefois, dans le cas des CFU, le fait de savoir qu'un autre CFU est dynamique peut être une source de motivation pour d'autres membres CFU. C'est dans cette perspective que le PRSSD avait entrepris des rencontres d'échange entre les CFU, cette activité est perçue par les femmes

CFU rencontrées comme un moyen d'apprentissage, et non de rivalité.

Concernant les CFU, l'analyse des données a permis de relever que leurs activités sont plus orientées vers celles valorisées par l'ASACO, le CSCCom ou les collectivités locales qui sont dirigées à majorité par des hommes. En faisant une analyse transversale sur les objectifs du CFU tels que perçus par les différents acteurs impliqués dans l'innovation, il existe des différences dans les objectifs assignés au CFU. D'abord, l'objectif des CFU consistant à renforcer ou stimuler la participation des femmes dans la gestion des CSCCom en étant représentées dans les comités de gestion et d'administration des ASACO a été soulevé seulement dans les entrevues et documents du PRSSD, de MEDIK ou de la FENASCOM. Cette conception n'est pas ressortie chez les autres personnes rencontrées (membres et non membres des CFU, ASACO, CSCCom, collectivités locales). Selon ces dernières, les objectifs du CFU sont : l'amélioration des indicateurs de santé, la mobilisation sociale, ou encore « *porter main forte* » à l'ASACO en améliorant l'achat des cartes de membres, la fréquentation du CSCCom ou la remontée des plaintes des personnes usagères aux responsables des centres de santé. Ce constat est intéressant puisque cela nous emmène à considérer que dans les aires de santé, la vision du CFU limitée à la fonction d'outil de travail au service de l'ASACO et du CSCCom facilite l'acceptation et le soutien des organisations et acteurs du milieu pour sa continuité. Une vision du CFU comme un tremplin pour les femmes leur permettant de s'impliquer dans les comités de gestion est minoritaire. Bien que dans certains milieux, certains présidents ASACO ont soutenu qu'ils vont soutenir les femmes à intégrer le bureau, dans plusieurs milieux les femmes CFU ont soulevé que c'est à elles de se battre pour que cela soit une réalité. De ce fait, dans une dynamique de rapport de pouvoir dans lequel les hommes ont toujours dominé dans les structures de gouvernance des ASACO, il sera difficile pour les femmes d'accéder à des postes de décision dans ces organisations, surtout dans les milieux où les inégalités de genre sont plus prononcées. En plus, le fait que certaines femmes réussissent à être élues comme présidente de l'ASACO ou de la FELASCOM ne garantit pas selon, plusieurs participantes, le soutien aux CFU. Dans quelques milieux où une femme est élue à un poste décisionnel, les CFU et certains membres ASACO ont soulevé que cela n'a rien changé dans la condition du CFU.

Nous avons une femme qui est issue de ce quartier, de ce bureau CFU, mais qui collabore peu avec le CFU. Elle est pourtant la présidente de la [Organisation X] et vice-présidente de l'ASACO. Et c'est elle qui devrait implanter des CFU dans tous les autres centres. Mais, si les centres manquent encore de CFU.... En tout cas, ce sont les femmes qui doivent faire la promotion des femmes, mais généralement quand une femme est à la tête d'une structure, elle réfléchit différemment des autres femmes. (SP - CFU X)

5.2.3.3. *Système de suivi et supervision : entre dépendance à l'appui externe et limite d'une approche communautaire.*

De façon générale, pour les deux innovations, les analyses ont montré que le suivi et la supervision sont des éléments importants pour assurer leur continuité dans le temps comme dans l'espace. Dans ce sens, les PTF qui soutiennent ces innovations ont joué un grand rôle dans le processus de suivi-supervision en appuyant financièrement les services techniques. Ces services et les ONG locales qui ont contractualisé avec les PTF sont responsables de mener le suivi régulier des innovations qui varie, selon les milieux, d'une période mensuelle à trimestrielle. Les agents des directions régionales concernées ainsi que ceux qui travaillent dans les projets des PTF font également un suivi périodique des innovations implantées. Ils supervisent également les différentes réalisations des acteurs locaux sur le terrain. D'autres organisations peuvent être impliquées dans le système de suivi et supervision aux niveaux régional et local, notamment les FENASCOM, FERASCOM, ASACO, Directeur technique du CSCOM et les collectivités locales. Bien que le niveau national soit important dans une dynamique de mise à l'échelle, les directions nationales concernées par les innovations de même que la FENASCOM sont peu impliquées dans ce processus. Certains acteurs de la FENASCOM ont soulevé le fait qu'ils soient laissés pour compte dans le processus d'innovation, alors qu'elle est l'organisation initiatrice. D'autres ont soutenu que l'implication des niveaux régional et local était plus facile en termes de temps et de ressources et ils sont plus pertinents pour pérenniser et mettre à l'échelle les CVSS et CFU.

De façon générale, le suivi est perçu comme étant une composante essentielle pour le développement des innovations. En effet, il a permis aux différents acteurs impliqués de réajuster des éléments de mise en œuvre et même d'améliorer la qualité de l'intervention. Plusieurs acteurs qui ont une vue d'ensemble de ces innovations ont soutenu que dans les milieux où le suivi n'a pas été respecté, il y a eu des défaillances dans les activités implantées. Bien que les pratiques de suivi-supervision soient utiles pour l'intervention, en permettant les acteurs de mise en œuvre d'améliorer certaines composantes des innovations (création d'outils de suivi pour CFU et CVSS, implication des collectivités locales dans plusieurs activités de mise en œuvre pour les CFU), elles ne constituent pas un système d'apprentissage pour les membres CFU et CVSS. En effet, la performance de ces derniers dépend en grande partie de leur propre compétence que des apports du suivi-supervision.

Puisque ce sont des femmes illettrées, il y a toujours de petits problèmes et c'est pourquoi nous veillons sur elles. Le service local du développement social fait un suivi trimestriel, nous nous faisons un suivi semestriel. Au cours de ces suivis lorsqu'on constate qu'il y a des problèmes, nous faisons une restitution devant tous les acteurs. On a constaté qu'il y a des problèmes dans la tenue des cahiers. (...), Malgré cela, il y a des CFU qui sont plus dynamiques que d'autres. Tout dépend du leadership de la présidente quand la présidente

est dynamique, son CFU aussi devient plus dynamique et quand le service du développement social aussi s'y met ça fonctionne bien. On a vu dans certaines localités où ce service n'était pas tellement avec elles ; cela a mis ces CFU en retard. (SP – CFU Acteur PTF)

De fait, le système de suivi et supervision des innovations dépendant de l'appui des PTF comporte différents enjeux. Le premier est le fait qu'il soit intrinsèquement lié avec l'existence du PTF. Beaucoup de personnes rencontrées ont soulevé que souvent, dès que le PTF se retire dans ce type de fonctionnement, le suivi et la supervision des innovations s'arrêtent. D'ailleurs, pour les CVSS qui ont été mises en place par M.CAPAZ en 2011, le manque de suivi après le retrait du partenaire a été pour plusieurs caisses la raison principale de leur dysfonctionnement ou arrêt (*DOC : Programme ISMEA. Rapport sommaire narratif sur les 12 CVSS de trois districts de la région de Kayes*). Dans ce sens, la logique des PTF, comme le PRSSD et le projet MEDIK, est d'impliquer suffisamment les services techniques pour qu'ils s'approprient ces innovations afin de continuer les activités de suivi et supervision, entre autres, quand leur financement et appui technique s'arrêteront. Cependant, les agents de ces services et des directions régionales et nationales rencontrés soutiennent que le manque de ressources financières, humaines et logistiques fait en sorte que le suivi de ces innovations n'est pas respecté après le départ du PTF. Ces insuffisances sont liées à des réalités structurelles existantes dans les services de l'État qui se traduisent souvent par l'insuffisance d'infrastructures (véhicules ou motos), de personnels qualifiés, de financement direct des activités, la mobilité des ressources humaines et la dépendance aux PTF. En raison de ces éléments, plusieurs acteurs rencontrés ont soutenu que le suivi de ces innovations par les services de l'État serait difficile, voire impossible, après la fin du financement des PTF. D'autant plus, sans l'appui d'un partenaire, ces acteurs n'envisageaient en aucun cas que ces innovations puissent être soutenues par l'État. Cela soulève que l'engagement pris entre les différents services de l'État et le PTF à travers la signature des plans d'accompagnement/appropriation et de pérennisation dans lesquels le suivi-supervision en est une composante ne semble pas être une garantie pour pérenniser les actions et pratiques à l'endroit des CVSS et CFU.

Le suivi est important pour ces CVSS, mais l'État n'a pas les moyens de sa politique. Même les dépenses régaliennes, l'État ne peut pas les couvrir, si je dis qu'on peut compter sur l'État pour suivre ces innovations, je vous leurre. Dans les services de l'État, nous rencontrons deux barrières importantes qui sont d'ordre financier et logistique. Aucun service local ne dispose d'un véhicule. Alors que les CVSS sont dans les villages, tu ne peux pas sillonner ces villages à moto. Même si tu le fais c'est à tes risques et périls. Voici les aspects qui peuvent bloquer les agents de l'État. En plus, il faut du financement pour assurer la prise en charge des agents qui font le suivi et l'appui technique. (SP – CVSS CFU Acteurs régionaux)

Constatant ces différentes barrières, des acteurs locaux ou régionaux ont trouvé des solutions pour pouvoir continuer les activités de suivi dans certains milieux. Par exemple, au niveau de la région de Sikasso, le suivi des CFU a été intégré dans les missions de suivi des ASACO réalisé par les services déconcentrés. Aussi, huit points focaux pour l'égalité entre les femmes et les hommes (EFH) ont été mis en place avec l'appui du PRSSD au niveau des régions et ils sont intégrés dans les directions régionales (de Santé, développement social et l'Économie solidaire, et de Promotion de la femme, de l'enfant et de la famille) et dans la FERASCOM. Connaissant bien le processus d'implantation des CFU, les points focaux EFH sont considérés comme des acteurs qui peuvent assurer le suivi de ces comités à long terme. À cela s'ajoute un point focal innovation qui a été nommé à la Direction nationale de la santé (DNS) qui pourrait stimuler l'intérêt sur ces types d'innovation au niveau national. Cependant, d'autres acteurs restent très perplexes quant à la continuité des activités de ces points focaux quand le financement du PRSSD s'arrêtera en 2019. En effet, ces personnes ont soulevé durant des discussions informelles, que ces points focaux sont intégrés dans des organisations qui rencontrent certaines difficultés de financement et de fonctionnement. Sans un accompagnement d'un partenaire, ils ne pourront pas mener les activités qui leur sont assignées. En plus, n'étant pas impliqué dans le processus de mise en œuvre des CFU comme des CVSS, le niveau national n'a pas assez d'information pour apporter son soutien technique et financier au suivi-supervision.

Un deuxième enjeu de ce système de suivi-supervision est le fait que les PTF ne valorisent pas assez le suivi de proximité durant la mise en œuvre des innovations. Dans les faits, dans beaucoup de communautés visitées, il a été constaté que souvent les membres de l'ASACO et le Directeur technique du CSCom font le suivi et l'accompagnement des CVSS et CFU. C'est seulement dans deux communautés que le maire est impliqué directement dans le suivi des CVSS. Étant donné que le suivi-supervision requiert souvent des moyens financiers, ces acteurs locaux ont relevé l'importance d'intégrer ce financement dans les instruments institutionnels de l'ASACO ou des collectivités locales. Plusieurs d'entre eux ont soulevé, allant dans ce sens, que le PDSC [Plans de Développement sanitaire des Cercles] et PDSEC [Plan de Développement Économique, Social et Culturel] sont le meilleur moyen pour assurer que le financement de certaines activités, notamment le suivi-supervision des innovations, soit pris en compte par les collectivités et d'assurer ainsi leur pérennisation dans les milieux. Dans le PDSEC, il existe une rubrique qui concerne l'appui aux activités prioritaires de la santé qui a été relevée comme étant pertinente pour les CVSS comme les CFU étant donné leur potentiel d'influer positivement sur les indicateurs de la santé au niveau des aires de santé. Toutefois, concernant les plans d'appropriation et de pérennisation des PTF, les

collectivités locales n'y sont pas signataires, l'ensemble de la stratégie repose sur les services techniques. Alors que mes observations sur le terrain et les entrevues réalisées permettent de constater que les services techniques ne participaient pas toujours à l'élaboration des PDSEC, ce qui semblait expliquer le fait que ces types d'interventions communautaires en lien avec la santé ne soient pas considérés dans ce plan. Cela résulte en grande partie d'un manque de coordination et de collaboration entre les collectivités communales et les services techniques, ce qui constitue une limite pour pérenniser le financement des activités pour le suivi-supervision des CFU comme des CVSS.

Depuis un certain temps, on est en train de constater que les PDSEC sont validés ou bien il y a des étapes qui sont validées, mais on ne voit pas beaucoup les services techniques au moment où ces outils sont élaborés. C'est après qu'on se rend compte qu'il y a des occasions manquées pour insérer des éléments importants dans le PDSEC, maintenant on se pose la question : comment faire l'articulation nécessaire pour que ces périodes importantes de planification ne puissent pas se faire sans les services techniques. (SP – CVSS CFU Collectivités locales Nioro)

5.2.3.4. Les ressources humaines, matérielles et de connaissance : entre quête d'autonomie et inégalités structurelles.

De façon générale, les ressources humaines, matérielles et de connaissance ont été analysées à deux niveaux. Le premier niveau correspond aux différentes ressources impliquées dans l'implantation et l'accompagnement technique des innovations CVSS et CFU. Le deuxième niveau correspond aux personnes (hommes et femmes) qui constituent les comités de gestion de ces innovations. Cette analyse différentielle a permis de mieux comprendre les risques et les opportunités organisationnels, mais également sociétaux dans une dynamique de pérennisation et de mise à l'échelle de ces innovations.

En premier lieu, les ressources humaines qui accompagnent les deux innovations sont celles affiliées au système de santé, notamment les services déconcentrés de l'État, le CSCOM et l'ASACO et celles qui travaillent directement avec le PTF ou l'ONG locale en charge de l'innovation. Dans quelques exceptions, les collectivités locales notamment les communes participent à l'accompagnement de deux CVSS étudiées. De façon générale, il ressort une grande différence en matière de connaissances, de personnels qualifiés disponibles, de moyens logistiques entre ces différentes organisations. En effet, les ONG locales et les PTF ont plus de ressources humaines qualifiées et disposent de moyens logistiques conséquents. Toutefois, les agents des services de l'État ont soulevé qu'au-delà de la précarité matérielle et économique de leurs services, relevée dans la section précédente, il existe un problème de rétention des ressources humaines qualifiées qui est plus prononcée dans la région de Kayes et pour certains services comme celui de SLPFPE et SLDSES. Cela est lié, entre autres, aux conditions climatiques de la région (les

températures dépassent 45°C de mars à mai), l'enclavement du territoire, la cherté de la vie qui font qu'il est difficile de retenir le personnel qualifié dans les structures de l'État. En ce sens, ces différents défis constituent des éléments défavorables pouvant contraindre ces structures à soutenir les innovations au retrait des PTF.

A contrario, il est important de noter que les personnels des services de l'État et des ASACO ont souvent des expériences et des connaissances leur permettant de bien accompagner ce type d'innovation. Dans les faits, ils bénéficient souvent de différentes formations données par des partenaires qui sont en soutien dans le milieu ou par l'État. Cela constitue une opportunité pour la continuité et l'extension de ces innovations. D'ailleurs, mes observations ont permis de constater que certains acteurs du milieu, tels que le Directeur technique du CSCoM, l'ASACO ou le maire sont impliqués davantage dans les CVSS et CFU grâce à des expériences et des connaissances acquises à travers certaines formations. Par exemple, le CFU de Hamdallaye a vu le jour par suite d'une formation dont le président de l'ASACO avait bénéficié sur le développement local, ce qui lui a permis de soutenir l'idée d'impliquer davantage les femmes dans la gestion de l'ASACO et du CSCoM. De plus, certaines formations portant sur l'EFH suivies par certains membres de l'ASACO ont été soulevées, dans quelques documents, comme étant un élément important pour l'acceptation du CFU dans ces organisations :

La formation des responsables des ASACO en EFH/santé a abouti à une plus grande ouverture des responsables des ASACO à la participation des femmes à la gestion de la santé communautaire. Ce qui a abouti à un plus haut taux de participation des femmes dans la gestion des ASACO. (DOC : Fiche technique sur le CFU, 2016)

Outre cela, les agents des directions régionales et des services déconcentrés sont motivés financièrement (*per diem*) pour mener leurs activités d'accompagnement et de suivi de ces innovations. Par le fait même, ce paiement de *per diem* rentre dans un système codifié de valeurs qui explique en quelque sorte la motivation de certains agents de l'État à soutenir ou non l'innovation. En effet, selon les différentes entrevues et observations, certains agents de l'État seraient beaucoup plus enclins à soutenir les activités d'un PTF qui paie le plus de *per diem* qu'un autre qui paie moins. Dans ce sens, l'accompagnement des services techniques, et même son degré d'intensité, dépend largement du montant de la motivation financière et de sa continuité à long terme. Cet état des faits a des conséquences sur la qualité de la mise en œuvre et même la continuité de l'accompagnement technique de ces innovations. Un agent des services techniques résume bien cette idée comme suit : « *si la prise en charge [per diem] est conséquente, le travail sera très bien fait* ».

Cependant, la question des *per diem* ne repose pas uniquement sur des logiques économiques individualistes, dans lesquelles les agents cherchent à avoir plus de gain financier à travers les projets de développement. Mais, l'analyse des données a révélé d'autres réalités et inégalités structurelles qui la sous-tendent. D'abord, certains acteurs perçoivent que le manque de ressources financières des services de l'État est la principale raison qui fait que les PTF arrivent dans les milieux avec leurs propres objectifs qui, souvent, ne sont pas alignés aux orientations étatiques. De ce fait, les agents des services techniques déconcentrés, ne percevant pas que leur soutien aux innovations rentre dans le cadre de leur devoir professionnel, ont tendance à considérer le PTF comme une institution parallèle à l'État. En plus, le soutien apporté aux innovations est perçu comme quelque chose qui s'ajoute à leurs tâches quotidiennes. Cela favorise chez les agents de l'État un sentiment d'obligation du PTF d'octroyer un *per diem*. Cette motivation financière devient une condition *sine qua non* ou le moteur du soutien des agents des services de l'État aux innovations. Cela constitue un risque pour la pérennisation puisque dès le retrait du partenaire, les services techniques risquent de délaisser les activités des innovations qui ne sont plus supportées financièrement par un PTF.

La problématique de notre développement est le fait que les partenaires viennent avec leur priorité programmatique. Souvent ils orientent les acteurs étatiques dans cette direction pour atteindre leurs objectifs. Quand le partenaire part seulement, il n'y a pas de continuité. La solution est que le partenaire qui vient doit s'inscrire à la politique de priorités de l'État. (SP – Acteur niveau national)

De plus, les PTF recrutent leur personnel au sein des services étatiques et offrent un salaire conséquent, ce qui crée un sentiment de rivalité et de concurrence entre les différents cadres de l'État. En effet, les agents des services de l'État aux niveaux régionaux et des cercles s'identifient comme étant des travailleurs « *pauvres* » par rapport aux professionnels des PTF qui sont souvent leurs anciens collègues. De ce fait, en travaillant pour les besoins du PTF, ils s'attendent à être dédommagés pour les risques et le temps qu'ils vont prendre pour mener les activités identifiées comme celles du PTF, alors que dans leur routine organisationnelle ils pouvaient se passer de ce type de travail. Le sentiment d'injustice, en se considérant comme des travailleurs « *pauvres* », semble être déterminant dans la compréhension des contraintes bureaucratiques à pérenniser les projets et programmes de santé.

Tu as vu au Mali, quand tu travailles pour le compte d'un projet ou d'un organisme tu es supérieur à un agent de l'État. Je ne sais pas si tu as constaté ça. Les gens qui travaillent au compte de l'État sont des pauvres, ce sont des gens qui sont laissés pour compte. Ce sont de pauvres types qui sont là à cause de leur salaire, de leur prise en charge. C'est ce qui fait même que parfois la considération du projet ou programme n'est pas là. (SP – CVSS CFU Acteur niveau régional)

En second lieu, l'analyse a porté sur les éléments se rapportant aux ressources humaines existant dans les comités de gestion. Il a été constaté, pour les CFU, que des formations ont été offertes à certains membres des comités de gestion par le partenaire en soutien. En plus, les femmes CFU sont accompagnées généralement, tout au long de l'année, par l'ASACO et le Directeur technique du CSCoM pour l'élaboration de leur plan d'action et également pour la disponibilité des ressources matérielles dont elles auraient besoin pour mener leurs activités. L'intensité et la qualité de l'accompagnement ne sont pas uniformes dans tous les CFU. Dans certains milieux, les femmes CFU ont relevé n'avoir reçu aucune formation, mais certaines activités comme l'élaboration de leur plan d'action ou encore les échanges avec d'autres CFU sont des moments d'apprentissage fort pertinents pour elles. Cependant, beaucoup de femmes CFU étaient inquiètes quant à la continuité des activités de formation. En effet, elles ont soulevé que dans le cadre de leur accompagnement seulement quelques femmes avaient bénéficié d'une formation, à long terme elles auraient besoin d'autres formations. De plus, considérant que les membres peuvent être changés, il serait important que de nouvelles formations leur soient offertes. Ce renforcement de capacité est important, selon plusieurs personnes rencontrées, puisque c'est le moyen de maintenir l'intérêt des femmes à être membres CFU, en plus de permettre aux femmes d'être compétentes pour mener leurs activités et de ne pas dépendre toujours de l'aide de l'ASACO ou du Directeur technique du CSCoM pour élaborer leur plan d'action ou faire la gestion financière.

Et pour que les femmes aussi osent, il faut qu'elles soient formées, qu'elles aient la compétence, car il ne faut pas les mettre au bureau parce qu'elles sont femmes seulement, tout comme les hommes, il faut être au bureau, car on est compétent, on est efficace. (SS – CFU PTF)

Concernant les CVSS, un seul comité parmi les huit ont soulevé avoir reçu une formation de la part de services techniques. En effet, différents documents et entrevues ont montré que les caisses sont souvent implantées sans un accompagnement des membres pour leur permettre d'acquérir des compétences sur la vie associative ou la gestion financière. Concernant la formation, ce sont certaines ONG et communautés qui créent des CVSS, toutefois ce sont les services techniques qui portent la responsabilité de former les membres des comités. Dans les entrevues et documents analysés, il semblerait que les services techniques n'arrivaient pas assurer la formation de ces différents comités, souvent par manque de temps ou de méconnaissance de l'existence de la CVSS. Aussi, le manque de formation et de supports de travail (cahiers ou stylo) a été relevé dans les rapports de supervision des CVSS réalisés par MEDIK en 2018. Par exemple, la supervision réalisée dans sept CVSS dans les quatre districts de Kayes (Bafoulabé, Nioro, Diéma, Yélimané) permet de constater qu'aucune CVSS n'avait bénéficié de formation ou d'orientation des membres sur la gestion et la gouvernance de la caisse (DOC : MEDIK, 2018). En plus, les procès-verbaux des

réunions n'étaient pas systématiquement faits à cause du manque de supports de travail, de l'absence de tenue de réunion et de personnes pouvant écrire (*DOC : MEDIK, 2018 ; SLDSES de Bafoulabé, 2018*). Ce manque de traçabilité des réunions et des décisions concernant les rentrées et sorties de la caisse est un risque important à prendre en compte dans les CVSS, surtout considérant que dans certains villages le manque de confiance a été soulevé comme un frein aux cotisations des membres. De ce fait, plusieurs personnes ont insisté sur le fait que la formation et la fourniture de matériels de travail sont des éléments importants pour pérenniser ces caisses, alors que les acteurs impliqués ne s'occupent souvent que de leur création.

Moi je crois que la mise en place n'est pas un problème, même le président de la FELASCOM peut mettre en place toutes les CVSS, mais la formation va manquer parce qu'on ne peut mettre ces structures en place sans formation. Nous allons faire un plaidoyer auprès de la mairie, et auprès des partenaires, afin qu'elle nous appuie pour la formation.
(SP – CVSS CFU acteur FELASCOM)

Par ailleurs, le taux d'analphabétisme dans ces milieux constitue également une barrière à l'autonomisation des communautés. En effet, pour les CFU comme pour les CVSS, les membres des comités ont besoin d'être accompagnés à long terme à cause du fait qu'il n'y a pas beaucoup de membres instruits. Cela a fait dire à certaines personnes rencontrées que les postes de présidence et de trésorerie doivent être réservés uniquement aux personnes instruites. Toutefois, étant donné que les femmes sont plus touchées par l'analphabétisme au niveau national, il serait difficile alors d'assurer l'application effective de cette recommandation. En plus, l'analphabétisme des femmes pourrait constituer une limite pour la réalisation de certaines activités. Par exemple, il serait difficile pour les femmes CFU dans certains milieux de mener de façon autonome leurs plans d'action et même d'engager des négociations avec différents partenaires des milieux dans la recherche de financement de leurs activités.

5.2.3.5. Le financement des innovations CFU et CVSS : entre précarité et stabilisation des ressources.

De façon générale, les PTF qui soutiennent les innovations CFU et CVSS financent grandement les activités de suivi-supervision, de communication et sensibilisation. L'appui financier des PTF est très bénéfique pour l'extension des CVSS et CFU, mais il ne garantit pas nécessairement la continuité des activités ni le fonctionnement de ces innovations à long terme. En effet, les personnes rencontrées ont soulevé que la fin du financement des partenaires constitue un risque important pour l'arrêt des activités de suivi et de supervision, de communication et sensibilisation des communautés et du processus d'extension mené par les ONG, et de la réalisation des activités inscrites dans les plans d'action des CFU. De ce fait, il a été remarqué dans les données analysées que ce risque est plus évident pour les innovations implantées et accompagnées avec l'aide d'un

partenaire qu'avec les communautés. Ces dernières, comme le CFU de Hamdallaye ou les CVSS de Fassoudébé ou Ganfan Aval, ne comptent pas nécessairement sur les activités de suivi des services techniques ni sur un financement régulier pour continuer leurs activités. Alors que, les CFU financés par le PRSSD ont beaucoup plus d'attente à être soutenus financièrement.

Toutefois, les CFU qui ont été soutenus que quelques années (implantés en 2015 ou en 2016) ne sont pas très dépendants du financement. Selon les femmes CFU, le financement est souvent en retard et elles sont habituées à travailler avec leurs propres moyens. La perception même du manque de financement comme un frein au développement de l'innovation par les membres du CFU ou CVSS est un élément important à considérer. En effet, elle pourrait expliquer le degré d'engagement de certains comités à aller chercher d'autres types de financement ou à continuer leurs activités, malgré le manque d'appui financier externe.

Avant de constituer le CFU, on se connaissait, on travaillait bénévolement ensemble, on communiquait, donc on avait une force avant d'être dans cette structure. Donc, le manque de financement n'aura aucun impact négatif sur notre comité. (SP - CFU Sikasso mis en place par ASACO)

Par rapport aux dépenses que nous faisons, il y a la prise en charge des femmes qui quittent les villages pour les réunions. À celles-ci, il faut les faire boire, les faire manger et louer des bâches et des chaises pour la réunion. Sans argent rien de cela ne peut être réalisé. Nous éprouvons des difficultés là où nous sommes parce qu'on n'a pas reçu de sous. Quand le financement va s'arrêter définitivement, nous aurons de sérieuses difficultés. (SP - CFU Nioro mis en place par PRSSD)

Le financement de ces innovations ne dépendait pas seulement des partenaires. En effet, pour les CFU, en plus de la cotisation des membres, d'autres ressources provenant des collectivités locales, de l'ASACO ou de la FELASCOM devaient permettre la mise en œuvre de leurs activités. Toutefois, dans l'ensemble des CFU étudiés, il a été soulevé que le financement du PRSSD représentait plus de 90 % du financement total des activités. Il était largement supérieur aux autres sources de financement, alors que les PTF ont soulevé que dans les normes les collectivités locales et les ASACO devaient soutenir de façon continue les innovations. Dans les faits, le financement provenant des autres sources n'était pas régulier ou n'existait pas dans certains milieux. Constatant l'instabilité de l'appui financier, plusieurs personnes rencontrées ont déploré que les projets en appui à ce type d'innovation ne fassent pas assez de plaidoyer et d'action auprès des collectivités pour assurer l'appropriation des innovations à ce niveau.

En effet, bien que les PTF soutiennent que les collectivités sont engagées dans la mise en place des innovations, dans cette étude il a été constaté que cet engagement est surtout formel et administratif au début de l'implantation des innovations. Quant aux processus de mise en œuvre, de mise à

l'échelle ou de pérennisation, leur implication était passive, ce qui ne favorise pas leur engagement de façon pérenne dans ces innovations. Ainsi, un meilleur engagement des collectivités dans l'ensemble du processus et l'amélioration des connaissances sur les instruments de planification et d'exécution des collectivités, comme le PDSEC, par les membres de l'ASACO et du CFU seraient opportuns afin de maximiser la capacité de recherche de financement pour ces innovations dans les milieux. Toutefois, certains agents des mairies ont soulevé la faiblesse de la décentralisation des ressources financières de l'État aux collectivités comme étant la principale barrière qui fait qu'elles ne peuvent pas financer les activités de développement de leur milieu. Le manque de ressources financières des mairies n'est pas une réalité dans toutes les communes visitées, en effet le système de taxation existant fait en sorte que certaines rencontrent plus de difficultés financières que d'autres.

Par rapport à la pérennisation de ces innovations, c'est vrai que la décentralisation a prévu des dispositions, mais il faut reconnaître que les mairies ont de sérieuses difficultés présentement pour se prendre en charge, en matière de financement. C'est vrai que le transfert de compétence est un processus qui est en cours, mais à présent certains fonds ne sont pas transférés par l'État. Aujourd'hui la seule source de revenus des collectivités ce sont les TDRL [Taxes de Développement régional et local]. Maintenant, on rencontre des difficultés pour recouvrer ces TDRL. Les gens disent qu'ils n'ont pas les moyens, d'autres refusent de les payer. Donc, si les collectivités n'ont pas de source de revenus, elles ne pourront pas penser à financer les CSCom ou le CFU. (SP – CVSS CFU Collectivités locales Yélimané)

Par ailleurs, il faut soulever que pour les CVSS leur fonctionnalité dépend grandement des cotisations des membres. Cela est quand même intéressant puisque les communautés ne dépendent que de leur propre ressource pour faire fonctionner les caisses. Cependant, tous les milieux n'ont pas les mêmes capacités pour assurer un financement continu de ces caisses. Bien que dans plusieurs communautés, les personnes indigentes sont souvent considérées pour une prise en charge gratuite, il est important de souligner qu'il existe des milieux qui vivent des situations de pauvreté plus prononcées que d'autres. Les communautés qui ont des ressortissants à l'extérieur de la région ont plus de capacité de mobiliser des fonds. Tandis que certaines communautés qui dépendent seulement de l'agriculture et de l'élevage ainsi que les aléas climatiques de ces dernières années (p.ex., la diminution de la pluviométrie, l'augmentation de la chaleur) ont été soulevés comme ayant eu de grandes répercussions sur leurs activités génératrices de revenus. Cela a un effet négatif sur la continuité des cotisations des membres des comités ou des personnes utilisatrices de ces innovations. De plus, il faut soulever que, dans plusieurs de ces communautés, ce sont les femmes qui assurent la cotisation. Cependant, elles n'ont pas souvent de revenus fixes et elles assurent beaucoup d'autres dépenses de la maison. Raison pour laquelle, la cotisation assurée par les

membres des comités et les personnes usagères, pour les CVSS comme pour les CFU, n'est pas nécessairement pérenne à long terme, en plus elle peut être une source d'appauvrissement chez certains membres plus vulnérables, tels que les femmes.

Le frein que ces caisses peuvent avoir par rapport à leur fonctionnalité c'est souvent la cotisation. (...) puis il ne faut pas que tout soit lié à leur mari parce qu'en réalité dans ces villages ce sont les femmes qui font pratiquement tout, c'est elles qui financent les condiments. Les hommes se marient avec beaucoup de femmes. Si on pouvait faire quelque chose pour aider ces femmes à développer leur propre économie, moi je pense que ceci est quelque chose qui est salubre. (SP – CVSS ONG locale)

5.2.3.6. *Leadership et gouvernance : entre gouvernance territoriale et dynamiques de pouvoir.*

De façon générale, le leadership des innovations CFU et CVSS est, normalement, porté par les gouvernements locaux notamment les cercles et les communes. Ces institutions ont un rôle important à jouer dans la coordination des acteurs et la mise en place de mécanismes durables permettant de financer, implanter et suivre les innovations. De ce fait, la commune assure la gestion locale en s'assurant de tout ce qui se passe dans l'aire de santé des CSCom. Le conseil de cercle, quant à lui, a un rôle de leadership plus global englobant l'ensemble des activités de santé mises en œuvre dans l'aire de santé du CSRef. Dans les faits, l'ASACO, la FELASCOM, les services techniques déconcentrés, les PTF et ONG locales qui apportent leur soutien technique et financier aux innovations doivent collaborer avec les communes et le conseil de cercle.

Toute activité qui se passe au niveau des ASACO relève de la commune. Mais, le conseil de cercle porte le leadership de l'ensemble de la santé des populations du cercle. Donc, quel que soit le niveau, le CSRef qui pilote les CSCom, cela veut dire que nous conseil de cercle nous avons un regard sur ces innovations CFU et CVSS implantées au niveau des CSCom. (SP – CVSS CFU Collectivités locales Bafoulabé)

Cependant, l'analyse des données permet de constater que la coordination des différents acteurs impliqués dans les CVSS semblait problématique dans certains milieux. D'une part, il existait une fragmentation des actions menées par les services techniques et les ONG locales dans le processus d'innovation en raison d'un manque de communication entre ces organisations. Cela a eu comme conséquences un manque d'harmonisation dans la démarche de création des CVSS, et une incompréhension du rôle de chaque acteur dans les innovations. En plus, dans la pratique, beaucoup de CVSS qui ont été créés par les ONG sont méconnues des services techniques ou elles ne sont pas dotées de récépissés, d'organes de gestion ou d'outils de coordination et également les membres des comités ne sont pas formés. Ces éléments sont importants puisqu'ils permettent aux services techniques d'assurer un certain leadership technique de ces innovations et de pouvoir coordonner et continuer les activités quand d'autres partenaires vont soutenir à l'avenir les CVSS. Dans le cas des

CFU, cette problématique a été atténuée par le PRSSD qui, dès les premières années de mise en œuvre, a créé des outils et des documents de capitalisation permettant à chaque acteur de comprendre son rôle dans l'innovation et de pouvoir harmoniser la démarche d'implantation et de suivi.

D'un autre côté, la coordination des actions entre les communes et les cercles n'était pas optimale dans le cadre de ces innovations. En effet, dans certains milieux le conseil de cercle qui est à un niveau supérieur peut décider de supporter les CFU, tandis que les communes qui sont concernées directement par cette innovation ne le font pas. Constatant ces défaillances, un cadre de concertation portant sur la santé a été mis en place au niveau du cercle avec l'appui du projet MEDIK dans la région de Kayes. Il permet d'assurer une meilleure coordination de toutes les activités réalisées dans le cercle. Ce cadre a permis au conseil de cercle d'assurer sa légitimité de leader dans le domaine de la santé à travers des mécanismes de communication, tels que des réunions trimestrielles avec l'ensemble des acteurs, des comptes rendus d'activités mensuels des organisations locales. Cela constitue, selon nos analyses, une opportunité dans le processus de mise à l'échelle des innovations CFU et CVSS au niveau du cercle, mais également un moyen efficace permettant de suivre et d'apporter des corrections à leur mise en œuvre.

Nous, nous ne sommes pas sur le terrain, mais en général quand il y a problème, au cours de cette concertation, à chaque fois qu'on nous signale un problème, automatiquement au cours de la réunion on prend une décision. Donc, on cherche la solution, si ça nécessite un déplacement, on va automatiquement sur le terrain. Par rapport aux caisses villageoises, il y a eu plusieurs petits problèmes auxquels nous avons trouvé des solutions. (SP – CVSS CFU Collectivités locales Nioro)

Étant donné que ce cadre de concertation est stimulé par le projet MEDIK qui assurait un paiement de *per diem* aux acteurs qui assistent aux réunions, il y a un risque que les activités de coordination s'estompent dès le retrait de ce projet. Toutefois, certains responsables ont souligné que les acteurs commençaient à voir le bien-fondé de ce cadre, en plus il existait d'autres tables de concertations qui pourraient éventuellement être utilisées pour assurer un suivi des innovations CFU et CVSS. En revanche, l'analyse des données permet de relever des dynamiques politiques et des réalités structurelles et territoriales qui font qu'il serait difficile au retrait du projet MEDIK que les collectivités puissent coordonner les activités des innovations et générer des synergies permettant de soutenir les innovations à long terme. D'une part, le manque de moyens financiers en raison des défaillances de la décentralisation a été soulevé par les acteurs comme limitant leurs capacités à financer des pratiques pérennes pour les CFU et les CVSS. D'autre part, les acteurs affiliés aux collectivités locales ont soulevé que les interactions entre le PTF et les collectivités lors de

l'initiation des innovations ne sont pas faites dans une dynamique de les pérenniser dans les milieux. Selon eux, l'implication, par exemple des maires ou d'autres responsables, est souvent faite seulement à titre informatif, mais il n'existe pas un transfert de compétences permettant réellement aux communes de s'approprier efficacement ces innovations. Le manque d'implication et d'un processus d'appropriation des innovations par les structures de gouvernance locale est défavorable pour la mise en place de mécanismes institutionnels et organisationnels qui assurent la communication, la coordination et le soutien technique et financier des CFU et CVSS.

Pour une implication des acteurs et organisations au niveau local, il faudra une bonne coordination. Le projet [PTF] doit être très clair avec la commune, parce que souvent il y a ce déficit de communication. (...) Généralement il y a cet aspect qu'on reproche aux projets parce que souvent certains d'entre eux n'aiment pas donner toutes les configurations nécessaires or cela est indispensable parce que le maire, s'il a le cadre logique du projet, ça lui permet à son tour de voir ce qu'il doit faire. Même si le budget de la commune ne peut pas supporter les charges financières de l'innovation, il peut trouver une formule avec l'ensemble des acteurs pour que ça puisse marcher. (SP – CVSS CFU Collectivités locales Diéma)

L'analyse des entrevues et des notes d'observation ont permis de constater que dans la plupart des communes visitées, les acteurs n'avaient pas suffisamment d'information sur les CFU et CVSS. Souvent le responsable du volet santé de la commune soulevait que c'est seulement le maire qui participait aux activités officielles concernant ces innovations et il n'existe pas toujours une traçabilité de l'implication de la mairie. Cela pose un enjeu de continuité et de gouvernance des innovations par les pouvoirs locaux. D'autant plus que, dans certains milieux, le changement de maire peut engendrer une rupture dans les façons de faire. Par exemple, dans certaines zones, il a été constaté qu'après les élections législatives le soutien financier qui était octroyé au CFU par le maire sortant a été arrêté par le nouveau maire élu. Sur cette lancée, certains acteurs ont soutenu que, dans les communes, le maire est « *le cerveau* » et le personnel qui y travaille n'a pas de pouvoir décisionnel sur les activités qui doivent être soutenues ou non.

En plus, les tensions politiques au sein des collectivités sont des éléments contextuels importants qui peuvent compromettre ou améliorer le soutien apporté par les responsables locaux aux innovations. Le changement de personnel administratif, après une élection, a également des conséquences sur la continuité de certaines routines organisationnelles ou des liens qui étaient instaurés entre l'innovation et la commune. En effet, certaines personnes rencontrées ont notifié que les communes rencontrent des défis de ressources humaines qualifiées, en plus les données en lien avec les innovations ne sont pas toujours codifiées et transmises à chaque changement de bureau administratif.

Il faut savoir que des élections ont eu lieu après la mise en place des CFU. Donc il y a eu un changement des différents conseillers municipaux au niveau de la mairie. (...). Tu vois qu'au niveau des changements dans les communes, la passation ne se fait pas comme il le faut. Donc il y a certaines routines qui ne sont pas expliquées au bureau rentrant ce qui fait que les nouveaux entrants n'ont pas reçu l'information convenablement des partants. Nous on a fait le plan opérationnel du CFU, mais ça été difficile pour rencontrer le maire. Cela a été une source de démotivation de la présidente du CFU. Elle a fait plusieurs tentatives pour rencontrer le maire, mais ça été difficile. (SP – CVSS CFU Collectivités locales Sikasso)

À cela s'ajoute le manque de collaboration entre l'ASACO et les innovations. En effet, il existait des tensions entre les membres CFU et l'ASACO qui faisaient en sorte qu'il n'y avait pas de collaboration entre les deux entités. La bonne entente entre les membres des comités de gestion des CFU comme des CVSS, et entre eux et les acteurs et organisations au niveau local, constitue un élément qui facilite la collaboration et même le déroulement des activités du CFU. Aussi, pour les CVSS, la collaboration avec l'ASACO permet de mieux définir les objectifs de santé et de mieux coordonner les mécanismes de déplacement entre le village et le CSCoM. Toutefois, dans la plupart des CVSS étudiées, il n'y avait aucun lien formel entre la caisse et l'ASACO. Également, dans les milieux où la moto-ambulance est gérée par l'ASACO, les populations avaient plus tendance à emprunter l'argent de la CVSS ou à utiliser un autre moyen de transport. Une meilleure collaboration entre les innovations et l'ASACO permettrait en ce sens de maximiser l'efficacité dans les activités et prestations de services des CVSS et CFU.

Par ailleurs, l'extension et la pérennisation des CVSS et CFU, aussi fragiles soient-elles, reposent essentiellement sur des champions et non sur des organisations ou institutions. En effet, les CFU comme les CVSS sont en général soutenus par des personnes influentes qui sont engagées personnellement dans le développement de l'innovation. Ces champions sont souvent : des membres du comité de gestion de l'innovation ; des personnes affiliées à l'ASACO, au CSCoM, à la FELASCOM, ou à la mairie. L'analyse a même montré, à cet effet, que les innovations CVSS et CFU les plus dynamiques en termes de mobilisation des fonds, de réalisation d'activités sont celles qui sont soutenues activement par le maire ou une personne influente de l'ASACO ou du CSCoM. Cela fait dire à une femme membre d'un CFU : « *Chez nous, les institutions ne sont pas fortes, ce sont les Hommes qui sont forts* ». L'implication des champions contribue grandement à assurer le maintien des activités de l'innovation, mais également à l'expansion des pratiques modèles en ce qui a trait au leadership. De plus, elle favorise la mise en place des innovations dans d'autres milieux. Cependant, le fait que ces innovations reposent en quelque sorte sur l'apport des champions pose certains risques à considérer.

En effet, étant donné que les champions peuvent à un moment donné ne plus occuper leur responsabilité dans l'innovation ou ne plus habiter dans le milieu, ceci pose le risque que les activités qu'ils soutenaient s'estompent ou changent d'orientation. Cela est accentué par le fait que les champions identifiés pour les CFU et CVSS détenaient souvent les expériences et les informations importantes pour le fonctionnement de l'innovation. Dans le cadre des CFU, ce sont des femmes instruites qui ont plus de capacité de leadership et d'expériences dans la vie associative que les autres membres peu alphabétisés. Dans certains milieux, les acteurs rencontrés ont soulevé que le départ d'une personne influente a considérablement impacté négativement le dynamisme des autres membres et la réalisation des activités prévues pour le CFU. Sans une implication effective d'une organisation, le rôle des champions pour la pérennisation et la mise à l'échelle n'est pas une pratique durable, mais il demeure très utile à court terme pour le développement des innovations dans le milieu.

5.2.3.7. Simplification de la complexité des innovations CFU et CVSS : entre processus d'harmonisation et adaptation complexifiée par les aléas locaux.

Une analyse globale des CFU et CVSS a montré une complexité inhérente à ces innovations. La complexité n'est pas seulement en lien avec la structure de l'innovation ou la démarche de création, mais les relations existantes entre les acteurs impliqués dans ces innovations, et les dynamiques sociales et politiques dans les milieux d'implantation. En regard à cela, certains acteurs, surtout ceux qui sont en soutien technique aux innovations, ont soulevé que la standardisation et l'harmonisation sont des éléments importants pour pérenniser et mettre à l'échelle ces innovations. C'est sur cette lancée que plusieurs outils et stratégies ont été standardisés ou sont en processus de l'être, tels que la démarche de création dans les milieux, les méthodes de communication/sensibilisation, les outils de suivi et supervision et de formation, la distribution des rôles et responsabilités. Ce processus de standardisation soutenu par les PTF garantit en quelque sorte un certain contrôle de la progression des innovations et améliore la performance, la motivation et la confiance des acteurs impliqués dans le processus de mise en œuvre.

Cependant, il est important de souligner que cette tentative de simplifier la complexité inhérente aux innovations n'a pas assuré l'harmonisation des processus et elle n'est pas la seule garante de la pérennisation et de l'expansion des CVSS et CFU. En effet, étant donné que l'initiateur des CFU et CVSS peut changer, dans le temps et selon chaque milieu, il est difficile de garantir que le processus sera le même partout. Dans les données obtenues pour le CFU, le processus de création et de suivi semble être le même partout. Nonobstant, dans certains milieux, des différences ont été observées dans les activités réalisées par les CFU ou encore dans les méthodes de financement du

plan d'action annuel. Pour les CVSS, il existe une hétérogénéité dans l'ensemble du processus de création et de mise en œuvre selon chaque milieu.

Cela met en exergue alors l'importance du processus d'adaptation des innovations dans chaque milieu. Toutefois, ce processus est beaucoup lié à la capacité que les membres CFU et CVSS et les organisations utilisatrices, telles que les ASACO, CSCCom et collectivités locales, ont pour créer ou avoir accès à de nouvelles ressources de connaissance, de financement ou de soutien technique. Les données ont montré, en ce sens, que tous les CFU et CVSS n'ont pas les mêmes capacités de soutenir ces processus d'adaptation à travers la création ou le renouvellement de bonnes pratiques pouvant assurer leurs activités. Les CFU qui ont été accompagnés durant plusieurs années (plus de trois ans) par un partenaire semblent être moins susceptibles de développer de nouvelles aptitudes au retrait du partenaire que ceux qui ont été soutenus qu'une ou deux années ou qui n'ont pas bénéficié de ce soutien.

C'est dans cette perspective qu'il a été résumé, dans la figure 12, les différents types d'adaptation qui ont été faits dans certains milieux pour les CFU et CVSS. Ils ont été regroupés selon certains thèmes : financement, gouvernance, suivi et accompagnement, activités et bénéficiaires. Ces différentes stratégies ont été mises en place dans certains milieux, afin d'assurer une continuité des activités de l'innovation ou en maximiser la pertinence et l'efficacité.

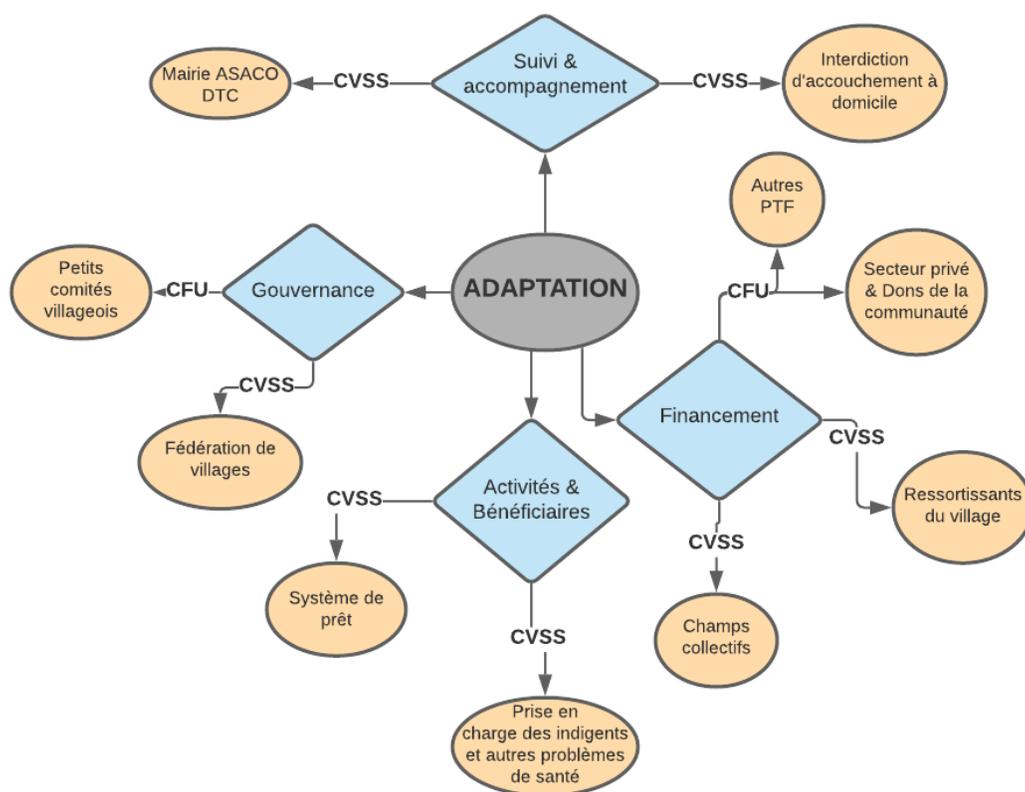


Figure 12. Stratégies d'adaptation faites dans certains milieux pour les innovations CVSS et CFU

5.2.4. Conclusion des cas CVSS et CFU : les faits saillants

L'analyse des données des cas CVSS et CFU permet de relever plusieurs faits saillants au sujet de l'objectif d'étude qui était de comprendre les éléments qui peuvent influencer la mise à l'échelle et la pérennisation de ces innovations au Mali. Ces faits saillants ont été classés selon les trois questions de recherche de cette étude et qui sont reformulées ici en prenant en compte les cas CVSS et CFU.

i. Comment les innovations CVSS et CFU ont-elles émergé, ont-elles été implantées et diffusées (dans le temps et l'espace) au Mali ?

De façon générale, les résultats ont montré que les innovations CVSS et CFU ont été adoptées au Mali pour répondre à certaines insuffisances du système de santé, telles que le manque d'organisation de la référence/évacuation des urgences obstétricales entre le village et le CSCoM et l'insuffisance dans la représentativité des femmes dans la gestion des centres de santé. Elles ont été initiées par la FENASCOM avec l'appui de certains PTF. Ces innovations ont été jugées pertinentes

et ont gagné rapidement une réputation d'efficacité et d'utilité auprès de différents partenaires et communautés. Toutefois, leur extension dépend grandement des PTF qui ont un rôle accélérateur sur le processus. Ces acteurs, en raison de leur soutien technique et financier, ont permis d'implanter dans plusieurs milieux des CVSS et des CFU. En plus, ils ont facilité le processus de capitalisation dans une vision d'harmoniser la démarche de création et de mise en œuvre des innovations. Nonobstant, la mise à l'échelle n'est pas tributaire uniquement aux PTF, mais également le rôle des ONG locales qui sont sous contrat avec un PTF, des services techniques déconcentrés et des communautés est un élément important à considérer. Sur ce point, l'appui technique des services étatiques de même que des ONG semblerait dépendre de l'existence d'un PTF, car ce dernier octroie du financement qui permet de soutenir les activités de mise en œuvre. Cela laisse présager qu'au retrait du PTF qui supporte l'innovation, ces organisations risquent de ne pas continuer leurs activités de création (à travers la communication/sensibilisation), de suivi-supervision et de formation. Cela pose des risques importants pour la pérennisation des CFU et CVSS déjà implantés, mais également le processus d'extension des innovations peut être interrompu sans l'appui de nouveaux partenaires. Cependant, il est important de souligner qu'il existe une certaine appropriation des innovations par les communautés, ce qui se traduit par le fait que les CVSS comme les CFU ont été implantés dans certains milieux sans l'appui financier et technique d'un partenaire. En effet, dans ce type d'implantation « endogène » la continuité de l'innovation ne dépend pas d'un appui externe, en plus il est fort possible qu'avec la visibilité des innovations dans les deux régions d'étude (Kayes et Sikasso) que d'autres communautés décident dans le futur de les implanter.

Cet état des faits, combiné avec une analyse de l'évolution temporelle des innovations, permet de relever deux types de tendances pour la mise à l'échelle et la pérennisation. Pour la mise à l'échelle, ces tendances se manifestent en deux états : (1) **progression latente**, et (2) **progression fulgurante**. D'une part, pour les CFU, la mise à l'échelle est à un état latent, autrement dit elle ne se manifeste pas de façon apparente. Cela explique le fait que plusieurs personnes rencontrées n'ont pas voulu utiliser le mot mise à l'échelle pour désigner l'extension de ces CFU. En effet, pour plusieurs d'entre elles, le CFU est toujours en phase d'expérimentation. Toutefois, il est important de souligner que cette phase semble être dépassée puisque les CFU ne sont pas implantés dans les milieux dans une perspective de tester leur efficacité. En effet, l'ensemble des acteurs qui accompagnent et soutiennent le CFU sont déjà convaincus de son utilité et de sa pertinence, ce qui a été renforcé par le document de capitalisation faite par le PRSSD à partir des premiers CFU implantés dans le cercle de Nioro. Cela permet de constater que l'utilité perçue de même que la

réputation d'efficacité sont des valeurs de base qui sous-tendent l'extension des CFU, de ce fait les communautés et les PTF qui en perçoivent l'utilité pour leurs organisations ou leurs milieux peuvent soutenir ou adopter l'innovation. Cette même tendance a été observée pour les CVSS, après le premier projet pilote, les PTF ou communautés ont rapidement adopté l'innovation sur la base de sa réputation d'utilité ou d'efficacité. D'autre part, certaines caractéristiques propres aux CVSS et des éléments contextuels ont permis à cette innovation de passer à un état de progression latente à un état de progression fulgurante. En effet, le soutien de plusieurs PTF et ONG aux CVSS après le projet pilote de 2008-2009, la simplicité de l'innovation selon la perception des communautés qui sont habituées à la tenue de caisses, ou encore la pertinence de l'innovation pour certains villages éloignés, ainsi que l'effet de la moto-ambulance comme une technologie qui stimule l'adhésion des communautés sont un ensemble d'éléments qui ont accéléré le processus de mise à l'échelle.

Par ailleurs, concernant la pérennisation, les résultats ont permis de relever deux différentes tendances : (1) **innovations soutenues par un PTF pendant plus de trois ans** ; et (2) **innovations soutenues par les communautés ou par un PTF durant deux ans et moins**. Ces modèles sont présentés respectivement dans les figures 13 et 14. Dans le premier modèle, les CVSS et CFU mis en place avec le soutien d'un PTF ont besoin de mécanismes de soutien à long terme pour garantir leur continuité dans le temps. Les CFU qui ont été soutenus financièrement par le PRSSD pendant trois ans et plus semblent rencontrer plus de défis à passer à l'étape de continuer sans soutien technique et financier. Ils ont besoin d'être appuyés surtout dans leurs activités de suivi, de planification et également le manque de soutien financier au retrait du projet semble être une préoccupation et un élément limitant pour ces CFU. Pour les CVSS implantées par un PTF, les plus grands défis sont liés au fait que souvent elles sont alignées sur les objectifs de santé et valeurs prônées par le partenaire (transport ou urgences obstétricales ou encore malnutrition) au détriment des réels besoins des communautés. Aussi, plusieurs communautés peuvent décider de créer une CVSS dans l'objectif de pouvoir bénéficier d'une moto-ambulance. Ainsi, dans ce type d'innovations soutenues et initiées par un PTF, les compétences des membres des comités de gestion et des organisations utilisatrices ou en soutien à l'innovation sont importantes. En effet, ces derniers doivent être en mesure de créer ou de réinventer certaines pratiques pour pérenniser l'innovation ou maintenir ses effets positifs dans le milieu. Dans les normes, les services techniques déconcentrés et les collectivités locales devaient être les principaux piliers sur lesquels devait reposer la pérennisation, selon la logique des PTF. Cependant, ces organisations rencontrant différents problèmes de fonctionnement (manque de moyens logistiques ou financiers, problèmes de gouvernance et de leadership, dépendance aux PTF, etc.), au retrait du PTF en soutien et sans un

autre qui appuie les CFU et CVSS, risquent de limiter ou d'arrêter leurs activités d'accompagnement de ces innovations.

En revanche, pour les CVSS et CFU initiés par les communautés, et dans une certaine mesure les CFU soutenus qu'une ou deux années par un PTF, leur continuité ne dépend pas d'un partenaire ou d'un soutien externe. En effet, dans ce type de modèle, les membres des comités de gestion et les organisations utilisatrices semblent être déjà préparées à l'éventualité que la survie de l'innovation dépende entièrement de leurs efforts. De ce fait, différentes stratégies ont été pensées ou réalisées pour assurer la pérennisation de l'innovation, ou encore les objectifs de l'innovation sont orientés dans une vision d'assurer sa pertinence à bien répondre au besoin des personnes utilisatrices du milieu.

- ✦ En résumé, deux types d'innovation sont à retenir : (1) les CVSS implantées et soutenues par les PTF et les CFU implantés et soutenus plus de trois années par un PTF ; (2) les CVSS et les CFU implantés par les communautés sans l'aide d'un partenaire, et les CFU implantés et soutenus deux années ou moins par un PTF. Cette cartographie des innovations permet de mieux cerner les éléments sous-jacents à chacun et qui sont favorables ou défavorables à leur pérennisation ou mise à l'échelle.

ii. Quels sont les éléments qui peuvent influencer la mise à l'échelle et la pérennisation des CVSS et CFU selon son évolution au Mali ?

Divers éléments en lien avec la structure interne des CVSS et CFU, des organisations qui la supportent et de l'environnement qui lui est externe et avec lequel elle interagit peuvent influencer la mise à l'échelle et la pérennisation de la CPS. Ces éléments ont été regroupés en huit catégories qui sont : utilité perçue ; genre ; système de suivi et supervision ; ressources (matérielles, humaines et de connaissance) ; financement ; leadership et gouvernance ; simplification et adaptation aux contextes ; et autres éléments connexes (voir tableau 14).

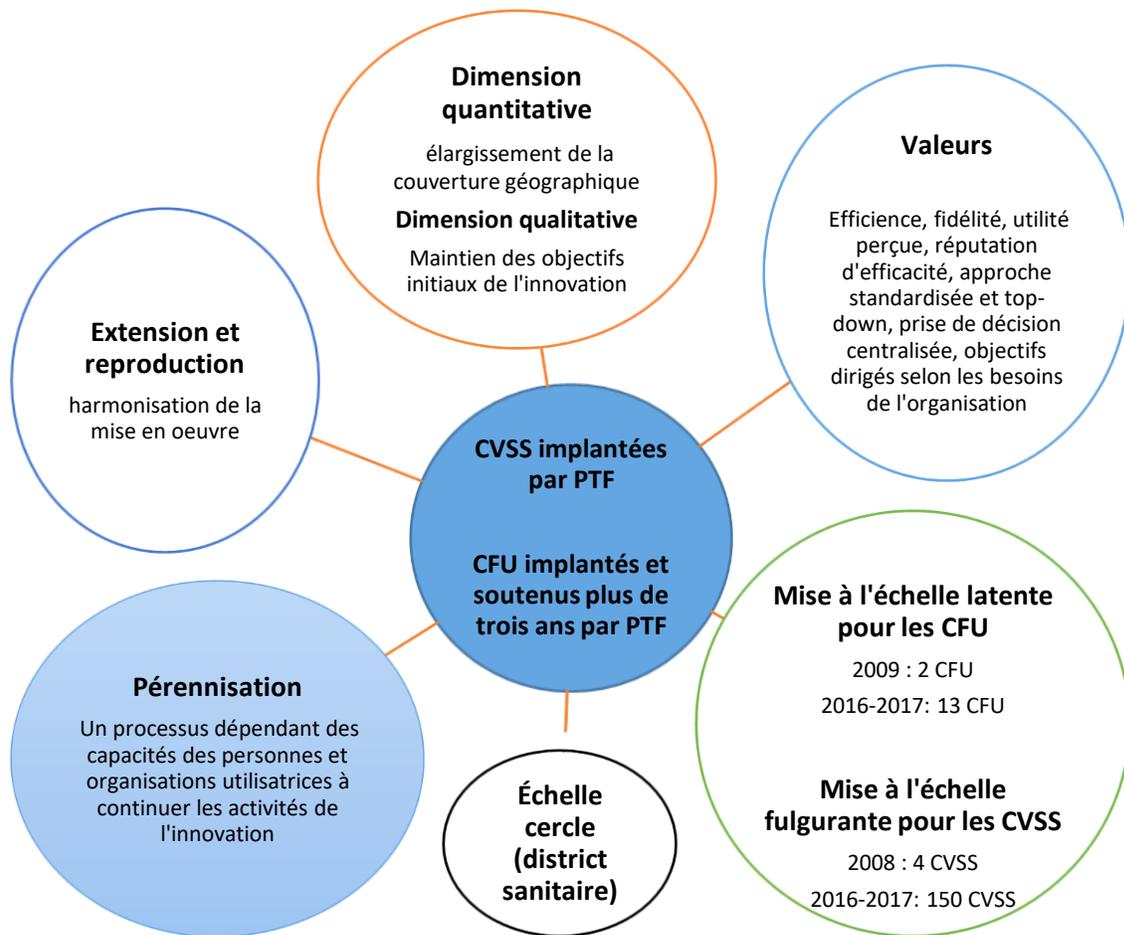


Figure 13. Résumé schématique de certains constats des innovations CVSS implantées par un PTF et CFU implantés et soutenus plus de trois années par un PTF

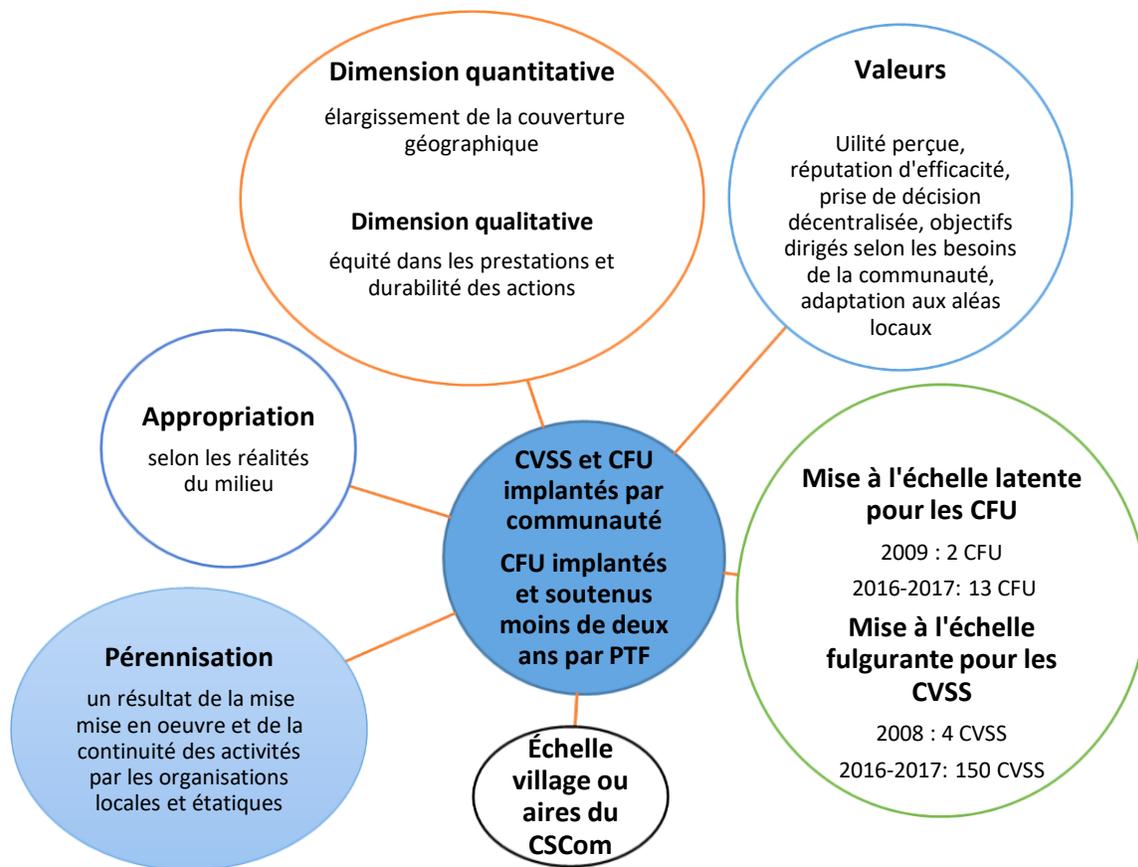


Figure 14. Résumé schématisé de certains constats des innovations CFU et CVSS implantés et soutenus par les communautés et les CFU implantés et soutenus moins de deux années par un PTF

En effet, les résultats ont révélé une certaine complexité dans les processus qui sous-tendent la mise en œuvre, la pérennisation et l'expansion des innovations. Tout d'abord, comme cela a été relevé dans la sous-section précédente, le soutien de l'innovation par un PTF ou non et la durée de l'appui par un PTF sont des éléments déterminants dans le développement de ces innovations. Cela influence grandement la façon dont la mise en œuvre est faite dans chaque milieu et les intrants mis en place pour assurer la fonctionnalité de l'innovation. Dans ce sens, la standardisation des outils et le processus d'harmonisation d'une démarche de mise en œuvre, effectués par les PTF avec les ONG locales et les services techniques déconcentrés, permettent un certain contrôle de l'innovation par les organisations utilisatrices et en soutien. Les innovations mises en place par un PTF, dont le modèle d'implantation est répliqué dans tous les milieux (le cas des CFU), reflétaient une certaine cohérence et organisation que celles mises en place par différents acteurs (le cas des CVSS). Nonobstant, l'extension et la mise à l'échelle des innovations ne dépendaient pas uniquement de cette démarche rationnelle.

En considérant différents éléments dans l'analyse et en mettant l'accent sur les particularités de chaque milieu d'implantation des CFU et CVSS, il a été constaté que la structure de l'innovation ne permettait pas d'apprécier l'ensemble des éléments favorables ou défavorables à sa continuité ou sa mise à l'échelle. Par exemple, même si les innovations CFU et CVSS implantées par un PTF avaient tendance à se ressembler dans leur structure interne, elles diffèrent dans les processus internes. Cela laisse présager que la continuité de chaque innovation dans le temps est en grande partie tributaire des dynamiques contextuelles dans lesquelles l'innovation existe et évolue. Cela permet de constater que les éléments de risques ou d'opportunités pour la continuité de ces innovations ne se présentent pas de la même façon dans tous les CFU et CVSS existants, chaque milieu d'implantation comporte des particularités qui peuvent être une force ou faiblesse pour la pérennisation. De plus, les réalités du contexte national et international peuvent également jouer sur la mise à l'échelle comme la pérennisation. Dans le cas du Mali, les expériences passées ont permis d'observer que la crise politique et sécuritaire a été à l'origine de l'arrêt des activités de M.CAPAZ dans l'extension des CVSS. Mais, également c'est ce même événement qui a créé la redirection des activités du PRSSD vers l'appui des CFU dans les régions de Kayes, Ségou et Sikasso, alors que le projet était initialement implanté dans le nord du Mali. Donc, un élément peut constituer un risque pour une innovation et une opportunité pour une autre. D'un autre côté, la considération d'un seul événement ne peut pas expliquer l'échec ou le succès de l'innovation. Par exemple, dans certains milieux, il a été soutenu que le manque de suivi des caisses a été la principale cause de leur arrêt après le retrait de M.CAPAZ. Cette croyance a été véhiculée grandement au niveau de certains acteurs des PTF et des services techniques rencontrés. Toutefois, l'analyse des données de cette thèse a révélé que l'arrêt des caisses n'est pas uniquement lié au manque de suivi. C'est un ensemble d'événements qui s'enchevêtrent qui peuvent expliquer cela, tels que : le détournement de fonds, la panne de la moto-ambulance, le manque de confiance aux comités de gestion de la CVSS, des défaillances de l'offre des services de santé, les préférences des femmes en lien avec le recours aux soins, le manque de leadership local de ces innovations, ou encore des périodes dans lesquelles les activités génératrices de revenus sont ralenties limitant les capacités financières des personnes dans les villages. Dans certains milieux, certains éléments peuvent avoir plus d'importance que d'autres.

- ✦ Il faut alors retenir que les éléments qui influencent la mise à l'échelle et la pérennisation proviennent d'une interaction : (1) de la structure de l'innovation (degré de complexité, pertinence, utilité perçue, intrants disponibles [matériels, formation, financement], etc.) ; (2) des caractéristiques des organisations qui la soutiennent (normes, valeurs, capacités, règles,

etc.); et (3) de l'environnement macro (orientation programmatique du financement des pays en développement ou de la SMNI), méso (normes bureaucratiques, valeurs, capacités organisationnelles, réalités structurelles des systèmes de santé et communautaire, gouvernance locale de la santé, etc.) et micro (normes culturelles, les questions d'analphabétisme, d'inégalités de genre, de conditions économiques des communautés, etc.).

iii. Quelles sont les conditions favorables et défavorables à la mise à l'échelle et la pérennisation des innovations ciblées ?

Dans le tableau 14, l'interconnexion des différents éléments présentés sous forme de catégories de déterminants permet de déceler les conditions favorables ou défavorables à la pérennisation ou la mise à l'échelle des innovations CVSS et CFU. Sur ce point, chaque catégorie de déterminant comporte certains risques ou opportunités pour l'innovation. Toutefois, cela n'explique pas la tendance des processus étudiés. De ce fait, les résultats mettent en exergue que l'interconnexion entre différents éléments ou catégories de déterminants permet de déceler les effets sur chaque processus. Pour illustrer cela, prenons l'exemple du financement apporté par le PTF. D'une part, il constitue un élément d'opportunité qui permet l'extension de l'innovation, la capitalisation du processus d'implantation qui augmente la mémorisation de l'innovation dans les organisations qui l'utilisent, la visibilité de l'innovation, l'augmentation de la qualité et de l'efficience de la mise en œuvre. En revanche, dans le long terme, il constitue une condition défavorable. Par exemple, les innovations soutenues sur le plan financier durant de longues périodes deviennent dépendantes de ce financement et ne développent pas des mécanismes de réinvention ou d'adaptation comme ceux remarqués dans les innovations soutenues pendant deux ans et moins ou qui sont initiées par les communautés sans aide financière. Aussi, le soutien financier est le seul motif qui stimule l'accompagnement des services techniques et collectivités locales à ces innovations, le retrait du PTF constitue alors un risque important pour l'arrêt des activités d'accompagnement des innovations.

- ✚ Nous pouvons en retenir que les conditions favorables ou défavorables ne dépendent pas uniquement d'un seul élément ou d'une catégorie de déterminants. Elles sont le résultat d'une interconnexion entre différents éléments qui peut déterminer pourquoi l'innovation fonctionne bien dans un milieu et moins dans un autre. Raison pour laquelle, l'interconnexion entre l'innovation et le contexte permet de mieux cerner les conditions sous-jacentes à chaque déterminant.

Chapitre 6 Discussion

Dans ce chapitre de discussion, des constats généraux tirés des résultats de cette recherche sont analysés et interprétés à travers la littérature scientifique existante sur l'objet d'étude. Cette partie est subdivisée en deux grandes sections. Dans la première section, les principales contributions empiriques et théoriques de cette recherche sont discutées. Il sera présenté des points de convergence et de divergence des innovations qui se dégagent de cette recherche et qui permettent de mieux comprendre le *quintain* de cette étude qui est : les déterminants et processus de mise à l'échelle et de pérennisation des innovations dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI). Simultanément, à la lumière de l'interprétation faite des résultats, des avenues théoriques concernant les déterminants et les processus d'innovation, de pérennisation et de mise à l'échelle sont proposées dans le but de bonifier certaines avancées existantes dans le domaine de la recherche sur les innovations en santé publique et communautaire. Dans la deuxième section, une discussion méthodologique permet de relever les limites et forces de l'étude par rapport aux méthodes et outils mobilisés pour cette recherche. En plus, les enjeux méthodologiques que suscite ce type de recherche mobilisant des cas multiples et hétérogènes sont relevés ainsi que des pistes de réflexion pour des études futures qui utiliseront non seulement la méthodologie empruntée, mais qui s'inscrivent également dans la pensée complexe et systémique.

6.1. Contributions empiriques et théoriques de cette thèse

6.1.1. L'interdépendance et l'interconnexion des processus de l'innovation : des relations récursives et non linéaires

De façon générale, il ressort de cette étude empirique que les processus qui sous-tendent les innovations notamment l'initiation/adoption, la mise en œuvre, la mise à l'échelle et la pérennisation sont appréhendés comme étant linéaires et séquentiels dans la pratique. Autrement dit, les acteurs et organisations qui soutiennent les innovations considèrent ces différents processus comme des étapes qui se suivent de façon ordonnée et chronologique, dont la mise à l'échelle et la pérennisation en sont les dernières étapes. Cette considération pourrait s'entrevoir dans cette recherche à travers certaines pratiques. Par exemple, aucune planification ni décision explicite n'a été faite concernant la pérennisation dès le début des processus d'innovations étudiées et, en plus, la mise à l'échelle ressort comme un résultat d'une mise en œuvre réussie à différentes échelles territoriales. C'est seulement pour les cas CVSS et CFU qu'il y a eu l'élaboration et la signature des plans d'accompagnement/appropriation par les parties prenantes étatiques vers la fin du financement des partenaires techniques et financiers (PTF). Cet état des faits s'apparente à un

schème de pensée dominant dans la recherche qui propose une vision de l'innovation comme étant un ensemble d'étapes linéaires et hiérarchiques (Goodman et al., 1993 ; Rogers, 2003 ; Scheirer, 2005). Dans ce système de pensée, chaque étape ou séquence de l'innovation est perçue comme étant distincte et indépendante des autres processus, d'où le constat qui a été fait dans le chapitre de la revue de littérature que généralement la mise à l'échelle et la pérennisation sont étudiées de façon séparée.

Les résultats de cette étude permettent de déceler qu'en s'inscrivant dans ce modèle linéaire, les acteurs impliqués dans les trois innovations étudiées tendent à mettre davantage leurs efforts sur des éléments qui favorisent les processus d'adoption et de mise en œuvre. Ils ont une vision positive ou bonne de l'innovation, en ayant la croyance que les utilisateurs potentiels adopteront définitivement l'innovation dès qu'ils en sont informés et initiés. La mise à l'échelle comme la pérennisation ressortent alors comme des étapes qui vont se réaliser de façon naturelle, sans planification ni évaluation, ni d'efforts d'adaptation subséquents durant l'évolution des innovations dans le temps et dans l'espace. Pour ce faire, la mise en œuvre est alors présentée comme le processus déterminant, dont le succès permettrait de garantir non seulement la continuité des innovations, mais également leur réplique spontanée (Subramanian et al., 2011). Conséquemment, beaucoup d'efforts sont mis sur des aspects techniques, tels que la mise en place d'un système de formation et de suivi-supervision menés souvent en cascade sans intégration des savoirs locaux ou de ceux qui émergent durant la mise en œuvre ; la disponibilité et la gestion du financement ; la standardisation de l'intervention ; ou encore des adaptations du contenu de l'innovation pour pallier certaines contraintes physiques, sociales ou politiques entravant la mise en œuvre de l'innovation. Ces efforts techniques permettraient de maximiser l'implantation de l'intervention comme prévu dans le cas de la CPS ou encore d'avoir un certain contrôle sur certains aspects de l'intervention pour les cas CVSS et CFU. Dans ces façons de faire, la mise en œuvre est alors menée dans une perspective mécanique (Ridde et Olivier de Sardan, 2017 ; Subramanian et al., 2011 ; Victora et al., 2004) occultant les interdépendances et les interconnexions existant entre les processus de l'innovation et entre l'innovation et ses environnements.

6.1.1.1. Des relations récursives entre les processus de l'innovation et entre l'innovation et son environnement.

Au-delà de ce qui est reflété dans la pratique de ces innovations, le projet de modélisation systémique m'a permis de déceler à travers les cas étudiés que les relations entre les différents processus d'une innovation ne sont pas de type linéaire et séquencé, mais plutôt elles sont interdépendantes ou récursives. Cet état des faits soutient les études qui remettent en question la

linéarité ou le caractère arbitraire de la démarcation des phases séquencées d'une intervention (Chambers et al., 2013 ; Greenhalgh, 2004 ; Greenhalgh et al., 2017 ; Pluye et al., 2004a). Bien que de nouveaux développements théoriques aient soulevé le caractère dynamique et complexe des processus d'innovation, il demeure néanmoins certaines zones d'ombre qui ne permettent pas de comprendre par quel mécanisme ces relations s'inter-influencent. Par exemple, de nouveaux cadres théoriques proposant une vision itérative et dynamique des processus d'innovation sont toujours dans une conception uniquement séquencée de différentes étapes de mettre à l'échelle une innovation (Barker et al., 2016 ; Meessen et al., 2017 ; Shroff et al., 2017). D'autres proposent des intersections ou relations existantes entre différentes composantes ou événements processuels de l'intervention et les contextes qui pourraient influencer la pérennisation tout en considérant l'aspect temporel comme étant central (Chambers et al., 2013 ; Pluye et al., 2004a). Cependant, le simple fait de relever de multiples interactions ou le caractère dynamique ou itératif inhérents aux processus d'innovation ne suffit plus. Il est important, tel que recommandé par de nouvelles études (Greenhalgh et al., 2016 ; Greenhalgh et al., 2017) d'embrasser des approches dites de la « quatrième génération » qui sont complexes, récursives, écologiques et critiques afin de mieux appréhender les processus d'innovation.

Pour comprendre les interdépendances et interconnexions entre les processus d'innovation dans cette recherche, une analyse diachronique a été réalisée, en s'intéressant à l'évolution historique de chaque innovation et de ses finalités. Elle a été combinée à une analyse synchronique permettant de relever des concomitances entre différents éléments à un moment donné. De ce fait, cette recherche suggère que chaque processus de l'innovation comporte des éléments spécifiques qui coexistent et concordent avec les autres processus et leurs propres événements. L'imbrication de ces éléments fait en sorte qu'il soit difficile de séquencer de façon linéaire les différents processus. De ce fait, la mise à l'échelle et la pérennisation ne sont pas des étapes indépendantes des autres processus de l'innovation (Chambers et al., 2013 ; Indig et al., 2017 ; Pluye et al., 2004a; Scheirer et Dearing, 2011). Chaque événement, action ou décision est susceptible d'avoir un effet (positif ou négatif) sur d'autres processus pour lesquels elle n'était pas dirigée ou prévue.

Par exemple, les projets pilotes des innovations étudiées dans une perspective de les tester sont un événement conséquent pour l'adoption (*p.ex., exposition des utilisateurs à l'innovation, perception des coûts et bénéfices, établissement d'une meilleure connaissance du fonctionnement de l'innovation*), mais également pour la mise en œuvre (*p.ex., plaidoyer pour la venue de nouveaux PTF, engagement et octroi de nouvelles ressources*) et la mise à l'échelle (*p.ex., établissement d'une réputation d'efficacité pour le cas de la CPS ou d'une réputation d'utilité pour les CVSS et*

CFU favorisant la propagation dans d'autres milieux et la venue de nouveaux flux de ressources). Les projets pilotes comme un événement de l'innovation, en interagissant avec d'autres éléments processuels de mise en œuvre (*p.ex., la capacité en ressources des organisations ou individus à utiliser l'innovation*) et contextuels (*p.ex., les normes sociales ou règles bureaucratiques*) à travers *différentes temporalités (temps et espace)* vont avoir également des effets non seulement sur la structure de chaque innovation (*p.ex., adaptation locale créant différents modèles de CVSS*), mais également sur les processus qui favorisent ou défavorisent leur pérennisation.

Ces interconnexions relevées dans cet exemple font apparaître un enchevêtrement de temporalités qui soutient, d'une part, la concomitance entre les différents processus. D'ailleurs les travaux de Pluye et collaborateurs (2002 ; 2004a ; 2004b) avait déjà soulevé que les processus de pérennisation et de mise en œuvre sont concomitants, partageant à cet effet certains événements critiques. En plus, cet auteur avait suggéré que les événements spécifiques de la routinisation peuvent survenir dès le début de l'intervention. Sa proposition théorique était alors formulée sur des événements spécifiques à la pérennisation (standardisation et routinisation) et à la mise en œuvre, ainsi que des co-événements partagés par la pérennisation et la mise en œuvre. Cependant, les résultats de cette thèse permettent d'éclairer que cette conceptualisation de Pluye et collaborateurs n'est pertinente que quand la recherche se focalise uniquement sur les activités de mise en œuvre, ou sur un moment précis de l'innovation. En effet, en analysant l'histoire et les transformations des innovations étudiées (dans une approche diachronique), les résultats empiriques proposent que tous les processus d'une innovation évoluent de façon synchronique ou concomitante. Dès la conception de l'innovation, il se passe des événements qui s'entrecroisent, rétroagissent sur différents processus et transforment les actions déjà entreprises ou futures.

Cette relation concomitante et dynamique est surtout observable pour l'innovation CPS qui est mise à l'échelle de façon rapide. Pour ce cas, les actions et événements des différents processus s'imbriquent et se réalisent simultanément. Au même moment que l'innovation est initiée/adoptée dans un nouveau milieu, des séquences d'événements de mise en œuvre (*disponibilité et utilisation efficiente des ressources dans tous les milieux d'implantation, amélioration continue de l'innovation selon certains apprentissages des milieux l'ayant déjà adoptée*), de mise à l'échelle (*extension de la couverture, ajouts de nouveaux intrants*) et de pérennisation (*standardisation et routinisation de l'innovation*) se réalisent. Les différentes trajectoires que peut prendre l'innovation ne peuvent être comprises qu'en analysant les événements d'un ou de quelques processus. Il est important d'avoir à l'idée l'ensemble des processus et comment les événements de chaque processus rétroagissent sur d'autres.

Partant de cela, je soutiens dans cette thèse que pour comprendre la relation existante entre les différents processus internes d'une innovation et ses environnements, il est important de faire appel à la logique récursive. Pour bien démontrer ce principe de récursivité, l'analogie de l'individu et du système de reproduction fait par Morin (2005) est très illustrative : « Nous, individus, nous sommes les produits d'un processus de reproduction qui est antérieur à nous. Mais une fois que nous sommes produits, nous devenons les producteurs du processus qui va continuer. Cette idée est valable aussi sociologiquement. » (p. 100) En nous basant sur cette analogie, envisageons chaque processus de l'innovation comme étant un individu. En ce sens, la pérennisation comme la mise à l'échelle, étant des processus autonomes, sont reliées par une boucle circulaire et non linéaire aux autres processus considérés comme étant antérieurs comme l'initiation/adoption et la mise en œuvre. Ainsi, chaque processus rétroagit et transforme les autres processus qui l'ont produit, par conséquent les comportements ou la structure de l'innovation en général. La récursivité permet de dépasser les relations séquentielles qui proposent que les entrées et sorties d'un processus influencent de façon unilatérale les processus qui le succèdent. Elle établit une causalité circulaire, permettant de relever un effet retour sur des processus « producteurs » (voir figure 15).

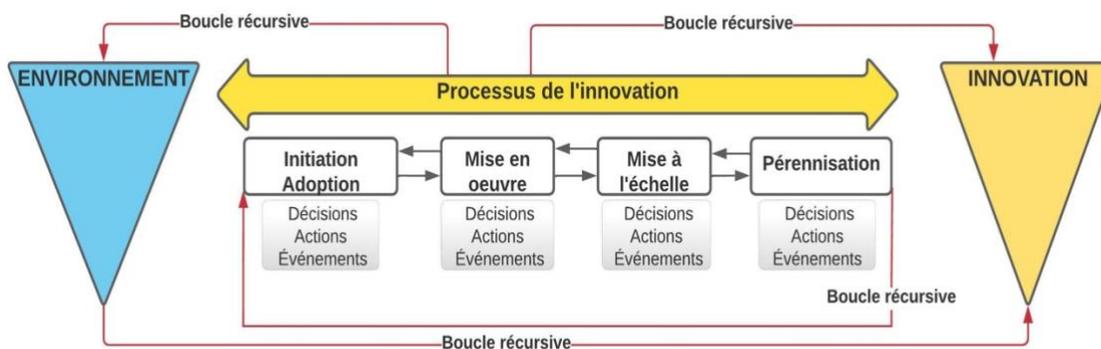


Figure 15. Les relations récursives entre les processus d'une innovation

La figure 15 permet d'entrevoir une relation de réciprocité existante entre l'ensemble des processus de l'innovation. Chaque processus est autonome : il comporte des actions, décisions et événements particuliers qui peuvent être favorables ou défavorables aux objectifs de l'innovation. Toutefois, il existe des échanges entre l'innovation et son environnement (ou des niveaux contextuels) et entre chaque processus de l'innovation et des niveaux contextuels en particulier. Ces relations complexes sont susceptibles de contraindre ou modifier certains événements de l'innovation. De ce fait, étant liés par une boucle de causalité circulaire, les événements de l'initiation/adoption ou de la mise en œuvre peuvent influencer les processus de pérennisation et de mise à l'échelle, comme décrit plus

haut, mais également des effets retours peuvent se faire dans le sens contraire. Pour comprendre ces relations complexes, voici quelques exemples tirés des cas étudiés.

Dans le cas des CVSS, les acteurs décisionnels n'ont pris aucune décision formelle pour mettre à l'échelle l'innovation. Pour faciliter la mise en œuvre de leurs activités d'implantation des caisses dans certains villages, le projet MEDIK contractualise avec une ONG locale qui mène des activités de sensibilisation/communication sur les CVSS, entre autres. Cette contractualisation est un événement qui a permis de stimuler l'extension des CVSS (*événement favorable pour la mise à l'échelle*), ce qui a eu un effet retour négatif sur la mise en œuvre des activités, notamment l'incapacité des services techniques à suivre et formaliser les CVSS existantes. Cet effet retour va également avoir des répercussions sur le processus de pérennisation puisque le manque de suivi des CVSS ressort comme étant un élément défavorable pour la continuité des caisses au retrait du PTF.

Concernant la CPS, la décision de la mettre à l'échelle dans tout le pays (*événement de mise à l'échelle*) a eu un effet retour favorable sur l'adoption de l'innovation dans de nouveaux milieux et la mise en œuvre, notamment la venue de nouvelles ressources (*surtout financières*) pour mener les activités prévues. Cependant, la multiplicité des PTF, dont chacun a ses propres réalités organisationnelles, était défavorable à la prise en compte réelle des besoins des acteurs de mise en œuvre (*p. ex., outils de travail des acteurs de santé communautaire*) et le fait que certaines activités ne soient pas implantées dans certains milieux comme prévu (*p.ex., activités de communication radiophonique*). Ces manquements sont défavorables au processus de pérennisation dans la durée, considérant que la prestation de qualité de l'intervention repose essentiellement sur les acteurs communautaires et sur les moyens d'informer les populations locales.

6.1.1.2. *La distinction des phases latente et active dans un processus d'innovation et l'importance de l'évaluation et de la planification.*

Les résultats présentés ci-haut permettent de souligner que, dès l'initiation de l'innovation, il est possible dans un processus de recherche de déceler des décisions-actions-événements qui s'apparentent à des processus qui sont dans une phase latente. Autrement dit, même si aucune décision n'est prise pour un processus donné dans l'innovation, il est possible à travers d'autres processus qui sont en phase active de relever des événements qui ont le potentiel d'influencer les processus qui ne sont pas encore reconnus ou identifiés par les acteurs comme tels. En ce sens, cette distinction de processus actifs et latents n'est pas souvent relevée dans la littérature portant sur les interventions en santé mondiale. Une étude s'intéressant au cycle de vie des innovations sociales a soulevé que la phase latente d'une innovation correspond à la période survenant avant la phase d'initiation de l'innovation (Woodcraft et al., 2008). D'autres études avaient déjà relevé que le

processus de pérennisation était latent, étant donné le manque de planification et d'activation de conditions nécessaires pour faciliter la durabilité de l'intervention (Goodman et Steckler, 1987 ; Shediak-Rizkallah et Bone, 1998).

La présente thèse va plus loin en soulevant que, durant le processus de diffusion et de dissémination, les processus actifs sont interconnectés aux processus latents. Les décisions et actions entreprises dans un processus activé par les acteurs qui soutiennent l'innovation ont des conséquences sur les autres processus qui ne sont pas encore reconnus ou pour lesquels des actions planifiées ne sont pas encore dirigées. Par exemple, concernant les cas CFU et CVSS, même si les acteurs soutiennent que ces interventions sont en phase pilote, ce qui veut donc dire que seul le processus d'initiation/adoption est actif, il est possible de relever des événements en lien avec la mise à l'échelle (*p.ex., extension fulgurante des CVSS, initiation des innovations par les communautés dans différents milieux*) ou la pérennisation (*p.ex., adaptation locale ou recherche de financement alternatif pour assurer la continuité de l'innovation, activités d'harmonisation des pratiques pour pérenniser l'innovation lors du changement d'échelle*).

Cet état des faits remet en question l'idée selon laquelle les différents processus d'une innovation sont suffisamment indépendants et que l'évaluation d'une étape survient à la fin d'une qui la précède (Fixsen, 2005 ; Scheirer, 2005). Par exemple, Glasgow et al. (1999) ont indiqué qu'il faudrait une période de deux ans ou plus après la mise en œuvre d'une intervention pour étudier la pérennisation. Une autre étude (Stirman et al., 2012) a suggéré qu'il est préférable d'évaluer la pérennisation durant plusieurs années que sur une seule période. À la lumière des résultats de cette thèse, je m'aligne avec la proposition de Stirman et collègues en soutenant que l'évaluation de la pérennisation ou de la mise à l'échelle peut être menée de façon évolutive permettant de mieux saisir les interconnexions qui se manifestent dans l'innovation, et entre l'innovation et les contextes avec lesquels elle interagit et co-évolue, et de leurs conséquences sur l'innovation ou un processus en particulier. Comme suggéré par Shediak-Rizkallah et Bone (1998), le temps considéré ne doit pas être arbitraire, il doit dépendre non seulement du type de projet et du moment auquel les effets ou impacts du projet se manifestent. Je suggère à cet effet que, dans le cas des innovations en santé comme celles étudiées, l'étude historique considérant l'évolution temporelle et spatiale de l'innovation permet de mieux cerner certains événements critiques du passé, présent et futur et leurs interconnexions. Cette idée rejoint amplement certaines études novatrices sur le sujet qui soutiennent que l'adoption, l'acceptation et l'utilisation des innovations ne sont pas des actes instantanés, mais plutôt des processus (Brownson et al., 2009 ; Brownson et al., 2006). En ce sens, l'évaluation évolutive est plus appropriée puisqu'elle permet de capturer l'ensemble des

dynamiques internes et externes à différents moments. Le manque d'évaluation continue est considéré non seulement comme une barrière pour la pérennisation d'une intervention (K. D. Wilson et Kurz, 2008), mais également pour le maintien de son efficacité dans un contexte de mise à l'échelle (Milat et al., 2016). Sur ce point, le fait qu'il n'y avait pas eu d'évaluation continue ou cyclique dans les innovations étudiées augmente l'incertitude dans l'innovation, ce qui se traduit par le sentiment d'inquiétude des acteurs quant à la continuité des activités après le retrait des PTF, ou l'incertitude quant à l'efficacité réelle et des conséquences inattendues de l'intervention (surtout pour le cas CPS).

Cette incertitude est encore plus grande, étant donné qu'il n'existe aucune planification des processus de mise à l'échelle et de pérennisation dans les trois innovations étudiées. Les plans d'accompagnement/appropriation des innovations CFU et CVSS ne sont pas, à mon avis, une planification des processus étudiés. Ils se présentent comme un contrat d'engagement qui assigne des tâches ou responsabilités à différents acteurs. La planification est un processus actif qui doit être effectué tout au début de l'introduction de l'innovation et se poursuivre tout au long de la vie de l'intervention (Adamou et al., 2013 ; Barker et al., 2016 ; Milat et al., 2016 ; Scheirer, 2005 ; Shediak-Rizkallah et Bone, 1998 ; Simmons et al., 2007). Ce type de planification permet de considérer durant la conception et la mise en œuvre, entre autres, les éléments qui seront étendus et maintenus, les niveaux contextuels qui seront impliqués, les changements d'échelle qui seront opérés, les obstacles potentiels et catalyseurs, les approches de mise à l'échelle (vertical, horizontal, diversification, etc.) à privilégier et les adaptations à faire selon les contextes dans une dynamique de pérennisation. En ne planifiant pas les processus de mise à l'échelle et de pérennisation, il y a le risque de créer un amalgame entre la mise à l'échelle et la pérennisation et les processus d'adoption et de mise en œuvre. Comme soutenu dans une étude (Adamou et al., 2013), une mise à l'échelle efficace et durable est différente de la mise en œuvre systématique du programme ; car elle nécessite une réflexion, une attention et une planification supplémentaires. Pour ce faire, un processus de planification qui intègre la pérennisation et la mise à l'échelle comme des processus bien clairs et définis est nécessaire pour mieux considérer les différents contextes politique, social, juridique, économique ; les mécanismes de mise en œuvre et les besoins en ressources ; le rythme du changement ; la séquence des activités ; les domaines de priorisation ; le système de suivi et d'évaluation (Gericke et al., 2005 ; Simmons et al., 2007). Le manque de considération de ces processus dès l'introduction des innovations étudiées est une opportunité manquée pour favoriser l'apprentissage organisationnel, l'adaptation et l'appropriation de l'innovation dans les milieux hétérogènes (Edwards, 2010 ; Hage et Valadez, 2017 ; Seppey et al., 2017).

6.1.2. L'interdépendance entre l'innovation et son environnement : la délimitation des contextes

Après avoir relevé les dynamiques internes existantes entre les différents processus de l'innovation, les résultats de cette recherche ont permis de déceler une relation récursive et complexe entre l'innovation et son environnement, et entre chaque processus de l'innovation et l'environnement pertinent avec lequel il coexiste et co-évolue (voir figure 15). Tout d'abord, il faut comprendre que l'environnement dans lequel navigue l'innovation est complexe. Dans le chapitre de la revue de littérature, il a été soulevé que les études ont tendance à dichotomiser l'environnement comme étant interne ou externe à l'innovation. Ce schème de pensée se reflète dans la pratique des trois innovations étudiées. L'innovation est considérée comme étant un ensemble homogène (avec des acteurs, des organisations, des objets immatériels) qui est inséré dans un environnement (politique, juridique, socioculturel, institutionnel, physique) perçu comme étant difficile ou réticent au changement. D'où la nécessité de contrôler cet environnement afin de faciliter l'adoption de l'innovation. Par exemple, les acteurs ont tendance à apporter des solutions à des problèmes identifiés dans l'environnement externe de l'innovation (utiliser les langues locales pour la communication aux populations locales, motiver financièrement les agents de l'État ou communautaires pour qu'ils s'activent dans la mise en œuvre, etc.). D'ailleurs plusieurs études ont relevé que, dans la recherche portant sur la mise en œuvre des interventions, les contextes sont souvent absents ou conceptualisés uniquement sur des éléments externes à l'intervention (Alonge et al., 2019 ; Seward et al., 2020). Cela comporte des défis quant à l'identification des niveaux contextuels pertinents pour l'adaptation de l'innovation et le maintien de l'équilibre contextuel (Seward et al., 2020). Ainsi, à la lumière des résultats empiriques de cette thèse, les niveaux et dimensions contextuels pertinents et les échelles d'action correspondantes à chaque processus de l'innovation n'ont pas été identifiés de façon claire dans les processus d'innovation. Sur ce point, l'extension progressive et le choix même des contextes d'implantation des innovations étaient faits généralement selon l'orientation du PTF au détriment d'une prise en compte réelle des besoins des milieux d'implantation. Cela risque d'impacter négativement le passage à l'échelle de l'innovation, de même que sa pérennisation durant le changement d'échelles. Ce constat est d'autant plus vrai étant donné que les processus de pérennisation et de mise à l'échelle exigent la prise en compte des changements d'échelles et de contextes qui ont lieu à travers des interactions dynamiques entre l'innovation et son environnement. Sur ce, dans les sous-sections qui suivent, ces résultats empiriques permettent de proposer une conceptualisation des contextes dans une dynamique d'adaptation d'une innovation dans des environnements changeants et dynamiques. En ce sens, je m'aligne à la perspective de concevoir le contexte non pas comme une toile de fond pour la mise en

œuvre de l'intervention ou un élément passif dans le processus d'innovation, mais comme une entité qui interagit, influence, modifie, facilite ou contraint l'intervention et sa mise en œuvre (Pfadenhauer et al., 2017).

6.1.2.1. *L'hétérogénéité des contextes d'innovation et la considération des temporalités.*

Les résultats de cette étude permettent de constater que les contextes dans lesquels navigue et évolue une innovation ne sont pas homogènes. Ils sont hétérogènes et ne peuvent être compris qu'à travers des échelles d'analyse ou d'observation pertinentes pour l'innovation (Mercier et Oiry, 2010 ; Pettigrew et al., 2001). De fait, dans les innovations étudiées, il existe des niveaux contextuels (micro, méso ou macro) imbriqués qui influencent les processus de mise à l'échelle ou de pérennisation et le comportement de l'innovation. Ces imbrications rendent difficile la délimitation adéquate des contextes pertinents pour l'adaptation des innovations. Sur ce point, prenons l'exemple de l'utilisation des services de l'État pour mener certaines activités dans les trois innovations, notamment la formation, le suivi et la supervision, les prestations de services aux bénéficiaires. À la lumière des résultats, ces services étatiques sont souvent considérés comme un niveau contextuel homogène dans lequel les initiateurs ou praticiens de l'innovation essaient d'améliorer certaines contraintes comme le manque d'infrastructure ou d'équipement ou encore la disponibilité des ressources financières ou de connaissance. Le fait de considérer ce niveau comme étant un contexte est contreproductif dans le sens qu'il devrait être plutôt une échelle d'action dans laquelle coexistent plusieurs dimensions contextuelles : physique (*p. ex., infrastructures, état des matériels*), économique (*p.ex., ressources financières des services et des professionnels*), socioculturelle (*p.ex., valeurs, réseaux d'acteurs, pratiques individuelles ou collectives, domaines de spécialisation*), structurelle (*p.ex., règles, lois, gestion et planification des ressources, normes éthiques, politiques et juridiques*). Cette perspective permet alors de relever que pour adapter l'intervention, il ne suffit pas de considérer ou d'agir sur un seul niveau ou dimension contextuelle, il faut d'abord une prise en compte de plusieurs éléments contextuels et de leurs influences. Ces considérations sont importantes puisqu'elles permettent de situer l'innovation comme étant un processus social et politique dans lequel les avantages et les risques sont répartis, définis et réappropriés différemment selon chaque niveau contextuel (Denis et al., 2002).

6.1.2.2. *Le rôle des échelles temporelles et spatiales dans les processus d'innovation.*

De façon générale, les résultats empiriques ont montré que la stabilisation de l'innovation est souvent réalisée à travers des techniques de standardisation des composantes de l'innovation et d'harmonisation des différents rôles des parties prenantes. Ces techniques sont souvent déployées

pour pouvoir exercer plus de contrôle dans le passage à l'échelle de l'innovation et pour influencer son acceptation au niveau des utilisateurs. Cet exercice de contrôle est fait dans une vision de simplification technique des innovations qui sont perçues comme étant complexes (Gericke et al., 2005 ; Noordam et al., 2015). Toutefois, dans les cas étudiés, cette simplification technique se limite simplement aux composantes initiales de l'intervention pour faciliter la mise en œuvre ou pour faire face à certains défis rencontrés dans les milieux. Par exemple, dans le cas de la CPS, la suppression des registres remplis par les distributeurs communautaires a été faite suite à des problèmes survenus durant la mise en œuvre, tels que la lourdeur administrative et les difficultés de certains distributeurs non-instruits de remplir les registres. Si ces ajustements semblent importants pour la mise en œuvre, cependant ils occultent l'existence de la complexité des contextes d'implantation, des interfaces ou interactions entre l'innovation et les contextes d'implantation ou encore entre les différentes parties prenantes et l'évolution temporelle de l'innovation. En effet, dans l'exemple qui a été donné, le système communautaire qui a la charge d'administrer le médicament est un niveau contextuel qui doit être considéré dans son ensemble pour pouvoir apporter des ajustements durables qui ne ciblent pas seulement la facilité de la mise en œuvre. En ce sens, le manque de considération d'autres niveaux de complexité ne permet pas d'apporter des ajustements nécessaires lors de la mise en œuvre ou de procéder à des changements systémiques, notamment dans les politiques, les règlements, les lois ou les normes sociales (Gericke et al., 2005 ; Kalua et al., 2017 ; Kohl et Cooley, 2003 ; Simmons et al., 2007).

Ainsi, en se focalisant à contrôler certains niveaux contextuels et à faciliter la mise en œuvre, les acteurs décisionnels sont davantage centrés sur l'idée d'assurer la fidélité de l'innovation au lieu de son adaptation dans différents contextes. La fidélité d'une intervention renvoie au degré auquel l'intervention suit son modèle d'origine (Breitenstein et al., 2010). Selon certains auteurs, si la mise en œuvre ne respecte pas ce qui a été prévu, surtout lorsque l'intervention est mise à l'échelle, ceci pourrait avoir des conséquences négatives sur l'efficacité du programme (Ridde et al., 2013). De ce fait, dans les trois innovations soutenues par les PTF dans cette étude, les acteurs décisionnels sont dans une dynamique d'assurer que la mise en œuvre soit fidèle à ce qui a été prévu. Dans ce schème de pensée, la pérennisation des activités globales (nationales ou régionales) de l'innovation est privilégiée au détriment de la pérennité des activités locales et de l'adaptation de l'innovation aux différentes réalités contextuelles, ceci est grandement constaté pour le cas CPS qui est dans une dynamique de mise à l'échelle rapide.

En partant de ces faits, les résultats suggèrent que dans une dynamique de pérennisation, l'adaptation de l'innovation et de ses composantes dans différents milieux contextuels est un

élément fort important. En effet, une intervention pourrait bien fonctionner durant les études contrôlées tout en ne produisant pas les mêmes résultats durant sa mise en œuvre de routine (Breitenstein et al., 2010) ou encore tout en ayant des conséquences inattendues dans certains contextes d'implantation (Salia et al., 2018 ; van de Ruit, 2019). Par exemple, le cas CPS, le taux d'efficacité prouvée dans les essais randomisés a grandement diminué durant la mise en œuvre populationnelle. Toutefois, la fidélité de l'intervention est également un moyen de faciliter la mise à l'échelle ou d'assurer qu'elle se fasse plus rapidement ou encore que les acteurs chargés de l'implantation puissent aussi en assurer le suivi avec des indicateurs fiables. Pour outrepasser cette tension existante entre la fidélité et l'adaptation, la conception d'interventions ajustables permettant de conserver les idées essentielles du projet de départ et d'assurer l'adéquation du projet aux réalités des milieux est une avenue intéressante à explorer (Castro et al., 2004). Pour mettre en place ce type d'interventions, Castro et collègues (2004) ont soulevé l'importance de l'évaluation et de tests rigoureux du processus d'adaptation et de l'implication effective des communautés et de différentes parties prenantes dans le processus de conception des innovations. En ce sens, il semble désuet d'utiliser uniquement les essais randomisés contrôlés comme la méthode d'excellence et souvent la seule source de données probantes pour déterminer l'efficacité ou la pertinence de l'innovation. D'autres méthodes, de nature qualitative, participative ou mixte, devraient également être explorées dans les processus d'innovation.

À ces propositions, les temporalités doivent également être prises en compte dans une perspective d'adaptation des innovations durant leur passage à l'échelle. La considération des temporalités dans certaines études a permis non seulement de déceler les imbrications des niveaux contextuels et de l'existence de plusieurs temporalités dans un contexte donné (Belghiti et al., 2020), mais également les ruptures (Tyre et Orlikowski, 1994), la vitesse ou la lenteur de diffusion des innovations (Moran et al., 2020), et la relation dynamique existante entre les actions, les processus et les contextes (Mercier et Oiry, 2010). Sur ce point, les études en santé mondiale n'ont pas encore développé une compréhension commune et approfondie sur l'importance de considérer les temporalités dans une dynamique d'adaptation des innovations. Une étude récente a soulevé que de nombreuses temporalités (les expériences passées, les pratiques actuelles et les attentes futures) affectent l'adoption comme la mise en œuvre rapide de la politique du dépistage et du traitement du VIH au Zimbabwe (Moran et al., 2020). Cette étude a analysé les temporalités de cette politique à travers trois thématiques qui sont : le tempo, le rythme et l'époque. Elle a relevé que le processus de mise en œuvre n'est pas déterminé par un processus hiérarchique, linéaire et rationnel ; mais plutôt, il se déroule de manière inégale, contestée et contradictoire. La compréhension des différentes tensions ou des ruptures qui ont lieu à différents moments et dans des contextes différents permettrait de

décélérer des événements critiques liés au processus de pérennisation et de mise à l'échelle de chaque type d'innovation.

Par exemple, des enchevêtrements temporels peuvent être observés dans l'innovation CVSS, notamment certaines CVSS dysfonctionnelles après le retrait d'un PTF. En effet, certaines études d'évaluation existantes sur les CVSS (*DOC : Camara, 2017 ; Fournier, 2011, juillet*) ont montré qu'au moment où les PTF soutiennent l'innovation, les caisses sont fonctionnelles. Toutefois, au retrait des PTF et le départ de l'ONG contractualisée, les CVSS arrêtent généralement de fonctionner. Cela s'explique souvent par le fait que les PTF stabilisent les ressources pour que tout puisse fonctionner, toutefois leur retrait constitue un moment de rupture, d'incertitudes qui n'a pas été pris en compte durant la conceptualisation, l'adoption et la mise en œuvre. En plus, à la fin du financement, la continuité de l'innovation repose entièrement sur la responsabilité des acteurs locaux qui n'ont souvent ni les ressources financières (Edwards et Roelofs, 2006) ni la motivation de la soutenir (Seppey et al., 2017 ; Touré, 2015). L'innovation vit alors des moments d'instabilité et de désordre qui ne peuvent être contrôlés par les acteurs locaux. En plus de ces éléments, durant la mise en œuvre, les PTF mobilisent des ressources exorbitantes qui dépassent les capacités des services techniques de l'État et des communautés, ce qui pose des enjeux de durabilité de l'intervention ou de certaines de ses composantes dans les milieux. Ce constat a été relevé par l'étude de Seppey et al. (2017) effectuée sur le financement basé sur les résultats au Burkina Faso. Selon cette recherche, à la fin du projet pilote, plusieurs activités qui étaient perçues coûteuses ont cessé ou ont été diminuées comme les supervisions, les réunions, les surveillances des enfants. D'autres études effectuées en Afrique ont également soulevé l'échec de l'appropriation des interventions à la fin du financement des PTF (Samb et al., 2013 ; Olivier de Sardan et al., 2015 ; Seppey et al., 2017 ; Touré, 2015).

À partir de ces constats, cette thèse suggère que le temps, qui est souvent considéré dans une logique linéaire dans les études diffusionnistes (Rogers, 2003), soit plutôt remplacé par la notion de **temporalités** qui permet de saisir le « temps au pluriel » (Dubar, 2014). Pour cela, la reconnaissance des temporalités multiples, et particulièrement des « dynamiques temporelles de l'espace » (Elissalde, 2000), est importante pour comprendre la capacité d'auto-organisation et la dynamique d'émergence des innovations, surtout dans des contextes hétérogènes et tapissés d'incertitudes. En ce sens, la question des temporalités est centrale dans les processus de pérennisation et de mise à l'échelle puisque différents contextes interagissent continuellement et sont traversés par des dynamiques internes se situant à des échelles temporelles et spatiales qui sont importantes à considérer. L'identification de niveaux contextuels pertinents et leurs dimensions,

pour chaque innovation, permet de mieux situer les échelles d'action (individuel, organisationnel, étatique, international, groupes d'acteurs, communautés, familles, etc.) tout en considérant les réalités territoriales (local, régional, national et international). Sur ce, il faut souligner que les contextes ne sont pas statiques. Ils sont interdépendants à des échelles différentes, ce qui permet de relever l'importance de considérer les temporalités comme étant multiples.

À partir de ces différents résultats, j'ai reformulé dans la figure 16 ci-dessous la grille d'observation et d'analyse qui était présentée dans la figure 5. Pour rappel, les éléments présentés dans la figure 5 ont servi théoriquement et méthodologiquement à observer et analyser les différents processus étudiés de l'ensemble des innovations. Les éléments contextuels sont à considérer comme étant à la fois statiques et dynamiques (Edwards et Barker, 2014) et ils peuvent façonner et modifier les trajectoires de l'innovation ainsi que sa structure ou ses finalités.

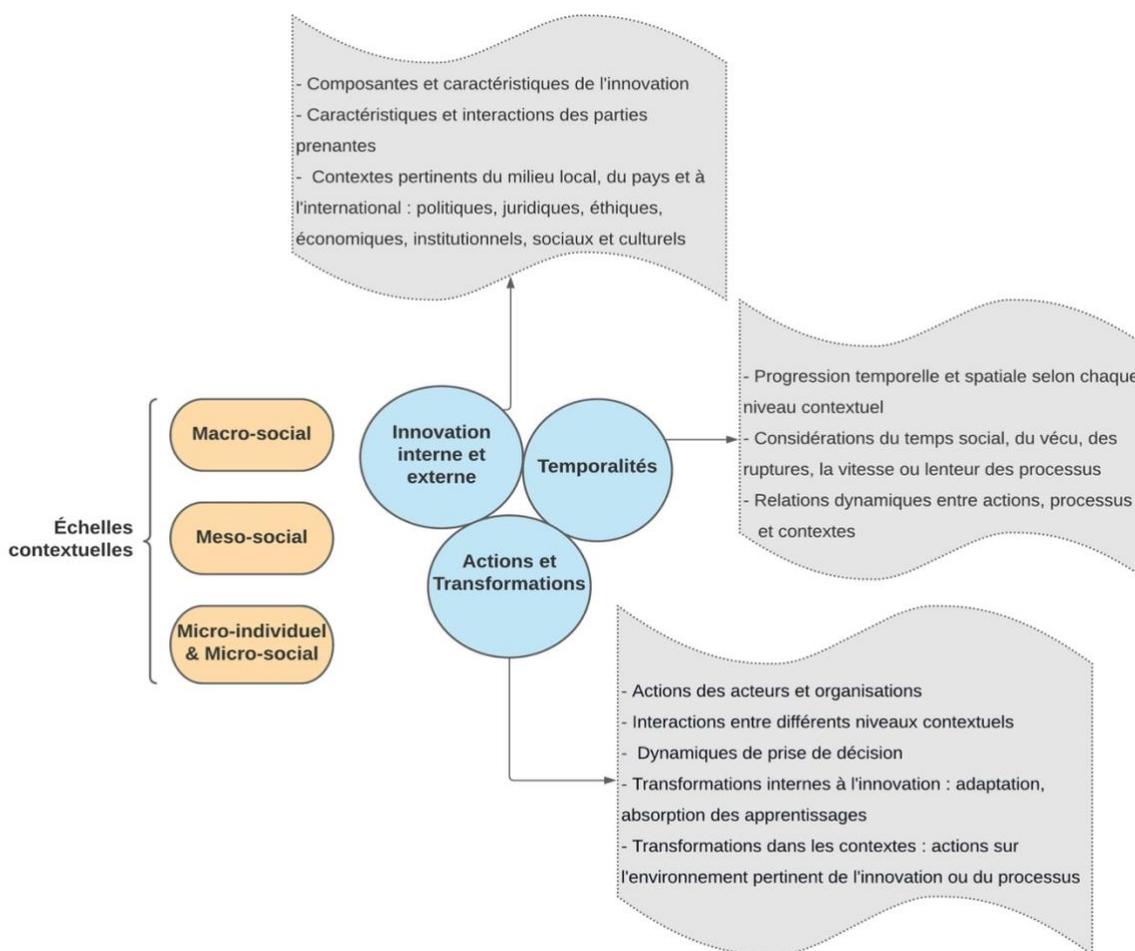


Figure 16. Reformulation des niveaux d'analyse et d'observation à la lumière des résultats de recherche

6.1.3. Proposition théorique : considération des niveaux contextuels

Considérant l'existence de plusieurs logiques et intérêts des acteurs et des organisations qui peuvent être favorables ou défavorables à la continuité ou le passage à l'échelle de l'innovation, il semble alors important de considérer trois niveaux de contextualisation : (1) niveau des acteurs ou micro-individuel et micro-social ; (2) niveau des organisations ou méso-social ; (3) niveau des institutions ou macro-social. Ces différents niveaux contextuels existent et interfèrent dans un environnement général qui peut s'entrevoir dans des dimensions ou échelles internationale, nationale, régionale et locale. Ce découpage beaucoup plus territorial permet en effet de comprendre certaines réalités physiques, sociales, économiques, juridiques et politiques qui comportent des opportunités et défis pour l'ensemble des processus de l'intervention.

6.1.3.1. Le niveau micro-individuel et micro-social dans le processus d'adaptation.

Ce niveau correspond à celui des acteurs, ou *drivers* (Gruen et al., 2008). Ces derniers constituent les différentes parties prenantes dans l'innovation et particulièrement dans le processus de mise à l'échelle et de pérennisation. Dans les innovations étudiées, ces acteurs se situent à différents niveaux institutionnels (services étatiques, PTF, ONG, collectivités locales, communautés et société civile). Les considérer comme un niveau contextuel dans un processus d'adaptation est pertinent puisqu'ils ont des valeurs, des besoins, des intérêts différents par rapport à l'innovation, des capacités et des ressources qui doivent être connues et exploitées en temps opportun pour maximiser les bénéfices de l'innovation. Comme relevé par une autre étude (Shroff et al., 2017), l'identification des acteurs clés à chaque étape du processus de mise à l'échelle ainsi que la compréhension de leurs intérêts particuliers est une étape importante pour améliorer l'efficacité de la mise à l'échelle. Par exemple, dans les cas étudiés, il a été constaté que certains professionnels de la santé et acteurs communautaires soutiennent la continuité des innovations, car ils perçoivent des avantages liés à la motivation financière qu'ils reçoivent du financement des PTF. Au moment où leurs intérêts ou avantages sont maintenus, le soutien de ces acteurs à l'innovation semblait stable et en continuité. L'arrêt des motivations financières a été relevé dans les résultats comme un événement important de rupture dans l'innovation et un risque pour la pérennisation et la mise à l'échelle. Les intérêts des acteurs doivent alors être compris pour savoir comment apporter des changements qui ne seront pas une source de démotivation ou d'instabilité pour la continuité de l'innovation.

Aussi, il semble nécessaire de relever que toute action ou motivation d'un acteur n'est pas simplement psychologique, elle est interconnectée à un environnement socioculturel ou politique. Comme suggéré par l'ethnométhodologie, les gestes, les signes, les mots, ou simplement toute

action sociale ne peut être comprise que dans un contexte particulier (Garfinkel, 1984 ; Heritage et al., 1991). En ce sens, les acteurs sociaux ne sont pas dénoués de jugement, ils sont conscients de leurs actes en fonction des réalités de leur contexte qui façonnent leur perception des événements, mais également de la « normalité perçue » des événements (Heritage et al., 1991). La compréhension des dynamiques contextuelles dans lesquelles les innovations sont initiées et soutenues (*p. ex., le rôle majeur des bailleurs de fonds, la faiblesse des systèmes étatiques, les inégalités sociales au niveau international et dans les milieux d'implantation ainsi que les conditions socioéconomiques des acteurs sociaux*) permet de mieux appréhender le « format et la production de l'action, de même que son interprétation » (Heritage et al., 1991, p. 122). En effet, les résultats empiriques de cette thèse permettent de constater que tous les acteurs n'ont pas le même degré de pouvoir dans le processus d'innovation. De ce fait, les actions de chaque acteur sont souvent circonscrites, non pas toujours dans la satisfaction d'intérêts personnels, mais dans un contexte où se discutent des pouvoirs. Il a été observé dans les trois innovations que les PTF et les services de l'État avaient un pouvoir sur les décisions, les ressources ou le savoir technique. Toutefois, certaines pratiques des acteurs peuvent être interprétées comme une forme de renégociation du pouvoir. Je fais référence, ici, à la question des motivations financières (*per diem*) comme une condition *sine qua non* pour réaliser les activités de l'innovation financée par un PTF chez certains professionnels ou acteurs communautaires qui se perçoivent comme des « *travailleurs pauvres* » ; ou encore à l'inaction de certaines parties prenantes (collectivités locales, membres des communautés) comme une forme de résistance face à leur faible participation aux innovations financées par les PTF.

C'est en considérant les relations multiples entre les acteurs, leurs actions, leurs contextes (géographique, sociopolitique, économique, etc.) qu'il sera possible de saisir convenablement les rapports de pouvoir existants entre les différents acteurs afin d'identifier leur émergence et de soutenir des changements durables. D'autant plus que dans le domaine de la santé mondiale il y a lieu de nous interroger constamment sur la manière dont le pouvoir épistémique et normatif²⁴ s'exerce (Shiffman, 2014) et de la légitimité de certains acteurs ou experts à agir au nom des bénéficiaires souvent absents dans la construction des interventions et qui en subissent les conséquences (Bump, 2015). C'est en nous intéressant aux acteurs et à leurs interactions qu'il est

²⁴ L'auteur utilise cette notion en faisant référence au fait qu'il existe des individus et des organisations qui influencent les priorités et les stratégies en santé mondiale. Ces acteurs sont légitimés par la détention de l'expertise et de la prétention à l'autorité morale. De ce fait, le pouvoir épistémique et normatif renvoie au pouvoir structurel qui, selon lui, invoque le statut de ces acteurs comme experts par rapport aux utilisateurs des interventions en santé et au pouvoir productif renvoyant à la création du sens qui emmène à valider certaines catégories de pensée pour les changements qu'ils veulent apporter sans l'implication des utilisateurs.

possible, d'une part, de dépasser la vision dichotomique, entre contextes externes et contextes internes à l'innovation. D'autre part, cela faciliterait la prise en compte effective dans le processus d'adaptation de la question des pouvoirs comme une ressource, et non une contrainte, dans l'ensemble des processus d'innovation. Par exemple, la prise en compte du rôle de chaque acteur, qu'il soit expert ou utilisateur, dans l'innovation peut stimuler une réflexivité par rapport à la place que chacun doit occuper pour soutenir l'innovation, et surtout, à l'interdépendance entre toutes les parties prenantes (Lanham et al., 2013). Cela peut se faire par une déconstruction des relations hiérarchiques observées souvent dans les innovations entre certaines parties prenantes, notamment entre PTF et les services étatiques ou organisations locales, mais également entre experts et non-experts ou bénéficiaires. Cette déconstruction peut se faire en prônant la pleine participation des bénéficiaires, le renforcement des relations interpersonnelles, des échanges entre acteurs (information ou autres ressources), la création de nouvelles relations pertinentes pour le processus de pérennisation et de mise à l'échelle (Lanham et al., 2013).

6.1.3.2. Le niveau méso-social dans le processus d'adaptation.

Ce niveau est celui des organisations notamment celles qui financent et soutiennent techniquement les innovations (PTF, ONG, ministères), les organisations utilisatrices (services techniques étatiques, communautaires, collectivités locales, société civile, comités de gestion CVSS et CFU, communautés). C'est à ce niveau que la routinisation des règles, des normes, des mémoires et des valeurs de l'innovation peut prendre tout son sens (Pluye et al., 2004b). L'adaptation au niveau organisationnel a été faite de façon minimale dans les trois cas étudiés, à cause de la multiplicité des organisations ayant des réalités et des valeurs différentes, le manque de communication et de coordination entre les différentes organisations et le manque de clarté des rôles et responsabilités de chaque organisation spécifiquement sur le plan des processus de pérennisation et de mise à l'échelle. Ces défis ont été présents dans les trois innovations étudiées et ils présentent des risques pour leur routinisation. Sur ce point, il est possible de relever que la routinisation des activités des innovations n'est faite qu'au niveau des systèmes étatiques et des PTF à travers des systèmes de mémorisation ou de partage de valeurs ou de règles. Cela est lié en quelque sorte à une vision de la routinisation comme un moyen de contrôle de l'innovation qui favorise la hiérarchisation et la standardisation des routines identifiées pour qu'elles soient répliquées dans différentes organisations (Feldman et Pentland, 2003).

De ces constats, il demeure important d'avoir une vision globale de l'innovation et de tenir compte de l'hétérogénéité des contextes à ce niveau, puisqu'une organisation, comme le système de santé, peut être très hiérarchisée avec une mauvaise coordination et un désalignement des structures de

responsabilité (George et al., 2016). C'est le constat qui a été fait au Mali et au Burkina Faso. Par exemple, pour les cas CVSS et CFU, plusieurs organisations sont impliquées à différents niveaux, notamment trois services techniques de l'État qui sont sous la tutelle de trois ministères différents ; en plus au niveau local les ASACO, les CSCom et les collectivités locales n'entretiennent pas toujours une bonne collaboration. L'insuffisance de la communication et de la collaboration entre ces différentes parties prenantes font en sorte qu'il manque de clarté sur les rôles et responsabilités de chaque organisation concernant les processus de pérennisation et de mise à l'échelle. Par ailleurs, dans une perspective de pérenniser les routines des innovations dans les organisations, l'apprentissage organisationnel est une avenue intéressante dans la pratique (Schulz, 2017). Il pourrait être utilisé pour non seulement stimuler l'amélioration continue, la création et l'utilisation des connaissances issues des projets pilotes, mais également pour favoriser les interactions entre les acteurs d'une même organisation, entre différentes organisations et entre chaque organisation avec le contexte pertinent pour l'innovation en question (Dirk et Thilo, 2018; Ingram, 2017). Cela doit être accompagné par la mise en place d'une gouvernance collaborative au niveau local qui mise sur les ressources locales, comme les collectivités locales ou les instances de collaboration villageoises ou inter-villageoises. Bien que la création d'un cadre de concertation ait été faite par le projet MEDIK pour les innovations CVSS et CFU dans la région de Kayes, ces initiatives, aussi prometteuses soient-elles, ne sont pas pérennes. De ce fait, il est important d'identifier des mécanismes de concertation formelle ou informelle déjà existants et de les redynamiser à travers le renforcement des capacités des acteurs ou organisations.

6.1.3.3. *Le niveau macro-social dans le processus d'adaptation.*

Ce niveau est celui des institutions, notamment des règles et des normes présentes dans les organisations, les régimes ou les institutions internationales qui favorisent les interventions en santé mondiale, les pratiques partagées entre différents acteurs, les arrangements organisationnels, etc. Tout d'abord, je souligne que les institutions ne sont pas seulement des structures contraignantes, mais elles peuvent également être des structures qui favorisent le développement du pouvoir d'agir et le contrôle (Jepperson, 1991). En plus, elles peuvent être analysées et observées aux échelles micro-individuelle-sociale et méso-sociale. Elles peuvent être conceptualisées comme suit :

"Institution represents a social order or pattern that has attained a certain state or property ; institutionalization denotes the process of such attainment. By order or pattern, I refer, as is conventional, to standardized interaction sequences. An institution is then a social pattern that reveals a particular reproduction process. (...) Put another way: institutions are those social patterns that, when chronically reproduced, owe their survival to relatively self-activating social processes. Their persistence is not dependent, notably, upon recurrent collective mobilization, mobilization repetitively reengineered and reactivated in order to secure the reproduction of pattern. That is institutions are not reproduced by "action", in this

strict sense of collective intervention in a social convention. Rather, routine reproductive procedures support and sustain the pattern, furthering its reproduction-unless collective action blocks, or environmental shock disrupts, the reproductive process." (Jepperson, 1991, p. 145)

Ce niveau contextuel est souvent absent des études portant sur les interventions sanitaires en Afrique, alors que certaines recherches ont établi que le niveau le plus élevé de pérennité et la finalité souhaitée de la mise à l'échelle sont l'institutionnalisation (Pluye et al., 2004a ; Simmons et al., 2007). Dans la pratique des innovations étudiées, l'institutionnalisation ressort comme étant un processus qui relève d'une décision étatique. En effet, en général dans les pays d'Afrique, il est fréquent de voir un projet pilote passer d'un programme circonscrit à une politique nationale sans pour autant prouver son efficacité dans les conditions normales dans lesquelles l'intervention va être pérennisée (Olivier de Sardan et al., 2015 ; Ridde, 2015). Pour maintenir une intervention, les décideurs publics peuvent décider, un bon jour, de faire un décret ou un arrêté ministériel. C'est le cas, par exemple, de plusieurs politiques ou mesures de santé mises en place au Burkina Faso (Niang, 2014 ; Olivier de Sardan et Ridde, 2012 ; Ridde, 2015). De mon point de vue, l'absence d'actions intensifiées pour assurer la routinisation de l'intervention au niveau des organisations ou des communautés avant d'entamer le processus d'institutionnalisation pourrait expliquer les échecs observés de certaines politiques de santé, même si ces interventions ont prouvé leur efficacité lors des projets pilotes. Ce constat permet de soutenir la proposition théorique de Pluye et al. (2004a) dans laquelle la routinisation est une étape qui vient avant l'institutionnalisation. Si elle n'est pas bien réfléchie et menée en considérant différentes temporalités, la traduction du projet pilote en programme ou politique de santé pourrait ne pas générer les résultats escomptés. D'ailleurs, l'analyse de l'évolution du projet pilote Navrongo devenue une politique nationale appelée *Community-based Health Planning and Services* (CHPS) au Ghana a montré qu'au fur et à mesure que la mise à l'échelle évoluait certains succès du projet pilote n'ont pas pu être reproduits, notamment l'amélioration des taux de la planification familiale et la diminution des taux de fécondité (Krumholz et al., 2015). Selon cette étude, l'explication donnée à cela est le fait que la mise à l'échelle a atrophié l'engagement communautaire qui était au centre de la conception de l'intervention. En effet, du projet pilote au programme national, l'engagement communautaire est passé d'une vision commune et partagée entre les membres de la communauté et le personnel du projet qui mettait le sens de la responsabilité et du bien-être des communautés au cœur des processus, vers des procédures techniques et communautaires consistant à impliquer quelques membres des communautés.

De plus, certains éléments contextuels dans les pays d'Afrique, comme le Burkina Faso et le Mali, notamment la corruption, la mauvaise gouvernance des systèmes de santé, les pratiques administratives malsaines, les longues procédures administratives des projets d'intervention sanitaire, les nombreuses interfaces entre les institutions internationales et les institutions étatiques et locales ainsi que celles entre les agents des services étatiques et les personnes usagères des services (Anders, 2009 ; Bierschenk et Olivier de Sardan, 2014 ; Jaffré et Olivier de Sardan, 2003 ; Olivier de Sardan et al., 2015) doivent être pris en compte dans une dynamique d'institutionnalisation des interventions. De ce fait, dans un contexte où plusieurs institutions sont concernées par le passage à l'échelle des innovations, les acteurs de la pratique comme de la recherche doivent accorder beaucoup d'importance à la pérennisation institutionnelle et des mécanismes pour la favoriser. Cette dimension de la pérennisation permet de comprendre comment les institutions s'acquittent de leurs tâches malgré de nombreux enjeux critiques (économiques, technologiques, politiques, sociaux, etc.) et d'identifier les aspects institutionnels qui devraient être améliorés ou radicalement modifiés (Santoro, 2019) durant le développement de l'innovation.

D'autre part, les contextes institutionnels apparaissent dans la pratique des innovations étudiées comme étant essentiellement concentrés sur les milieux d'implantation qui sont délimités selon le découpage hiérarchique et bureaucratique des systèmes étatiques : notamment national, régional, périphérique (les districts sanitaires) et communautaire. Dans les trois innovations étudiées, les acteurs décisionnels des innovations (PTF et acteurs décisionnels de l'État) ont tendance à prendre les grandes décisions (signature de contrat ou de plan, décision finale sur les activités planifiées et financées, nombre de zones à couvrir, désignation de la population cible, etc.) qu'avec les niveaux supérieurs de l'État (national ou régional). Il ressort de cette étude que les niveaux institutionnels périphériques et communautaires sont considérés essentiellement comme des milieux d'exécution de la mise en œuvre, alors qu'ils constituent le pilier pour pérenniser et propager les interventions. Par conséquent, ces niveaux devraient être parties prenantes dans les décisions concernant les processus d'innovation. Cependant, la façon dont ces niveaux d'action sont conceptualisés demeure problématique pour la pérennisation des innovations et elle pose des enjeux considérables pour l'adaptation de l'innovation. Par exemple, il a été relevé dans une étude que durant les campagnes de masse, comme dans le cas de la CPS, les districts sanitaires ne sont souvent considérés que comme un niveau permettant d'entreposer les intrants et un point d'arrêt des communautés (Tumusiime et al., 2019). En plus, les résultats de cette thèse ont permis d'entrevoir que les acteurs du niveau communautaire (collectivités locales cas CVSS et CFU, les agents de santé communautaire, les ASACO et organisations affiliées, les infirmiers-chef de poste) sont absents des

activités de planification ou de la signature des engagements pour les plans d'accompagnement/appropriation pour les CVSS et CFU. Même si certains professionnels de la santé du niveau périphérique sont consultés pour la planification (dans le cas de la CPS), les résultats ont montré que leur pouvoir décisionnel reste limité. De plus, des actrices stratégiques dans le domaine de la SMNI que sont les sage-femmes sont ignorées dans les innovations étudiées. Le manque de reconnaissance des niveaux institutionnels importants pour les processus de pérennisation semble être un goulet d'étranglement pour les processus d'institutionnalisation. Souvent, les décisions sont prises avec des acteurs ou des organisations qui ne sont pas pertinents pour les processus désignés (p. ex., les acteurs étatiques au niveau régional signent les contrats d'accompagnement/appropriation alors que les collectivités locales sont plus habilitées à assurer certains engagements) ou encore les bailleurs de fonds imposent certaines conditionnalités incompatibles aux réalités des pays receveurs. D'ailleurs, Ridde (2015) a relevé que souvent les bailleurs de fonds ou ONG mettent en place des projets pilotes sans les adapter aux capacités réelles des États bénéficiaires, ce constat l'a emmené à suggérer que les interventions soient organisées *par et pour* l'État.

Ainsi, pour mieux comprendre le processus de pérennisation, je propose d'identifier les mécanismes politiques et juridico-légaux qui peuvent avoir des effets sur le changement d'échelles de l'intervention, et d'examiner en profondeur comment un contexte institutionnel donné est lié à l'intervention. Comme cela a été rapporté par une autre étude (S. Ndiaye, 2013), la validation institutionnelle dans un contexte institutionnel donné revêt une grande importance dans les projets d'innovation en Afrique, étant donné qu'ils concernent souvent un groupe de population spécifique, un problème de santé en particulier ou des échelles territoriales avec des particularités socioculturelles différentes. La reconnaissance des contextes institutionnels spécifiques permet en quelque sorte à l'innovation de pouvoir apporter des changements en cohérence avec les normes et les institutions existantes (Hillier et al., 2004) et même de stimuler un environnement institutionnel favorable pour sa pérennisation et sa mise à l'échelle (Hartmann et Linn, 2008).

6.1.4. Vers la reconnaissance des déterminants constitutifs de la mise à l'échelle et de la pérennisation

Une analyse comparative des trois innovations étudiées permet de relever que les éléments favorables ou défavorables aux processus de mise à échelle et de pérennisation se présentent différemment selon deux grands modèles.

1. L'innovation est initiée et supportée par les PTF (y compris les ONG locales qui contractualisent avec un PTF), ce modèle a été observé dans les trois cas étudiés. Dans ce

modèle, il a été observé un cas particulier d'innovation qui a été financée durant une courte période (deux ans et moins). Ce cas concernait uniquement le cas CFU et il constitue un entre-deux des deux grands modèles.

2. L'innovation est initiée par les communautés sans l'aide d'un PTF, ce modèle concerne davantage le cas CVSS et peu le CFU.

Dans les lignes qui suivent, il sera discuté de différents éléments retenus au travers de ces différents modèles pour, ensuite, proposer une typologie de déterminants permettant d'étudier les processus de pérennisation et de mise à l'échelle.

6.1.4.1. La reconnaissance des valeurs et de leur construction dans les processus d'innovation.

À travers l'étude de l'histoire des innovations CPS, CVSS et CFU, les résultats suggèrent que les valeurs constituent un déterminant essentiel dans la compréhension des processus de mise à l'échelle et de pérennisation. En effet, elles sont inhérentes à l'ensemble des composantes et processus d'une innovation en santé publique (Guttman, 1996). La compréhension des valeurs sous-jacentes à une innovation et celles qui sont portées et véhiculées par les acteurs permettent de mieux expliquer l'orientation des objectifs ainsi que les moyens et stratégies mis en place pour apporter le changement souhaité (Guttman, 1996). Considérant que la santé publique est « une entreprise fondamentalement normative » (Massé et Saint-Arnaud, 2003), les innovations étudiées qui visent un changement social, ou précisément de résoudre un problème social, sont alors porteuses de conceptions, d'idées, de croyances (morales, religieuses, descriptives ou prescriptives) souvent d'ordre épistémique ou philosophique non seulement généralisées ou partagées au sein d'un groupe social, mais également intériorisées par les acteurs ou les organisations impliquées dans l'innovation (Guttman, 1996 ; Spates, 1983). Sur cet ordre d'idées, « la valeur n'est pas un fait » (Fontaine, 2008, p. 12), tout en étant abstraite, elle permet de comprendre l'intelligibilité ou les rationalités des actions entreprises dans une innovation qui peuvent expliquer leur potentiel de succès ou d'échec (Fontan, 2007).

Souvent, dans les études portant sur les processus d'innovation, la question des valeurs est peu élucidée dans la littérature en santé publique et communautaire (Whyle et Olivier, 2020). Dans l'étude de Greenhalgh et al. (2017) les valeurs sont assimilées à la notion d'avantage relatif élaborée par Rogers (2003). Ces deux notions sont différentes. L'avantage relatif renvoie au degré de croyances ou de perceptions des utilisateurs potentiels que l'innovation est meilleure que ce qui existait avant (Rogers, 2003). Cette notion relève souvent des considérations morales ou des finalités qui sont régies par les systèmes de valeurs des utilisateurs ; elle suppose des préférences de

l'utilisateur et de sa capacité à faire un choix basé sur certaines finalités, par exemple des raisons économiques, sociales ou de préférence (Rogers, 2003). Cependant, l'avantage relatif n'est pas suffisant pour montrer toute l'étendue ontologique de la notion de valeur. En effet, la valeur est plus englobante ou comme disait Donabedian (1973) : « les valeurs sociales imprègnent une société et toutes ses institutions. Dans une large mesure, ces valeurs sont responsables des formes que prennent ces institutions et des directions dans lesquelles elles peuvent être modifiées de manière acceptable » (p.1 [Traduction libre]). En ce sens, les valeurs ont pour fonction de stabiliser l'innovation, mais également elles participent à définir ses comportements ou états à travers le temps et l'espace.

Sur cette lancée, les valeurs sont différentes des normes et des préférences, car elles soutiennent et influencent ces deux notions (Spates, 1983) et elles sous-tendent les préférences individuelles (Whyle et Olivier, 2020). En effet, les valeurs sont des référents pour la pensée et l'action, alors que les normes sont des règles qui renvoient à « ce qu'il faut faire » ou « ne pas faire » dans des situations ou contextes particuliers (Spates, 1983). Les valeurs permettent alors d'apprécier ou de juger de l'acceptabilité de certaines normes, elles orientent « l'être et l'agir » selon les préférences (Massé et Saint-Arnaud, 2003). Cette distinction est importante dans le champ des innovations, puisque l'introduction d'une nouveauté ou d'un changement dans les systèmes sociaux peut créer des contradictions entre les valeurs et les normes. Comme soulevé largement dans les résultats de cette thèse, ce qui est proposé comme étant une valeur de l'innovation, comme le genre²⁵ dans le cas des CFU ou l'efficacité de la CPS, peut ne pas être compatible avec les normes et pratiques bureaucratiques ou sociales. Les valeurs ne sont pas simplement liées au niveau des individus, mais elles sont également perceptibles dans les organisations, les institutions et les sociétés qui adoptent et utilisent les innovations (Massé et Saint-Arnaud, 2003 ; Whyle et Olivier, 2020). Par le fait même, dépendamment des acteurs qui initient ou qui proposent l'innovation, cette dernière tend à prioriser certaines valeurs plutôt que d'autres. Ainsi, les valeurs sont utilisées comme des moyens permettant d'atteindre des changements voulus dans les milieux. Cela permet alors d'établir que chaque innovation est, avant son adoption et sa mise en œuvre, conçue par des individus qui appartiennent à un système social et qui déterminent des attributs et des finalités au processus d'innovation.

²⁵ Je me réfère ici à la notion de genre dans sa globalité comme une construction sociale liée aux normes et valeurs d'une société, d'une communauté ou d'une organisation. De ce fait, la conception du genre peut être différente, selon qu'il soit utilisé par un PTF ou par la communauté.

Par exemple, la CPS est une intervention qui a été proposée par la communauté scientifique. Elle a par le fait même été testée à travers des études contrôlées randomisées qui ont établi son efficacité à réduire les taux de mortalité et de morbidité des cas palustres chez les enfants âgés de moins de cinq ans. De ce fait, l'efficacité, la rentabilité et la sûreté des médicaments sont des valeurs d'entrée de l'innovation qui permettent non seulement d'assurer sa légitimité, mais également de faciliter son adoption et la pertinence de la mettre à l'échelle.

Concernant les CVSS et CFU, étant des innovations communautaires, elles ne suivent pas nécessairement les mêmes standards que les innovations préventives comme la CPS ayant une composante médicale. Elles sont plus guidées par la valeur d'utilité perçue, de ce fait chaque partie prenante de l'innovation actualise cette utilité selon ses propres objectifs, compréhensions et normes. Par le fait même, la valeur d'utilité d'une CVSS ou d'un CFU peut avoir des orientations différentes dépendamment de la vision du PTF ou de celle de l'ASACO ou des membres d'un village.

Ces différents éléments permettent tout d'abord de soulever que la valeur donnée à une intervention n'est pas un processus neutre. Ce processus est guidé par des principes propres aux individus et aux organisations qui soutiennent l'innovation, mais également par l'existence des valeurs qui se trouvent au niveau macro-social. En effet, certaines considérations données à une innovation dépassent souvent le niveau du pays dans lequel l'innovation existe et évolue. Généralement, ce sont des normes ou des standards établis au niveau international ou encore l'existence d'une coalition d'acteurs qui stimulent la priorisation d'une thématique de santé ou d'un groupe particulier (ceci a été montré pour le cas du paludisme dans la section Mise en contexte du cas CPS avec le rôle normatif joué par des organisations internationales comme l'OMS). En ce sens, les résultats de cette étude permettent d'entrevoir que l'innovation CPS a reçu plus d'investissement en termes de ressources que les CVSS et CFU. D'autant plus que les bailleurs de fonds qui se sont mobilisés pour son expansion sont plus importants considérant leur nombre, mais également leurs capacités financières et techniques. Ces constats permettent, non pas de comparer les innovations, mais de relever que l'attention donnée à une innovation n'est pas anodine. En effet, elle peut résulter de différentes considérations. Selon certaines études, la rentabilité et l'efficacité d'une intervention faciliteraient son adoption, mais également elles permettent de justifier la mise à l'échelle ainsi que l'investissement en ressources fait par les systèmes de l'État et les bailleurs de fonds (Kemp et al., 2019). D'autres études ont montré que les données probantes en lien avec l'efficacité des interventions n'expliquent pas toujours les logiques d'adoption, de diffusion et de dissémination des interventions en SMNI (Olivier de Sardan et Ridde, 2015 ; Ridde, 2015 ;

Shiffman et Smith, 2007 ; Shiffman et al., 2004 ; Turcotte-Tremblay et al., 2018). Les normes sociales partagées par un réseau d'acteurs capables de capturer les ressources et l'attention des pouvoirs publics, mais également la nature du problème adressé par l'innovation, ainsi que des normes internationales telles que les Objectifs du Millénaire pour le développement ou les Objectifs de développement durable participent à impulser ou non une intervention dans les pays en développement (Shiffman et Smith, 2007 ; Shiffman et al., 2004).

6.1.4.1.1. L'existence de plusieurs rationalités dans les processus de pérennisation et de mise à l'échelle.

La compréhension du rôle des valeurs, souvent implicites, dans les processus d'innovation semble alors être une étape importante surtout dans le contexte africain où plusieurs acteurs ayant des rationalités différentes participent au processus de diffusion des innovations. En effet, les trois cas étudiés au Burkina Faso et au Mali permettent de constater une multiplicité de parties prenantes qui interviennent à différents niveaux international, national, régional ou local. Ces différents acteurs, se constituant souvent en groupe social et partageant des référents culturels, des croyances ou normes, influencent différemment le succès ou l'échec d'une innovation selon des rationalités qui leur sont propres. En ce sens, il est possible, par exemple, d'identifier les groupes sociaux participant dans ces innovations comme suit : les PTF, les ONG locales ou nationales et la société civile, les services de l'État, les collectivités locales et les acteurs communautaires (incluant les agents de santé communautaire, les membres des communautés et les leaders des communautés). Ces différents groupes ont des intérêts différents et souvent contradictoires par rapport à l'innovation, mais également ils n'ont pas le même pouvoir décisionnel sur les processus. L'analyse des interventions en santé mondiale devrait prendre en compte la prédominance de certaines rationalités sur d'autres dans le processus d'innovation. Souvent, la rationalité dominante est celle qui est supportée par les acteurs ou organisations qui détiennent le pouvoir (financier, du savoir légitimé) ou les décisions dans le processus d'innovation. Ce postulat permet de mieux saisir les processus de pérennisation et de mise à l'échelle selon que l'innovation soit supportée par un PTF ou qu'elle soit adoptée sans l'aide d'un PTF.

Pour le premier modèle d'innovation, la rationalité instrumentale est dominante. Ancrée dans une perspective économique, ce type de rationalité est basé sur l'adaptation des moyens par rapport aux fins (Boudon, 2014). Ainsi, les acteurs, tels que les PTF, les services étatiques ou certains experts ou « techniciens », impliqués dans l'innovation valorisent le savoir des experts, la technique et la technicité de l'innovation (comme les médicaments CPS, les motos-ambulances, l'utilisation des services techniques, les formations visant à inculquer des savoirs techniques aux acteurs

communautaires, etc.). Ce type de rationalité, reposant sur le savoir des experts et la légitimité étatique (Pluye, 2002), a tendance à traiter les objectifs, les croyances représentatives et normatives des utilisateurs des innovations comme étant irrationnels (Boudon, 2014). Les innovations sont alors menées dans une approche verticale laissant peu de place aux utilisateurs ou aux autres parties prenantes d'influencer ou de participer activement aux décisions ou actions en lien avec la pérennisation ou la mise à l'échelle.

Par exemple, dans le cas de la CPS, les acteurs décisionnels (PTF et services étatiques) peuvent adopter et mettre à l'échelle l'innovation au Burkina Faso puisqu'elle est rentable, efficace et sûre pour réduire le paludisme saisonnier chez les enfants. Ils peuvent avoir également d'autres intérêts souvent implicites, comme d'assurer leur légitimité, d'atteindre certains objectifs organisationnels qu'ils se sont fixés (*je reviendrai sur ces intérêts dans les sections qui suivent*). Cependant, les utilisateurs ou bénéficiaires qui ne sont pas impliqués dans les processus d'élaboration et de décision peuvent adopter l'innovation sans pour autant avoir une attente ou une conséquence qui pourrait en découler. En effet, l'innovation leur est souvent imposée. D'ailleurs, deux études portant sur la CPS au Burkina Faso et au Sénégal ont permis de relever que les agents de santé communautaire ne prenaient pas assez le temps de recueillir le consentement individuel des responsables d'enfant pour administrer les médicaments (Faye, 2012 ; Kombate et al., 2019). Ils se fiaient seulement au consentement du chef du milieu en assumant que les responsables d'enfant adopteront l'innovation sans contestation.

En menant une analyse au niveau micro-individuel-social des innovations, il a été constaté que certaines décisions ou actions peuvent être menées sans pour autant qu'elles soient basées sur un calcul instrumental (Boudon, 2014 ; Pluye, 2002). Selon Pluye (2002), la rationalité instrumentale est limitée par le fait qu'il existe des coalitions d'acteurs politiques qui influencent les processus de déroulement des interventions. En ce sens, les acteurs agissent selon différents types de paramètres qui peuvent être rationnels, affectifs ou moraux (Boudon, 2014). De plus, les acteurs sociaux et les organisations impliqués dans les innovations peuvent poursuivre des finalités qui peuvent être différentes des finalités de l'innovation. Par le fait même, l'introduction d'une innovation dans un système social implique des rapports de pouvoir dans lesquels certaines valeurs tendent à s'imposer plus que d'autres. Outre cela, il existe des conflits de valeurs et de normes qui peuvent générer des enjeux éthiques importants (Massé et Saint-Arnaud, 2003). En ce sens, l'approche contextuelle (Boudon, 2014) est une avenue importante pour mieux adapter les interventions dans la pratique et pour mieux situer les différentes rationalités dans les processus d'innovation dans la recherche. Cela

permet également d'aller dans le sens de certaines études qui ont établi les limites du modèle théorique du choix rationnel (Boudon, 2014 ; Pluye, 2002).

En partant du postulat wébérien que les actions, attitudes, comportements et croyances des personnes et organisations impliquées dans l'innovation sont compréhensibles à travers des raisons fortes (Boudon, 1999), il demeure nécessaire d'aller au-delà des rationalités conséquentialistes ou instrumentales dans la recherche sur les innovations en santé. Il semble important en santé mondiale de mieux éclairer les rationalités non conséquentialistes (comme la rationalité axiologique) voulant que les acteurs agissent selon leur réalité sociale et ils ne sont pas toujours dans la logique de satisfaire leur intérêt (Boudon, 1999). Ce type de rationalités n'est pas irrationnel ; leur prise en compte dans les processus d'innovation en santé mondiale est importante puisqu'il permet de mieux comprendre les raisons fortes qui conduisent les acteurs à agir d'une façon et pas d'une autre. Cela pourrait ouvrir la voie à aller au-delà de la culpabilisation ou de la stigmatisation des utilisateurs en cas d'échec de l'innovation (Massé et Saint-Arnaud, 2003), et à mieux considérer les éléments contextuels et leurs influences dans les trajectoires des innovations en santé.

6.1.4.2. Les défis de l'appropriation dans le modèle d'innovations initiées et soutenues par les PTF.

Les résultats de cette étude permettent d'observer que dans le modèle d'innovations supportées par les PTF, la pérennisation est souvent considérée dans une logique additive de différentes actions ou d'adaptations entreprises au cours de la mise en œuvre. Dans cette perspective, les acteurs qui initient et soutiennent l'innovation, les PTF et les services techniques étatiques, détiennent le pouvoir de décision. La gouvernance centralisée et hiérarchique est au cœur de l'action. Ces acteurs ont un contrôle sur le processus de l'innovation. De ce fait, leurs pratiques et leurs principes d'action ont tendance à influencer positivement ou négativement la continuité de l'innovation. Ils mettent en place certaines stratégies pour atténuer des facteurs défavorisants en privilégiant, par exemple, des activités de communication/sensibilisation pour faire adhérer les différentes parties prenantes à l'innovation ; ou des approches qui, selon leur vision, permettraient l'appropriation ou l'adaptation de l'innovation dans les milieux d'implantation. La pérennisation est alors perçue par ces acteurs comme une finalité qui ne peut être atteinte qu'en se focalisant sur les composantes ou les structures de l'innovation. De ce fait, dans les différents cas étudiés, les différentes composantes de l'innovation sont disséquées selon des niveaux de responsabilités ou d'actions hiérarchiques. Par exemple, les services techniques de l'État et les acteurs communautaires sont responsables d'implanter les innovations, les PTF du volet financier ou de la conception technique de l'innovation, et les utilisateurs sont souvent dans un rôle passif d'accepter l'innovation. Par

conséquent, peu de considération est donnée aux relations existantes entre ces différentes structures sociales et aux interactions, qu'elles soient individuelles ou collectives, humaines ou non-humaines (p.ex., les technologies) (Latour, 1994).

Le principe d'appropriation de l'innovation par les communautés et l'État ressort dans ce modèle d'innovation comme étant un moyen « sûr » ou une étape vers la pérennisation de l'innovation. La Déclaration de Paris (2005) portant sur l'efficacité de l'aide au développement, entérinée par les gouvernements des pays développés comme ceux en développement, proposait une conception de l'appropriation autour de la responsabilisation ou de l'engagement des pays receveurs dans les projets supportés par les donateurs. Pour cela, les PTF doivent aligner les projets qu'ils soutiennent aux stratégies et systèmes administratifs des pays receveurs. Malgré l'existence d'un débat sur la définition de la notion d'appropriation, Fraser et Whitfield (2008) l'ont définie comme étant le degré de contrôle que les gouvernements bénéficiaires sont en mesure d'exercer sur la conception et la mise en œuvre des programmes ou projets, quels que soient les objectifs poursuivis. La notion de contrôle est, en ce sens, importante puisque l'appropriation permet en quelque sorte de réorienter les projets de développement vers une approche centrée sur les populations (Fraser et Whitfield, 2008) et sur leurs capacités réelles à les utiliser.

Les résultats des trois cas étudiés ont fait ressortir que l'appropriation n'est pas une réalité dans le type d'innovation soutenu par les PTF. D'une part, les PTF utilisent généralement l'approche de la gestion axée sur les résultats qui renvoie à fixer des objectifs clairs avec des résultats attendus ou changements qu'ils veulent apporter (Vähämäki et Verger, 2019). En ce sens, en soutenant une innovation, un bailleur vise également à atteindre d'autres finalités ou à satisfaire des motivations d'autres acteurs alliés ou du pays qui le finance (Bhutta et Aleem, 2013 ; Sridhar, 2012 ; Tchiombiano, 2019).

Par exemple, le Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme qui est une des sources de financement de la CPS est constitué de multiples acteurs qui ont des intérêts convergents, mais également divergents. Les contributeurs financiers et les parties prenantes des unités de gouvernance de cette organisation en Afrique sont les gouvernements, les ONG nationales et internationales, les partenaires bilatéraux et multilatéraux, les acteurs du secteur privé à but lucratif (Eboko, 2019 ; Tchiombiano, 2019). Ces nouvelles configurations emmènent Tchiombiano (2019) à soulever que le Fonds mondial participe à intégrer les logiques du marché dans le secteur de la santé, en utilisant des outils de gestion, tels que le financement basé sur les résultats, la contractualisation, la financiarisation, etc. Ces mécanismes de financement des interventions en

santé mondiale comportent des risques importants pour la pérennisation des innovations en santé dans les pays en développement, puisqu'ils sont susceptibles d'orienter les priorités en santé vers des choix axés sur le marché plutôt que sur les besoins réels des communautés ou en privilégiant des résultats court-termistes au détriment de l'atteinte des objectifs de santé publique à long terme (Sridhar, 2012).

Les influences du financement des PTF dans l'orientation des innovations sont constatées dans les trois cas étudiés. Par exemple, pour le cas des CVSS, les résultats permettent d'observer que l'objectif donné à une caisse peut différer d'un milieu à un autre selon le PTF qui est en soutien. Certaines CVSS sont plus axées sur le transport des urgences obstétricales, alors que d'autres sur les problèmes de malnutrition des enfants. Cela a permis de relever, dans les résultats, que les PTF orientent les interventions vers des objectifs leur permettant d'atteindre leurs résultats de projet ou d'organisation. Aussi, pour le cas de la CPS, les résultats mettent en lumière que chaque PTF peut financer, seulement dans sa zone d'intervention, certaines activités qui correspondent à son budget et sa culture organisationnelle (*p.ex., le monitoring est seulement pratiqué et financé par la Banque mondiale dans ses zones d'intervention*), et non l'ensemble des activités qui répondraient au besoin des communautés ou qui peuvent garantir la qualité de la mise en œuvre.

De la même façon, il a été relevé que l'État de même que certaines organisations locales en acceptant de s'engager dans le processus d'innovation ne sont pas simplement motivés à atteindre les objectifs que l'innovation propose. L'existence d'un financement externe qui permet d'assurer la réalisation de certaines activités en santé dans le pays ainsi que le besoin de maintenir leur collaboration avec les PTF constituent des éléments motivationnels relevés dans cette recherche. D'autres études (Jacquemot, 2007 ; Lavigne Delville, 2013 ; Sepey et al., 2017) ont également souligné des motivations personnelles, politiques ou économiques des services de l'État des pays africains à soutenir une intervention. Aussi, dans cette thèse, il a été observé que les ONG locales qui contractualisent avec les PTF (cas CVSS) ont un effet positif sur la performance des objectifs des bailleurs de fonds en permettant l'expansion des innovations de façon rapide. Cependant, elles ne poursuivent pas nécessairement les objectifs de pérenniser l'innovation au niveau local. Sur ce point, une étude récente faite sur l'expansion des microcrédits au Bangladesh a relevé que les ONG locales poursuivent leurs propres intérêts politiques, comme le renforcement de leur propre capacité financière, qu'ils alignent aux besoins et préférences des bailleurs de fonds (Khan et al., 2021). Ces différents intérêts sont souvent facilités par les besoins et préférences des utilisateurs ou d'autres réalités contextuelles (Khan et al., 2021). Par exemple, l'expansion rapide des CVSS n'est pas seulement due aux activités de sensibilisation/communication des ONG locales sur le terrain, mais

également au besoin des communautés d'avoir des mécanismes qui leur permettent d'accéder rapidement aux services de santé en cas d'urgences obstétricales, aux expériences de tenue de caisse dans les milieux qui facilitent l'adoption des CVSS, à l'implication des services techniques pour la formalisation des CVSS, etc.

Ainsi, ce « jeu de préférences multiples » (Jacquemot, 2007) entre bailleurs de fonds, services étatiques et ONG locales contribue à un manque de considération de la question de l'appropriation locale comme nationale des projets d'innovation. D'autant plus que dans des contextes de dépendance à l'aide, dans les innovations étudiées il a été observé que souvent le sens donné à l'innovation par le PTF qui finance est en contradiction avec : (1) les normes des communautés et des organisations utilisatrices (*p.ex., la proposition de mettre 30 % de femmes dans les postes décisionnels des comités de gestion des CVSS face aux normes de genre présentes dans les communautés*) ; et (2) les pratiques des utilisateurs ou des agents techniques (*p.ex., l'importance d'avoir un système de suivi-supervision pour assurer la qualité de la CPS en contradiction avec le manque de coordination des acteurs responsables de ce volet*) ; (3) le sens donné à l'innovation par les utilisateurs et les organisations utilisatrices (*p.ex., proposer les CFU comme un moyen d'améliorer la représentativité des femmes face à une vision des organisations utilisatrices comme un moyen d'améliorer leur performance ou la rentabilité économique des centres de santé*). Cette logique d'action a été soulevée dans d'autres études (Lavigne Delville, 2013 ; Raffinot, 2010 ; Sarriot et Shaar, 2020) qui s'alignent à reconnaître que l'affaiblissement des services de l'État, les conditionnalités des donateurs, le manque de coordination des donateurs, de même que les rapports de force entre une multitude d'acteurs limitent l'appropriation étatique comme communautaire des interventions financées par les PTF.

D'autre part, dans le type d'innovation soutenu par un PTF, les acteurs décisionnels mettent davantage l'accent sur les actions qui peuvent être quantifiées. Par exemple, la couverture géographique ou populationnelle, le coût des interventions, le nombre de personnes ayant reçu des formations, ou encore le nombre d'activités de suivi-supervision, etc. Tout cela sans une prise en compte de l'intégration des différentes ressources existantes dans les milieux pour maximiser la qualité et l'efficacité de l'innovation. Cette logique tend à évacuer toutes les considérations liées à : la qualité de la mise en œuvre qui est susceptible de se détériorer durant le passage à l'échelle (Milat et al., 2015) ; l'accès équitable aux interventions par les communautés qui en bénéficient (Dickson et al., 2014 ; Gonsalves, 2000) ; l'amélioration continue de l'innovation ainsi que la mise en place de changements significatifs pour les populations (Vähämäki et Verger, 2019). Par conséquent, l'appropriation ressort comme un processus statique qui se manifeste que par une

action de mise en œuvre (p.ex., impliquer certains acteurs des communautés ou les services techniques, convier les acteurs à des réunions de coordination ou de planification dans les trois cas) ou une décision ponctuelle (p.ex., faire signer des plans d'accompagnement/appropriation dans les cas CVSS et CFU), et rien de plus.

Ces façons de faire laissent présager, telles que soutenu par Raffinot (2010), que l'appropriation est un moyen pour les PTF de faire porter la responsabilité des échecs éventuels des projets de développement aux pays receveurs. Les résultats de cette thèse me conduisent à relever que la question de la responsabilité, ou plutôt de l'éthique de la responsabilité voulant que tout acte posé doive tenir compte des conséquences des actions (Massé et Saint-Arnaud, 2003), est occultée dans les interventions analysées. Quel acteur porte la responsabilité d'assurer que l'innovation puisse avoir des effets positifs sur les communautés ? Quel acteur est responsable des conséquences négatives, involontaires et non anticipées de l'innovation dans les milieux d'implantation et qu'elle n'exacerbe pas, par exemple, les inégalités sociales de santé existantes ? À ces questions, je ne peux y répondre. En revanche, la dimension éthique du processus de pérennisation semble importante à considérer dans les innovations en SMNI, considérant que les interventions en santé publique et communautaire requièrent des investissements importants en termes de ressources. En plus, leur échec peut induire des effets négatifs, tels que la diminution de la confiance des communautés envers les projets d'innovation (Shediak-Rizkallah et Bone, 1998) ; la reproduction des inégalités sociales (Bentley, 2014) ; ou encore des problèmes beaucoup plus complexes, comme la résistance aux antipaludiques qui peut entraîner la résurgence du paludisme et de ses conséquences (Conrad et Rosenthal, 2019).

Sur la question du développement de la résistance aux antipaludiques, il ressort des analyses sur le cas CPS que les planificateurs mettent davantage l'accent sur l'atteinte des objectifs de la couverture géographique et thérapeutique comme une finalité de la mise à l'échelle et de la pérennisation de l'innovation. Peu d'effort est alors mis sur le maintien de la qualité et de l'équité de l'intervention, ce qui peut avoir des répercussions négatives sur la distribution et l'administration effective des médicaments. D'où les inquiétudes ressorties dans cette étude et dans une autre portant sur la CPS (Compaoré et al., 2017) sur le développement d'une résistance aux antipaludiques qui pourrait, par conséquent, entraver la continuité de l'intervention. Cela fut le cas, dans le passé, de la chloroquine dans le continent africain (Trape, 2001).

Ancrées dans la logique de la gestion axée sur les résultats, les pratiques dans ce type d'innovations soutenues par les PTF occultent les problèmes structurels qui peuvent menacer la pérennité des

innovations (*p.ex., normes sociales, inadéquation de l'offre des services de santé avec les besoins et préférences des femmes*), les événements inattendus et de rupture (*p.ex., crise politique ou sanitaire, retrait du PTF, grève des professionnels de la santé, etc.*) et les adaptations locales (*p.ex., récupération de la CVSS par les femmes, contribution des collectivités locales dans la CPS*). Sur ce point, une revue de littérature (Vähämäki et Verger, 2019) a souligné qu'une des conséquences de la gestion axée sur les résultats est de poursuivre l'objectif de responsabiliser les acteurs locaux au détriment de l'apprentissage et de l'orientation des politiques publiques. Ainsi, l'innovation est souvent menée de façon verticale et rigide, sans possibilité d'apporter des adaptations nécessaires. Pourtant l'amélioration continue a été relevée comme étant centrale aux processus de pérennisation et de mise à l'échelle (Chambers et al., 2013 ; Lanham et al., 2013 ; Lanham et al., 2009 ; K. D. Wilson et Kurz, 2008), ce qui facilite non seulement l'appropriation, mais également participe au renforcement de la négociation qui est indispensable dans tout processus d'innovation.

Sur cette lancée, la considération de l'enchevêtrement de différentes temporalités (sociales ; vécues ; ruptures ; spatiales ; imbrications des temps présent, passé et futur) a permis d'observer, dans cette thèse, que les CFU soutenus durant une courte période par un PTF (tout au plus deux ans) ont vécu plus d'incertitude et d'instabilité que ceux soutenus pendant plus de trois ans. Cela est lié à l'avènement de plusieurs événements en même temps. Au moment où l'innovation est implantée et que les acteurs sont dans une dynamique de lui donner un sens, l'instabilité du financement se posait (retard du financement et la durée limitée du financement étant donné que la fin du projet du PTF était connu). Il a été remarqué dans ce type d'innovation que les acteurs développent, rapidement et de façon synchrone, des mécanismes innovants pour pallier l'arrêt du financement du PTF (*p.ex., démarcher d'autres PTF qui agissent dans leur milieu*) en mettant en place de nouvelles stratégies permettant de donner un sens à la continuité de l'innovation (*p.ex., certains de ces CFU pensent renouveler leur bureau et impliquer des femmes plus jeunes, ce qui leur permettrait de garder l'engouement ; d'autres utilisent l'objectif futur d'intégrer le bureau de l'ASACO comme une motivation de maintenir le CFU en vie*). Ce constat permet alors d'entrevoir une prise de pouvoir décisionnel sur la continuité de l'innovation qui est souvent absente des innovations soutenues pendant plus de trois ans par un PTF. Toutefois, certaines réalités du milieu facilitent cette appropriation de l'innovation à l'échelle locale. D'une part, le rôle des champions qui sont externes au comité de gestion de ces CFU est déterminant. En effet, la continuité de l'innovation repose sur des personnes influentes, comme le Directeur technique du CSCoM, le maire, le président du conseil de cercle ou le président de l'ASACO. Ces champions s'engagent souvent à soutenir les CFU non seulement techniquement, mais également ils ont une connaissance des

instruments institutionnels locaux et de certaines ressources des milieux qui peuvent stimuler la continuité des activités de l'innovation. En plus, la bonne entente entre le CFU et les organisations locales (ASACO, CSCoM ou collectivités locales) dans lesquelles il est intégré est d'une grande importance pour comprendre la capacité de ce type d'innovations soutenues durant un temps court par les PTF à se maintenir. Bien que le temps de financement (tout au plus cinq ans) soit considéré comme étant un défi supplémentaire pour les projets de développement (Wickremasinghe et al., 2018), je recommande que des études comparatives sur la pérennisation soient menées tout en considérant une diversité de durée du financement des interventions et en prenant compte des dynamiques temporelles dans les milieux.

6.1.4.3. Une considération quantitative de la mise à l'échelle qui occulte la pérennisation, l'équité et la qualité dans les processus d'innovation soutenue par les PTF.

Dans cette sous-section, plusieurs défis qui font que les questions de pérennisation, d'équité et de qualité ne sont pas toujours considérées dans les processus de mise à l'échelle d'innovations soutenues par un PTF seront discutés.

Tout d'abord, le premier défi relevé dans la pratique des cas étudiés est la fragmentation et la multiplicité des PTF dans les projets d'innovations. En effet, les résultats de cette étude permettent de constater une fragmentation entre les actions des PTF dont chacun a une modalité de financement et de gestion de l'aide et du partenariat différente des autres. Cela pose des enjeux importants quant à la gouvernance et le leadership des services étatiques qui sont souvent contraints de se soumettre à certaines particularités des PTF au détriment de certaines attentes du système de santé et des communautés. D'autre part, cette étude et d'autres ont également montré que la dépendance aux PTF pose le problème de la stabilité des ressources qui est un élément important dans le processus de pérennisation (Samb et al., 2013 ; Pluye, Potvin, et Denis, 2004a). De ce fait, la volatilité de l'aide au développement qui s'actualise à travers des projets à courte durée ainsi que le manque de coordination des différents acteurs impliqués semblent être un défi important pour l'extension effective des impacts des innovations (Hartmann et Linn, 2008 ; Wickremasinghe et al., 2018). Dans les trois innovations, il existe une multitude de PTF qui initie ou supporte l'extension à différentes échelles territoriales et institutionnelles. Cela participe à créer un manque de vision de la mise à l'échelle de chaque innovation dès son initiation dans les milieux. Des études ont suggéré que la vision de la mise à l'échelle devrait être pensée et développée dès le début des interventions, pour qu'en cas de succès l'innovation puisse être profitable aux populations qui en ont besoin (Hirschhorn et al., 2013 ; Simmons et al., 2007).

Cependant, cette considération ne peut être une réalité étant donné que l'extension même des innovations étudiées n'est pas guidée par leur potentiel de mise à l'échelle ou de leur capacité à être étendue à différentes échelles (Milat et al., 2016). Dans les pays d'Afrique, les bailleurs financent souvent les projets sans considération de la réalité de la mise en œuvre et des données scientifiques permettant de juger des impacts de l'innovation (Ridde et Olivier de Sardan, 2017). Cela pose toute la question du financement de la recherche et de la traduction des évidences scientifiques dans la pratique en Afrique de l'Ouest qui semblent souvent être évacuées dans les prises de décision et dans l'élaboration des politiques publiques (Ridde, 2015). D'ailleurs, les pays qui ont réussi à implanter des politiques efficaces et durables surtout pour la lutte préventive du paludisme avec la chimioprophylaxie, comme au Malawi, ont utilisé des évidences scientifiques locales pour améliorer leur pratique et mettre à jour progressivement leur politique face à la résistance croissante du *Plasmodium falciparum* au traitement par sulfadoxine-pyriméthamine (SP) (Mwendera et al., 2017).

Ces façons de faire font de la mise à l'échelle un processus qui s'impose à l'innovation et elle est menée sans une prise en compte de la capacité réelle des acteurs qui la soutiennent à maintenir la qualité de la mise en œuvre et de la réceptivité des différentes échelles d'action à utiliser efficacement l'innovation. Depuis quelques années, des études se sont penchées sur la capacité d'absorption des pays en développement. Selon certaines d'entre elles, l'absence de politiques et d'institutions efficaces peut limiter l'efficacité de l'aide supplémentaire octroyée aux pays en développement ; d'autant plus que le soutien financier des bailleurs pourrait augmenter l'ampleur de la corruption et de la mauvaise gestion financière dans ces pays (Feeny et de Silva, 2012 ; Oliveira-Cruz et al., 2003b). Ainsi, il a été suggéré que la planification et la gestion de l'aide devraient être pilotées au niveau national (par les services étatiques) pour pouvoir permettre l'alignement des bailleurs sur les priorités et le plan de développement du pays receveur (Feeny et de Silva, 2012).

Dans les milieux à faible revenu, la dépendance à l'aide place les bénéficiaires (services de l'État, communautés ou toutes organisations bénéficiaires) à suivre les conditionnalités des donateurs (Hartmann et Linn, 2008 ; Lavigne Delville, 2013 ; Raffinot, 2010). Compte tenu de ce fait, la mise en place d'une pratique réflexive dans les processus d'innovation permettrait de mettre en place un suivi critique de l'action à travers le questionnement, l'adaptation et la transformation des pratiques (Dutta et de Souza, 2008) tout en considérant l'agentivité des parties prenantes de l'innovation. Par agentivité, Giddens et Audet (2012) soulevaient le fait que les acteurs sociaux étant doués de connaissances et de compétences, ils peuvent reproduire les pratiques routinières, ou encore ils

transforment ou refabrique les structures sociales dans la continuité de la praxis. Cela m'emmène à soutenir l'idée selon laquelle la routinisation n'est pas seulement un phénomène qui sert à stabiliser l'innovation, mais elle est également un élément de changement puisqu'elle est mise en œuvre par des agents (Feldman et Pentland, 2003). Ces derniers sont susceptibles d'ajuster la pratique, de les adapter selon certaines réalités internes ou externes à l'innovation ou encore de décider de rejeter ou de ne pas exécuter certaines routines.

Cette considération de l'agentivité permet de soulever un autre défi existant dans l'instauration des routines liées à l'innovation dans les structures qui la supportent ou l'utilisent. En effet, dans les trois cas étudiés, les décideurs et praticiens mettent en place certaines routines dans les communautés et organisations bénéficiaires, notamment par la planification collaborative, la création de symboles ou jargons communs ou en adaptant le fonctionnement de l'innovation à l'organisation utilisatrice, ou en amorçant des mécanismes de suivi-supervision, de formation et des procédures de financement. Toutefois, dans la pratique, les routines liées à l'innovation tendent à concerner que des individus et non les organisations ou l'ensemble des organisations et acteurs qui sont parties prenantes du processus. Par exemple, dans les services de l'État, souvent c'est une seule personne appelée « point focal de l'innovation » qui est au courant de l'ensemble des procédures mises en place ; ou encore dans les centres de santé, les collectivités locales ou les communautés, ce sont uniquement quelques responsables (chargé de la santé, le maire, le président du cercle, le chef de village ou quelques membres clés des comités de gestion CVSS ou CFU) qui connaissent l'innovation. Ainsi, dans le cas où il y a un changement de ces personnes dans les organisations utilisatrices, comme l'exemple du changement de maire relevé dans les résultats dans le cas des CFU ou CVSS, ceci risque d'affecter considérablement la continuité de certaines routines liées à l'innovation et par conséquent sa mise en œuvre. En plus de cela, comme soulevé dans les résultats surtout en lien avec le suivi et la supervision, il n'y a pas d'intégration des actions des différentes parties prenantes. En revanche, la coordination et l'interdépendance des actions de différents acteurs constituent des éléments centraux qui permettent de différencier les routines organisationnelles à celles individuelles (Feldman et Pentland, 2003). En ce sens, leur absence dans les processus d'innovation pourrait expliquer en quelque sorte l'échec de la continuité de certaines activités importantes durant le passage à l'échelle voire la diminution de la qualité de certaines composantes de l'innovation. Ainsi, les résultats de cette étude permettent de constater que même s'il y a souvent des efforts consentis entre les différents PTF à collaborer ou coordonner leurs démarches ou leurs activités, ces efforts sont limités par leurs différences dans leurs intérêts poursuivis, leurs réalités organisationnelles, ou encore le manque d'harmonisation de leurs pratiques. Une autre étude

(Turcotte-Tremblay et al., 2018) a même soulevé que dans le cadre de l'expansion du financement basé sur la performance au Bénin, la création d'une plateforme d'échanges pour coordonner les activités de l'ensemble des bailleurs de fonds s'est soldée par un échec à cause d'un manque de consensus entre les PTF et de l'absence d'un fort leadership étatique.

Par ailleurs, bien que l'innovation ait besoin d'évoluer dans un espace institutionnel pour faciliter la mise à l'échelle (Hartmann et Linn, 2008), les résultats des cas étudiés permettent de relever que les institutions, notamment les services de l'État de même que les collectivités locales, sont défailtantes à plusieurs égards, ce qui participe à détériorer même l'intensification des impacts. En effet, plutôt de créer un espace d'apprentissage qui permet d'améliorer les pratiques et d'assurer la viabilité de l'innovation à des échelles différentes, il a été constaté que les innovations sont souvent greffées dans la « machine bureaucratique » de l'État. Cela constitue un enjeu de taille pour la pérennisation, notamment pour le maintien de la qualité de l'innovation, mais également pour la continuité de certaines composantes de l'innovation. Les résultats de cette étude permettent de soulever des problèmes organisationnels au sein des systèmes étatiques (de santé ou ceux du développement) au Mali et au Burkina Faso. Par exemple, le manque de gestion ou la gestion inégale des ressources humaines, l'insuffisance de ressources financières et logistiques, la hiérarchisation des niveaux d'acteur, la considération des innovations financées par les PTF comme une entité « privée », le manque de participation effective des personnes (citoyennes/utilisatrices) au système de gouvernance, etc. Ces insuffisances expliquent en quelque sorte la difficulté des acteurs évoluant dans ces systèmes de pouvoir continuer qualitativement certaines activités importantes des innovations comme la formation et le suivi-supervision au retrait des PTF.

Ce même constat a été fait des systèmes communautaires qui sont utilisés pour disséminer les pratiques des innovations. Par exemple, il semble légitime de nous questionner sur la durabilité des activités de formation, de suivi, de supervision et de motivation financière qui concernent les acteurs communautaires impliqués dans les innovations. Ce questionnement est important, puisque dans les conditions normales, certaines études (Druetz et al., 2015 ; Sunguya et al., 2017) ont relevé, par exemple, les défis et obstacles que rencontrent les agents de santé communautaire dans la gestion communautaire des cas du paludisme (*p.ex., manque de financement stable, problème de rétention, formation et supervision inadéquates, interventions parallèles et concurrentes*). Sur ce, les résultats de cette thèse et une autre étude (Kombate et al., 2019) effectuée sur la CPS au Burkina Faso ont montré que la surcharge de travail des distributeurs communautaires contribuait à diminuer leur performance dans l'administration effective des médicaments et dans la transmission de l'information aux responsables d'enfants. Donc, en greffant dans un système « défectueux » une

nouvelle intervention comme la CPS sans pour autant apporter des solutions systémiques aux problèmes existants, il y a un risque de mettre en péril la durabilité des innovations, voire la qualité des autres interventions existantes. Il est alors important dans une dynamique de pérennisation et de mise à l'échelle d'agir sur les causes systémiques des problèmes de santé auxquels les interventions veulent apporter des solutions (*p.ex., les défaillances organisationnelles dans les systèmes de santé et communautaires, le manque d'infrastructures dans les milieux ou encore les normes sociales*). Le manque de considération de ces causes pourrait entraver l'utilisation effective des innovations voire la qualité et l'équité dans la mise en œuvre.

D'autre part, les innovations sont considérées comme pouvant « naturellement » atteindre l'ensemble des bénéficiaires sans pour autant entreprendre des mesures supplémentaires pour rejoindre les populations les plus marginalisées ou socialement défavorisées. D'ailleurs, concernant les innovations CVSS et CFU qui concernent des questions liées aux inégalités d'accès aux services de santé ou à la représentativité et au droit des femmes dans le système de santé, la question d'équité devait être au cœur de l'action durant le passage à l'échelle. Toutefois, ma visite dans les milieux d'implantation m'a permis de constater que toutes les communautés n'ont pas les mêmes possibilités de mettre en place des ressources durables et des mécanismes de gestion de l'innovation à long terme. Ce constat est le même pour la CPS, car certaines études (Cohn et al., 2019 ; Krentel et Wellings, 2018) ont relevé que les garçons et les filles bénéficiaient inégalement des campagnes sanitaires, ce qui est souvent influencé par les dynamiques sociales liées au genre. En revanche, dans les innovations implantées par les PTF, il n'y a pas de mesures différenciées prises selon les inégalités sociales existantes. Toutes les communautés ou organisations ont tendance à recevoir le même paquet d'activités. Ce constat est également remarqué dans plusieurs interventions en santé dans lesquelles il y a non seulement un manque de considération des données désagrégées selon la sexo-spécificité ou d'autres éléments socio-culturels au niveau national, mais également une invisibilisation des spécificités locales qui pourtant pourraient faciliter l'ajustement des interventions pour lutter contre les inégalités (Cohn et al., 2019). En ce sens, étant donné que les innovations étudiées s'intéressent à la SMNI, leur mise à l'échelle ne devrait pas être faite dans une approche d'invisibilisation des inégalités de genre, mais plutôt une approche capabilisante permettant d'utiliser le potentiel des innovations pour le développement de la capacité d'agir des femmes et des communautés (Samb, 2015). Sans une prise en compte effective de cette question au centre des innovations et surtout dans les pratiques en considérant les différences d'échelles, il a été constaté dans cette recherche qu'il y a un risque que les innovations qui sont censées améliorer le droit des femmes, comme le CFU, puissent avoir un effet contraire ou inattendu. Par exemple, je

fais référence au statut de volontariat des femmes et les cotisations qu'elles font pour le fonds du CFU alors qu'elles vivent de façon disproportionnée les inégalités d'accès à l'emploi, à l'éducation et au revenu.

À partir de ces constats, je soutiens que la seule implication des services de l'État ou d'autres organisations institutionnelles ne suffit pas pour intensifier l'impact des innovations. Si cette pratique permet à l'innovation d'avoir une assise bureaucratique et peut éventuellement faciliter la mise à l'échelle de l'innovation, parfois rapidement comme dans le cas de la CPS, elle ne permet pas, à elle seule, d'assurer la pérennisation de l'ensemble des composantes de l'innovation et à différentes échelles ni même d'assurer la qualité de la mise en œuvre et de l'équité dans la prestation des services. Dans une dynamique de mise à l'échelle, les impacts du projet ne se disséminent pas par « miracle » ou encore les routines instaurées dans l'innovation ne sont pas immuables. Il semble important que les organisations utilisatrices puissent avoir la latitude de réinventer (Rice et Rogers, 1980) et de renégocier les différentes procédures, les règles et les stratégies selon différents moments, mais également selon les réalités de chaque milieu. Pour que cela soit une réalité dans la pratique, il faudrait que les acteurs et les organisations qui utilisent et font la promotion des innovations soient parties prenantes dans la conception de l'innovation, et que des espaces de discussion soient possibles permettant de réajuster l'intervention au fur et à mesure qu'elle passe à l'échelle. En ce sens, la mise à l'échelle est un processus dont le succès ou l'échec est interdépendant aux autres processus de l'innovation. Elle n'est pas un seul résultat à atteindre (Hartmann et Linn, 2008), mais plutôt un ensemble de changement qu'il faut instaurer et pérenniser. Cela permet d'ouvrir sur la coévolution particulière entre la mise à l'échelle et la pérennisation, alors que ces processus sont souvent étudiés ou conceptualisés distinctement. Comme soulevés par Olivier de Sardan et collègues (2015), la pérennisation locale et la pérennisation nationale existent parallèlement. Nonobstant, elles sont souvent confondues dans la pratique et peu d'études permettent de relever les mécanismes appropriés permettant à l'innovation d'être mise à l'échelle tout en conservant la durabilité de certaines de ses composantes essentielles à différentes échelles. Pour ce faire, les résultats de cette étude suggèrent que le processus de mise à l'échelle appelle à une grande vigilance au processus de pérennisation ; et il semble être une avenue prometteuse de les concevoir comme un ensemble dans les approches théoriques. Une approche intégrative de ces deux processus sera proposée à la fin de cette partie.

6.1.4.4. L'enjeu du contrôle de l'innovation et les défis du changement d'échelles dans le modèle d'innovations initiées et soutenues par les communautés.

6.1.4.4.1. La construction du sens par les parties prenantes dans les innovations initiées par les communautés.

Concernant le modèle d'innovations initiées par les communautés, les résultats permettent de remarquer que l'innovation prenait une trajectoire différente que celles implantées par d'autres organisations au regard de : leurs objectifs, leurs prestations, leur structure et organisation (voir tableau 12 : CVSS de Fassoudébé et Ganfan Aval) et même dans les capacités sociales et cognitives des acteurs décisionnels impliqués. Le fait que les personnes qui initient et utilisent l'innovation partagent des référents communs et ont souvent une vision commune de l'innovation pourrait expliquer en partie cette observation. Dans ces types de configuration, l'innovation repose grandement sur une gouvernance locale et territorialisée, un nombre restreint d'acteurs (maire, ASACO, CSCOM, membres comité de gestion CVSS ou CFU) constituent le moteur de l'innovation. Étant donné leur proximité et leurs connaissances des milieux, ils jouent le rôle de régulateurs. Ce résultat rejoint certaines études qui soutiennent que le partage de valeurs communes, notamment de symboles, de rituels ou de langages, entre les différentes parties prenantes est un déterminant important pour pérenniser les innovations (Samb et al., 2013 ; Pluye et al., 2004a ; 2004b ; Seppey et al., 2017).

Selon les résultats de cette étude, ce partage de valeurs est beaucoup plus facile dans les innovations initiées par les communautés, étant donné que le niveau d'action n'implique pas des organisations ou acteurs se trouvant à des échelles territoriales différentes et hiérarchisées. En effet, dans le cas des innovations soutenues par les PTF, plusieurs échelles spatiales s'emboîtent, notamment celles supranationales, nationales, régionales et locales, ce qui fait que souvent il subsiste des rapports de pouvoir inégaux très prononcés et difficiles à rééquilibrer. De ce fait, la multiplicité des acteurs, les intérêts divergents et la structure hiérarchique des systèmes institutionnels rendent difficiles la concrétisation de la participation effective de toutes les parties prenantes ou le développement des capacités des acteurs locaux à pouvoir continuer l'innovation après le retrait des PTF (Seppey et al., 2017). La mobilisation des communautés qui constitue un élément clé dans le processus de pérennisation des innovations se retrouve alors enfermée dans sa forme passive qui consiste à convaincre les utilisateurs à adhérer à l'innovation (Rifkin, 1996 ; Rosato et al., 2008b). Malgré l'existence d'enjeux sociopolitiques au niveau local, il a été observé dans cette étude que les acteurs décisionnels qui soutiennent localement l'innovation avaient un pouvoir stratégique qui leur permettait de négocier avec les autres parties prenantes.

Par exemple, le maire, l'ASACO, le Directeur technique du CSCom ou les membres des comités de gestion des CFU ou CVSS avaient une certaine légitimité qui leur permettait de contrôler certaines perturbations qui peuvent découler des contextes sociaux. Sur ce point, dans le cas du CFU ou des CVSS initiés par les communautés, les femmes leaders avaient un contrôle sur les choix stratégiques en lien avec l'innovation, ce qui n'a pas été remarqué dans beaucoup d'autres milieux dans lesquels l'innovation a été implantée par un PTF. Cela peut s'expliquer par le fait qu'elles participent au processus dès l'initiation de l'intervention, ce qui peut augmenter leur sentiment d'appartenance et de compréhension de l'innovation. En plus, elles détiennent les ressources de fonctionnement de l'innovation (*comme leur temps consacré dans le bénévolat, les cotisations, la recherche de financement, les connaissances du milieu, etc.*), ce qui leur donne une légitimité dans les prises de décision.

Par le fait même, les résultats permettent de souligner que le manque d'équilibre dans la distribution des pouvoirs décisionnels et des ressources ressort dans cette étude comme étant un obstacle majeur pour assurer la pérennisation des innovations initiées par les PTF. En effet, ces derniers ne prennent pas souvent le temps de construire efficacement l'ancrage local de l'innovation. En revanche, la particularité de la gouvernance à l'échelle territoriale locale (village ou aire de santé) des innovations initiées par les communautés est la coexistence et la collaboration d'une multitude d'acteurs locaux : autorités administratives (Directeur technique du CSCom, maire), chef de village, d'associations ou de la société civile (de femmes ou ASACO). La réciprocité de ces différents acteurs autour de l'innovation semble être un événement fort intéressant dans le processus de pérennisation. En effet, elle est une opportunité de laisser cours à la co-construction du sens à l'innovation à partir des réalités des milieux, ce qui est différent du sens donné à l'innovation lors de sa conception (Greenhalgh et al., 2017). Dans le domaine des organisations, il existe, en effet, une différence entre *sensegiving* : processus par lequel certains acteurs tentent d'influencer la création et la construction du sens des autres ; et *sensemaking* : processus par lequel certains acteurs créent, interprètent, et comprennent le sens de quelque chose (Maitlis et Christianson, 2014). Dans le domaine des innovations étudiées, le sens donné à l'innovation émane souvent d'un groupe d'acteurs qui partage les mêmes référents culturels. Quand ce groupe d'acteurs se trouve au niveau local, comme dans le cas du CFU et des CVSS initiées par les communautés, il a été remarqué que cela facilite les interactions et (re)négociations pour maintenir un sentiment de partage de sens et de développement d'une vision commune de l'innovation. Ce sentiment est favorable pour dynamiser les actions collectives ou activer la solidarité (p.ex., les CVSS de Fassoudébé et de Tantoudji offrent des prestations gratuitement aux indigents, voir tableau 12).

Concernant les innovations initiées par les PTF, le sens donné à l'innovation est souvent construit par des acteurs qui sont en dehors des communautés. On constate également que plusieurs groupes d'acteurs (différents PTF, organisations, groupes d'hommes ou de femmes) produisent au fur et à mesure que l'innovation progresse des compréhensions particulières et parfois différentes de l'orientation initiale de l'innovation. De ce fait, il peut avoir des chocs ou des conflits entre les différents sens donnés à l'innovation (*p.ex., genre et normes sociales cas CFU et CVSS ; récupération implicite d'une CVSS par les femmes dans un village*) ; ou encore des reformulations de certains principes ou approches durant le processus de mise à l'échelle. C'est le cas, par exemple de l'efficacité de la CPS soutenue par des études randomisées qui s'est déplacée durant la mise en œuvre et le passage à l'échelle à une simple considération de la réputation d'efficacité pour apprécier la continuité de l'intervention.

Sur ce, la prise en compte des modes de gouvernance locale dans les processus de pérennisation et de mise à l'échelle semble importante. Toutefois, les acteurs décisionnels dans les innovations initiées par les PTF ont tendance à la limiter qu'à l'implication ou la responsabilisation des acteurs locaux ou des services étatiques au niveau national ou régional. En revanche, la gouvernance locale implique que les acteurs puissent avoir une compréhension commune de l'innovation et une confiance mutuelle ainsi qu'une appréciation des différences dans les visions, besoins et préférences de l'ensemble des parties prenantes (Stephen et Stemshorn, 2016). Dans une perspective de pérennisation, les interventions sanitaires devraient alors miser sur une implication effective des communautés dans l'identification des problèmes, la planification et la formulation des stratégies (Iwelunmor et al., 2016 ; Rifkin, 1996). Pour arriver à cela, l'intervention devrait prioriser le renforcement des capacités des communautés (Rosato et al., 2008b) pour leur permettre de retrouver leur autonomie et leur autodétermination dans un processus d'apprentissage et d'*empowerment* (Hubert, 2012).

Sur cette lancée, la capacité des acteurs locaux qui supportent les innovations localement à identifier efficacement des ressources de la communauté est un élément favorable pour stabiliser l'innovation. Ces ressources sont souvent non-matérielles. En effet, leurs bonnes connaissances des milieux, notamment des dynamiques sociales, sont souvent utilisées pour pouvoir capter du financement ou d'autres types de ressources ; ou encore, pour atténuer certains effets perturbateurs qui peuvent subvenir durant le développement de l'innovation. En ce sens, la compréhension des milieux est un mécanisme de pérennisation important, puisqu'elle permet aux acteurs impliqués dans l'innovation d'identifier efficacement et d'intégrer les ressources et besoins des communautés (Ceptureanu et al., 2018). Ce type d'innovations n'étant pas soutenu par les services techniques de

l'État (*p.ex., concernant le suivi et la supervision, la formation*), leur intégration dans les structures locales existantes permet d'assurer une pérennisation des activités. En ce sens, il a été soulevé dans la littérature que les innovations à base communautaire qui sont plus susceptibles de continuer sont celles qui sont intégrées dans une organisation hôte, non comme un projet ponctuel ou autonome, mais comme partie intégrante des procédures organisationnelles (Ceptureau et al., 2018).

Par exemple, la compétition positive entre villages est relevée dans la CVSS Fassoudébé comme un moyen de stimuler la cotisation des différents membres de la CVSS. Le comité de gestion de la CVSS de Ganfan Aval étant composée uniquement de femmes, le chef de village qui est un leader a été nommé trésorier pour prévenir les divergences qui peuvent subvenir entre les femmes ; aussi le fait qu'il soit un homme a un effet stabilisateur sur les risques que l'argent de la caisse puisse être dépensé dans d'autres objectifs que la santé. L'utilisation des organisations locales est également importante, la CVSS de Fassoudébé a été intégrée à l'ASACO qui est une structure et une institution locale reconnues dans le pays. Ayant des ressources humaines qualifiées et d'autres mécanismes pour obtenir des ressources, l'ASACO a la capacité de bien suivre les activités de la CVSS et de l'aider à se développer.

Cependant, si plusieurs éléments sont favorables à la pérennisation locale de ce type d'innovations initiées par les communautés, leur mise à l'échelle semble être plus difficile. Tout d'abord, les résultats de cette étude permettent de relever qu'il n'existe pas d'harmonisation dans les façons de faire quand ce sont les communautés qui l'adoptent. Chaque milieu définit et met en œuvre l'innovation selon ses propres réalités, ses besoins et ses préférences. En ce sens, quand l'innovation est récupérée par les pouvoirs publics dans le but de la faire passer à l'échelle, les études ont observé des échecs quant à l'expansion des impacts à des échelles régionales ou nationales (Krumholz et al., 2015 ; Olivier de Sardan et al., 2015 ; Ridde, 2015). Ces constats nous emmènent à relever que les stratégies de mettre à l'échelle une innovation devraient d'abord considérer la pertinence des échelles d'intensification (Hartmann et Linn, 2008). Cela renvoie au fait que ce ne sont pas toutes les innovations qui doivent être mises à l'échelle rapidement à des échelles très larges (régional ou national). Dans le cas des CVSS et CFU, par exemple, la mise à l'échelle devrait se faire dans chaque cercle qui en porte la gouvernance et qui, selon les dynamiques locales, pourrait déterminer les composantes à harmoniser et les méthodes d'adaptation efficaces pour pérenniser l'intervention et ses composantes les plus nécessaires pour le maintien de la mise à l'échelle (suivi-supervision, formation, financement, leadership). Pour ce faire, les projets pilotes doivent être intégrés dans l'architecture de fonctionnement des collectivités locales en allant au-delà de l'implication passive des maires et des présidents de cercle. Comme il a été d'ailleurs

soulevé par les personnes rencontrées dans cette étude, l'utilisation des cadres légaux et institutionnels existant, comme les plans de développement du cercle et des communes (PDSC et PDSEC), est une avenue importante pour préparer l'extension des CVSS et CFU au Mali.

6.1.4.4.2. Le sentiment d'efficacité personnelle dans le processus de pérennisation.

Dans ce type d'innovations initiées par les communautés, un sentiment d'efficacité personnelle chez les acteurs qui soutiennent l'innovation a été relevé dans les résultats. Ce sentiment semble pertinent pour comprendre le sens donné à la continuité des activités. La notion d'efficacité personnelle a été définie comme étant la perception qu'un individu a de ses capacités pour faire face à certaines situations (Bandura, 1982). Ce sentiment permet également de déterminer les efforts que les gens vont déployer et combien de temps ils persisteront face à des obstacles ou à des expériences difficiles pour atteindre leur but ; ce qui affecte leur motivation et leur comportement (Bandura, 1982). En ce sens, les résultats de cette étude permettent de constater que le sentiment d'être capable de maintenir en vie l'innovation ressort comme un élément important qui permet le développement de différentes capacités d'adaptation et d'absorption face aux événements perturbateurs ou chaotiques. Cela peut trouver explication sur deux faits constatés dans les résultats. Le premier est lié au fait que les acteurs qui ont soutenu l'innovation sans une aide extérieure développent, en quelque sorte, des mécanismes de résistance face aux incertitudes qui deviennent des éléments constitutifs de l'innovation. Pour ce faire, leur réussite à implanter l'innovation dans l'incertitude (*p.ex., aucun soutien technique ou financier*) et à la faire fonctionner renforce l'idée qu'ils sont capables de la maintenir en vie. Cette observation est relevée dans la théorie de l'efficacité personnelle dans laquelle les perceptions personnelles de l'efficacité fonctionnent comme des médiateurs cognitifs de l'action. En ce sens, Bandura (1982) indique que les succès de mettre en œuvre une action augmentent le sentiment d'auto-efficacité. Toutefois, les échecs répétés le réduisent, surtout s'ils surviennent tôt dans le cours des événements et ne découlent pas d'un manque d'effort ou des circonstances externes défavorables. Ces éléments sont importants dans la conception même des événements critiques de la pérennisation et de la mise à l'échelle des innovations en santé mondiale, toutefois à notre connaissance il n'existe pas d'étude empirique qui lie ces processus au sentiment d'efficacité dans ce domaine.

Le deuxième fait est lié à des considérations plus sociales associées à la notion d'échec. En effet, pour les communautés qui ont soutenu l'innovation sans financement externe alors qu'un autre CFU ou une CVSS à côté de leur milieu a bénéficié de l'aide d'un PTF, il existe un sentiment de concurrence et de performance chez les acteurs décisionnels qui par « honneur » veulent montrer

qu'ils sont capables de maintenir les activités de l'innovation. Sur ce point, il est possible de relever que le sentiment d'efficacité personnelle n'est pas seulement d'ordre psychologique, il est intrinsèquement lié aux contextes sociaux. L'existence de référents sociaux par rapport à l'innovation et l'observation de l'échec ou du succès de l'innovation dans un autre milieu pourrait contribuer grandement au degré d'efficacité perçue (Bandura, 1982). Par ailleurs, dans les innovations initiées par les communautés, les résultats de cette étude permettent de déceler des dynamiques locales qui constituent des éléments essentiels pouvant expliquer dans une certaine mesure la perception de l'efficacité personnelle. Par exemple, le développement des liens de solidarité entre les différents acteurs locaux ainsi que l'endossement d'une responsabilité collective de l'innovation. Ces éléments permettent alors de réitérer l'importance de la participation effective des communautés dans l'innovation, puisque dans ce type de modèles les acteurs du milieu sont les seuls à donner du sens à leur innovation selon les réalités du milieu (ceci peut être relevé dans la configuration des CVSS de Fassoudébé et Ganfan Aval, voir tableau 12).

6.1.4.5. *Sommaire des éléments énoncés dans cette section.*

Le tableau 15 est une typologie des déterminants de la mise à l'échelle et de la pérennisation selon les types d'innovations initiées par un PTF ou par les communautés. Elle a été bâtie en fonction des différents éléments relevés dans cette section qui permettent de caractériser ces types d'innovation. À partir de ce qui a été discuté précédemment, nous pouvons en comprendre comment un déterminant peut avoir des effets sur l'intervention en général en considérant : (1) la dynamique entre plusieurs éléments internes comme externes à l'innovation ; et (2) de les traiter comme un ensemble. Cet état des faits suggère alors que non seulement un déterminant est influencé par les différents contextes qui interfèrent avec l'intervention, mais également chaque déterminant est connecté à d'autres déterminants. De plus, les effets d'un déterminant sur la pérennisation ou la mise à l'échelle de l'intervention ne doivent pas simplement être compris comme étant positifs ou négatifs. Ils sont complexes et ont un impact sur l'existence, la portée, la durée et les aspects spécifiques de conception des interventions (Gruen et al., 2008). L'importance réside alors dans la compréhension des dynamiques d'influence. Cela vient renforcer l'idée selon laquelle la mise en œuvre réussie des interventions intégrées en SMNI dépend de la mise en place dans tous les niveaux local, national et international des actions progressives et synergiques (Ekman et al., 2008). Dans un processus de mise à l'échelle dans les pays en développement, la prise en compte des influences contextuelles externes est importante afin d'assurer l'efficacité et la durabilité des stratégies mises en place (Mangham et Hanson, 2010).

Pour illustrer ce point, prenons l'exemple des événements en lien avec les déterminants relevés dans les résultats, tels que les valeurs d'entrée (*efficacité, utilité perçue ou genre*), les ressources (*humaines, matérielles, de connaissances*), le financement, le leadership, la gouvernance et le système de suivi et supervision. Pour chacun de ces déterminants, l'analyse a permis de relever des éléments qui sont internes à l'innovation, comme la disponibilité des intrants permettant d'assurer le financement, la disponibilité des ressources humaines, la désignation d'un leadership ou d'une unité de gouvernance. Il existe également des éléments des contextes externes qui peuvent faciliter ou constituer des barrières au bon fonctionnement de chaque composante de l'innovation dans le temps ou dans certains milieux. Cependant, ces éléments (internes ou externes) qui concernent uniquement les structures de l'innovation et de son environnement ne permettent pas de comprendre les processus de pérennisation et de mise à l'échelle. C'est quand les éléments proposés par l'innovation (structure initiale de l'intervention) rencontrent des éléments des contextes internes (comme les dynamiques de pouvoir entre les acteurs impliqués dans l'adoption ou la mise en œuvre, les réalités organisationnelles ou les valeurs des acteurs et organisations) et externes (comme la capacité d'absorption des organisations, la réceptivité des acteurs ou des milieux d'utilisation, les normes et pratiques des acteurs sociaux, ainsi que les normes structurelles) qu'il se passe des événements critiques qui peuvent expliquer les processus étudiés.

Tableau 15.

Typologie des déterminants de pérennisation et de mise à l'échelle selon les types d'innovations initiées par un PTF ou par les communautés

Déterminants	Innovation initiée et soutenue par les PTF	Innovation initiée et soutenue par les communautés
Valeur	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sens donné à l'innovation construit par des experts désignés, qui sont souvent externes aux contextes d'implantation. ❖ Principes d'action : efficacité, utilité perçue, coût-bénéfice, approche standardisée et verticale, centralisation de la prise de décision, légitimité étatique, gestion axée sur les résultats, valorisation de la technologie et du savoir des experts. ❖ Vision de l'innovation dépend souvent des intérêts poursuivis par les acteurs ou organisations impliquées et qui détiennent les ressources. ❖ Conflits entre les valeurs de l'innovation et les valeurs et normes des milieux contextuels. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sens donné à l'innovation co-construit par les acteurs locaux. ❖ Principes d'action : utilité perçue, réputation d'efficacité, décentralisation de la prise de décision, importance donnée aux besoins de la communauté, adaptation des actions aux réalités locales, importance du savoir local. ❖ Construction d'une vision commune de l'innovation à partir de référents socio-culturels partagés. ❖ Existence de normes partagées socialement qui régule l'innovation.
Leadership et Gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Défis de collaboration entre les différents acteurs et organisations impliqués. ❖ Défis de créer des synergies d'action à long-terme. ❖ Centralisation des décisions. ❖ Rôle important des champions désignés (responsables étatiques, ou collectivités locales). ❖ Responsabilisation des acteurs à différentes échelles. ❖ Manque d'acteurs ou d'organisations qui portent la responsabilité du succès ou de l'échec de l'innovation. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Gouvernance locale et collaborative : la réciprocité entre les acteurs permet de créer une synergie d'action locale et un partage de responsabilités. ❖ Rôle important des champions locaux. ❖ Sentiment d'efficacité et de responsabilité des acteurs qui portent le leadership pour atteindre les objectifs de pérennisation. ❖ Utilisation des leaders locaux et des mécanismes de gouvernance locale. ❖ Sentiment d'efficacité personnelle des leaders pour pérenniser l'innovation.

Ressources financières, humaines, matérielles et de connaissance	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Stabilité des ressources dépendant de l'existence des bailleurs de fonds. ❖ Stabilité contrôlée à court terme dépendant des projets des bailleurs de fonds. ❖ Capacité de mobilisation des ressources pour la mise en œuvre. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Utilisation des ressources locales pour stabiliser l'innovation. ❖ Stabilité des ressources non contrôlée. Elle dépend de plusieurs aléas locaux : climat, activités génératrices de revenus, capacité de cotisation des membres, existence d'alternatives de financement comme les membres de la diaspora.
Financement	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Flux important de ressources financières dépassant souvent les capacités réelles des milieux. ❖ Stabilité du financement durant l'existence du projet du bailleur de fonds. ❖ Incertitude quant au financement à long terme. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Financement dépend des capacités des milieux. ❖ Création d'alternatives de financement dépendant de certaines réalités locales (champ collectif, contribution des personnes riches du milieu ou des ressortissants). ❖ Stabilité du financement durant le processus dépend des dynamiques du milieu.
Simplification et adaptation	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Défis d'équilibrer les impacts de l'innovation dans tous les milieux ou les groupes concernés. ❖ Défis d'assurer l'atteinte des objectifs de qualité et d'équité en lien avec la rigidité de l'approche. ❖ Capacité de simplifier techniquement l'innovation. ❖ Conflits entre les objectifs de fidélité et d'adaptation. ❖ Intégration de l'innovation dans les structures étatiques en vue de son alignement aux institutions existantes. ❖ Utilisation des structures organisationnelles locales pour faciliter la mise en œuvre et l'adaptation de l'innovation. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Défis d'harmoniser et d'assurer un contrôle de l'innovation dans une dynamique de passage à l'échelle. ❖ Les dimensions de qualité et d'équité sont très présentes et assurées au niveau local en fonction des contextes sociaux. ❖ Intégration de l'innovation dans les structures organisationnelles locales (collectivités locales, associations ou groupements de femmes, instances de gouvernance locales avec les chefs ou notables villageois) en vue de pérenniser l'innovation.

6.1.4.6. Proposition d'un cadre conceptuel intégrateur des événements cumulatifs de la pérennisation et de la mise à l'échelle.

En partant de ces constats empiriques et théoriques soulevés et discutés précédemment, six propositions sont faites dans les lignes qui suivent. Elles permettent de structurer un ensemble de concepts qui peuvent être considérés dans l'étude des processus de mise à l'échelle et de pérennisation. La figure 17 présente une représentation schématique de ces propositions et de la conceptualisation théorique intégrative des processus étudiés.

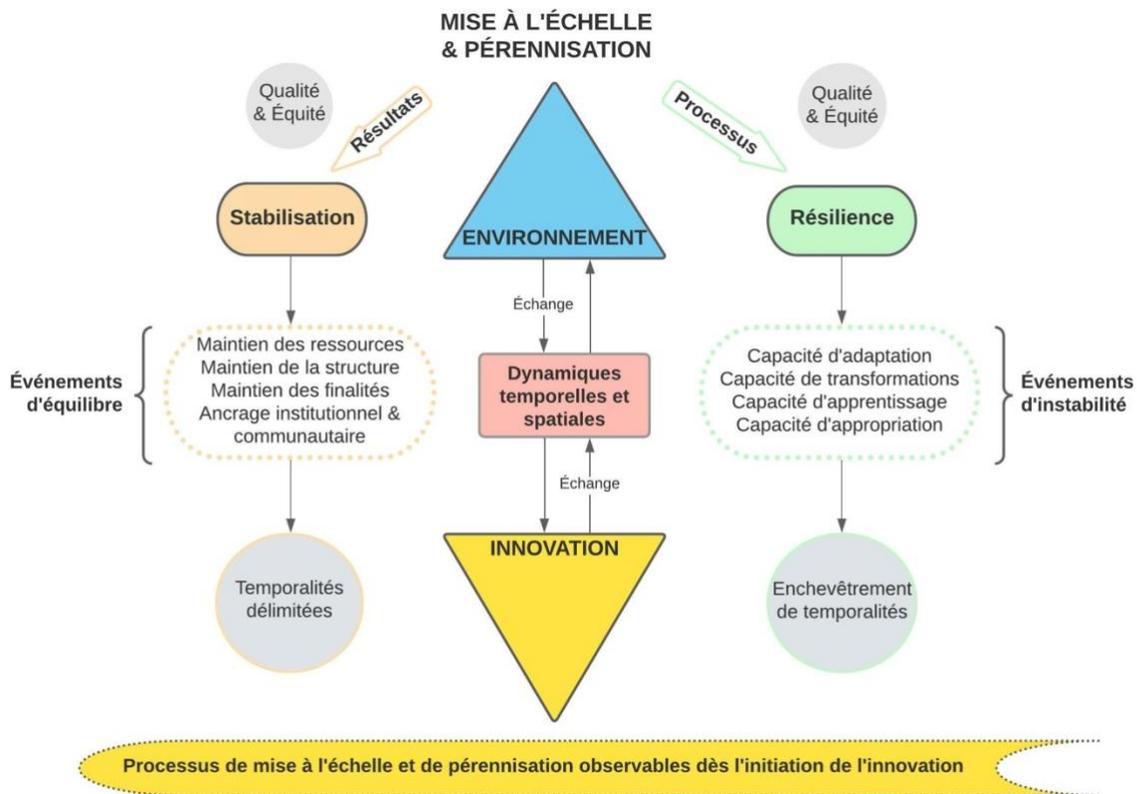


Figure 17. Cadre conceptuel intégrateur des événements cumulatifs de la mise à l'échelle et de la pérennisation d'innovations

Proposition 1

Je propose que les processus de pérennisation et de mise à l'échelle soient **pensés, analysés et étudiés ensemble** pour deux raisons. La première raison est le fait que dans une perspective d'atteindre la couverture sanitaire universelle dans les pays d'Afrique, les innovations en santé devraient être étendues et leurs effets maintenus à toutes les communautés qui en ont besoin et spécifiquement les plus vulnérables (OMS, 2010). De ce fait, il ne suffit pas d'assurer seulement un élargissement quantitatif de la couverture des innovations en santé, mais de considérer l'ensemble

des différentes échelles concernées (territorial, groupes de population, ensemble d'organisations ou d'institutions) et de mettre en place des mécanismes favorisant l'équité d'accès dès la conception de l'innovation. Pour cela, il est important de considérer la dimension éthique de la pérennisation et de la mise à l'échelle des innovations. Ces processus tendent à atteindre une finalité qui est, en santé publique et communautaire, un équilibre permettant d'assurer que les effets bénéfiques de l'innovation puissent bénéficier aux communautés qui en ont besoin et qui s'en approprient et l'assimilent selon leurs propres capacités, tout en respectant leur autonomie et leur intégrité. La deuxième raison est liée au fait qu'on ne peut pas étudier ou soutenir (dans la pratique) la mise à l'échelle sans être attentif au processus de pérennisation, car la réussite du passage à l'échelle dépend de sa pérennisation à différents niveaux contextuels. Sur ce, comme relevé dans une étude (Edwards et Roelofs, 2006), la pérennité ne se réalise pas de façon spontanée, il est important de la préparer en mettant en place des mécanismes ou des leviers d'action dès la conception de l'innovation. Cependant, souvent en santé mondiale, les innovations sont généralement pensées ou reformulées (comme dans le cas des CVSS ou CFU) hors des milieux d'implantation et les mécanismes de pérennisation, comme l'implication effective des parties prenantes locales, ne se font que durant l'implantation. En ce sens, les résultats de cette étude suggèrent que la pérennisation a une dimension transversale et un caractère multiforme. Elle apparaît comme un ensemble de processus complexes dont les opportunités de réussite ou d'échec relèvent d'autres événements de l'intervention, et ceci, dès la conception ou l'initiation de l'innovation. La transversalité de la pérennisation est un élément soulevé dans certaines études qui soutiennent l'importance de la considérer durant toutes les phases de la mise à l'échelle (Barker et al., 2016 ; Simmons et al., 2007). Pour penser cette transversalité, cette thèse suggère d'aller vers une conception cumulative et récursive de l'ensemble des processus d'innovation (voir figure 15). Pour ces différentes raisons, la **qualité** et l'**équité** devraient être centrales dans les objectifs de résultats de même que dans les processus de mise à l'échelle et de pérennisation. Assurer la qualité dans les différentes actions ressort dans les résultats de cette thèse comme un événement fort intéressant pour la pérennisation des actions à long terme et un moyen d'éviter une diminution de l'efficacité et de l'impact de l'innovation. Aussi, l'équité est un principe fondamental qui devrait être positionné comme le résultat effectif et fondamental des politiques économiques et sociales de tout pays (Marmot et al., 2008) et notamment des interventions en santé publique et communautaire.

Proposition 2

Je propose que la concomitance du processus de pérennisation et de mise à l'échelle ne puisse être conceptualisée uniquement avec celui du processus de mise en œuvre ou d'implantation

correspondant à l'opérationnalisation d'une intervention. Cette suggestion a été faite dans le modèle théorique de Pluye et al. (2004a) sur la pérennisation ; mais également elle a été observée dans la pratique des trois innovations étudiées corroborées par d'autres études (Iwelunmor et al., 2016 ; Subramanian et al., 2011). Cette thèse suggère que la pérennisation et la mise à l'échelle ne soient pas considérées uniquement comme des processus sous-jacents à la mise en œuvre, c'est-à-dire qui a pour seule finalité de maintenir les activités, les stratégies, les moyens ou méthodes d'ajustement, d'assimilation ou d'implantation d'une intervention [définition de la mise en œuvre tirée de : (Pfadenhauer et al., 2017)]. La concomitance de l'ensemble des processus d'innovation est dynamique et évolutive dans des contextes changeants. Cela implique alors de planifier et d'évaluer chaque processus (surtout de mise à l'échelle et de pérennisation) dans une perspective évolutive. Aussi, l'évaluation cyclique à différents moments d'évolution de l'intervention permettrait de développer la capacité d'adaptation et d'apprentissage de l'innovation. Pour cela, la figure 17 doit être utilisée en ayant une vision de la récursivité des processus d'innovation et de son environnement, ce qui a été relevé dans la figure 15.

Proposition 3

La pérennisation et la mise à l'échelle sont des **processus cumulatifs**, et non additifs, de différents états (allant de la stabilité à l'instabilité) de l'innovation qui s'aperçoivent à travers des dynamiques spatio-temporelles. C'est le cumul de multiples interactions ayant lieu au sein de l'innovation entre différents événements et entre l'innovation et son environnement à travers le temps et l'espace qui permet de saisir les événements spécifiques aux processus étudiés. Cette perspective rejoint les idées de Scheirer and Dearing (2011) qui soutiennent que la pérennisation peut être considérée comme un ensemble de résultats, ou de processus, pouvant intégrer l'apprentissage récursif dans une organisation ou une communauté au fil du temps. Elle peut être captée à travers différentes temporalités. En ce sens, la pérennisation et la mise à l'échelle sont un cumul d'interactions entre des actions-décisions-événements du passé, du présent et du futur (qui ne sont pas nécessairement linéaires) et leur intensité dépend en grande partie des interactions entre l'innovation et son environnement. Dans la pratique, le processus de mise à l'échelle n'est pas alors une simple agrégation, d'ajouts de nouveaux milieux d'implantation ou de cibles, il est non linéaire et implique le passage d'une gamme d'échelles à une autre (Gunderson et Holling, 2002). Pour cela, il demeure important de bien délimiter les différents niveaux contextuels pertinents pour pérenniser ou mettre à l'échelle une innovation. Pour faciliter ce travail, le cadre présenté dans la figure 16 peut être utilisé comme un outil d'analyse ou d'observation.

Proposition 4

Dans la conceptualisation de la pérennisation de même que de la mise à l'échelle pour les interventions de santé, leur caractère dynamique est généralement restreint simplement au temps (Chambers et al., 2013 ; Stirman et al., 2012). Ce temps est souvent perçu comme étant physique ou spatial renvoyant à la couverture géographique, la disponibilité ou l'accessibilité des services (Edwards, 2010 ; Mangham et Hanson, 2010) à un moment t du développement de l'innovation. Cette conceptualisation du temps ne permet pas de bien saisir toute la complexité des processus d'innovations en santé mondiale dans lesquels les parties prenantes sont souvent différentes organisations et de multiples acteurs ne partageant pas nécessairement les mêmes réalités sociales, normes, valeurs, rationalités ou échelles décisionnelles. De ce fait, considérant les résultats des cas étudiés, cette recherche suggère que **ce temps soit remplacé par la notion de temporalités**. L'enchevêtrement des temporalités est un élément central dans la reconnaissance des événements favorables ou défavorables à la continuité et au changement d'échelles de l'innovation. En parlant de temporalités, je fais référence à la pluralité et à l'hétérogénéité du temps et à l'imbrication du temps et de l'espace, de l'individu et du social et du corps et de l'esprit (Dubar, 2014). Cette approche permet de lier les temporalités sociales (histoire, continuité, discontinuité, rupture, tensions) à celles physiques et vécues (biologique, psychologique ou psychique) (Dubar, 2014). Cette conception soutient la prise en compte des dynamiques d'échelles qui peuvent s'apercevoir en suivant différentes trajectoires des innovations et selon des conceptions sociales du temps et de l'espace des parties prenantes de l'innovation ou des approches mises de l'avant (mise à l'échelle rapide ou mise à l'échelle passive). La reconnaissance des **dynamiques temporelles et spatiales** est alors proposée dans cette recherche comme étant centrales dans l'étude des processus de pérennisation et de mise à l'échelle. Elle permet d'appréhender les mécanismes par lesquels les changements se (re)produisent et se contextualisent au sein et entre les systèmes. Dans le cadre conceptuel proposé à la figure 17, les dynamiques temporelles et spatiales sont au cœur des échanges récursifs entre l'innovation et son environnement.

Proposition 5

Dans la Figure 17, les échanges en boucle entre l'innovation et son environnement ne sont pas unilatéraux, ce n'est pas seulement l'innovation qui agit sur l'environnement pour s'y adapter ou s'y insérer, mais il existe des rétroactions entre les deux entités. En me basant sur la théorie systémique utilisée dans cette recherche, ces échanges sont d'ordre informationnel, matériel et énergétique. De façon pratique, les **échanges matériels et énergétiques** peuvent se faire via les ressources, l'existence de leadership et de gouvernance. Cependant, force est de constater que

souvent la mise en place des ressources est faite seulement dans la logique de l'innovation en faisant abstraction des niveaux contextuels, ce qui fait qu'au retrait des PTF il est difficile pour les milieux de les maintenir. Je propose alors que les ressources ou toute autre force matérielle ou énergétique ne doivent pas seulement provenir de l'intervention. L'utilisation et la transformation des ressources matérielles (logistiques, financières) et énergétiques (actions humaines, leadership, champions, système de gouvernance) à l'échelle locale sont des moyens de pérenniser l'innovation. Pour cela, le renforcement des capacités des agents et des milieux est important pour qu'ils puissent s'autogérer au départ du projet. L'autre aspect qui est **l'échange informationnel** est souvent compris uniquement dans sa forme communicationnelle (*p. ex., développer des outils de communication, utiliser les mécanismes pour communiquer avec la population ou chercher certaines informations dans les milieux par le suivi et la supervision, tenir des statistiques de la formation*). Cela montre une tendance à utiliser l'information comme un « concept solution » (Morin, 2005). En se focalisant uniquement sur l'aspect communicationnel et statistique (*p. ex., le nombre d'adoptants de l'innovation à travers la communication ou le nombre de formations ou suivis effectués*), il y a une tendance à délaisser d'autres aspects informationnels les plus importants pour améliorer la capacité de pérennisation et de diffusion des innovations qui sont : la mémoire, le développement et la transmission du sens et des symboles, la prise en compte des mécanismes de *feedback*. En m'inspirant de la conceptualisation de l'information de Le Moigne (1994), je propose que l'aspect informationnel puisse considérer :

- la capacité de transmission qui est la façon dont les messages sont reçus et émis : ceci concerne l'ensemble des parties prenantes de l'innovation que ce soit les acteurs décisionnels, de mise en œuvre et les utilisateurs (*importance de considérer les processus de feedback dans l'innovation et entre l'innovation et son environnement, des rapports de pouvoir dans les décisions, les mécanismes comme la participation qui peuvent améliorer l'échange d'information à différents niveaux*) ;
- la capacité de computation renvoyant à la manière dont les informations sont traitées ; elle concerne la capacité des parties prenantes à traiter, comprendre et modifier les messages. Il est dès lors important de considérer la capacité de l'innovation à utiliser de nouvelles connaissances émergentes de l'environnement, ou de son interaction avec différentes échelles contextuelles, dans les décisions et actions futures.
- et la capacité de mémorisation renvoyant au stockage de l'information à court, moyen et long terme. Pour cela, l'utilisation des technologies est une avenue intéressante à considérer

dans une dynamique de pérenniser les interventions à différentes échelles et de stimuler l'apprentissage à grande échelle.

Proposition 6

Je suggère que la stabilisation des ressources considérée comme étant un événement spécifique de la pérennisation, avec la prise de risques, dans le cadre théorique de Pluye et al. (2004a) soit bonifiée avec le concept de résilience. En effet, j'ai constaté que dans les contextes du Mali et du Burkina Faso, la stabilité des ressources n'est pas toujours une réalité. Les innovations évoluent dans des milieux parsemés d'incertitudes, d'événements imprévus, en plus de certains éléments contextuels, tels que la dépendance à l'aide internationale, la faiblesse des services étatiques, les crises politiques, les contraintes bureaucratiques, les conditions précaires des populations, etc. D'ailleurs, j'ai répertorié trois études qui ont utilisé ce cadre, en Haïti (Ridde et al., 2006), au Burkina Faso (Mallé Samb et al., 2013) et au Mali (Seppey et al., 2017). Un point de convergence entre ces études est le fait que les interventions soutenues par les PTF n'ont pas réussi à stabiliser les ressources de l'innovation au retrait du bailleur de fonds. Ces résultats font écho à cette présente étude qui montre que même si les ressources sont stables durant l'existence d'un PTF, leur stabilité est menacée à la fin du financement. Aussi, pour les interventions soutenues par les communautés, la stabilisation des ressources n'est pas toujours une réalité. L'innovation se construit au travers des incertitudes du lendemain.

Par exemple, les CVSS comme les CFU reposent en partie sur la capacité de cotisation des membres qui dépend souvent des aléas climatiques (une baisse de la pluviométrie remarquée ces dernières années qui affecte les activités d'agriculture et d'élevage) ou sociaux (des membres de la diaspora qui participent financièrement dans la communauté). En plus, la stabilité des ressources humaines, notamment le maire, le Directeur technique du CSCom ou le chef de village considéré comme des champions dans certains milieux, est questionnable. En effet, ces personnes peuvent ne plus occuper la position administrative qui leur confère une certaine légitimité à supporter les innovations.

Considérant la **vulnérabilité** des innovations, la stabilisation des ressources n'est pas un déterminant fort des processus étudiés. Toutefois, le **sentiment d'efficacité personnelle**, le **leadership local**, la **réciprocité des acteurs**, ou la **gouvernance territorialisée** constituent des éléments importants qui permettent la stabilisation de l'innovation. Je fais une distinction, ici, de la stabilisation des ressources et de la stabilisation de l'innovation (de ses composantes, ses objectifs, ses ressources, ses finalités). Donc, même si les ressources ne sont pas stabilisées, les acteurs

peuvent utiliser des moyens de générer de nouvelles ressources ou d'adapter les finalités ou les composantes de l'innovation afin de favoriser sa continuité, et cela au fur et à mesure que l'innovation évolue (*sans aucune certitude*). Pour cela, dans le cadre conceptuel (figure 17), il a été proposé que la stabilisation soit étudiée en fonction : du **maintien des ressources**, du **maintien de la structure de l'innovation** (des composantes de l'innovation et de leur fonctionnement), du **maintien des finalités** (finalités des processus, mais également de l'innovation et de chacune de ses composantes), de **l'ancrage institutionnel et communautaire** de l'innovation (ceci est en lien au fait que j'ai observé dans les résultats empiriques que l'ancrage de l'innovation dans les milieux ou organisations est un élément fort intéressant pour sa stabilité).

Considérant que les innovations en santé publique et communautaire sont des systèmes ouverts, auto-organisés qui évoluent au travers des dynamiques internes comme externes avec l'existence d'interactions multiples et complexes, la notion de la stabilité ne permet pas alors de saisir les transformations, les bifurcations, les émergences, les changements de trajectoires, d'échelles ou de structure. Ainsi, l'étude de la pérennisation et de la mise à l'échelle devrait considérer la **résilience** et la **stabilité** dans un **continuum**. La résilience serait alors l'événement critique de ces processus qui peut être étudiée sur une longue période et à différentes échelles de temporalités. Cela permet de saisir différents états, changements et réactions ou réponses de l'innovation aux perturbations internes comme externes. En revanche, la stabilité permettrait de saisir la pérennité ou la mise à l'échelle comme des résultats, en considérant une échelle de temporalités bien précise ou un état de l'innovation à un moment précis de son développement (p. ex., avant ou après le retrait des PTF).

Dans le domaine écologique, la stabilité et la résilience sont définies distinctement comme suit :

La résilience détermine la persistance des relations au sein d'un système et elle est une mesure de la capacité des systèmes à absorber les changements des variables d'état, des variables motrices et des paramètres, et à persister. Dans cette définition, la résilience est la propriété du système et la persistance ou la probabilité d'extinction en est le résultat. La stabilité, quant à elle, est la capacité d'un système à revenir à un état d'équilibre après une perturbation temporaire. Plus il revient rapidement et avec le moins de fluctuations, plus il est stable. Dans cette définition, la stabilité est la propriété du système et le degré de fluctuation autour d'états spécifiques le résultat. (Holling, 1973, pp. 17-18, [Traduction libre])

Cette définition de la résilience permet alors de considérer des événements chaotiques ou imprévisibles, les relations non linéaires, les temporalités dynamiques qui surviennent dans les innovations complexes, comme celles en santé publique et communautaire. De ce fait, l'approche de la résilience est basée sur la compréhension des comportements d'un système, notamment sur les types de changements qui se produisent au lieu de son équilibre ou de sa stabilité (Nelson et al.,

2007). Ainsi, le caractère stable d'une innovation ne peut renseigner de sa résilience, puisqu'un système peut être très résilient tout en ayant une faible stabilité, et le contraire est aussi vrai (Holling, 1973). La considération de la résilience nous emmène alors à aller au-delà des mesures d'efficacité, d'efficacités ou de la prévisibilité des ressources, en nous intéressant à la capacité d'adaptation du système. L'adaptation renvoie alors aux prises de décisions et aux actions qui permettent de maintenir la capacité de l'innovation à faire face aux changements futurs et aux perturbations qui peuvent survenir lors des échanges avec l'environnement (Nelson et al., 2007). Dans cette perspective, il est important de mettre en place des conditions préalables nécessaires, notamment en renforçant la capacité d'adaptation des individus, des communautés, des organisations et des institutions pour qu'ils puissent transformer cette capacité en action (Nelson et al., 2007). Cette capacité d'adaptation est conçue, dans les systèmes complexes, comme étant la capacité de réponse et de tirer profit de toutes les opportunités qui se présentent pour se maintenir, se reproduire ou se transformer (Le Moigne, 1994 ; Nelson et al., 2007). Ainsi, l'adaptation est une fonction importante dans le processus de pérennisation et de mise à l'échelle. En me référant à la théorie systémique (Le Moigne, 1994), elle permet de renseigner sur : (1) le degré auquel le système est susceptible de changer tout en conservant sa structure et sa fonction (*adaptation fonctionnelle*) ; (2) le degré auquel il est capable de s'auto-organiser (*adaptation structurelle*) ; (3) le degré auquel il se transforme, en élaborant de nouvelles structures ou en empruntant des chemins différents de ses projets initiaux pour pouvoir survivre ou atteindre ses finalités (*morphogénèse*) ; et (4) sa capacité d'apprentissage. D'où alors dans le cadre proposé (figure 17), il a été suggéré quatre types de capacité pour conceptualiser la résilience : la capacité d'adaptation, la capacité de transformations (incluant la capacité d'absorption), la capacité d'apprentissage (utilisation des *feedbacks* et développement de la mémorisation) et la capacité d'appropriation.

6.2. Discussion méthodologique

Tout d'abord, il est important de relever que l'apport méthodologique de cette thèse réside dans l'utilisation de la théorie systémique ancrée dans la complexité combinée à des méthodes de recherche qualitative de l'étude de cas multiples. Cette combinaison d'approches dites novatrices avec celles traditionnelles dans le champ de la santé publique et communautaire a généré un ensemble de limites et de forces méthodologiques qu'il est important de discuter.

L'utilisation de la théorie systémique (Le Moigne, 1994) permet de relever trois avancées originales dans la recherche en santé publique et communautaire. D'une part, cette théorie m'a permis d'avoir une vision holistique de l'objet de recherche, d'analyser les interdépendances, les relations

récursives et les propriétés émergentes dans les innovations étudiées. En plus, n'étant pas seulement un moyen d'approcher et de concevoir l'objet d'étude, l'approche systémique a été également utilisée à travers ses principes méthodologiques que sont la modélisation systémique et l'action intelligente. Ces principes ont permis de générer des modèles ou des schémas théorisant (Paillé et Mucchielli, 2016) qui permettent d'éclairer sur quelques fonctions et fonctionnalités (Le Moigne, 2012) des cas d'étude en lien avec le phénomène de la pérennisation et de la mise à l'échelle des interventions en santé. Ne prétendant pas à l'exhaustivité, ce processus de génération de sens ou d'intelligibilité a été un moyen et une fin, dans cette thèse, de rendre compréhensible les différents éléments qui ont émergé des données, mais également une source d'« *inventer ce qui n'existe pas, en soi* » (Gendron et Richard, 2015, p. 90). Autrement dit, de rendre visible et accessible des réalités qui ont émané des acteurs et des contextes d'étude. Ainsi, tout au long de cette recherche j'ai eu à développer une posture de réflexivité alimentée par le principe de l'action intelligente qui renvoie à :

la capacité de l'esprit humain à élaborer et transformer de façon reproductible des représentations intelligibles de ces phénomènes de dissonance-consonance que perçoit l'esprit, ce qui lui permet parfois d'inventer des réponses en forme « d'actions intelligentes », autrement d'actions « adaptées » à la résorption de ces dissonances cognitives. (Le Moigne, 2012, p. 89)

6.2.1. La réflexivité : une pratique méthodologique incontournable dans les études en santé mondiale

L'utilisation de la pratique réflexive constitue un des apports originaux de cette thèse. J'ai déployé cette approche à différents niveaux de cette recherche. Pour éclairer ce processus, je vais utiliser la typologie d'Alexander et al. (2020) sur la réflexivité proposée dans le domaine de la formation en promotion de la santé. En effet, trois idéaltypes de la réflexivité ont été présentés dans cette typologie qui sont : (1) la réflexivité en action ; (2) la réflexivité sur l'action ; et (3) la réflexivité sous-jacente à l'action.

Le premier concerne la **réflexivité en action** qui renvoie à un processus réflexif durant l'action pour ajuster les pratiques en cours (Alexander et al., 2020). Dans cette recherche, durant tout le processus de collecte et d'analyse de données, j'ai considéré l'émergence de nouvelles connaissances comme étant fondamentale dans la création de sens des données de la recherche. Cela m'a permis d'adapter les outils méthodologiques et d'affiner l'analyse des données au fur et à mesure que la recherche évoluait. C'est le cas, par exemple, de la réalisation de l'analyse documentaire avant la collecte des données qui a permis dans le cas de la CPS de réajuster l'échantillonnage en limitant le nombre d'acteurs interviewés ; également les grilles d'entrevue des trois cas d'étude ont été réadaptées en fonction de l'évolution de la recherche sur les terrains d'étude. Aussi, dans l'ensemble du processus

de recherche, la génération de nouvelles idées ou connaissances m'a interpellée, en tant que chercheuse, à avoir une vigilance épistémologique et éthique sur les actions que j'entreprenais et d'adapter les stratégies en conséquence. Pour cela, au-delà des réajustements des outils méthodologiques, j'ai développé une réflexion critique en regard des thèmes et concepts qui émergeaient de l'analyse des données. Ainsi, j'ai constamment fait un retour vers certaines personnes du milieu avec qui j'ai gardé des liens pour discuter de certaines connaissances émergentes, dont je ne saisisais pas le sens ou qui nécessitaient un ajustement des pratiques d'analyse ou de conceptualisation. Aussi, je menais des discussions approfondies avec mes directrices de recherche. Cela a permis d'assurer un croisement d'au moins deux regards nécessaires à la rigueur de la construction des connaissances et à la pratique réflexive qui sont « une auto-réflexivité exercée par l'individu ou le groupe chercheur sur lui-même, une hétéro-réflexivité exercée par des individus et des groupes extérieurs au chercheur individuel ou collectif concerné » (Blanchet, 2009, p. 148). Ces démarches ont permis alors de prendre en compte deux éléments importants, notamment la façon dont j'ai intégré des connaissances émergentes tout au long du processus de recherche et de l'ajustement des techniques et stratégies déployées en conséquence.

Le deuxième idéaltype est la **réflexivité sur l'action** qui consiste à mener une réflexion critique sur la manière dont les actions ont été conçues et mises en œuvre, les méthodes et stratégies mobilisées pour mener l'action (Alexander et al., 2020). J'ai mené ces réflexions durant tout le processus de production des outils de collecte et d'analyse, de mon immersion sur les terrains d'étude, d'analyse des données et de rédaction des résultats d'étude. Pour ce faire, cette pratique réflexive a permis d'identifier les différentes limites de cette étude et de générer des recommandations pour les recherches futures qui seront relevées dans les sections qui suivent.

Le troisième idéaltype est la **réflexivité sous-jacente à l'action**. Elle renvoie à une réflexion critique sur les valeurs implicites ou explicites qui sous-tendent le champ d'action, ainsi que les dynamiques de pouvoir ou d'autres types d'influences qui peuvent façonner les objets d'intérêt (Alexander et al., 2020), dans ce cas-ci, la mobilisation et la construction des connaissances. En effet, les influences de la chercheuse dans le processus de recherche sont souvent considérées comme étant des biais qui limitent la qualité de la recherche dans le paradigme positiviste dominant en santé publique et communautaire. En revanche, dans ma posture de réflexivité, mes actions et les interactions, entre moi — le contexte d'étude — la construction des connaissances, ont été déployées comme une force dans la démarche méthodologique et théorique. Pour cela, j'ai mené une réflexion épistémologique sur ma position en tant que chercheuse diasporique, habitant durant plusieurs années dans un pays occidental et menant sa recherche dans des pays africains. Cela n'est

pas anodin puisque cette position de distance et de proximité des milieux d'étude pose des enjeux qui balisent les relations entre le sujet connaissant et les personnes rencontrées (personnes informatrices, participantes, de ressources, etc.) et les dynamiques de pouvoir qui les caractérisent. Ces réflexions ont été développées dans le cadre d'un article méthodologique portant sur les défis épistémologiques, méthodologiques et éthiques sur ma propre expérience de recherche effectuée au Burkina Faso, dans le cadre de mon mémoire de maîtrise (Niang et al., 2017). Ces expériences passées ont grandement contribué à l'amélioration de la qualité méthodologique de cette recherche de thèse, en renforçant ma posture de réflexivité, ce qui m'a facilité dans la pratique méthodologique, d'une part, de développer de nouvelles compréhensions qui m'ont permis d'être critique à l'égard du champ d'étude (Tremblay et Parent, 2014). D'autre part, l'espace discursif (Dutta et de Souza, 2008) développé dans le cadre de cette recherche m'a permis de déceler et de conceptualiser les interactions et les tensions existantes entre différentes réalités, valeurs, normes qu'elles soient dominantes ou minoritaires. Les dynamiques de pouvoir pour cette recherche de thèse se sont présentées à différents niveaux : entre moi en tant que chercheuse et les personnes qui ont participé à cette étude ; et entre moi et les acteurs avec lesquels j'ai collaboré durant le processus de recherche (programme ISMEA, informateurs-clés ; interprètes ; organisations ou services qui ont facilité l'obtention des papiers administratifs et le déroulement de la collecte des données dans les pays). Sur ce point, les inégalités de pouvoir et de statut des collaborateurs ont été soulevées par certains écrits (Bozeman et Corley, 2004 ; Ragins, 1997 ; Uhly, Visser, et Zippel, 2017). La pratique réflexive m'a emmenée alors à mieux comprendre que la recherche dans le champ de la santé mondiale est empreinte de dynamiques de pouvoir qui peuvent impacter sur la construction des connaissances.

Sur ce point, Shiffman (2015) a relevé que les acteurs en santé mondiale (d'expertise ou de recherche) exercent des pouvoirs épistémique et normatif dans le champ d'action. Il est dès lors important d'examiner, selon lui, le fonctionnement du pouvoir dans la pratique. Ces enjeux de pouvoir ne sont malheureusement capturés qu'à travers des données bibliométriques ou de la mesure quantitative en santé mondiale (Hedt-Gauthier et al., 2019). Cela ne permet pas toujours de saisir la dynamique politique et sociale de la collaboration (Macfarlane, 2017). Dans une dynamique de recherche en santé mondiale, je recommande aux chercheurs et chercheuses qui effectuent leur recherche dans les pays du Sud d'avoir une posture réflexive durant toute la recherche sur le processus par lequel la collaboration avec différents acteurs se fait sur le terrain d'étude, tout en liant la réflexivité à l'éthique. Autrement dit, il est important d'avoir une approche réflexive continue, non pas seulement sur les méthodes déployées dans la recherche et les données

collectées, mais également sur soi-même, les personnes qui participent ou collaborent à l'étude et le contexte de recherche et leurs interactions (Guillemain et Gillam, 2004). Cela implique alors de considérer l'objectif téléologique du constructivisme (Le Moigne, 2012), en réfléchissant aux finalités de la recherche et aux motivations individuelles et collectives (Blanchet, 2009) (quelle est notre intention de mener une recherche dans un pays du Sud sur un tel sujet ?) et de leur implication éthique (est-ce que ces objectifs sont éthiques ?) (Guillemain et Gillam, 2004). C'est à travers ces réflexions critiques que je considère qu'il serait possible d'éviter la reproduction des inégalités de pouvoir existantes au sein de la recherche en santé mondiale à travers un examen critique en continu des enjeux épistémologiques, méthodologiques et éthiques de la recherche.

6.2.2. Limites de cette étude et les stratégies d'atténuation

Tout d'abord, il est important de soulever que la crédibilité ou la validité scientifique des études de cas est souvent remise en question. Ces critiques sont avancées par les tenants d'une vision positiviste de la science selon laquelle la démarche scientifique de la collecte des données de cette approche méthodologique comporte certaines limites liées généralement au défi de pouvoir développer un ensemble de construits ou de mesures opérationnelles pour les concepts ou le phénomène étudiés et aussi à l'implication subjective du sujet connaissant (Yin, 2014). Cependant, en m'inscrivant dans le constructivisme, je mentionne qu'il n'existe pas d'études faites avec des humains qui sont parfaitement « contrôlées » sans aucune influence de sa propre subjectivité ou des subjectivités rencontrées. En effet, les épistémologies constructivistes et complexes reposent sur des postulats de base, dont l'apport et la prise en compte du sujet connaissant ou de sa subjectivité dans le processus de construction des connaissances (Le Moigne, 2007 ; Morin, 1981), et de la reconnaissance de réalités multiples, de l'intersubjectivité et de l'interprétation dans le processus de recherche (Denzin et Lincoln, 2008). En ce sens, les objets d'étude ne sont pas des entités stables, ils évoluent et sont dépendants des contextes, des personnes rencontrées et ils comportent un ensemble de dimensions (Merriam, 1998).

Situant ce positionnement, une des principales limites de cette étude est occasionnée par la quantité de données éclectiques que j'ai eues à ma disposition. Tout d'abord, il est important de mentionner que cette limite est liée à la pratique de la recherche, nonobstant la multitude de données est une force théorique permettant d'amorcer une conceptualisation de l'objet de recherche. Sur le plan de la pratique, d'une part, la quantité de données a rendu l'analyse des données très difficile, surtout dans l'organisation et le traitement de l'ensemble des informations. Toutefois, dans ma démarche analytique, certaines stratégies m'ont permis d'outrepasser ces défis. L'une est l'utilisation du logiciel NVivo qui a facilité l'organisation, la classification des données et la mise en relation des

différents éléments. La limitation des données à recueillir sur le terrain en effectuant une analyse préliminaire des documents avant la collecte des données, ainsi que la cueillette des documents pertinents en utilisant une grille d'analyse documentaire (annexe C) et l'élaboration de grilles d'entrevue ciblées sont des techniques fort intéressantes qui ont limité le recueil de données non pertinentes pour le sujet étudié et d'éviter les doublons. D'un autre côté, l'utilisation des schémas, des tableaux et du modèle d'écriture (utilisant des exemples, des résumés, des rappels) est également un outil méthodologique qui a permis de condenser et de rendre compréhensible un ensemble d'éléments ressorti dans cette thèse. D'autre part, la quantité des données peut occulter certaines dimensions ou facettes des interventions qui peuvent intéressées d'autres personnes. En effet, en lisant cette thèse on pourrait s'attendre à avoir une évaluation des cas étudiés, cependant ce n'est pas le projet qui a été poursuivi. Ayant pour finalité de modéliser l'objet d'étude, j'ai essayé durant tout le processus de rendre explicite ce qui relève objectivement de la pratique des innovations étudiées et de ce qui revient à ce que j'ai construit, proposé ou modélisé. Ainsi, il est assumé dans cette thèse que l'exhaustivité des réalités des cas n'a pas été atteinte, mais un effort intellectuel et réflexif a été fait pour « concevoir ce qui pourrait être et devenir sans s'arrêter à l'analyse de ce qui est déjà » (Le Moigne, 1999, p.158). En ce sens, la modélisation systémique appliquée à l'approche qualitative est une expérience humaine dans la recherche qui laisse libre cours à l'inventivité, la créativité et à une rigueur méthodologique. Dans la praxis de la construction des connaissances, il a été assuré une relation entre « l'activité de recherche » et le « contexte interprétatif » qui peut être comprise comme suit :

L'activité de recherche porte des orientations et des attentes qui font surgir un contexte pertinent, lequel contexte modifie les orientations de la recherche et ainsi de suite. L'émergence du contexte interprétatif pertinent (le système), se fait donc en grande partie, sous l'impact de l'activité de recherche et du contexte lui-même (que celui-ci soit défini a priori ou qu'il soit émergent). (Mucchielli, 2006, p.16)

Une autre limite est liée au fait que, durant la collecte des données dans les villages au Mali, je ne maîtrisais pas les langues locales. Le recours à l'interprétariat peut souvent remettre en question la crédibilité des données. En effet, le rapport dialogique²⁶ entre personnes interviewées et chercheuse est plus difficile à établir, car le savoir livré à la chercheuse dépend grandement du sens perçu et délivré par l'interprète (Niang et al., 2017 ; Pitchforth et van Teijlingen, 2005 ; Vachon, 2012).

²⁶ Ici, j'utilise dialogique au lieu de dialectique, dans le sens d'Edgar Morin. Ces deux notions renvoient à la discussion ou au dialogue entre deux entités opposées ou qui ont des raisonnements différents. Dans le principe de la dialectique, on tente de montrer les contradictions tout en cherchant à les dépasser (toujours selon notre propre réalité). Alors que le principe de la dialogique implique l'association des logiques différentes de ces deux entités, et on ne cherche pas à dépasser les contradictions. Dans ce principe, les contradictions et les tensions qui émanent du rapport que j'ai avec les personnes interviewées sont fusionnées, conjointes pour comprendre la réalité qui nous lie, l'objet de la recherche. Cela n'exclut pas la reconnaissance des particularités de chaque entité.

N'étant pas à ma première expérience de recherche qui exigeait l'utilisation de l'interprétariat, mes stratégies apprises d'une autre recherche (Niang et al., 2017) telles que la reconnaissance de la participation de l'interprète dans la construction des connaissances, la mise en place d'une technique d'animation dynamique avec l'interprète a aidé durant cette recherche à faire face aux défis d'interprétariat. Toutefois, dans cette recherche le défi supplémentaire qui se posait était la double traduction dans certains milieux. En effet, les personnes qui servaient d'interprètes ne maîtrisaient pas une des langues parlées (le Soninké), en plus les personnes au niveau des villages ne maîtrisaient pas souvent le français. Cela faisait que souvent, une personne locale était chargée d'effectuer la traduction dans une langue connue par l'interprète qui, par la suite, faisait la traduction en français pour ma compréhension des sujets discutés. Ce système d'interpréterait en boucle rendait les entrevues plus longues, donc il m'arrivait de demander à l'interprète d'animer l'ensemble de l'entrevue et de me faire un résumé au milieu et à la fin de l'entrevue. Pour éviter que certaines idées soient perdues dans les verbatim, la personne recrutée pour faire les transcriptions maîtrisait la langue qui est parlée localement dans les entrevues. De ce fait, il traduisait et transcrivait seulement ce qui a été dit par les personnes interviewées, et non les traductions en parallèle, afin d'assurer la crédibilité et la fiabilité des données.

D'autres limites liées aux aspects socioculturels sont également à relever. D'abord, les différents milieux et acteurs échantillonnés n'avaient pas les mêmes référents socioculturels, il peut arriver que certaines réalités ne soient pas soulevées de manière évidente dans cette étude. Aussi, comme annoncé dans l'introduction, la subjectivité et les finalités de la chercheuse peuvent orienter cette recherche vers certains concepts ou certains acteurs plus que d'autres. Certains modèles proposés pourraient alors ne pas inclure de manière évidente les particularités socioculturelles. Toutefois, dans les résultats empiriques, les positions des acteurs ont été diversifiées et certaines subtilités socioculturelles ont été mises en évidence. De nouvelles études, de nature ethnographique ou participative, pourraient permettre d'approfondir les modèles proposés.

Une autre limite est la désirabilité sociale. En effet, étant donné que les deux personnes informatrices qui me servaient d'interprètes travaillaient dans le projet MEDIK, ceci posait souvent un défi pour certaines personnes participantes à l'étude, surtout des services techniques. Il y avait parfois de la crainte de la part de ces personnes de dévoiler des croyances négatives sur les innovations étudiées. Toutefois, durant les entrevues, les interprètes et moi-même insistions largement sur l'importance de recevoir leurs perceptions négatives comme positives du projet et que cela n'impactera en rien le déroulement du projet dans leurs milieux. Il nous arrivait même souvent de discuter sur ces enjeux pendant plusieurs minutes avant de démarrer l'entrevue, afin de nous

assurer que les personnes interviewées soient à l'aise de nous parler sans craindre d'être jugées ou que l'entrevue ait des conséquences sur leur collaboration avec le projet MEDIK. De plus, les entrevues informelles ont été des moments, pour moi, de recueillir des informations supplémentaires sur les non-dits au moment des entrevues enregistrées. La désirabilité sociale et le risque du conformisme des propos ou de la censure de la parole étaient également présents durant les entrevues de groupe dans lesquelles des personnes n'ayant pas le même pouvoir ou statut social partageaient la discussion. Quand j'en prenais conscience, j'utilisais des techniques de relance pour aller chercher les voies minoritaires ; ou encore je faisais des rencontres informelles aussitôt après l'entrevue avec certaines personnes qui n'ont pas pris la parole pour compléter certaines idées.

Une autre limite est liée à la collaboration avec le programme ISMEA. L'approche collaborative, bien que comportant de multiples avantages précités dans le chapitre Méthodologie de la recherche, présente des défis considérables dans le cadre d'un projet de thèse. Tout d'abord, le fait de ne pas partager les mêmes orientations épistémologiques, théoriques et méthodologiques avec le programme ISMEA, plus précisément avec les chercheurs et souvent avec les informateurs et informatrice clés, posait parfois des incompréhensions et des inconforts par rapport à certains choix méthodologiques ou éthiques adoptés dans cette thèse. Par exemple, il arrivait souvent que certains collaborateurs estimaient que c'était une perte de temps le fait d'aller recruter certains acteurs qu'ils pensaient non pertinents (p. ex. : les acteurs au niveau des mairies ou de la recherche). Nonobstant, durant tout le processus de collecte, j'avais jugé important de garder l'équilibre entre : (1) ce qui fonde l'unité collaborative entre le projet de thèse et le programme ISMEA ; (2) et ce qui appartient à l'autonomie de cette recherche doctorale. Pour cela, il a été important, pour moi, de spécifier aux informateurs et informatrice clés que ce projet de thèse s'inscrit dans des paramètres institutionnels de production de la connaissance différents de ceux d'un programme de recherche interventionnelle, tel qu'ISMEA. Sur ce point, je leur expliquais les réalités institutionnelles que ce projet de thèse devait répondre, notamment sur les échéanciers de l'université, et également sur mes réalités personnelles pouvant affecter la progression de cette thèse. Aussi, je précisais le fait que ce projet de thèse n'avait pas une visée interventionnelle. Cette stratégie était en lien avec les attentes de certains collaborateurs qui attendaient assez rapidement les conclusions de la thèse pour nourrir leurs actions sur le terrain ou leurs rapports d'activités. Aussi, j'essayais, tout au long de la collecte, d'expliquer aux collaborateurs les raisons du choix de certains acteurs pour participer à cette étude de thèse et de la rationalité qui était derrière. Le fait que les personnes désignées informateurs clés assistaient à certaines entrevues a permis quand même de bâtir une certaine confiance mutuelle et une compréhension commune, entre elles et moi, dans une dynamique de co-réfléchir sur les enjeux communs qui nous intéressaient.

Conclusion

Cette étude avait pour projet de modéliser de façon systémique et qualitative les déterminants et processus de la mise à l'échelle et de la pérennisation à partir de trois innovations en santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) implantées au Burkina Faso (Chimioprévention du paludisme saisonnier [CPS]) et au Mali (Caisses villageoises de solidarité santé [CVSS] et les Comités de femmes utilisatrices des services de santé [CFU]). Ancrée dans le paradigme de la complexité et les épistémologies constructivistes, cette démarche de modélisation a facilité une compréhension fine et approfondie des innovations comme des systèmes sociaux complexes évoluant dans des contextes dynamiques et changeants. En ce sens, tout un univers de significations a été construit sur l'objet de recherche, tout en ayant conscience que ce ne sont que des représentations du réel parmi d'autres.

Cette étude est alors en rupture paradigmatique avec des formes de pensée qui considèrent les innovations, leur mise à l'échelle et leur pérennisation comme des processus linéaires, statiques dont les éléments déterminants leur réussite ou leur échec peuvent être comptabilisés. Le dépassement de ces modèles linéaires s'est fait, dans cette thèse, en considérant les relations, les interdépendances, le désordre, l'ordre, l'émergence, l'imprévu, la récursivité comme étant des phénomènes inhérents dans les processus d'innovation. En effet, bien que les théories systémiques ou de la complexité soient utilisées dans la recherche portant sur les innovations en santé, cette thèse est parmi les rares études qui ont utilisé la théorie de modélisation systémique pour étudier les processus de pérennisation et de mise à l'échelle en santé mondiale. Dans cette démarche de construction des connaissances, les réalités des trois innovations n'ont pas été analysées à partir de procédures méthodiques déjà faites ni interprétées à partir de théories existantes. Il y a eu des allers-retours incessants entre la théorie systémique, la méthodologie utilisée, les connaissances développées, l'objet de recherche et la réalité expérientielle de la chercheuse. Cela a favorisé une mise en pratique d'une posture réflexive en continu durant tout le processus de recherche. De plus, cette thèse s'est proposé d'étudier la mise à l'échelle, la pérennisation et l'innovation comme un ensemble, en considérant les contextes d'évolution et les finalités des processus. Cette vision d'ensemble a permis de modéliser les systèmes d'échanges qui existent entre l'innovation et ses processus, entre l'innovation, ses processus et l'environnement (ou contextes pertinents). Ainsi, cette étude a permis de générer un ensemble de connaissances empiriques et théoriques dynamiques et interreliées pouvant servir tant à la recherche qu'à la pratique.

Dans le processus de modélisation, il a été d'abord question de changer mon regard sur les innovations étudiées. En effet, ayant constaté dans la littérature existante que les innovations en santé sont souvent étudiées dans la perspective techno-économique qui n'est pas en adéquation avec les prémisses éthiques de la santé publique et communautaire, le paradigme de l'innovation sociale a été utilisé comme une toile de fond dans cette recherche²⁷. Il a permis d'aller au-delà de la matérialité des innovations, en ayant un intérêt à la démarche, aux processus, aux combinaisons d'idées, de pratiques et de façons de faire qui constituent chaque innovation. Ce travail intellectuel est important dans le processus de modélisation ancrée dans les épistémologies constructivistes qui permet à la chercheuse d'assigner des finalités à l'acte de connaître et de vivre une expérience dans la construction des connaissances.

Concrètement, le projet empirique de cette thèse a été mené avec un ensemble d'approches qualitatives. En ce sens, les résultats ont permis de relever que les innovations implantées dans les deux pays d'Afrique naviguent souvent dans des zones d'incertitude, de fragilités et de grandes vulnérabilités qui rendent difficiles les processus d'innovation dans les milieux. De plus, les processus d'innovation sont tapissés de rapports de pouvoir et la question des valeurs et rationalités des acteurs ressortaient comme étant déterminante dans les dynamiques contextuelles. Chaque innovation, dépendamment des acteurs qui l'ont initiée ou supportée, de la nature et de l'intensité du support externe ou interne qu'elle a reçu ainsi que des réalités organisationnelles ou communautaires, développe une trajectoire particulière. Les tendances qui se dégagent de ces trajectoires ont permis de caractériser deux types d'innovation : (1) celle initiée et soutenue par un partenaire technique financier (PTF) et (2) celle initiée et soutenue par les communautés.

Poursuivant la modélisation systémique, cinq déterminants interdépendants ont été caractérisés dans cette typologie pour comprendre les raisons pour lesquelles un type d'innovation peut prendre une trajectoire plutôt qu'une autre et les conditions de son succès ou de son échec dans les contextes des pays d'Afrique subsaharienne, comme le Mali ou le Burkina Faso. Ces déterminants sont : les valeurs (p.ex., le sens donné à l'innovation, les rationalités des acteurs) ; le leadership et la gouvernance (p.ex., les acteurs impliqués, le processus de participation et de collaboration des parties prenantes) ; les ressources financières, matérielles et de connaissance (non pas seulement de l'innovation, mais de toutes les parties prenantes ou des acteurs concernés par l'innovation) ; le financement (p.ex., flux des fonds, provenance du financement); la simplification et l'adaptation de

²⁷ Deux articles scientifiques ont été rédigés sur cette proposition d'orientation de la recherche et les interventions en santé publique et communautaire vers le paradigme d'innovation sociale : voir Niang et al., 2021a, 2021b.

l'innovation (p.ex., simplification, harmonisation, intégration dans les systèmes existants). L'histoire de chaque innovation étudiée a révélé que ces déterminants n'étant pas immuables, ils évoluent selon les dynamiques internes et externes à l'innovation et s'influencent entre eux. Pour cela, il est important d'avoir une lecture systémique de cette typologie. Ces influences entre déterminants et les contextes constituent une avancée et une contribution originale dans le domaine de la santé publique et communautaire dans lequel les déterminants des innovations sont souvent étudiés ou appréhendés de façon séparée ou ils sont souvent perçus comme étant des variables fermées sans échange avec la réalité sociale. Dans la typologie proposée, chaque déterminant proposé est un système ouvert qui ne peut être compris ou analysé en prenant en compte des éléments contextuels et en ayant une vision circulaire de la causalité.

Dans cette perspective, le projet théorique de cette thèse a permis de proposer une relation récursive et complexe de l'ensemble des processus d'innovation (conception/adoption, mise en œuvre, mise à l'échelle, pérennisation) et avec l'environnement dans lequel l'innovation évolue. Pour comprendre ce caractère récursif, il est important de bien délimiter les échelles contextuelles pertinentes pour l'innovation, mais également de considérer l'autonomie de chaque processus et des relations particulières qu'il a avec un contexte défini. Sur ce, cette thèse a montré de façon originale une perspective permettant de dépasser la dichotomie des contextes internes et externes souvent remarquée dans l'étude et la pratique des innovations. Les contextes ont été modélisés comme étant hétérogènes, imbriqués à différentes échelles micro-individuel-social ; méso-social et macro-social, tout en reconnaissant les réalités territoriales et les temporalités comme étant fondamentales dans les processus d'innovation.

Ensuite, un modèle conceptuel intégrateur des processus de la mise à l'échelle et de la pérennisation a été élaboré. Il regroupe dans un continuum deux événements critiques que sont : (1) la stabilisation (ressources, structure et composantes de l'innovation, finalités des processus et ancrage institutionnel/communautaire) ; (2) la résilience (capacités d'adaptation, de transformations, d'apprentissage et d'appropriation de l'innovation). Cette proposition est une avancée importante dans le champ de la santé publique et communautaire. D'une part, elle permet de dépasser les modèles théoriques et des façons de faire dans la pratique qui mettent davantage l'accent sur la stabilité des ressources durant la mise en œuvre pour pérenniser l'intervention et sur des étapes structurées pour la faire passer à l'échelle. D'autre part, ce cadre, en intégrant la résilience, permet de prendre en compte les bifurcations, le désordre ou tout élément perturbateur comme faisant partie intégrante des processus d'innovation. Cela permet de reconnaître la particularité des pays à faible ressource, comme le Burkina Faso et le Mali, dans lesquels les innovations naviguent et

évoluent dans des incertitudes et des vulnérabilités (physique, sociale, politique, institutionnelle, juridique, financière, etc.) qui sont souvent occultées dans les propositions théoriques et dans la pratique. Pour finir, généralement les approches paradigmatiques et les modèles théoriques sont conçus dans des contextes des pays du Nord et adaptés par la suite, souvent maladroitement, aux pays du Sud (Ela, 1998 ; Obregon, 2000). Cette thèse a voulu relever le défi de partir des réalités africaines et d'innovations existantes en SMNI pour concevoir et proposer des modèles, des visions, des pratiques.

Tout compte fait, cette thèse est tout d'abord, un ensemble d'expériences, de subjectivités modélisées selon mon propre vécu, mes finalités et mes orientations paradigmatiques, théoriques et méthodologiques. Pour cela, toutes connaissances développées dans cette thèse ne sont ni fermées ni finies. Étant certes situées dans des contextes particuliers, elles sont ouvertes à être explorées par d'autres recherches qui en donneraient certainement d'autres significations ou d'autres projets différents de ceux soutenus dans cette thèse. De ce fait, le point de départ motivationnel de cette thèse a été mon indignation sur les inégalités sociales grandissantes en SMNI. Au terme de ce projet, je reste convaincue que les communautés de la pratique et de la recherche ainsi que les décideurs en santé publique et communautaire devraient promouvoir la pérennisation et la mise à l'échelle des innovations en santé comme un impératif éthique dans tout projet ou programme de développement dans le but de favoriser l'accès équitable de leur impact dans les milieux d'implantation. Les innovations, mobilisant souvent d'importantes ressources (financières, matérielles, humaines), doivent prouver leur bien-fondé, leur pertinence et la possibilité de les maintenir dans les milieux. Il est dès lors important que les concepts de mise à l'échelle et de pérennisation soient étudiés dans d'autres contextes afin de mieux établir des connaissances empiriques dans une visée de bonifier les théories existantes et les pratiques. Les approches de recherche participative sont une avenue intéressante pour mieux saisir certaines propositions théoriques de cette recherche, et de stimuler des changements dans les pratiques d'innovation.

Partant de la perspective de l'innovation sociale, cette thèse propose la considération de certains principes forts dans une dynamique de pérennisation et de changement d'échelles des innovations en SMNI dans les pays d'Afrique. Ces principes sont la participation de toutes les parties prenantes ; le caractère dynamique et récursif des processus et des pratiques ; la mise en œuvre des pratiques inclusives axées sur l'équité, la qualité et l'équilibre des pouvoirs. Il demeure alors important dans les processus d'innovation de considérer la mise à l'échelle et la pérennisation dès la conception des innovations. Cela implique une meilleure implication de l'ensemble des parties prenantes, notamment les utilisateurs finaux, dans le développement des innovations. De plus, pour

stimuler l'apprentissage en continu et la capacité d'adaptation des innovations, il semble important de mettre en place des recherches interventionnelles dans lesquelles les données probantes pourront nourrir la pratique, et vice versa. Aussi, la planification et l'évaluation évolutives et dynamiques de l'ensemble des processus d'innovation, particulièrement de la mise à l'échelle et de la pérennisation doivent être mieux développées et promues dans les projets d'innovation en santé. Elles permettraient d'ajuster l'innovation, de prévoir certaines conséquences inattendues et d'améliorer les pratiques dans une visée transformatrice.

Sur cette lancée, les résultats de cette recherche permettent de suggérer aux communautés scientifiques et de la pratique en SMNI, d'utiliser l'inter-transdisciplinarité qui permet de puiser à l'intérieur du champ de la santé publique et communautaire (ce qui y est déjà établi) et de s'ouvrir à d'autres disciplines et savoirs (locaux, professionnels) pour conceptualiser et implanter les innovations. Dans ce sens, les projets d'innovation en SMNI devraient considérer les différentes expertises et savoirs provenant des parties prenantes, qu'elles soient de la recherche, des décideurs, des bailleurs de fonds et des communautés. Cela doit être fait dans un esprit de cocréation des projets d'innovation, ce qui suggère alors une démocratisation des pratiques qui tend vers l'équilibration des pouvoirs dans l'ensemble des processus d'innovation. La cocréation est alors un moyen et une finalité. Elle permet de reconnaître les pluralités de visions et les variétés de déterminants sociaux et écologiques de la santé dans une perspective de favoriser l'intelligence collective dans les processus d'innovation pour apporter des transformations durables dans les systèmes et la société en général.

Bibliographie

- Acharya, T. (2007). Science and technology for wealth and health in developing countries. *Glob Public Health*, 2(1), 53-63. doi:10.1080/17441690600673833
- Adamou, B., Curran, J., Wilson, L., Dagadu, N., Jennings, V., Lundgren, R.,... Hardee, K. (2013). *Guide for monitoring scale-up of health practices and interventions. Manual*. North Carolina: MEASURE Evaluation Population and Reproductive Health. Carolina Population Center Retrieved from <https://www.cpc.unc.edu/measure/prh>
- Adler, P. A., et Adler, P. (1987). *Membership roles in field research*. Newbury Park, Calif: Sage Publications.
- Alami, H., Rivard, L., Lehoux, P., Hoffman, S. J., Cadeddu, S. B. M., Savoldelli, M.,... Fortin, J.-P. (2020). Artificial intelligence in health care: laying the Foundation for Responsible, sustainable, and inclusive innovation in low- and middle-income countries. *Globalization and Health*, 16(1), 52. doi : 10.1186/s12992-020-00584-1
- Alexander, S. A. P., Jones, C. M. P., Tremblay, M.-C. P., Beaudet, N. M., Rod, M. H. P., et Wright, M. T. P. (2020). Reflexivity in Health Promotion: A Typology for Training. *Health Promotion Practice*. doi:10.1177/1524839920912407
- Alhadeff-Jones, M. (2008). Three generations of complexity theories: Nuances and ambiguities. *Educational Philosophy and Theory*, 40(1), 66-82. doi:10.1111/j.1469-5812.2007.00411.x
- Alkema, L., Chou, D., Hogan, D., Zhang, S., Moller, A.-B., Gemmill, A., . . . Mathers, C. (2016). Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet*, 387(10 017), 462-474. doi:10.1016/S0140-6736(15)00838-7
- Alonge, O., Rodriguez, D. C., Brandes, N., Geng, E., Reveiz, L., et Peters, D. H. (2019). How is implementation research applied to advance health in low-income and middle-income countries? *BMJ Global Health*, 4(2), e001257. doi:10.1136/bmjgh-2018-001257
- Anadòn, M., et Guillemette, F. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive? *Recherches Qualitatives (Hors Série : Acte du colloque Recherche Qualitative: Les questions de l'heure)*, (5), 26-37. http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/hors_serie/hors_serie_v5/anadon.pdf
- Anadón, M. (2019). Les méthodes mixtes : implications pour la recherche « dite » qualitative. *Recherches Qualitatives*, 38(1), 105–123. <https://doi.org/10.7202/1059650ar>
- Anders, G. (2009). *In the shadow of good governance: an ethnography of civil service reform in Africa*: Brill.
- Anderson, T., Curtis, A., et Wittig, C. (2014). *Definition and theory in social innovation*. Retrieved from Krems, Austria: <http://www.social-innovation-blog.com/wp-content/uploads/2014/05/Definitions-and-Theory-in-Social-Innovation-Final-1.pdf>
- Arsenault, C., Fournier, P., Philibert, A., Sissoko, K., Coulibaly, A., Tourigny, C., . . . Dumont, A. (2013). Emergency obstetric care in Mali: catastrophic spending and its impoverishing effects on households. *Bull World Health Organ*, 91(3), 207-216. doi:10.2471/BLT.12.108969
- Atkinson, J.-A., Vallely, A., Fitzgerald, L., Whittaker, M., et Tanner, M. (2011). The architecture and effect of participation: a systematic review of community participation for communicable disease control and elimination. Implications for malaria elimination. *Malaria Journal*, 10(1), 1-33. doi:10.1186/1475-2875-10-225
- Avelino, F., Wittmayer, J., Haxeltine, A., Kemp, R., O’Riordan, T., Weaver, P.,... Rotmans, J. (2014). Game Changers and Transformative Social Innovation. *The Case of the Economic Crisis and the New Economy*, p. 1-24.

[http://www.transitsocialinnovation.eu/content/original/TRANSIT%20outputs/91%20Game changers TSI Avelino etal TRANSIT workingpaper 2014.pdf](http://www.transitsocialinnovation.eu/content/original/TRANSIT%20outputs/91%20Game%20changers%20TSI%20Avelino%20etal%20TRANSIT%20workingpaper%202014.pdf)

- Awor, P., Nabiryo, M., et Manderson, L. (2020). Innovations in maternal and child health: case studies from Uganda. *Infect Dis Poverty*, 9(1), 36. doi:10.1186/s40249-020-00651-0
- Ayob, N., Teasdale, S., et Fagan, K. (2016). How social innovation ‘came to be’: Tracing the evolution of a contested concept. *Journal of Social Policy*, 45(4), 635-653.
- Azevedo, M. J. (2017). Public Health in Africa: Theoretical Framework. Dans M. J. Azevedo (dir.), *Historical Perspectives on the State of Health and Health Systems in Africa : The Pre-Colonial and Colonial Eras* (vol. I, p. 1-77). Palgrave Macmillan. Doi :10.1007/978-3-319-32461-6
- Bachelard, G. (1934/éd 1968). *Le nouvel esprit scientifique*(10. éd ed., pp. 179 p). Retrieved from http://classiques.uqac.ca/classiques/bachelard_gaston/nouvel_esprit_scientifique/nouvel_esprit.pdf
- Badillo, P. Y. (2013). Les théories de l'innovation revisitées : une lecture communicationnelle et interdisciplinaire de l'innovation? Du modèle « Émetteur » au modèle communicationnel. *Les Enjeux de l'information et de la communication*, 14-1(1), 19-34. doi:10.3917/enic.014.0019
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147. doi:10.1037/0003-066X.37.2.122
- Barker, P. M., Reid, A., et Schall, M. W. (2016). A framework for scaling up health interventions: lessons from large-scale improvement initiatives in Africa. *Implementation science : IS*, 11(11), 12. doi:10.1186/s13012-016-0374-x
- Barnett, H. G. (1953). *Innovation: the basis of cultural change* (1st ed ed.). New York: McGraw-Hill.
- Bekkers, V., Tummers, L., Stuijzand, B. G., et Voorberg, W. (2013). Social innovation in the public sector: an integrative framework. *LIPSE Working articles*(1).
- Belghiti Alaoui, A., De Brouwere, V., Meessen, B., et Bigdeli, M. (2020). Decision-making and health system strengthening: bringing time frames into perspective. *Health Policy and Planning*, 35(9), 1254-1261. doi:10.1093/heapol/czaa086
- Bentley, M. (2014). An ecological public health approach to understanding the relationships between sustainable urban environments, public health and social equity. *Health Promot Int*, 29(3), 528-537. doi:10.1093/heapro/dat028
- Bergman, D. A., et Beck, A. (2011). Moving From Research to Large-Scale Change in Child Health Care. *Academic Pediatrics*, 11(5), 360-368. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2011.06.004>
- Bhutta, Z. A., et Aleem, S. (2013). *A review of external assistance and aid effectiveness for maternal and child health: Challenges and opportunities*. Retrieved from
- Bhutta, Z. A., Ali, S., Cousens, S., Ali, T. M., Haider, B. A., Rizvi, A.,... Black, R. E. (2008). Alma-Ata: Rebirth and Revision 6 Interventions to address maternal, newborn, and child survival: what difference can integrated primary health care strategies make? *Lancet*, 372. doi:10.1016/s0140-6736(08)61407-5
- Bhutta, Z. A., et Black, R. E. (2013). Global Maternal, Newborn, and Child Health — So Near and Yet So Far. *New England Journal of Medicine*, 369(23), 2226-2235. doi:10.1056/NEJMra1111853
- Bhutta, Z. A., Das, J. K., Bahl, R., Lawn, J. E., Salam, R. A., Paul, V. K., . . . Walker, N. (2014). Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *The Lancet*, 384(9940), 347-370. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60792-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60792-3)
- Bidart, C., et Mendez, A. (2016). Un système d'analyse qualitative des processus dans les sciences sociales : l'exemple de la mutation d'une organisation In D. Demaziere et M. Jouvenet

- (Eds.), *Andrew Abbott et l'héritage de l'école de Chicago* (Vol. 2, pp. 217-236). <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01386588/>
- Bierschenk, T., et Olivier de Sardan, J. P. (2014). *States at work : dynamics of African bureaucracies* [1 online resource (xiv, 440 pages).]. In T. Bierschenk et J. P. Olivier de Sardan (Eds.), (Vol. 1, pp. 456). <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/43448>
- Binswanger-Mkhize, H. P., de Regt, J. P., et Spector, S. (2009). *Scaling Up Local et Community Driven Development (LCDD). A Real World Guide to Its Theory and Practice*. In H. P. Binswanger-Mkhize, J. P. de Regt, et S. Spector (Eds.), (pp. 156). <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/28252>
- Bitanhirwe, B. K. (2016). Scaling-up innovation as a means of tackling health inequalities. Commentary. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 52(2), 143. doi : 10.4415/ANN_16_02_01
- Blakely, T. A., et Woodward, A. J. (2000). Ecological Effects in Multi-Level Studies. *Journal of Epidemiology and Community Health* (1979-), 54(5), 367-374. doi: [10.1136/jech.54.5.367](https://doi.org/10.1136/jech.54.5.367)
- Blanchet, P. (2009). La réflexivité comme condition et comme objectif d'une recherche scientifique humaine et sociale. *Cahiers de sociolinguistique*, 14(1), 145-152. doi:10.3917/csl.0901.0145
- Bloom, D. E., Canning, D., et Weston, M. (2005). The value of vaccination. *World Economics-Henley On Thames-* 6(3), 15. doi: 10.1007/978-1-4419-7185-2_1
- Bob, J., Frank, M., Lars, H., et Abdelillah, H. (2013). Social innovation research: a new stage in innovation analysis? In M. Frank, M. Diana, A. Mehmood, et H. Abdelillah (Eds.), *The International Handbook on Social Innovation: Collective Action, Social Learning and Transdisciplinary Research*. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing.
- Boell, SK, et Cecez-Kecmanovic, D. A hermeneutic approach for conducting literature reviews and literature searches. *CAIS*. 2014;34:12. doi : 10.17705/1CAIS.03412
- Boell, SK., et Cecez-Kecmanovic, D. 2016. "On being 'systematic' in literature reviews". Dans : Leslie P. Willcocks & Chris Sauer & Mary C. Lacity (ed.), *Formulating Research Methods for Information Systems*, chapter 11, pages 48-78, Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1057/jit.2014.26>
- Boudon, R. (1999). La « rationalité axiologique »: une notion essentielle pour l'analyse des phénomènes normatifs. *Sociologie et sociétés*, 31(1), 103-117. doi:10.7202/001082ar
- Boudon, R. (2014). What is Context? *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 66(1), 17-45. doi:10.1007/s11577-014-0269-2
- Boullier, D. (1989). Du bon usage d'une critique du modèle diffusionniste : discussion-prétexte des concepts de Everett M. Rogers. *Réseaux*, 7(36), 31-51. doi:10.3406/reso.1989.1351
- Bozeman, B., et Corley, E. (2004). Scientists' collaboration strategies: implications for scientific and technical human capital. *Research Policy*, 33(4), 599-616. doi:10.1016/j.respol.2004.01.008
- Breitenstein, S. M., Gross, D., Garvey, C. A., Hill, C., Fogg, L., et Resnick, B. (2010). Implementation fidelity in community-based interventions. *Research in Nursing et Health*, 33(2), 164-173. doi : 10.1002/nur.20373
- Brownson, R. C., Fielding, J. E., et Maylahn, C. M. (2009). Evidence-Based Public Health: A Fundamental Concept for Public Health Practice. *Annual Review of Public Health*, 30(1), 175-201. doi:10.1146/annurev.publhealth.031308.100134
- Brownson, R. C., Kreuter, M. W., Arrington, B. A., et True, W. R. (2006). Translating Scientific Discoveries into Public Health Action: How Can Schools of Public Health Move Us Forward? *Public Health Reports (1974-)*, 121(1), 97-103. doi: 10.1177/003335490612100118
- Bump, J. B. (2015). Your call could not be completed as dialled: why truth does not speak to power in global health. Comment on "Knowledge, moral claims and the exercise of power in

- global health". *International journal of health policy and management*, 4(6), 395-397. doi:10.15171/ijhpm.2015.63
- Burke J. (2004). Infant HIV infection: acceptability of preventive strategies in central Tanzania. *AIDS education and prevention : official publication of the International Society for AIDS Education*, 16(5), 415–425. <https://doi.org/10.1521/aeap.16.5.415.48737>
- Callon, M., et Latour, B. (1986). Les paradoxes de la modernité. Comment concevoir les innovations? *Prospective et santé*, 36, p. 13-25.
- Camara, F. (2017). *Caisses villageoises de solidarité santé (CVSS) dans l'amélioration de l'état de santé des populations rurales de Diéma et Nioro*. (2e Master). Université des sciences, des techniques et des technologiques de Bamako, Bamako, Mali.
- Campbell, O. M., et Graham, W. J. (2006). Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *The Lancet*, 368(9543), 1284-1299. doi:10.1016/S0140-6736(06)69381-1
- Cassidy, E. F., Leviton, L. C., et Hunter, D. E. K. (2006). The relationships of program and organizational capacity to program sustainability: What helps programs survive? *Evaluation and Program Planning*, 29(2), 149-152. doi:10.1016/j.evalprogplan.2005.12.002
- Castro, F. G., Barrera, M., et Martinez, C. R. (2004). The cultural adaptation of prevention interventions: resolving tensions between fidelity and fit. *Prevention Science*, 5(1), 41–45. <https://doi.org/10.1023/B:PREV.0000013980.12412.cd>
- Ceptureanu, S. I., Ceptureanu, E. G., Luchian, C. E., et Luchian, I. (2018). Community Based Programs Sustainability. A Multidimensional Analysis of Sustainability Factors. *Sustainability*, 10(3), 870. Retrieved from <https://www.mdpi.com/2071-1050/10/3/870>
- Chambers, D. A., Glasgow, R. E., et Stange, K. C. (2013). The dynamic sustainability framework: addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. *Implementation Science : IS*, 8, 117-117. doi : 10.1186/1748-5908-8-117
- Chambon, J.-L., David, A., et Devevey, J.-M. (1982). *Les innovations sociales*. Paris: Presses universitaires de France.
- Chevallier, J. (2005). Politiques publiques et changement social. *Revue française d'administration publique*(3), 383-390. doi:10.3917/rfap.115.0383
- Chiasson, M. W. (2015). Avoiding methodological overdose: a declaration for independent ends. *Journal of Information Technology*, 30(2), 174–176. <https://doi.org/10.1057/jit.2015.11>
- Chirowa, F., Atwood, S., et Van der Putten, M. (2013). Gender inequality, health expenditure and maternal mortality in sub-Saharan Africa: A secondary data analysis. *African Journal of Primary Health Care et Family Medicine*, 5(1), 471. doi:10.4102/phcfm.v5i1.471
- Chiya, H. W., Naidoo, J. R., & Ncama, B. P. (2018). Stakeholders' experiences in implementation of rapid changes to the South African prevention of mother-to-child transmission programme. *African journal of primary health care & family medicine*, 10(1), e1–e10. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v10i1.1788>
- Chopra, M., Sharkey, A., Dalmiya, N., Anthony, D., et Binkin, N. (2012). Strategies to improve health coverage and narrow the equity gap in child survival, health, and nutrition. *The Lancet*, 380(9850), 1331-1340. doi:10.1016/S0140-6736(12)61423-8
- Church, K., De Koning, K., Hilber, A. M., Ormel, H., et Hawkes, S. (2010). Integrating Sexual Health Services Into Primary Care: An Overview of Health Systems Issues and Challenges in Developing Countries. *International Journal of Sexual Health*, 22(3), 131-143. doi:10.1080/19317611003672823
- Cloutier, J. (2003). *Qu'est-ce que l'innovation sociale?* : Crises. <https://crises.uqam.ca/cahiers/et0314-quest-ce-que-linnovation-sociale/>
- Cohn, D. A., Kelly, M. P., Bhandari, K., Zoerhoff, K. L., Batcho, W. E., Drabo, F.,.... Baker, M. C. (2019). Gender equity in mass drug administration for neglected tropical diseases: data from 16 countries. *International Health*, 11(5), 370-378. doi : 10.1093/inthealth/ihz012

- Compaoré, R., Yameogo, M. W. E., Millogo, T., Tougri, H., et Kouanda, S. (2017). Evaluation of the implementation fidelity of the seasonal malaria chemoprevention intervention in Kaya health district, Burkina Faso. *PLoS ONE*, *12*(11), e0187460.
- Conrad, M. D., et Rosenthal, P. J. (2019). Antimalarial drug resistance in Africa: the calm before the storm? *The Lancet Infectious Diseases*, *19*(10), e338-e351.
- Conyers, D. (2007). Decentralisation and Service Delivery: Lessons from Sub-Saharan Africa. *IDS Bulletin*, *38*(1), 18-32. doi:10.1111/j.1759-5436.2007.tb00334.x
- Cresswell, J. W. (2007). *Qualitative Inquiry et Research Design-Choosing Among Five Approaches* (3 ed.). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Cyril, M. E., Sadaf, K., Cheryl, A. M., Patricia, S. C., et Bhutta, Z. A. (2016). Transformative Innovations in Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health over the Next 20 Years. *PLoS Medicine*, *13*(3), e1001969. doi:10.1371/journal.pmed.1001969
- Dandurand, L. (2005). Réflexion autour du concept d'innovation sociale, approche historique et comparative. *Revue française d'administration publique*(3), 377-382. Doi :10.3917/rfap.115.0377
- de Pinho, H., Murthy, R., Moorman, J., et Weller, S. (2005). Integration of health services. In T. K. Ravindran et H. de Pinho (Eds.), *The right reforms? Health sector reforms and sexual and reproductive health* (pp. 215-263). Johannesburg, South Africa: Women's Health Project/University of Witwatersrand.
- de Sardan, J.-P. O. (1995). *Anthropologie et développement: essai en socio-anthropologie du changement social*: Karthala Editions.
- Dearing, J. W. (2008). Evolution of diffusion and dissemination theory. *Journal of Public Health Management and Practice*, *14*(2), 99-108. doi:10.1097/01.PHH.0000311886.98627.b7
- Denis, J. L., Hebert, Y., Langley, A., Lozeau, D., et Trottier, L. H. (2002). Explaining diffusion patterns for complex health care innovations. *Health Care Manage Rev*, *27*(3), 60-73.
- Denzin, N. K., et Lincoln, Y. S. (2008). *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*: Sage Publications.
- Desgroseilliers, V., Vonarx, N., Guichard, A., Roy, B., Hamelin-Brabant, L., Alami, H.,... Guichard, A. (2016). *La santé communautaire en 4 actes : repères, , démarches et défis*. [Québec]: Presses de l'Université Laval.
- Diawara, F., Steinhardt, L. C., Mahamar, A., Traore, T., Kone, D. T., Diawara, H., . . . Dicko, A. (2017). Measuring the impact of seasonal malaria chemoprevention as part of routine malaria control in Kita, Mali. *Malaria Journal*, *16*(1), 325. doi : 10.1186/s12936-017-1974-x
- Dickson, K. E., Simen-Kapeu, A., Kinney, M. V., Huicho, L., Vesel, L., Lackritz, E.,... Lawn, J. E. (2014). Every Newborn: health-systems bottlenecks and strategies to accelerate scale-up in countries. *The Lancet*, *384*(9941), 438-454. doi:10.1016/S0140-6736(14)60582-1
- Direction générale des études et des statistiques sectorielles. (Août 2018). *Bulletin d'épidémiologie et d'information sanitaire*. Ouagadougou, Burkina Faso.
- Dirk, B., et Thilo, H. (2018). Approaches for Organizational Learning: A Literature Review. *SAGE Open*. doi:10.1177/2158244018794224
- Djellal, F., et Gallouj, F. (2012). Innovation sociale et innovation de service : première ébauche d'un dialogue nécessaire. *Innovations*(2), 37. doi:10.3917/inno.038.0037
- Donabedian, A. (1973). Social Values. In D. Avedis (Ed.), *Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care* (pp. 1-30). Cambridge: Harvard University Press.
- Druetz, T. (2018). Evaluation of direct and indirect effects of seasonal malaria chemoprevention in Mali. *Scientific Reports*, *8*(1), 8104. doi:10.1038/s41598-018-26474-6
- Druetz, T., Corneau-Tremblay, N., Millogo, T., Kouanda, S., Ly, A., Bicaba, A., et Haddad, S. (2018). Impact Evaluation of Seasonal Malaria Chemoprevention under Routine Program Implementation: A Quasi-Experimental Study in Burkina Faso. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, *98*(2), 524-533. doi:doi:https://doi.org/10.4269/ajtmh.17-0599

- Druetz, T., Kadio, K., Haddad, S., Kouanda, S., et Ridde, V. r. (2015). Do community health workers perceive mechanisms associated with the success of community case management of malaria? A qualitative study from Burkina Faso. *Social Science et Medicine*, 124, 232-240. doi:10.1016/j.socscimed.2014.11.053
- Dubar, C. (2014). Du temps aux temporalités: pour une conceptualisation multidisciplinaire. *Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines* (20). <https://doi.org/10.4000/temporalites.2942>
- Dutta, M. J., et de Souza, R. (2008). The past, present, and future of health development campaigns: reflexivity and the critical-cultural approach. *Health communication*, 23(4), 326-339. doi:10.1080/10410230802229704
- Eboko, F. (2019). Governance and AIDS in Africa group", "Background and evolution of an international solidarity instrument (Eng). *Face à Face*. Retrieved from https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers20-08/010078289.pdf
- Edwards, N. (2010). *Scaling-up health innovations and interventions in public health: a brief review of the current state-of-the-science*. Paper presented at the Proceedings of the Inaugural Conference to Advance the State of the Science and Practice on Scale-up and Spread of Effective Health Programs.
- Edwards, N., et Barker, P. M. (2014). The importance of context in implementation research. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 67, S157-S162. doi:10.1097/QAI.0000000000000322
- Edwards, N., et Roelofs, S. M. (2006). Sustainability: The Elusive Dimension of International Health Projects. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Santé Publique*, 97(1), 45-49. <https://www.jstor.org/stable/41994677>
- Ekman, B., Pathmanathan, I., et Liljestrang, J. (2008). Integrating health interventions for women, newborn babies, and children: a framework for action. *The Lancet*, 372(9642), 990-1000. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61408-7
- El-Noush, H., Silver, K. L., Pamba, A. O., et Singer, P. A. (2015). Innovating for women's, children's, and adolescents' health. *Bmj*, 351, h4151. doi:10.1136/bmj.h4151
- Ela, J. M. (1998). *Innovations sociales et renaissance de l'Afrique noire : les défis du monde d'en-bas*. Montréal: Harmattan.
- Elissalde, B. (2000). Géographie, temps et changement spatial. *L'Espace géographique*, 29(3), p. 224-236. <https://doi.org/10.3406/spgeo.2000.2008>
- Every Woman Every Child. (2015). *Saving lives, protecting futures. Progress Report on the Global Strategy for Women's and Children's Health 2010-2015*. <https://www.who.int/life-course/news/ewec-progress-report-2015.pdf>
- Fagerberg, J. (2004). *Innovation: a guide to the literature*. Paper presented at the The Many Guises of Innovation: What we have learnt and where we are heading, Ottawa, Canada. <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199286805.003.0001>
- Fairhead, J. (2016). Understanding Social Resistance to the Ebola Response in the Forest Region of the Republic of Guinea: An Anthropological Perspective. *African Studies Review*, 59(3), 7-31. doi:10.1017/asr.2016.87
- Fassin, D. (2008). *Faire de la santé publique* (2e éd. révisée). Éd. de l'École des hautes études en santé publique.
- Faye, S. L. (2012). Responsabiliser les relais communautaires pour le traitement préventif intermittent saisonnier du paludisme (TPI) au Sénégal : enjeux, modalités, défis. *Autrepart*, 60(1), 129. doi:10.3917/autr.060.0129
- Feeny, S., et de Silva, A. (2012). Measuring absorptive capacity constraints to foreign aid. *Economic Modelling*, 29(3), 725-733. doi:10.1016/j.econmod.2012.01.013
- Feldman, M. S., et Pentland, B. T. (2003). Reconceptualizing Organizational Routines as a Source of Flexibility and Change. *Administrative Science Quarterly*, 48(1), 94-118. Doi: 10.2307/3556620

- Fixsen, D. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. <https://nirn.fpg.unc.edu/sites/nirn.fpg.unc.edu/files/resources/NIRN-MonographFull-01-2005.pdf>
- Fontaine, P. (2008). Qu'est-ce que la science? De la philosophie à la science: les origines de la rationalité moderne. *Recherche en soins infirmiers* (1), 6-19. Doi : 10.3917/rsi.092.0006
- Fontan, J.-M. (2007). Innovation et changement social. In J.-L. Klein et D. Harrisson (Eds.), *L'innovation sociale: émergence et effets sur la transformation des sociétés*, Québec: Presses de l'Université de Québec (pp. 405-412). Québec, Canada: Presses de l'Université du Québec.
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*, (2 ed.). Montréal, Canada: Chenelière Education.
- Franz, H.-W., Hochgerner, J., et Howaldt, J. (2012). Challenge social innovation: An introduction. In H.-W. Franz, J. Hochgerner, et J. Howaldt (Eds.), *Challenge Social Innovation* (pp. 1-16). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Fraser, A., et Whitfield, L. (2008). *The politics of aid: African strategies for dealing with donors*. <https://www.econstor.eu/handle/10419/196304>
- Garfinkel, H. (1984). *Studies in ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press.
- Gendron, S. (2001). *La pratique participative en santé publique: l'émergence d'un paradigme, (tome I)*. (Thèse de doctorat). Université de Montréal, Québec, Montréal.
- Gendron, S., et Richard, L. (2015). La modélisation systémique en analyse qualitative: un potentiel de pensée innovante. *Recherches qualitatives, Hors-Série, 17*, 78-97.
- George, A. S., Erchick, D. J., Zubairu, M. M., Barau, I. Y., et Wonodi, C. (2016). Sparking, supporting and steering change: grounding an accountability framework with viewpoints from Nigerian routine immunization and primary health care government officials. *Health Policy Plan, 31*(9), 1326-1332. doi : 10.1093/heapol/czw057
- Gericke, C. A., Kurowski, C., Ranson, M. K., et Mills, A. (2005). Intervention complexity: a conceptual framework to inform priority-setting in health. *Bulletin of the World Health Organization, 83*(4), 285-293. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC15868020/>
- Giddens, A., et Audet, M. (2012). *La constitution de la société : éléments de la théorie de la structuration* (2e éd. ed.). Paris: Presses universitaires de France.
- Gillespie, S., Menon, P., et Kennedy, A. L. (2015). Scaling up impact on nutrition: what will it take? *Advances in Nutrition: An International Review Journal, 6*(4), 440-451. <https://doi.org/10.3945/an.115.008276>
- Gladwin, J., Dixon, R. A., et Wilson, T. D. (2002). Rejection of an innovation: health information management training materials in east Africa. *Health Policy Plan, 17*(4), 354-361. doi:10.1093/heapol/17.4.354
- Glasgow, R. E., Vogt, T. M., et Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *Am J Public Health, 89*. <https://doi.org/10.2105/ajph.89.9.1322>
- Godin, B. (2015). *Innovation: A Conceptual History of an Anonymous Concept*. Montréal, Québec. <http://www.csiic.ca/PDF/WorkingPaper21.pdf>
- Godin, B. (2016). *Innovation and Imitation: Why is Imitation not Innovation?* Montréal, Canada: <http://www.csiic.ca/en/innovation-and-imitation-why-is-imitation-not-innovation-2/>
- Gonsalves, J. (2000). *Going to scale: can we bring more benefits to more people more quickly*. Paper presented at the Workshop highlights presented by the CGIAR-NGO Committee and The Global Forum for Agricultural Research with BMZ, MISEREOR, Rockefeller Foundation, IIRI and IIRR.
- Goodman, R. M., McLeroy, K. R., Steckler, A. B., et Hoyle, R. H. (1993). Development of level of institutionalization scales for health promotion programs. *Health education quarterly, 20*(2), 161. <https://doi.org/10.1177/109019819302000208>

- Goodman, R. M., et Steckler, A. B. (1987). A model for the institutionalization of health promotion programs. *Fam Community Health*, 11. <http://www.jstor.org/stable/44952972>
- Green, B. N., Johnson, C. D., Adams, A. V. P. o. A. A., et Program Development, T. C. C. (2006). Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *Journal of Chiropractic Medicine*, 5(3), 101-117. doi:10.1016/S0899-3467(07)60142-6
- Green, L. W. (2006). Public Health Asks of Systems Science: To Advance Our Evidence-Based Practice, Can You Help Us Get More Practice-Based Evidence? *American Journal of Public Health*, 96(3), 406-409. doi: 10.2105/AJPH.2005.066035
- Green, L. W., Ottoson, J. M., García, C., et Hiatt, R. A. (2009). Diffusion Theory and Knowledge Dissemination, Utilization, and Integration in Public Health. *Annual Review of Public Health*, 30(1), 151-174. doi:10.1146/annurev.publhealth.031308.100049
- Greenhalgh, T. (2004). *How to Spread Good Ideas: A systematic review of the literature on diffusion, dissemination, and sustainability of innovations in health service delivery and organization, in Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R et D (NCCSDO)*. London: University College. <https://www.cs.kent.ac.uk/people/staff/saf/share/great-missenden/reference-papers/Overviews/NHS-lit-review.pdf>
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., et Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q*, 82(4), 581-629. doi:10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x
- Greenhalgh, T., Shaw, S., Wherton, J., Hughes, G., Lynch, J., A'Court, C.,... Stones, R. (2016). SCALS: a fourth-generation study of assisted living technologies in their organisational, social, political and policy context. *BMJ Open*, 6(2), e010208. doi:10.1136/bmjopen-2015-010208
- Greenhalgh, T., Wherton, J., Papoutsis, C., Lynch, J., Hughes, G., Hinder, S.,... Shaw, S. (2017). Beyond adoption: a new framework for theorizing and evaluating nonadoption, abandonment, and challenges to the scale-up, spread, and sustainability of health and care technologies. *Journal of medical Internet research*, 19(11), e367. <https://doi.org/10.2196/jmir.8775>
- Greenhalgh, T., Thorne, S., & Malterud, K. (2018). Time to challenge the spurious hierarchy of systematic over narrative reviews?. *European journal of clinical investigation*, 48(6), e12931. <https://doi.org/10.1111/eci.12931>
- Gregoire, M. (2016). Exploring various approaches of social innovation : a francophone literature review and a proposal of innovation typology. *Revista de Administração Mackenzie*, 17(6), 45-71. doi:10.1590/1678-69712016/administracao.v17n6p45-71
- Grisolia, F., et Farragina, E. (2015). Social Innovation on the Rise: yet another buzzword in a time of austerity? *Salute Società*. <http://dx.doi.org/10.3280/SES2015-001013>
- Gruen, R. L., Elliott, J. H., Nolan, M. L., Lawton, P. D., Parkhill, A., McLaren, C. J., et Lavis, J. N. (2008). Sustainability science: an integrated approach for health-programme planning. *Lancet*, 372. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)61659-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)61659-1)
- Guillemin, M., et Gillam, L. (2004). Ethics, Reflexivity, and etldquo ;Ethically Important Momentsetrdquo ; in Research. *Qualitative Inquiry*, 10(2), 261-280. <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.533.3263&rep=rep1&type=pdf>
- Gunawardena, N., Bishwajit, G., et Yaya, S. (2018). Facility-Based Maternal Death in Western Africa: A Systematic Review. *Frontiers in Public Health*, 6(48). doi: 10.3389/fpubh.2018.00048
- Gunderson, L. H., et Holling, C. (2002). *Panarchy Understanding Transformations in Human and Natural Systems*. Island press.
- Guttman, N. (1996). Values and Justifications in Health Communication Interventions: An Analytic Framework. *Journal of Health Communication*, 1(4), 365-396. doi:10.1080/108107396128004

- Hage, J., et Valadez, J. J. (2017). Institutionalizing and sustaining social change in health systems: the case of Uganda. *Health Policy Plan*, 32(9), 1248-1255. doi : 10.1093/heapol/czx066
- Haines, A., Sanders, D., Lehmann, U., Rowe, A. K., Lawn, J. E., Jan, S.,... Bhutta, Z. A. (2007). Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers. *The Lancet*, 369(9579), 2121-2131. doi:10.1016/S0140-6736(07)60325-0
- Hanson, K., Cleary, S., Schneider, H., Tantivess, S., et Gilson, L. (2010). Scaling up health policies and services in low- and middle-income settings. *BMC Health Services Research*, 10(Suppl 1), I1. doi:10.1186/1472-6963-10-S1-I1
- Hanson, K., Ranson, M. K., Oliveira-Cruz, V., et Mills, A. (2003). Expanding access to priority health interventions: a framework for understanding the constraints to scaling-up. *Journal of International Development*, 15(1), 1-14. doi:10.1002/jid.963
- Hartmann, A., et Linn, J. F. (2008). *Scaling up through aid-The real challenge*(pp. 8). Retrieved from https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/06/10_scaling_up_linn.pdf
- Haynes, R. B. (2002). What kind of evidence is it that Evidence-Based Medicine advocates want health care providers and consumers to pay attention to? *BMC Health Services Research*, 2(1), 3. doi:10.1186/1472-6963-2-3
- Head, B. W., et Alford, J. (2015). Wicked Problems: Implications for Public Policy and Management. *Administration and Society*, 47(6), 711-739. doi : 10.1177/0095399713481601
- Hedt-Gauthier, B. L., Jeufack, H. M., Neufeld, N. H., Alem, A., Sauer, S., Odhiambo, J.,... Volmink, J. (2019). Stuck in the middle: a systematic review of authorship in collaborative health research in Africa, 2014–2016. *BMJ Global Health*, 4(5), e001853. doi:10.1136/bmjgh-2019-001853
- Heritage, J. C., Albaret, M. l., et Quéré, L. (1991). L'ethnométhodologie : une approche procédurale de l'action et de la communication. *Réseaux*, 9(50), 89-130. doi : 10.3406/reso.1991.1900
- Hill, P. S., Huntington, D., Dodd, R., et Buttsworth, M. (2013). From Millennium Development Goals to post-2015 sustainable development: sexual and reproductive health and rights in an evolving aid environment. *Reproductive health matters*, 21(42), 113–124. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(13\)42737-4](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(13)42737-4)
- Hiller, B. T., Guthrie, P. M., et Jones, A. W. (2016). Overcoming Ex-Post Development Stagnation: Interventions with Continuity and Scaling in Mind. *Sustainability*, 8(2), 155.
- Hillier, J., Moullaert, F., et Nussbaumer, J. (2004). Trois essais sur le rôle de l'innovation sociale dans le développement territorial. *Géographie, économie, société*, 6(2), 129-152. doi:10.3166/ges.6.129-152
- Hirsch, J. S., Giang le, M., Parker, R. G., et Duong le, B. (2015). Caught in the middle: the contested politics of HIV/AIDS and health policy in Vietnam. *J Health Polit Policy Law*, 40(1), 13-40. doi:10.1215/03616878-2854447
- Hirschhorn, L. R., Talbot, J. R., Irwin, A. C., May, M. A., Dhavan, N., Shady, R.,... Weintraub, R. L. (2013). From scaling up to sustainability in HIV: potential lessons for moving forward. *Globalization and Health*, 9, 57. doi:10.1186/1744-8603-9-57
- Hochgerner, J. (2009). Innovation processes in the dynamics of social change. In J. Loudin et K. Schuch (Eds.), *Innovation cultures. Challenge and learning strategy* (pp. 17-45). Prague, Filosofia.
- Holling, C. S. (1973). Resilience and Stability of Ecological Systems. *Annual Review of Ecology and Systematics*, 4(1), 1-23. doi:10.1146/annurev.es.04.110173.000245
- Homer, J. B., et Hirsch, G. B. (2006). System Dynamics Modeling for Public Health: Background and Opportunities. *American Journal of Public Health*, 96(3), 452-458. doi:10.2105/AJPH.2005.062059
- Houéto, D. et Valentini, H. (2014). La promotion de la santé en Afrique : histoire et perspectives d'avenir. *Santé Publique*, 1, 9-20. Doi :10.3917/spub.140.0009

- Howaldt, J., Domanski, D., et Kaletka, C. (2016). Social innovation: towards a new innovation paradigm. *Revista de Administração Mackenzie*, 17(6), 20-44. doi:10.1590/1678-69712016/administracao.v17n6p20-44
- Hubert, A. (2010). *Empowering people, driving change: Social innovation in the European Union*. http://www.ess-europe.eu/sites/default/files/publications/files/social_innovation_0.pdf
- Hubert, A. (2012). Challenge social innovation: An introduction. In H.-W. Franz, J. Hochgerner, et J. Howaldt (Eds.), *Challenge Social Innovation* (pp. 1-16): Springer.
- Indig, D., Lee, K., Grunseit, A., Milat, A. J., et Bauman, A. (2017). Pathways for scaling up public health interventions. *BMC Public Health*, 18(1), 68. doi:10.1186/s12889-017-4572-5
- Ingram, P. (2017). Interorganizational Learning. Dans J. A. C. Baum (dir.), *The Blackwell companion to organizations* (1st ed., p. 643-663). Blackwell Publishers Ltd. <https://doi:10.1002/9781405164061.ch28>
- INSTAT. (2019, septembre). *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018, EDMS-VI*(pp. 643). <https://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/3526/study-description>
- Iwelunmor, J., Blackstone, S., Veira, D., Nwaozuru, U., Airhihenbuwa, C., Munodawafa, D., . . . Ogedegebe, G. (2016). Toward the sustainability of health interventions implemented in sub-Saharan Africa: a systematic review and conceptual framework. *Implementation Science : IS*, 11, 43. doi:10.1186/s13012-016-0392-8
- Jacquemot, P. (2007). Harmonisation et appropriation de l'aide. Commentaires autour de l'expérience du Ghana. [Aid Harmonization and Ownership: Comments on the Experience of Ghana]. *Afrique contemporaine*, 223-224(3), 161-191. doi:10.3917/afco.223.0161
- Jaffré, Y., et Olivier de Sardan, J. P. (2003). *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, Marseille (Bouches-du-Rhône): Karthala ; APAD.
- Jepperson, R. J. (1991). « Institutions, Institutional Effects and Institutionalism ». In W. W. Powell et P. J. DiMaggio (Eds.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Retrieved from <http://faculty.washington.edu/stovel/jepperson.pdf>
- Johnson, K., Hays, C., Center, H., et Daley, C. (2004). Building capacity and sustainable prevention innovations: a sustainability planning model. *Evaluation and Program Planning*, 27(2), 135-149. doi:10.1016/j.evalprogplan.2004.01.002
- Jourdan, D., O'Neill, M., Dupéré, S. & Stirling, J. (2012). Quarante ans après, où en est la santé communautaire ?. *Santé Publique*, 24, 165-178. <https://doi.org/10.3917/spub.122.0165>
- Juillet, A., Bokar, T., Hagiratou, O., et Derriennic, Y. (2017). Évaluation du Système de Santé au Mali. *Tiré de: https://www.hfgproject.org/evaluation-du-systeme-de-sante-au-mali*.
- Kalua, T., Tippett Barr, B. A., van Oosterhout, J. J., Mbori-Ngacha, D., Schouten, E. J., Gupta, S., . . . Jahn, A. (2017). Lessons Learned From Option B+ in the Evolution Toward "Test and Start" From Malawi, Cameroon, and the United Republic of Tanzania. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 75 Suppl 1, S43-s50. doi:10.1097/qai.0000000000001326
- Kassibo, B. (1997). La décentralisation au Mali: état des lieux. *Bulletin de l'APAD*(14). doi:10.4000/apad.579
- Katahoire, A. R., Henriksson, D. K., Ssegujja, E., Waiswa, P., Ayebare, F., Bagenda, D., Mbonye, A. K., & Peterson, S. S. (2015). Improving child survival through a district management strengthening and community empowerment intervention: early implementation experiences from Uganda. *BMC public health*, 15, 797. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1186/s12889-015-2129-z>
- Kayingo, G. (2012). Transforming global health with mobile technologies and social enterprises: global health and innovation conference. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 85(3), 425-427.
- Kemp, C. G., Jarrett, B. A., Kwon, C.-S., Song, L., Jetté, N., Sapag, J. C., . . . Baral, S. (2019). Implementation science and stigma reduction interventions in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Medicine*, 17(1), 6. doi:10.1186/s12916-018-1237-x

- Khan, M. F. A., Uddin, M. S., et Giessen, L. (2021). Microcredit expansion and informal donor interests: Experiences from local NGOs in the Sundarbans Mangrove Forest, Bangladesh. *World Development Perspectives*, 21. doi:10.1016/j.wdp.2021.100295
- Khatri, G. R., et Frieden, T. R. (2002). Rapid DOTS expansion in India. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(6), 457-463. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2567532/>
- Kickbusch, I. (2009). Policy innovations for health. In *Policy Innovation for Health* (pp. 1-21): Springer.
- Ki-Moon, B. (2009, mai). Resilience, Solidarity Are Best Response to Crisis, Secretary-General Says as He Addresses World Health Assembly. Nations Unies : New York. Retrieved from : <https://www.un.org/press/en/2009/sgsm12256.doc.htm>
- Klein, J.-L., et Laville, J.-L. (2014). L'innovation sociale : repères introductifs. In *L'innovation sociale* (pp. 7-44). Toulouse: ERES.
- Kohl, R., et Cooley, L. (2003). *Scaling Up—A conceptual and operational framework. A Preliminary Report to the MacArthur Foundation's Program on Population and Reproductive Health*. Washington, DC. http://vibrantcanada.ca/files/kohl_scaleup.pdf
- Kombate, G., Guiella, G., Baya, B., Serme, L., Bila, A., Haddad, S., et Bicaba, A. (2019). Analysis of the quality of seasonal malaria chemoprevention provided by community health Workers in Boulsa health district, Burkina Faso. *BMC Health Services Research*, 19(1), 472. doi:10.1186/s12913-019-4299-3
- Krentel, A., et Wellings, K. (2018). The role of gender relations in uptake of mass drug administration for lymphatic filariasis in Alor District, Indonesia. *Parasites et Vectors*, 11(1), 179. doi:10.1186/s13071-018-2689-8
- Krumholz, A. R., Stone, A. E., Dalaba, M. A., Phillips, J. F., et Adongo, P. B. (2015). Factors facilitating and constraining the scaling up of an evidence-based strategy of community-based primary care: Management perspectives from northern Ghana. *Global Public Health*, 10(3), 366-378. doi:10.1080/17441692.2014.981831
- Labonte, R. (1997). The population health/health promotion debate in Canada: the politics of explanation, economics and action. *Critical Public Health*, 7(1-2), 7–27. <https://doi.org/10.1080/09581599708409075>
- Lallemand, D. (2001). *Les défis de l'innovation sociale*. Issy-les-Moulineaux: ESF.
- Langley, A. (1999). Strategies for theorizing from process data. *Academy of Management Review*, 24(4), 691-710. doi : 10.5465/AMR.1999.2553248
- Lanham, H. J., Leykum, L. K., Taylor, B. S., McCannon, C. J., Lindberg, C., et Lester, R. T. (2013). How complexity science can inform scale-up and spread in health care: Understanding the role of self-organization in variation across local contexts. *Social Science et Medicine*, 93(C), 194-202. doi:10.1016/j.socscimed.2012.05.040
- Lanham, H. J., McDaniel, R. R., Jr., Crabtree, B. F., Miller, W. L., Stange, K. C., Tallia, A. F., et Nutting, P. (2009). How improving practice relationships among clinicians and nonclinicians can improve quality in primary care. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 35(9), 457-466. doi:10.1016/s1553-7250(09)35064-3
- Lapage, V. (2009). *La santé publique globalisée*. Québec, Québec: Presses de l'Université Laval.
- Lapointe, J. (1993). L'approche systémique et la technologie de l'éducation. <https://www.sites.fse.ulaval.ca/reveduc/html/vol1/no1/apsyst.html>
- Latour, B. (1994). Une sociologie sans objet? Remarques sur l'interobjectivité. *Sociologie du travail*, 587-607.
- Lavigne Delville, P. (2013). « Déclaration de Paris » et dépendance à l'aide : éclairages nigériens. [The “Paris Declaration” and aid dependency: Insights from Niger]. *Politique africaine*, 129(1), 135-155. doi:10.3917/polaf.129.0135

- Lawn, J., et Kerber, K. (2006). *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*. Cape Town: Partnership for Maternal, Newborn et Child Health.
- Leischow, S. J., & Milstein, B. (2006). Systems Thinking and Modeling for Public Health Practice. *American Journal of Public Health*, 96(3), 403-405. doi: 10.2105/AJPH.2005.082842
- Le Moigne, J.-L. (1994). *La théorie du système général : théorie de la modélisation* (4e éd. mise à jour ed.). Paris: Presses universitaires de France.
- Le Moigne, J. L. (1999). *La modélisation des systèmes complexes*. Paris : Dunod.
- Le Moigne, J.-L. (2007). *Les épistémologies constructivistes* (3e éd. ed.). Paris: Presses universitaires de France.
- Le Moigne, J.-L. (2012). *Les épistémologies constructivistes* (4e éd. mise à jour ed.). Paris: Presses universitaires de France.
- Lincoln, Y. S., et Guba, E. G. (1990). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park: Sage Publications.
- Lunze, K., Higgins-Steele, A., Simen-Kapeu, A., Vesel, L., Kim, J., et Dickson, K. (2015). Innovative approaches for improving maternal and newborn health - A landscape analysis. *BMC PREGNANCY AND CHILDBIRTH*, 15(338). doi:10.1186/s12884-015-0784-9
- Macfarlane, B. (2017). The paradox of collaboration: a moral continuum. *Higher Education Research and Development*, 36(3), 472-485. doi:10.1080/07294360.2017.1288707
- Maitlis, S., et Christianson, M. (2014). Sensemaking in organizations: Taking stock and moving forward. *Academy of Management Annals*, 8(1), 57-125. <http://dx.doi.org/10.1080/19416520.2014.873177>
- Mallé Samb, O., Ridde, V., et Queuille, L. (2013). Quelle pérennité pour les interventions pilotes de gratuité des soins au Burkina Faso? [What Sustainability for Free Health Care's Pilot Interventions in Burkina Faso?]. *Revue Tiers Monde*, 215(3), 73-91. doi:10.3917/rtm.215.0073
- Målvqvist, M., Yuan, B., Trygg, N., Selling, K., et Thomsen, S. (2013). Targeted interventions for improved equity in maternal and child health in low- and middle-income settings: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 8. doi:10.1371/journal.pone.0066453
- Mangham, L. J., et Hanson, K. (2010). Scaling up in international health: what are the key issues? *Health Policy and Planning*, 25(2), 85-96. doi:10.1093/heapol/czp066
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., Taylor, S., et Health, C. o. S. D. o. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661-1669. doi:10.1016/S0140-6736(08)61690-6
- Martinelli, F. (2013). Learning from case studies of social innovation in the field of social services: Creatively balancing top-down universalism with bottom-up democracy. In F. Moulaert, D. MacCallum, A. Mehmood, et A. Mamdouch (Eds.), *The International Handbook on Social Innovation* (pp. 346-360). Northampton, Massachusetts: Edward Elgar.
- Mason, C., Barraket, J., Friel, S., O'Rourke, K., et Stenta, C.-P. (2015). Social innovation for the promotion of health equity. *Health Promotion International*, 30(suppl2), ii116-ii125. doi:10.1093/heapro/dav076
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal, Québec : Gaétan Morin.
- Massé, R., et Saint-Arnaud, J. (2003). *Éthique et santé publique : enjeux, valeurs et normativité* (Vol. Sociétés, cultures et santé). Québec, Québec: Presses de l'Université Laval.
- Mazzucato, M., et Roy, V. (2019) Rethinking value in health innovation: *from mystifications towards prescriptions*, *Journal of Economic Policy Reform*, 22:2, 101-119, doi: [10.1080/17487870.2018.1509712](https://doi.org/10.1080/17487870.2018.1509712)
- McIntyre, D., Doherty, J., et Gilson, L. (2003). A tale of two visions: the changing fortunes of Social Health Insurance in South Africa. *Health policy and planning*, 18(1), 47-58. <https://doi.org/10.1093/heapol/18.1.47>

- Meessen, B., Shroff, Z. C., Ir, P., et Bigdeli, M. (2017). From Scheme to System (Part 1): Notes on Conceptual and Methodological Innovations in the Multicountry Research Program on Scaling Up Results-Based Financing in Health Systems. *Health Systems et Reform*, 3(2), 129-136. doi : 10.1080/23288604.2017.1303561
- Menter, M., Kaaria, S., Johnson, N., et Ashby, J. (2004). Scaling up. In D. Pachico et S. Fujisaka (Eds.), *Scaling up and out the impact of agricultural research with farmer participatory research* (Vol. 3, pp. 9-23). Cali, Colombia: International Center for tropical agriculture.
- Mercier, D., et Oiry, E. (2010). Le contexte et ses ingrédients dans l'analyse de processus : conceptualisation et méthode In A. Mendez (Ed.), *Processus : concepts et méthode pour l'analyse temporelle en sciences sociales* (pp. 29-41). <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00493128/>
- Meremikwu, M. M., Donegan, S., Sinclair, D., Esu, E., et Oringanje, C. (2012). Intermittent preventive treatment for malaria in children living in areas with seasonal transmission. *Cochrane Database Syst Rev*, 2(2). doi: 10.1002/14651858.CD003756.pub4
- Merriam, S. B. (1998). *Qualitative research and case study applications in education* (2 ed.). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Milat, A. J., Bauman, A., et Redman, S. (2015). Narrative review of models and success factors for scaling up public health interventions. *Implementation Science*, 10(1), 113. doi:10.1186/s13012-015-0301-6
- Milat, A. J., King, L., Bauman, A. E., et Redman, S. (2012). The concept of scalability: increasing the scale and potential adoption of health promotion interventions into policy and practice. *Health Promotion International*, 28(3), 285-298. doi : 10.1093/heapro/dar097
- Milat, A. J., Newson, R., King, L., Rissel, C., Wolfenden, L., Bauman, A.,... Giffin, M. (2016). A guide to scaling up population health interventions. *Public Health Res Pract*, 26(1), e2611604. doi:10.17061/phrp261160410.17061/phrp2541543
- Miles, B. M., et Huberman, M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2 ed.). Bruxelles, Belgique: De Boeck Supérieur.
- ministère de la santé. (2018). *Annuaire statistique 2018*. Ouagadougou, Burkina Faso. http://cns.bf/IMG/pdf/annuaire_ms_2018.pdf
- ministère de la santé et de l'hygiène publique. (avril 2018). *Annuaire Statistique 2018 du Système local d'information sanitaire du Mali*. Retrieved from <http://www.sante.gov.ml/docs/AnnuaireSLIS2018VFdu27avril.pdf>
- Moore, M.-L., Riddell, D., & Vocisano, D. (2015). Scaling out, scaling up, scaling deep: strategies of non-profits in advancing systemic social innovation. *Journal of Corporate Citizenship*, 2015(58), 67-84. <https://doi.org/10.9774/GLEAF.4700.2015.ju.00009>
- Moran, M., Skovdal, M., Mpandaguta, E., Maswera, R., Kadzura, N., Dzatira, F.,... Tlhajoane, M. (2020). The temporalities of policymaking: The case of HIV test-and-treat policy adoption in Zimbabwe. *Health et Place*, 61, 102-246. doi:<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2019.102246>
- Morel, C. M., Lauer, J. A., et Evans, D. B. (2005). Cost effectiveness analysis of strategies to combat malaria in developing countries. *BMJ*, 331(7528), 1299. doi:10.1136/bmj.38639.702384.AE
- Morin, E. (1997). Sur la transdisciplinarité. *Revue du MAUSS*, 10, 21-29. Retrieved from http://www.sgpum.com/content/uploads/files/24012011/forum_vol7no3.pdf
- Morin, E. (2005). *Introduction à la pensée complexe* ([Nouv. éd.] ed.). Paris: Éditions du Seuil.
- Moulaert, F., MacCallum, D., et Hillier, J. (2013a). Social innovation: intuition, precept, concept, theory and practice. In F. Moulaert, D. MacCallum, A. Mehmood, et A. Hamdouch (Eds.), *The International Handbook on Social Innovation: Collective Action, Social Learning and Transdisciplinary Research*. <http://dx.doi.org.acces.bibl.ulaval.ca/10.4337/9781849809993.00011>

- Moulaert, F., MacCallum, D., et Hillier, J. (2013b). Social innovation: intuition, precept, concept, theory and practice. In F. Moulaert, D. MacCallum, A. Mehmood, et A. Hamdouch (Eds.), *The International Handbook on Social Innovation: Collective Action, Social Learning and Transdisciplinary Research*. Cheltenham, United Kingdom: Edward Elgar Publishing.
- Mucchielli, A. (2006). Deux modèles constructivistes pour le diagnostic des communications organisationnelles. *Communication et organisation*, (30), 12-46. doi : 10.4000/communicationorganisation.3442
- Muhwezi, W. W., Palchik, E. A., Kiwanuka, D. H., Mpanga, F., Mukundane, M., Nanungi, A., Bataringaya, D., Ssesanga, P., & Aryaija-Karemani, A. (2019). Community participation to improve health services for children: a methodology for a community dialogue intervention in Uganda. *African health sciences*, 19(1), 1574–1581. <https://doi.org/10.4314/ahs.v19i1.32>
- Mulgan, G. (2019). Social innovation in the 2020s. In M. Geoff (Ed.), *Social Innovation. How Societies Find the Power to Change* (1 ed., pp. 225-234): Bristol University Press.
- Mulgan, G., Tucker, S., Ali, R., et Sanders, B. (2007). *Social innovation: what it is, why it matters and how it can be accelerated*. Retrieved from Oxford, England: http://eureka.sbs.ox.ac.uk/761/1/Social_Innovation.pdf
- Musesengwa, R., Chimbari, M. J., et Mukaratirwa, S. (2017). Initiating community engagement in an ecohealth research project in Southern Africa. *Infect Dis Poverty*, 6(1), 22. doi : 10.1186/s40249-016-0231-9
- Mwendera, C. A., de Jager, C., Longwe, H., Phiri, K., Hongoro, C., et Mutero, C. M. (2017). Changing the policy for intermittent preventive treatment with sulfadoxine-pyrimethamine during pregnancy in Malawi. *Malar J*, 16(1), 84. doi:10.1186/s12936-017-1736-9
- Namazzi, G., N, K. S., Peter, W., John, B., Olico, O., A, A. K., A, H. A., et Elizabeth, E. K. (2013). Stakeholder analysis for a maternal and newborn health project in Eastern Uganda. *BMC pregnancy and childbirth*, 13, 58. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-58>
- Nations Unies. (2015). *Objectifs du Millénaire pour le développement. Rapport 2015*. New York. https://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports/2015/pdf/rapport_2015.pdf
- Nations Unies. (2019). *Rapport sur les objectifs de développement durable*. Retrieved from New York: file:///C:/Users/Mamour.000/Downloads/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2019_French.pdf
- Ndiaye, P., Ndiaye, N. M., Diongue, M., Faye, A., et Dia, A. T. (2010). Participation communautaire dans un projet de latrines en zone rurale sénégalaise. *Santé Publique*, 22(1), 147-154. doi:10.3917/spub.101.0147
- Ndiaye, S. (2013). *Perspectives de reconstruction en Afrique de l'Ouest : la piste des innovations socio-territoriales Cahier no 13-03*. <http://w4.uqo.ca/crcoc/Fichiers/cahiers/1303%20-%20Ndiaye.%20Sambou.pdf>
- Ndongo, M., et Klein, J.-L. (2020). Les innovations sociales en Afrique subsaharienne la place des communautés et des territoires locaux. *Canadian Journal of Nonprofit and Social Economy Research*, 11(2), 26. doi:10.29173/cjnser.2020v11n2a379
- Nelson, D. R., Adger, W. N., et Brown, K. (2007). Adaptation to Environmental Change: Contributions of a Resilience Framework. *Annual Review of Environment and Resources*, 32(1), 395-419. doi:10.1146/annurev.energy.32.051807.090348
- Neuhauser, L., D. M. Richardson, S. Mackenzie and M. Minkler (2007). Advancing transdisciplinary and translational research practice: Issues and models of doctoral education in public health. *Journal of Research Practice*, 3(2). <http://jrp.icaap.org/index.php/jrp/article/view/103/146>
- Niang, M. (2014). *Le non-recours aux services de soins prénatals expériences de femmes vivant dans la commune rurale de Kokologho au Burkina Faso*. (Master Mémoire). Université Laval, Québec. <http://www.theses.ulaval.ca/2014/31256>

- Niang, M., Dupéré, S., & Gagnon, M. P. (2021a). L'innovation en santé est-elle perçue comme étant technologique ou sociale? Une réflexion conceptuelle dans le domaine de la santé publique. *Revue Organisations & Territoires*, 30(1), 1-14.
- Niang, M., Dupéré, S., Alami, H. et Gagnon, M.-P. (2021b). Why is repositioning public health innovation towards a social paradigm necessary? A reflection on the field of public health through the examples of Ebola and Covid-19. *Global Health* 17, 46. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00695-3>
- Niang, M., Dupéré, S., et Bédard, E. (2015). Le non-recours aux soins prénatals au Burkina Faso. *Santé Publique*, 27(3), 405-414. doi : 10.3917/spub.153.0405
- Niang, M., Dupéré, S., et Fletcher, C. (2017). Une Africaine en « terrain africain ». Défis épistémologiques, éthiques et méthodologiques lors d'une recherche qualitative effectuée au Burkina Faso. http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero36/rq-36-1-niang-et-al.pdf
- Noordam, A. C., George, A., Sharkey, A. B., Jafarli, A., Bakshi, S. S., et Kim, J. C. (2015). Assessing scale-up of mHealth innovations based on intervention complexity: two case studies of child health programs in Malawi and Zambia. *J Health Commun*, 20(3), 343-353. doi : 10.1080/10810730.2014.965363
- Nyamtema, A. S., Urassa, D. P., et van Roosmalen, J. (2011). Maternal health interventions in resource limited countries: a systematic review of packages, impacts and factors for change. *BMC Pregnancy Childbirth*, 11. doi:10.1186/1471-2393-11-30
- Nyonator, F. K., Awoonor-Williams, J. K., Phillips, J. F., Jones, T. C., & Miller, R. A. (2005). The Ghana community-based health planning and services initiative for scaling up service delivery innovation. *Health policy and planning*, 20(1), 25–34. <https://doi.org/10.1093/heapol/czi003>
- Obregon, C. O. A., Rafael. (2000). A critical assessment of theories/models used in health communication for HIV/AIDS. *Journal of Health Communication*, 5(sup1), 5-15. <https://doi.org/10.1080/10810730050019528>
- OCDE. (2005). *Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement. Appropriation, harmonisation, alignement, résultats et responsabilité mutuelle*. In OCDE (Ed.), (Vol. 6, pp. 165-179). <https://www.cairn.info/revue-de-l-ocde-sur-le-developpement-2005-4-page-165.htm>
- OCDE. (2018). *Science, technologie et innovation : Perspectives de letapos ; OCDE 2018 (version abrégée)*.
- Oldenburg, B., et Glanz, K. (2002). Diffusion of innovations. In K. Glanz, B. K. Rimer, et F. M. Lewis (Eds.), *Health Behavior and Health Education-Theory Research, and Practice* (3 ed., pp. 312-334). San Francisco.
- Oliveira-Cruz, V., Kurowski, C., et Mills, A. (2003a). Delivery of priority health services: searching for synergies within the vertical versus horizontal debate. *Journal of International Development*, 15(1), 67. <https://doi.org/10.1002/jid.966>
- Oliveira-Cruz, V., Hanson, K., et Mills, A. (2003b). Approaches to overcoming constraints to effective health service delivery: a review of the evidence. *Journal of International Development*, 15(1), 41-65. doi:10.1002/jid.965
- Olivier de Sardan, J. P., Diarra, A., Kone, F. Y., Yaogo, M., et Zerbo, R. (2015). Local sustainability and scaling up for user fee exemptions: medical NGOs vis-a-vis health systems. *BMC Health Serv Res*, 15 Suppl 3(3), S5. doi : 10.1186/1472-6963-15-S3-S5
- Olivier de Sardan, J. P., et Ridde, V. (2012). L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger: les contradictions des politiques publiques. *Afrique contemporaine*, 243(3), 11-32. http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=AFCO_243_0011
- Olivier de Sardan, J. P., et Ridde, V. (2015). Public policies and health systems in Sahelian Africa: theoretical context and empirical specificity. *BMC Health Services Research*, 15(3), S3. doi:10.1186/1472-6963-15-S3-S3

- OMS - Comité régional de l'Afrique. (2016). *Cadre pour la mise en œuvre de la Stratégie Technique mondiale de Lutte contre le Paludisme 2016-2030 dans la Région africaine : rapport du Secrétariat*. Brazzaville: Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Afrique. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/251358>
- OMS. (2002). *Improving health outcomes of the poor: the report of Working Group 5 of the Commission on Macroeconomics and Health*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42488/9241590130.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- OMS. (2006). *The health of the people: the African regional health report*. http://whqlibdoc.who.int/afro/2006/9290231033_rev_eng.pdf
- OMS. (2009). *Comblent le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44083>
- OMS. (2010). *The World Health Report 2010: health systems financing: the path to universal coverage*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789241564021_eng.pdf?sequence=1
- OMS. (2011). Sommaire du savoir sur la santé des femmes et des enfants #16 Les parlementaires. https://www.who.int/pmnch/topics/maternal/KS16_Standalone_low_FR.pdf?ua=1
- OMS. (2015). *Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030* (9 242 564 990). https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/176720/9789242564990_fre.pdf
- OMS. (2019). *World malaria report 2019* (9 241 565 721). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330011/9789241565721-eng.pdf>
- Oancea, A., & Pring, R. (2008). The importance of being thorough: on systematic accumulations of "what works" in education research. *Journal of Philosophy of Education*, 42(S1), 15–39. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9752.2008.00633.x>
- Paillé, P. (2007). La recherche qualitative-Une méthodologie de la proximité. In D. Henri (Ed.), *Problèmes sociaux: Théories et méthodologies de la recherche*. Québec, Canada: Les Presses de l'Université du Québec.
- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (Quatrième édition ed.). [Paris]: Armand Colin.
- Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., et Hafizur Rahman, M. (2008). Poverty and Access to Health Care in Developing Countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136(1), 161-171. doi:10.1196/annals.1425.011
- Pettigrew, A. M. (1990). Longitudinal Field Research on Change: Theory and Practice. *Organization Science*, 1(3), 267-292. doi:10.1287/orsc.1.3.267
- Pettigrew, A. M., Woodman, R. W., et Cameron, K. S. (2001). Studying Organizational Change and Development: Challenges for Future Research.(Statistical Data Included). *Academy of Management Journal*, 44(4), 697. doi:10.2307/3069411
- Pfadenhauer, L. M., Gerhardus, A., Mozygemba, K., Lysdahl, K. B., Booth, A., Hofmann, B.,... Rehfuess, E. (2017). Making sense of complexity in context and implementation: the Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework. *Implementation science : IS*, 12(1), 21-21. doi:10.1186/s13012-017-0552-5
- Phills, J., Deiglmeier, K., et Miller, D. (2008). Rediscovering Social Innovation. *Stanford Social Innovation Review*, 6(4), 34-43. https://www.researchgate.net/profile/James-Phills/publication/242511521_Rediscovering_Social_Innovation/links/5630f4d208ae3de9381cd631/Rediscovering-Social-Innovation.pdf
- Pires, A. (1997). *Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique*. Document électronique réalisé par J-M.Tremblay, bénévole. http://classiques.uqac.ca/contemporains/pires_alvaro/echantillonnage_recherche_qualitative/echantillon_recherche_qual.pdf

- Pitchforth, E., et van Teijlingen, E. (2005). International public health research involving interpreters: a case study from Bangladesh. *BMC Public Health*, 5(1), 1-7. doi:10.1186/1471-2458-5-71
- Pluye, P. (2002). *Vers un nouveau modèle théorique du déroulement des programmes: Étude de la routinisation des programmes en promotion de la santé*: Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Secteur Santé publique.
- Pluye, P., Potvin, L., et Denis, J.-L. (2004a). Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning*, 27(2), 121-133. doi:10.1016/j.evalprogplan.2004.01.001
- Pluye, P., Potvin, L., Denis, J.-L., Pelletier, J., et Mannoni, C. (2005). Program sustainability begins with the first events. *Evaluation and Program Planning*, 28(2), 123-137. doi:https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2004.10.003
- Pluye, P., Potvin, L., Denis, J. L., et Pelletier, J. (2004b). Program sustainability: focus on organizational routines. *Health Promotion International*, 19(4), 489-500. doi:10.1093/heapro/dah411
- PNUD. (2018). *Stratégie et Plan d'action genre du PNUD au Mali 2018-2020*. <https://www.africa.undp.org/content/rba/fr/home/library/reports/strategie-et-plan-daction-genre-du-pnud-au-mali-2018-2020.html>
- Pol, E., et Ville, S. (2009). Social innovation: Buzz word or enduring term? *Journal of Socio-Economics*, 38(6), 878-885. doi:10.1016/j.socec.2009.02.011
- Potvin, L., Gendron, S., Bilodeau, A., et Chabot, P. (2005). Integrating Social Theory Into Public Health Practice. *American Journal of Public Health*, 95(4), 591-595. doi:10.2105/ajph.2004.048017
- Pouvreau, D. (2013). *Une histoire de la " systémologie générale" de Ludwig von Bertalanffy-Généalogie, genèse, actualisation et postérité d'un projet herméneutique*. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS),
- Prata, N., Passano, P., Sreenivas, A., et Gerds, C. E. (2010). Maternal mortality in developing countries: challenges in scaling-up priority interventions. *Womens Health (Lond)*, 6(2), 311-327. doi:10.2217/whe.10.8
- Projet renforcement du système de santé décentralisé au Mali [PRRSD]. (Juin 2015). *Des femmes de Niore du Sahel et de Diéma, dans la région de Kayes au Mali, s'outillent pour mieux s'investir dans la gestion de la santé communautaire*. <https://www.ceci.ca/data/fr-renforcement-du-systeme-de-sante-decentralie-au-mali.pdf>
- Raffinot, M. (2010). L'appropriation (ownership) des politiques de développement: de la théorie à la pratique. *Mondes en développement*(1), 87-104. Doi: 10.3917/med.149.0087
- Ragins, B. R. (1997). Diversified Mentoring Relationships in Organizations: A Power Perspective. *The Academy of Management Review*, 22(2), 482-521. doi:10.2307/259331
- Reeder, J. C., Kieny, M. P., Peeling, R., et Bonnici, F. (2019). What if communities held the solutions for universal health coverage? *Infect Dis Poverty*, 8(1), 74. doi:10.1186/s40249-019-0586-9
- République du Mali. (2014). *Programme de développement socio-sanitaire 2014-2018 (PRODESS III)*.<http://www.sante.gov.ml/docs/PRODESS%20III%20Version%20finale.pdf>
- Rice, R. E., et Rogers, E. M. (1980). Reinvention in the Innovation Process. *Knowledge*, 1(4), 499-514. doi:10.1177/107554708000100402
- Richardson, K. (2004). Systems theory and complexity: Part 1. *Emergence: Complexity and Organization*, 6(3), 75-79. doi:10.emerg/10.17357.7ec106df2487e832480906e35d688f00
- Ridde, V. (2007). Réduire les inégalités sociales de santé : santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé ? *Promotion & Education*, 14(2), 111-114.
- Ridde, V. (2015). From institutionalization of user fees to their abolition in West Africa: a story of pilot projects and public policies. *BMC Health Services Research*, 15(3), S6. doi:10.1186/1472-6963-15-S3-S6

- Ridde, V., Druetz, T., Poppy, S., Kouanda, S., et Haddad, S. (2013). Implementation fidelity of the national malaria control program in Burkina Faso. *PLoS ONE*, 8(7), e69865. doi:10.1371/journal.pone.0069865
- Ridde, V., et Olivier de Sardan, J. P. (2017). The implementation of public health interventions in Africa: a neglected strategic theme. *Med Sante Trop*, 27(1), 6-9. doi:10.1684/mst.2016.0605
- Ridde, V., Pluye, P., et Queuille, L. (2006). Assessing program sustainability in public health organizations: a tool-kit application in Haiti. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 54(5), 421-432. [https://doi.org/10.1016/s0398-7620\(06\)76740-2](https://doi.org/10.1016/s0398-7620(06)76740-2)
- Rifkin, S. B. (1996). Paradigms lost: toward a new understanding of community participation in health programmes. *Acta tropica*, 61(2), 79-92. doi:10.1016/0001-706X(95)00105-N
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed ed.). New York: Free Press.
- Rosato, M., Laverack, G., Grabman, L. H., Tripathy, P., Nair, N., Mwansambo, C., . . . Costello, A. (2008a). Community participation: lessons for maternal, newborn, and child health. *The Lancet*, 372(9642), 962-971. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61406-3
- Rosato, M., Laverack, G., Grabman, L. H., Tripathy, P., Nair, N., Mwansambo, C.,... Costello, A. (2008b). Community participation: lessons for maternal, newborn, and child health. *The Lancet*, 372(9642), 962-971. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61406-3
- Rosenzweig, J. K. (2012). *Scaling-up community based neonatal resuscitation in Indonesia 2004-2010: A retrospective case study*. The University of North Carolina at Chapel Hill, <https://sph.unc.edu/wp-content/uploads/sites/112/2013/08/rosenzweig.pdf>
- Rother, E. T. (2007). Systematic literature review X narrative review. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2), 1-2. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001
- Saetta, S. (2016). Méthode documentaire et étude des écrits dans les recherches en santé In J. Kivits, F. Balard, C. Fournier, et M. Winance (Eds.), *Les recherches qualitatives en santé* (pp. 133-150). France: Armand Colin.
- Saidi, T., de Villiers, K., & Douglas, T. S. (2017). The sociology of space as a catalyst for innovation in the health sector. *Social science & medicine* (1982), 180, 36–44. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1016/j.socscimed.2017.03.015>
- Salia, S., Hussain, J., Tingbani, I., et Kolade, O. (2018). Is women empowerment a zero sum game? Unintended consequences of microfinance for women's empowerment in Ghana. *International Journal of Entrepreneurial Behavior et Research*.
- Samb, O. M. (2015). *La gratuité des soins et ses effets sociaux: entre renforcement des capacités et du pouvoir d'agir (empowerment) au Burkina Faso*. (3e Thèse). Université de Montréal, Montréal, Québec.
- Santoro, P. (2019). The sustainability of institutions: an unstable condition. *International Review of Administrative Sciences*, 85(4), 609-626. doi : 10.1177/0020852317741533
- Sarriot, E. G., et Shaar, A. N. (2020). Community Ownership in Primary Health Care—Managing the Intangible. *Global Health: Science and Practice*, 8(3), 327-331. doi:10.9745/ghsp-d-20-00427
- Sarriot, E. G., Winch, P. J., Ryan, L. J., Bowie, J., Kouletio, M., Swedberg, E.,... Pacqué, M. C. (2004). A methodological approach and framework for sustainability assessment in NGO-implemented primary health care programs. *The International Journal of Health Planning and Management*, 19(1), 23-41. doi:10.1002/hpm.744
- Scheirer, M. A. (2005). Is Sustainability Possible? A Review and Commentary on Empirical Studies of Program Sustainability. *American Journal of Evaluation*, 26(3), 320-347. doi : 10.1177/1 098 214 005 278 752
- Scheirer, M. A., et Dearing, J. W. (2011). An agenda for research on the sustainability of public health programs. *American Journal of Public Health*, 101(11), 2059. doi : 10.2105/AJPH.2011.300193

- Schulz, M. (2017). Organizational learning. Dans J. A. C. Baum (dir.), *The Blackwell companion to organizations* (1st ed., p. 415-441). Blackwell Publishers Ltd. <https://doi:10.1002/9781405164061.ch18>
- Schumpeter, J. A. (1939). *Business cycles : a theoretical, historical, and statistical analysis of the capitalist process*. New York: McGraw-Hill book company, inc.
- Schumpeter, J. A. (1950). *Capitalism, Socialism ad Democracy* (3 ed.). New York: Harper et Row.
- Secrétariat permanent du PRODESS. (2014). *Plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) 2014-2023*. Retrieved from http://www.sante.gov.ml/docs/PDDSS_2014-2023.pdf
- Sepey, M., Ridde, V., Touré, L., et Coulibaly, A. (2017). Donor-funded project's sustainability assessment: a qualitative case study of a results-based financing pilot in Koulikoro region, Mali. *Globalization and Health*, 13(1), 86. doi:10.1186/s12992-017-0307-8
- Seward, N., Hanlon, C., Murdoch, J., Colbourn, T., Prince, M. J., Venkatapuram, S., et Sevdalis, N. (2020). Contextual equipoise: a novel concept to inform ethical implications for implementation research in low-income and middle-income countries. *BMJ Glob Health*, 5(12). doi:10.1136/bmjgh-2020-003456
- Sharer, M., Davis, N., Makina, N., Duffy, M., et Eagan, S. (2019). Differentiated Antiretroviral Therapy Delivery: Implementation Barriers and Enablers in South Africa. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care : JANAC*, 30(5), 511–520. <https://doi.org/10.1097/JNC.0000000000000062>
- Shediac-Rizkallah, M. C., et Bone, L. R. (1998). Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Education Research*, 13(1), 87-108.
- Shiffman, J. (2014). Knowledge, moral claims and the exercise of power in global health. *International journal of health policy and management*, 3(6), 297-299. doi:10.15171/ijhpm.2014.120
- Shiffman, J. (2015). Global Health as a Field of Power Relations: A Response to Recent Commentaries. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(7), 497-499. doi:10.15171/ijhpm.2015.104
- Shiffman, J., et Smith, S. (2007). Generation of political priority for global health initiatives: a framework and case study of maternal mortality. *The Lancet*, 370(9595), 1370-1379. doi:10.1016/S0140-6736(07)61579-7
- Shiffman, J., Stanton, C., et Salazar, A. P. (2004). The emergence of political priority for safe motherhood in Honduras. *Health Policy and Planning*, 19(6), 380-390. doi:10.1093/heapol/czh053
- Shroff, Z. C., Bigdeli, M., et Meessen, B. (2017). From Scheme to System (Part 2): Findings from Ten Countries on the Policy Evolution of Results-Based Financing in Health Systems. *Health Systems et Reform*, 3(2), 137-147. doi:10.1080/23288604.2017.1304190
- Simmons, R., Brown, J., et Diaz, M. (2002). Facilitating large-scale transitions to quality of care: an idea whose time has come. *Stud Fam Plann*, 33(1), 61-75.
- Simmons, R., Fajans, P., et Ghiron, L. (2007). *Scaling up health service delivery : from pilot innovations to policies and programmes*. Geneva: World Health Organization.
- Smith, S. L., et Shiffman, J. (2016). Setting the global health agenda: The influence of advocates and ideas on political priority for maternal and newborn survival. *Social Science et Medicine*, 166, 86-93. doi:10.1016/j.socscimed.2016.08.013
- Social innovation in health initiative. (2017). <https://socialinnovationinhealth.org/>
- Spates, J. L. (1983). The Sociology of Values. *Annual Review of Sociology*, 9, 27-49.
- Sridhar, D. (2012). Who sets the global health research agenda? The challenge of multi-bi financing. *PLoS Med*, 9(9), e1001312. doi:10.1371/journal.pmed.1001312
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Stake, R. E. (2006). *Multiple case study analysis*. New York: The Guilford Press.

- Stephen, C., et Stemshorn, B. (2016). Leadership, governance and partnerships are essential One Health competencies. *One Health*, 2, 161-163. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.onehlt.2016.10.002>
- Stirman, S., Kimberly, J., Cook, N., Calloway, A., Castro, F., et Charns, M. (2012). The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implementation Science*, 7(1). doi:10.1186/1748-5908-7-17
- Subramanian, S., Naimoli, J., Matsubayashi, T., et Peters, D. (2011). Do we have the right models for scaling up health services to achieve the Millennium Development Goals? *BMC Health Serv Res*, 11. doi:10.1186/1472-6963-11-336
- Sunguya, B. F., Mlunde, L. B., Ayer, R., et Jimba, M. (2017). Towards eliminating malaria in high endemic countries: the roles of community health workers and related cadres and their challenges in integrated community case management for malaria: a systematic review. *Malaria Journal*, 16(1), 10. doi:10.1186/s12936-016-1667-x
- Tarde, G. (1895). *Les lois de l'imitation* [Édition électronique réalisée par : Les classiques des sciences sociales]. In É. Kimé (Ed.). Retrieved from http://classiques.uqac.ca/classiques/tarde_gabriel/lois_imitation/tarde_lois_imitation.pdf
- Tchiombiano, S. p. (2019). Santé publique, approche privée : Le Fonds mondial et la participation des acteurs privés à la santé mondiale. <https://journals.openedition.org/faceface/1232>
- Ten Hoope-Bender, P., Martin Hilber, A., Nove, A., Bandali, S., Nam, S., Armstrong, C., . . . Hulton, L. (2016). Using advocacy and data to strengthen political accountability in maternal and newborn health in Africa. *Int J Gynaecol Obstet*, 135(3), 358-364. doi:10.1016/j.ijgo.2016.10.003
- Thaddeus, S., et Maine, D. (1994). Too far to walk: Maternal mortality in context. *Social Science et Medicine*, 38(8), 1091-1110. doi:10.1016/0277-9536(94)90226-7
- Thimbleby, H. (2013). Technology and the Future of Healthcare. *Journal of Public Health Research*, 2(3). doi:10.4081/jphr.2013.e28
- Thompson, D. S., Fazio, X., Kustra, E., Patrick, L., & Stanley, D. (2016). Scoping review of complexity theory in health services research. *BMC health services research*, 16, 87. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1343-4>
- Touré, L. (2015). User fee exemption policies in Mali: sustainability jeopardized by the malfunctioning of the health system. *BMC Health Services Research*, 15(3), S8. doi:10.1186/1472-6963-15-S3-S8
- Trape, J.-F. (2001). The public health impact of chloroquine resistance in Africa. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 64(1_suppl), 12-17.
- Tremblay, M. C., et Parent, A. A. (2014). Reflexivity in PHIR: Let's have a reflexive talk! *Canadian Journal of Public Health*, 105(3), e221-e223.
- Tremblay, M. C., et Richard, L. (2011). Complexity: a potential paradigm for a health promotion discipline. *Health Promotion International*, 378-388. doi: 10.1093/heapro/dar0
- Tumusiime, P., Kwamie, A., Akogun, O. B., Elongo, T., et Nabyonga-Orem, J. (2019). Towards universal health coverage: reforming the neglected district health system in Africa. *BMJ Global Health*, 4(Suppl 9), e001498. doi : 10.1136/bmjgh-2019-001498
- Turcotte-Tremblay, A.-M., Gautier, L., Bodson, O., Sambieni, N. k. E., et Ridde, V. (2018). Le rôle des de la santé mondiale dans l'expansion du financement basé sur la performance dans les pays à faible et à moyen revenu. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 36(5), 261. doi:10.3917/jgem.185.0261
- Tyre, M., et Orlikowski, W. (1994). Windows of opportunity: temporal patterns in technical adaptation in organizations. *Organ Sci*, 5. <https://doi.org/10.1287/orsc.5.1.98>
- Uhly, K. M., Visser, L. M., et Zippel, K. S. (2017). Gendered patterns in international research collaborations in academia. *Studies in Higher Education*, 42(4), 760-782. doi:10.1080/03075079.2015.1072151

- Umar, N., Litaker, D., et Terris, D. D. (2009). Toward more sustainable health care quality improvement in developing countries: the "little steps" approach. *Qual Manag Health Care*, 18(4), 295-304. doi:10.1097/QMH.0b013e3181bee28d
- UNICEF. (2013). Innovative approaches to maternal and newborn health compendium of case studies. *New York: UNICEF*.
- UNICEF, OMS, Banque mondiale, et Division de la population du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies. (2015). *Levels and Trends in Child Mortality 2015. Report 2015. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation*. New York.
- Uvin, P. (1995). Fighting hunger at the grassroots: Paths to scaling up. *World Development*, 23(6), 927-939. doi:http://dx.doi.org/10.1016/0305-750X(95)00028-B
- Vachon, M. (2012). Ethnographie rwandaise sur l'apport subjectif bénéfique de l'interprète dans l'analyse de données. *Recherches Qualitatives*, 31(1), 114-129. http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/edition_reguliere/numero31%281%29/melanie-vachon.pdf
- Vähämäki, J., et Verger, C. (2019). Learning from Results-Based Management evaluations and reviews. doi:doi:https://doi.org/10.1787/3fda0081-en
- van de Ruit, C. (2019). Unintended consequences of community health worker programs in South Africa. *Qualitative health research*, 29(11), 1535-1548.
- Van de Ven, A. H., et Huber, G. P. (1990). Longitudinal Field Research Methods for Studying Processes of Organizational Change. *Organization Science*, 1(3), 213-219. doi:10.1287/orsc.1.3.213
- van den Broek, J., Boselie, P., et Paauwe, J. (2014). Multiple Institutional Logics in Health Care: 'Productive Ward: Releasing Time to Care'. *Public Management Review*, 16(1), 1-20. doi:10.1080/14719037.2013.770059
- van Niekerk, L., Ongkeko, A., Jr., Hounsell, R. A., Msiska, B. K., Mathanga, D. P., Mothe, J.,... Balabanova, D. (2020). Crowdsourcing to identify social innovation initiatives in health in low- and middle-income countries. *Infect Dis Poverty*, 9(1), 138. doi:10.1186/s40249-020-00751-x
- Vickers, I., Lyon, F., Sepulveda, L., et McMullin, C. (2017). Public service innovation and multiple institutional logics: The case of hybrid social enterprise providers of health and wellbeing. *Research Policy*, 46(10), 1755-1768. doi : https://doi.org/10.1016/j.respol.2017.08.003
- Victora, C. G., Barros, A. J. D., Axelson, H., Bhutta, Z. A., Chopra, M., França, G. V. A.,... Boerma, J. T. (2012). How changes in coverage affect equity in maternal and child health interventions in 35 Countdown to 2015 countries: an analysis of national surveys. *The Lancet*, 380(9848), 1149-1156. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61427-5
- Victora, C. G., Habicht, J. P., et Bryce, J. (2004). Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. *Am J Public Health*, 94. doi : 10.2105/ajph.94.3.400
- Victora, C. G., Hanson, K., Bryce, J., et Vaughan, J. P. (2004). Achieving universal coverage with health interventions. *The Lancet*, 364(9444), 1541-1548. doi:10.1016/S0140-6736(04)17279-6
- Vinck, D. (2012). Manières de penser l'innovation. *Les masques de la convergence: enquêtes sur sciences, industries et aménagements*, 125-148.
- Vinck, P., Pham, P. N., Bindu, K. K., Bedford, J., et Nilles, E. J. (2019). Institutional trust and misinformation in the response to the 2018–19 Ebola outbreak in North Kivu, DR Congo: a population-based survey. *The Lancet Infectious Diseases*, 19(5), 529-536.
- von Bertalanffy, L. (1950). An Outline of General System Theory. *The British Journal for the Philosophy of Science*, 1(2), 134-165. doi:10.1093/bjps/I.2.134
- von Bertalanffy, L. (1972). The History and Status of General Systems Theory. *The Academy of Management Journal*, 15(4), 407-426.

- Voorberg, W. H., Bekkers, V. J., et Tummers, L. G. (2015). A systematic review of co-creation and co-production: Embarking on the social innovation journey. *Public Management Review*, 17(9), 1333-1357.
- Vonarx, N. et Desgroseilliers, V. (2016). Santé communautaire et santé publique : des différences profondes. Dans V. Desgroseilliers, N. Vornax, A. Guichard and B. Roy, *La santé communautaire en 4 actes : repères, démarches et défis* (p.9-23). Québec, Canada, Presses de l'Université Laval.
- Wagstaff, A. (2002). Poverty and health sector inequalities. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(2), 97-105. doi:doi.org/10.1590/S0042-96862002000200004
- WHO. (2012). *WHO Policy Recommendation: Seasonal Malaria Chemoprevention (SMC) for Plasmodium falciparum malaria control in highly seasonal transmission areas of the Sahel sub-region in Africa*. Retrieved from Geneva:
- Whyle, E., et Olivier, J. (2020). Social values and health systems in health policy and systems research: a mixed-method systematic review and evidence map. *Health Policy and Planning*, 35(6), 735-751. doi : 10.1093/heapol/czaa038
- Wickremasinghe, D., Gautham, M., Umar, N., Berhanu, D., Schellenberg, J., et Spicer, N. (2018). “It’s About the Idea Hitting the Bull’s Eye”: How Aid Effectiveness Can Catalyse the Scale-up of Health Innovations. *International Journal of Health Policy and Management*, 10(x), 1-10.
- Wilson, A. L. (2011). A systematic review and meta-analysis of the efficacy and safety of intermittent preventive treatment of malaria in children (IPTc). *PloS One*, 6(2), e16976.
- Wilson, K. D., et Kurz, R. S. (2008). Bridging implementation and institutionalization within organizations: proposed employment of continuous quality improvement to further dissemination. *Journal of public health management and practice : JPHMP*, 14(2), 109-116. doi:10.1097/01.PHH.0000311887.06252.5f
- Woodcraft, S., Bacon, N., Faizullah, N., et Mulgan, G. (2008). *Transformers: How local areas innovate to address changing social needs*. United Kingdom. https://www.researchgate.net/publication/242266281_Transformers_How_local_areas_innovate_to_address_changing_social_needs
- Yakam, J. C., & Gruénais, M. E. (2009). Involving new actors to achieve ART scaling-up: difficulties in an HIV/AIDS counselling and testing centre in Cameroon. *International nursing review*, 56(1), 50–57. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2008.00680.x>
- Yamey, G. (2011). Scaling Up Global Health Interventions: A Proposed Framework for Success. *PLoS Medicine*, 8(6), e1001049. doi:10.1371/journal.pmed.1001049
- Yin, R. K. (2014). *Case study research : design and methods* (5 ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Yuan, B., Målqvist, M., Trygg, N., Qian, X., Ng, N., et Thomsen, S. (2014). What interventions are effective on reducing inequalities in maternal and child health in low- and middle-income settings? A systematic review. *BMC Public Health*, 14(1), 634. doi:10.1186/1471-2458-14-634
- Ziegler, R., Molnár, G., Chiappero-Martinetti, E., et von Jacobi, N. (2017). Creating (Economic) Space for Social Innovation. *Journal of Human Development and Capabilities*, 18(2), 293-298. doi:10.1080/19452829.2017.1301897
- Zinsstag, J., Schelling, E., Waltner-Toews, D., et Tanner, M. (2011). From “one medicine” to “one health” and systemic approaches to health and well-being. *Preventive Veterinary Medicine*, 101(3), 148-156. doi:<https://doi.org/10.1016/j.prevetmed.2010.07.003>

Annexe A : Recherche bibliographique pour la revue de littérature

Mots clés : utilisés dans les bases de données PUBMED

Social Innovation*[TIAB] OR Social Innovation*[OT]
OR "Organizational Innovation"[Mesh:NoExp] OR
OR "Social Change"[Mesh:NoExp]
OR "Community-Based Participatory Research"[Mesh]

AND

"Public Health"[Mesh:NoExp] OR Global Health[Mesh:NoExp] OR health[TIAB]

AND

"Africa"[Mesh] OR Africa[TIAB] OR Low-Income[TIAB] OR "Developing Countries"[Mesh]
OR Benin[TIAB]
OR Burkina Faso[TIAB]
OR Cabo Verde[TIAB]
OR Cote d'Ivoire[TIAB]
OR Gambia[TIAB]
OR Ghana[TIAB]
OR Guinea[TIAB]
OR Guinea-Bissau[TIAB]
OR Liberia[TIAB]
OR Mali[TIAB]
OR Mauritania[TIAB]
OR Niger[TIAB]
OR Nigeria[TIAB]
OR Senegal[TIAB]
OR Sierra Leone[TIAB]
OR Togo[TIAB]

AND

Sustainability[TIAB] OR sustainable[TIAB] OR scal* up[TIAB]
OR confirmation[TIAB] OR continuation[TIAB] OR durability[TIAB]
OR incorporation[TIAB] OR institutionalization[TIAB] OR routinization[TIAB] OR
stabilization[TIAB]
OR Sustainability[OT] OR sustainable[OT]
OR confirmation[OT] OR continuation[OT] OR durability[OT]
OR incorporation[OT] OR institutionalization[OT] OR routinization[OT] OR stabilization[OT]
OR "Diffusion of Innovation"[Mesh] OR Diffusion of Innovation[TIAB] OR "Culturally
Appropriate Technology"[Mesh]

Annexe B : Villages ayant une CVSS sélectionnés dans les quatre districts d'étude de Kayes selon les critères préétablis

Critères de sélection		Nioro	Diéma	Bafoulabé	Yélimané
Organisations ayant initié ou créé la CVSS	ONG ADG	Guémou Malinké	Aire de santé de Lakamané (Kamaré)		
	Services techniques			Tantoudji	Bidadji (aire de santé Biladjini) et Makougnan (aire de santé Yaguiné)
	Autres ONG (AMADECOM)	Guémou Malinké			
	Groupe de population		Guimbana et Dioba (Aire de Fassoudèbè)	Ganfan aval	
Types de prestation de services de la CVSS	CVSS qui assure seulement le transport d'urgence				Bidadji (aire de santé Biladjini) et Makougnan (aire de santé Yaguiné)
	CVSS qui assure d'autres types de services par exemple CPN ou autres (en plus du transport)				Bidadji (aire de santé Biladjini)
CVSS parmi les 12 premières créés en 2011 redevenues fonctionnelles depuis 2017		Guémou Malinké	Guimbana et Dioba (Aire de Fassoudèbè)		
CVSS organisées différemment (selon les critères d'adhésion, de				Tantoudji (adhésion et cotisation par ménage)	Bidadji (aire de santé Biladjini) et Makougnan (aire de santé Yaguiné) –

cotisation, de gestion des fonds...)					
Fonctionnement CVSS	CVSS avec moto		Guimbana et Dioba (Aire de Fassoudèbè)	Tantoudji	Bidadji (aire de santé Biladjini)
	CVSS sans moto	Diaye Coura (Aire de santé de Siringo)			
Éloignement de la localité ayant une CVSS	Localité éloignée du CSCom	Diaye Coura (Aire de santé de Siringo) Guémou Malinké			Bidadji (aire de santé Biladjini) et Makougnan (aire de santé Yaguiné)
	Localité proche ou abritant un CSCom		Guimbana et Dioba (Aire de Fassoudèbè)		

Annexe C : Grille d'analyse documentaire inspirée de Merriam (1998) et Saetta (2016) et liste des documents consultés

Types de documents	Authenticité du document	Nature du document	Pertinence du document
	Comment je l'ai obtenu ? Qui l'a produit ? À qui il est destiné ? Quel but poursuit ce document ?	Sources primaires Sources secondaires	Liens avec l'innovation ; Pertinents pour l'objet d'étude, Provenant essentiellement des acteurs impliqués dans l'innovation.
Rapports, notes du ministère de la Santé et des directions s'y afférant en rapport direct avec les innovations			
Comptes rendus, rapports, notes de communication des organisations non gouvernementales impliquées dans les innovations			
Rapports, publications des chercheurs impliqués dans ces innovations			
Documents (rapports, notes) des organisations internationales ou bailleurs de fonds			
Échanges ou correspondances (courriels non privés, lettres) entre les organisations ou impliqués			
Les communications externes (articles journaux, affiches, émissions radio, ou autres) destinées aux personnes externes de l'innovation.			

LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS

Type	Référence CPS	Référence CFU	Références CVSS
Rapports, notes de synthèse, plan des organisations de mise en œuvre	OMS Programme mondial de lutte antipaludique. (2012, mars). Recommandation de politique générale de l'OMS : Chimio-prévention du paludisme saisonnier pour lutter contre le paludisme à Plasmodium falciparum en zone de forte transmission saisonnière dans la sous-région du Sahel en Afrique. Document PDF, 4p.	FENASCOM. (2012, septembre version corrigée par le PRSSD). Guide d'implantation des comités de femmes utilisatrices des services du CScom (CFU). Document PDF, 20p.	FENASCOM. (2009, juin). Modèle de statuts pour les Caisses villageoises de Solidarité Santé (CVSS). Bamako, Mali. Document Word, 6p.
	OMS. (2013, juillet). Chimio-prévention du paludisme saisonnier par administration de Sulfadoxine pyriméthamine et d'Amodiaquine aux enfants. Guide de terrain. Document PDF, 56p.	Aire de santé Diéma Central. (2013, avril). Règlement intérieur du CFU « DIE HOROMA ». Document Word. 6p.	FENASCOM. (2009, juin). Manuel de référence pour la création d'une Caisse Villageoise de Solidarité Santé (CVSS). Document Word, 5p.
	Ministère de la santé. (2014, mai). Plan de mise en œuvre de la Chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) chez les enfants de 3 à 59 mois à la sulfadoxine-pyriméthamine amodiaquine (SP-AQ) dans les districts sanitaires concernés au Burkina Faso de 2014-2017. Ouagadougou, 36p	Plan d'action 2013 du CFU de Dianwely Counda (Nioro du Sahel). Document Word, 4p. Plan d'action 2013 du CFU de Diéma Central (Diéma). Document Word, 6p. Plan d'action 2013 du CFU de Tichitt (Nioro du sahel). Document Word, 4p.	SLDSES de Diéma. (2015, novembre). Rapport de la mission d'information et de sensibilisation des populations des aires de santé de Lakamane, Lattakaf, Diangounté, Debo Massassi et Torodo Période : du 18 au 19 mai 2013. Document Word, 11p.
	Malaria Consortium. Sauver des vies – la CPS à grande échelle. Document PDF, 3p.	Plan d'action 2014 du CFU de Dianwely Counda (Nioro du Sahel). Document Word, 4p. Plan d'action 2014 du CFU de Diéma Central (Diéma). Document Word, 4p. Plan d'action 2014 du CFU de Tichitt (Nioro du sahel). Document Word, 4p.	SLDSES de Diéma. Rapport de la mission d'appui à l'élaboration des statuts et règlement intérieur des Caisses Villageoises de Solidarité Santé des aires de santé de Lakamane, Lattakaf, Diangounté, Debo Massassi et Torodo Période : du 07 au 22 novembre 2015. Document Word, 15p.
	Balima, Zacharie. Panier Commun du ministère de la Santé, Burkina Faso. PADS. Document power point.	Protocole d'entente entre DRDSES de Kayes, Service local de développement social et de l'économie solidaire de Diéma, PRSSD et CFU de Diéma Central, l'ASACO. Document Word, 6p.	MEDIK. (2017, septembre). La stratégie de gestion des moto-ambulances. Document Word, 5p.
	PADS. Projects & Operations. Sahel Malaria and NTDs Project. Avis général de passation des marchés.	Protocole d'entente entre DRDSES de Kayes, Service local de développement social et de	Tableau de synthèse des CVSS des districts sanitaires de NIORO-DIEMA-BAFOULABE. Document Word, 2p.

Type	Référence CPS	Référence CFU	Références CVSS
	Document PDF, 3p.	l'économie solidaire de Diéma, PRSSD et CFU de Tichitt, l'ASACO. Document Word, 6p.	
	PNLP. (2014, 31 octobre). Synthèse rapports de mission de supervision CPS 2. Ouagadougou, 9 p.	Protocole d'entente entre DRDSES de Kayes, Service local de développement social et de l'économie solidaire de Diéma, PRSSD et CFU de Diema Central, l'ASACO. Document Word, 6p.	MEDIK. (2018, janvier). Mise à jour sur l'organisation du transport village – CCom. Document Power Point.
	Mama Traoré. (s.d). Chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) chez les enfants de 3 à 59 mois. Organisation : PNL	Protocole d'entente entre DRDSES de Kayes, Service local de développement social et de l'économie solidaire de Diéma, PRSSD et CFU de Dianwely Counda, l'ASACO. Document Word, 6p.	SLDSES de Yélimané. (2018). Rapport du processus de mise en place des CVSS de Makounga (aire de santé de Yaguiné) et Bidadji (aire de santé de Biladjimi). période du 10 janvier au 19 janvier 2018. Document Word, 21p.
	PNLP. (sd). Stratégie « Porte à Porte » au Burkina Faso. Document power point.	Composition du bureau du Comité de femmes utilisatrices de services de santé de Dianwely Counda. Document Word : 2p.	SLDSES de Bafoulabé. (2018). Rapport de suivi des CVSS. Période du 21 au 30 janvier 2018. Document Word, 7p.
	District sanitaire de Zorgho. (2015, 02 octobre). Rapport d'investigation (1 cas d'effet indésirable). Région sanitaire des Cascades. Bilan campagne CPS 2017. Document power point.	Composition du bureau du Comité de femmes utilisatrices de services de santé de Tichitt. Document Word : 2p.	SLDSES de Niore. (2018, janvier). Rapport de suivi semestriel des CVSS. Document Word, 10p.
	PNLP. (2015). Bilan du 2eme passage de la campagne CPS 2015. Du 4 au 7 septembre.	Composition bureau du Comité de femmes utilisatrices des services de santé Diéma Central. Document Word, 2p.	MEDIK. (2018). Rapport de mission de suivi des CVSS et de la diffusion de la stratégie de gestion de motos ambulance du 07 au 16 mars 2018. Document Word, 15p.
	PNLP. (2016, janvier). Rapport synoptique de la campagne de Chimio-prévention du paludisme saisonnier dans les 11 districts appuyés par Malaria Consortium en 2015 au Burkina Faso. 12p.	PRSSD. Plan de pérennisation. Innovation : Comité des femmes utilisatrices des services de santé. Partenaires DRDSES. Document PDF, 3 p.	MEDIK. Plan d'accompagnement/appropriation des CVSS.
	Ministère de la santé. (2016, novembre). Plan d'action 2017 pour la mise en œuvre de la Chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) chez les enfants de 3 à 59 mois au Burkina Faso. Financement	PRSSD. (2014, janvier). Termes de référence pour la capitalisation des Comités de femmes utilisatrices des services de santé. Région de Kayes. Document Word, 9p.	

Type	Référence CPS	Référence CFU	Références CVSS
	Banque mondiale. 27 p.		
	Ouédraogo, Émile W. (2017, février). Consultation conjointe sur la Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier. Progrès et défis de la pharmacovigilance de la CPS au Burkina Faso. Document power point.	PRSSD. (2014, octobre). Rapport de suivi du 1 ^{er} semestre 2014 des comités de femmes utilisatrices des services de santé de Diéma central, Dianwely Counda et Tichitt. Document Word, 42p.	
	Rapport de l'enquête réalisée par les moniteurs indépendants sur la mise en œuvre de la CPS dans la zone Banque mondiale. (2017, 21 février). Document power point. Monitoring zone Banque Mondiale. (décembre, 2017). Couvertures administratives de la campagne CPS 2017 et résultats du monitoring indépendant du 4 ^{ème} passage. Document power point.	DRDSES – (2015, mars). Rapport de suivi des Comités de Femmes Utilisatrices de Services de Santé de Diéma et Nioro 2 ^{ème} Semestre 2014. Document Word, 16p.	
	PNLP. (2018, janvier). Recommandations du bilan CPS 2017. Document Excel.	CSCOM de Diéma Central. Plan d'action 2015 du Comité des femmes utilisatrices de services de santé de Diéma Central. Document Word, 4p.	
	PNLP. (2018, janvier). Synthèse des recommandations du Bilan 2017. Document power point.	Plan d'action 2015 du Comité de femmes utilisatrices de service de santé de Dianwely Counda (Nioro du Sahel). Document Word, 5p.	
	PNLP. (2016) Rapport de la mise en œuvre de la campagne de Chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) : Premier passage 2016. Document Word, 15p.	Plan d'Action 2015 du Comité des Femmes Utilisatrices des Services de Santé de Tichitt. Document Word, 4p.	
	PNLP. Rapport synthèse de la mise en œuvre de la campagne de Chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) en 2016. Document Word, 16p.	Plan d'action 2015 du CFU de Diéma Central. Document Word, 4p.	
	AMOUH, Tete S. Projets Paludisme et Maladies Tropicales Négligées au Sahel (P/MTN). Réunion régionale	Projet renforcement du système de santé décentralisé au Mali [PRRSD]. (2015, juin). Des	

Type	Référence CPS	Référence CFU	Références CVSS
	sur la CPS, Ouagadougou, 13 au 15 février 2017. Document power point.	femmes de Nioro du Sahel et de Diéma, dans la région de Kayes au Mali, s'outillent pour mieux s'investir dans la gestion de la santé communautaire. Document PDF, 27 p.	
	Région de la Boucle du Mouhoun. Bilan CPS 2017. Ouagadougou les 13-14 décembre 2017. Document power point.	DRDSES. (2016, mars). Rapport de mission d'identification des associations/groupements féminins de l'aire de sante de Sélinkigny dans le district sanitaire de Bafoulabé. Document Word, 41p.	
	Région sanitaire du Centre-Est. Bilan de la mise en œuvre de la campagne CPS 2017 (4 CYCLES). 13 décembre 2017. Document power point.	CFU Tambacara à Yélimané. Journées d'échanges entre comites de femmes utilisatrices de services (CFU). 18 au 19 juillet 2017. Région de Kayes. Document Power Point.	
	Direction régionale de la santé du Centre Nord. Bilan CPS 2017. Ouagadougou, les 13-14 Décembre 2017. Document power point.	CFU Selinkigny à Bafoulabé. Journées d'échanges entre comites de femmes utilisatrices de services (CFU). 18 au 19 juillet 2017. Région de Kayes. Document Power Point.	
	Direction régionale du Centre-Ouest. Campagne de CPS de 2017. Bilan. Document power point.	CFU Diéma à Diéma. Journées d'échanges entre comites de femmes utilisatrices de services (CFU). 18 au 19 juillet 2017. Région de Kayes. Document Power Point.	
	Direction régionale de la santé du Centre Sud. Bilan national 2017 de la campagne de chimio – prévention du paludisme saisonnier. OUAGADOUGOU, 13 et 14 DECEMBRE 2017. Document power point.	CFU Tichitt à Nioro. Journées d'échanges entre comites de femmes utilisatrices de services (CFU). 18 au 19 juillet 2017. Région de Kayes. Document Power Point.	
	Présentation de la région de l'EST. Rencontre bilan national de la campagne de chimioprévention du paludisme saisonnier 2017. Ouagadougou, 13 et 14 décembre 2017. Document power point.	CFU Dianwenly Counda à Nioro. Journées d'échanges entre comites de femmes utilisatrices de services (CFU). 18 au 19 juillet 2017. Région de Kayes. Document Power Point.	

Type	Référence CPS	Référence CFU	Références CVSS
	DRS des Hauts Bassins. Bilan de la campagne de prévention du paludisme saisonnier 2017. Document power point.	PRSSD. (2017, février). Les comités de femmes utilisatrices des services de santé (CfU) : une opportunité pour les femmes de s'impliquer. Bulletin sur le CFU. Document PDF, 2p.	
	Direction régionale de la santé du Nord. Rencontre bilan CPS 2017. Document power point.	Rapport des journées d'échange. (2017). Document Word.	
	DRS du Plateau Central. Bilan CPS du 28 juillet au 21 octobre 2017. Document power point.	Concertation régionale FERASCOM. (2017). Synthèse de quelques indicateurs. Document Power Point. (données sur les différences d'implications dans le CA entre sexe)	
	DRS du Sahel. Bilan CPS 2017. Document Power point.	MEDIK & PRSSD. Atelier d'orientation pour l'extension des CFU dans le district sanitaire de Bafoulabé. Étapes du processus de mise en place de CFU. Document Power Point.	
	Région sanitaire du Sud-Ouest. Bilan CPS 2017 District sanitaire de Dano. Ouagadougou les 13 et 14 Décembre 2017. Document Power point.	PRSSD. (2017, novembre). Aide-mémoire pour l'organisation des séances de coaching sur l'élaboration du plan d'actions des CFU, la remontée et la gestion des plaintes formulées par les usagers et usagères du CSCOM. Document réalisé par Mahamadou TRAORE. Document Word, 5p.	
Rapports, publications des chercheurs impliqués dans ces innovations	Seogo, Pedwinde Hamadou. (sd). Effet de la Chimio-prévention du paludisme saisonnier (CPS) dans le district de Seguenega, au Burkina Faso, 2013-2015. Université Ouaga I Pr Joseph Ki Zerbo, Burkina Faso.		Fournier, Julie. (2011, juillet). Rapport Final. <i>Analyse d'implantation des Caisses Villageoises de Solidarité-Santé de la région de Kayes, au Mali.</i> Document Word, 101p. Fournier, J., Coulibaly, A., Tourigny, C., Diakité, S., et Fournier, P. (2013). Une analyse de l'implantation des Caisses villageoises de solidarité-santé dans la région de Kayes, au Mali. . In P. Fournier, S. Haddad, et V. Ridde (Eds.), <i>Santé maternelle et accès</i>

Type	Référence CPS	Référence CFU	Références CVSS
			<i>aux soins en Afrique de l'ouest: Contributions de jeunes chercheurs</i> (pp. 79-112). Paris: L'Harmattan.
	Zongo, Issaka. (sd). Suivi et évaluation des programmes CPS. Document Power point. Zongo, Issaka. (sd). Tracking the impact of SMC. Document power point. Institut de recherché en sciences de la santé. Unitaïd – Access SMC Institut de recherche en sciences de la santé. Essai Clinique randomisé de comparaison de l'utilisation de la DHA-PQ et de SP-AQ pour la Chimio- prévention du Paludisme saisonnier au Burkina Faso. Document Power point. Institut de recherche en sciences de la santé.		Programme ISMEA. Rapport sommaire narratif sur les 12 CVSS de trois districts de la région de Kayes. Document Word, 28p.
	Compaoré, Rachidatou. (2016, 20 avril), Évaluation de la fidélité de la mise en œuvre de la Chimio-prévention saisonnière (CPS) du paludisme dans le district sanitaire de Kaya. Protocole de mémoire de fin de formation en Master spécialisé. Institut africain de santé publique.		Camara, F. (2017). Caisses villageoises de solidarité santé (CVSS) dans l'amélioration de l'état de santé des populations rurales de Diéma et Nioro. (2e Master). Université des sciences, des techniques et des technologiques de Bamako, Bamako, Mali. Document PDR, 85p.
	Management Sciences for Health. (2016, 28 avril). Analyse des coûts pour la mise en œuvre de la Chimio-prévention du Paludisme Saisonnier (CPS) au Burkina Faso. Résultats primaires. Document powerpoint. Unitaïd ; Access SMC		MEDIK et ISMEA. Une démarche de recherche action pour une conception participative d'un modèle de caisses villageoises de solidarité-santé. Document Word, 9p.
Registre, outils de formation, de suivi et	OUTILS ENQUÊTE – MONITORAGE <ul style="list-style-type: none"> Fiche d'enquête des moniteurs indépendants. CPS P1 : du 22 au 25 juillet 2016. Document Word, 2p. Fiche d'enquête des moniteurs indépendants Période : du 27 au 28 Octobre 2016, Document 	RÈGLEMENT INTÉRIEUR <ul style="list-style-type: none"> ASACO de Sélinkigny (ASACO-ASSOUKAHO) et CFU. (2016, septembre). Règlement intérieur du CFU de Sélinkigny. Document Word, 5p. CFU Diawely Counda. 	Programmation du déroulement de la formation sur les CVSS à Bafoulabé. Document Word, 3p.

Type	Référence CPS	Référence CFU	Références CVSS
	Word, 2p.	Règlement intérieur de « CFU DIA KENDEYE ». (2013, avril). Document Word, 6p. <ul style="list-style-type: none"> • Règlement intérieur de « CFU DIE HOROMA ». Document Word, 6p. 	
	OUTILS APPROVISIONNEMENT <ul style="list-style-type: none"> • Bordereau de livraison CPS. Document Word, 1p. • État de répartition des outils. Document Excel. • État de répartition des kits de distribution. Document Excel. • Fiche de Stock des médicaments. Document Word, 1p. 	Fiche technique sur le Comité de femmes utilisatrices des services de santé. (2016) Document Word, 4p.	Cahier de bord de la moto ambulance de l'aire de santé de, Document Word. 2p. Règlement intérieur CVSS. (2017, décembre). Document Word, 4p.
	OUTILS COMMUNICATION <ul style="list-style-type: none"> • Contenu des séances causeries éducatives. Document Word, 3p. • Messages à donner aux parents/gardiens d'enfants par les distributeurs communautaires pendant l'administration de la SP+AQ. Document Word, 3p. • Messages clés pour les distributeurs communautaires qui s'adressent aux parents/gardiens de 3 à 59 mois durant chaque passage. Document Word, 2p. • Messages clés pour les crieurs publics. Document Word, 1p. • Documents techniques d'informations sur la CPS pour les leaders traditionnels et religieux. Document Word, 3p. • Messages à diffuser 	CANEVAS <ul style="list-style-type: none"> • Canevas compte rendu de réunion pour CFU. Document Word, 2p. • Canevas de rapport d'activité. Document Word, 2p. • Canevas pour le rapport et bilan financier. Document Word, 2p. 	GESTION MOTO AMBULANCE <ul style="list-style-type: none"> • Bons de sortie de fonds pour la moto ambulance. Document Word, 1p. • Cahier de recettes. Document Word, 1p. • Cahier de dépenses Comité de gestion de la moto ambulance. Document Word, 1p. • Compte résultat consolidé du comité de gestion de moto ambulance. Document Word, 1p. • Masque de saisie CVSS de la moto ambulance. Document Excel.

Type	Référence CPS	Référence CFU	Références CVSS
	<p>par les agents de santé à l'endroit des populations. Document Word, 1p.</p>		
	<p>OUTILS D'ADMINISTRATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiche de Référence du niveau communautaire dans le cadre de la CPS. Document Word, 1p. • Fiche de Référence du niveau communautaire dans le cadre de la CPS. Document PDF, 1p. • Carte CPS amendée. Document Excel. • Fiche de coche CPS. Document Excel. • Registre pour l'administration de la SP+AQ aux enfants de 3 à 59 mois. Document Word, 2p. 	<p>Critères d'identification de l'aire de santé pouvant abriter le CFU. Document Word, 3p.</p>	
	<p>OUTILS de GESTION DES DONNÉES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiche de monitoring journalier. Document Word, 1p. • Fiche synthèse niveau CSPS. Document Excel. • Masque CPS District sanitaire. Document Excel. 	<p>État de paiement de frais de déplacement. Document Word, 1p.</p>	
	<p>OUTILS DE FORMATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rapport de formation en CPS pour les formateurs. Document Word, 2p. • Guide de terrain pour la formation & la mise en œuvre de la Chimio-prévention du paludisme saisonnier. (2016) Document PDF, 75p. • Guide du Formateur pour la CPS. (2016). Document Word, 109p. 	<p>MODULE DE FORMATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Module de formation des membres des comités de femmes utilisatrices des services de santé en techniques d'animation de groupes. Document Word, 13p. • Module de santé communautaire. Document Word. 	

Type	Référence CPS	Référence CFU	Références CVSS
	<p>OUTILS DE PHARMACOVIGILANCE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiche de Référence du niveau communautaire dans le cadre de la CPS. Document Word, 1p. • Fiche de pharmacovigilance. Document Word, 2p. • Surveillance de l'innocuité des médicaments de la CPS : Guide pour les effets indésirables graves et rares. Document Word, 2p. 	<p>Modèle de plan d'action du CFU. Document Word, 2p.</p>	
	<p>OUTILS DE SUPERVISION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rapport de supervision (à remplir par le niveau CSPS, district, régional, central). Document Word, 2p. • Canevas de supervision des Directions régionales de santé. Document Word. 2p. • Canevas de supervision de l'ECD. Document Word. 3p. • Fiche de sondage rapide de la campagne CPS. Document Word, 2p. • Fiche de sondage rapide de la 4^{ème} journée de la campagne CPS. Document Word, 4p. • Fiche de suivi de la supervision des distributeurs communautaires au niveau cps. document word, 1p. • fiche de suivi de la supervision des distributeurs communautaires au niveau district. document word, 1p. • canevas de supervision des distributeurs communautaires. Document Word, 4p. 	<p>OUTILS DE SUIVI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Outils de suivi des CFU. Document Word, 3p. • Outils de suivi : guide d'entretien adressé au Chef SLDSES/Médecin chef. Document Word, 2p. 	

Type	Référence CPS	Référence CFU	Références CVSS
	<ul style="list-style-type: none"> Fiche de supervision des agents du CSPS. Document Word, 2p. Rapport de fin de passage (à remplir par le niveau CSPS et district). Document Word, 3p. 		
Documents de presse	Grève dans le secteur de la santé : « Il faut arrêter de mettre en danger la vie des populations » (Dr. Alfred Ouédraogo, SG du Syndicat des médecins du Burkina). 23 janvier 2018. L'Observateur.		
	Lutte des travailleurs de la santé humaine et animale dans le Centre-est : Le SYNTSHA dénonce des « manœuvres de liquidation du syndicat ». 5 avril 2018. Ouaga.com.		

Annexe D : Ébauche d'une grille d'entrevue individuelle semi-dirigée

Introduction avec le participant

- Pouvez-vous nous parler de vous ? Précisément :
 - de votre rôle, vos responsabilités ou vos liens avec l'intervention caisses villageoises/chimio prévention ? Du nombre d'années que vous êtes dans ce projet ?
- À quel niveau agissez-vous (local, district, régional ou national) ?

Perceptions de l'innovation

- Selon vous, l'intervention (caisses villageoises/chimio prévention) est-elle une innovation dans le contexte du pays (Mali/Burkina Faso) ?
 - Si oui, pouvez-vous nous dire pourquoi vous la considérez comme une innovation ? Qu'est-ce qui fait sa spécificité par rapport aux autres interventions menées dans le cadre de la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI)? Est-ce qu'elle est en continuité ou en rupture avec ce qui se faisait jusqu'à présent dans ce domaine ? Est-ce qu'elle est pertinente dans le domaine de la SMNI dans le pays ?
 - Si non, pouvez-vous nous expliquer pourquoi ?

Généralités : histoire, finalités de l'intervention

- Pouvez-vous nous parler de l'émergence de l'intervention à aujourd'hui ? Vous pouvez nous raconter son histoire évolutive selon des moments que vous considérez comme importants.
- Quelles finalités poursuit cette intervention ?
 - Est-ce que ses objectifs ont changé depuis sa mise en œuvre et son passage à grande échelle ? Si oui, pourquoi et comment ce changement a-t-il eu lieu ? Si non, pensez-vous que dans le futur ses objectifs peuvent changer et pourquoi ?
- Pouvez-vous nous parler du processus d'adoption et d'implantation de ces innovations dans les milieux cibles ?
 - Quelles sont les différentes étapes, par exemple des études scientifiques sont-elles menées avant la mise en œuvre et durant la mise en œuvre ?
- À quel moment de l'histoire de l'intervention, les processus de pérennisation et de mise à l'échelle ont-ils été introduits ? Comment cela a-t-il été fait ? Est-ce que l'innovation initiale a connu des changements dans son contenu ou dans ses objectifs dans les processus de pérennisation et de mise à l'échelle ?

- Quelle finalité poursuit le processus de pérennisation (continuité du financement dans le temps, continuité des activités de l'innovation, renforcement des capacités des utilisateurs, institutionnalisation ou intégration dans le système de santé et dans les organisations utilisatrices) ?
- Quelle finalité poursuit la mise à l'échelle (rejoindre plus de cibles géographiquement, formulation de politique) ?
- Existe-t-il des mécanismes de suivi évaluation du processus et de l'impact de l'intervention ?
Pouvez-vous expliquer votre réponse ?

Contenu des innovations

- Quelles sont les composantes et les activités prévues dans cette intervention ?
 - Comment jugez-vous la complexité de cette intervention ?
- Est-ce que les composantes et les activités ont changé depuis que cette intervention existe jusqu'à aujourd'hui ?
 - Si oui, pouvez-vous nous raconter comment ce changement a eu lieu (les motifs, intégration de nouveaux apprentissages) ?
 - Si non, pouvez-vous nous expliquer pourquoi le contenu de cette intervention n'a pas changé ?

Ressources financières et autres

- Est-ce que cette intervention a reçu un financement externe (bailleurs de fonds) ou interne (gouvernement, organisations locales) ?
 - Est-ce que c'est une seule source de financement dont elle a bénéficié ?
 - Ce financement est-il stable dans le temps et est-il suffisant par rapport aux activités prévues ?
- Est-ce que la pérennisation et la mise à l'échelle de l'intervention ont reçu un nouveau financement ?
 - Est-ce que ce sont les mêmes acteurs qui ont financé l'intervention à ses débuts qui financent la mise à l'échelle et la pérennité ?
- Quels types de ressources (matérielles, informationnelles, humaines) cette intervention a bénéficié ?
 - Ces ressources sont-elles puisées au niveau local ou du district ou est-ce que ce sont des ressources externes ?

Spécificités sur les acteurs : organisations, réseaux impliqués

- Qui sont les acteurs ou organisations impliqués directement dans l'intervention ?

- Est-ce qu'à l'heure actuelle, ce sont les mêmes acteurs qui avaient mis en œuvre l'intervention qui sont impliqués dans la mise à l'échelle et la pérennité ? Si oui/non, comment leurs expériences durant la phase pilote ont-elles été utilisées dans la continuité et le passage à grande échelle ?
- Pouvez-vous nous décrire la gouvernance de cette intervention que ce soit dans la planification, la gestion ou la mise en œuvre des activités à différents niveaux (national, régional, district et local) ?
 - Est-ce que c'est une gouvernance centralisée ou décentralisée ?
 - De quelle manière les différents acteurs participent-ils aux différents événements relatifs à l'intervention ?
- Quels rôles (financiers, appui technique, promoteurs, utilisateurs) les acteurs ou organisations impliqués jouent-ils dans la mise en œuvre, la mise à l'échelle et la pérennisation de l'intervention ?
- Est-ce que les valeurs véhiculées par ces organisations et ces acteurs sont compatibles avec celles de l'intervention ? Expliquez.
- Pouvez-vous nous parler des relations existantes entre les différents acteurs et organisations impliquées dans ces interventions ?
 - Comment ces liens se concrétisent-ils (échanges de services ou de ressources ponctuels, partenariat, collaboration...) ?
- Est-ce que dans le cadre de la mise en œuvre, de la pérennisation ou de la mise à l'échelle, ces acteurs ou organisations travaillent-ils avec d'autres organisations qui ne sont pas directement associées à l'intervention en question ?
 - Pouvez-vous les nommer et nous dire si possible les types de relations qui existent entre ces ?

Liens entre l'intervention et le système de santé et les autres interventions dans le domaine de la SMNI

- Pouvez-vous nous parler des liens existants entre l'intervention et le système de santé (compris au niveau national et politique et au niveau local des structures de santé) ? Ces liens peuvent être formels ou informels et peuvent concerner des règles établies, un partage de ressources pour la mise en œuvre des activités de l'intervention.
 - Comment percevez-vous ces liens ? Sont-ils facilitateurs ou des barrières pour la continuité et le passage à grande échelle de l'intervention ?
- Comment les leaders (aux niveaux : ministère de la Santé, district, CSPPS) ont-ils été engagés dans les processus de mise à l'échelle et de pérennisation de l'intervention ?

- Est-ce que les valeurs que véhicule cette intervention sont compatibles avec celles du système de santé (politiques et priorités nationales et locales) ? Pourquoi et comment ?
- Comment l'intervention a-t-elle été adaptée ou ajustée aux réalités du système de santé ?
- Comment les ressources du système de santé ont-elles été utilisées dans la mise en œuvre, la mise à l'échelle et la pérennisation des activités de l'intervention ?
- Selon vous, est-ce que les activités de cette intervention seront intégrées de façon continue dans le système de santé ? Si oui/non, pourquoi ?
- Est-ce qu'il existe d'autres interventions dans le domaine de la santé avec lesquelles cette intervention a tissé des liens ? Si oui, pouvez-vous nous expliquer les relations entre ces interventions ? Si non, pourquoi ?
 - Est-ce que le fait d'avoir des liens avec d'autres interventions/ou de ne pas en avoir peut être une limite ou une force pour la continuité de l'intervention et de son passage à grande échelle ?

Spécificités sur les cibles : personnes, populations et milieux

- Qui sont les cibles de cette intervention ? (Des populations, des personnes ou des milieux).
- Ces cibles ont-ils changé depuis l'émergence de cette intervention ? Si oui, pourquoi et qu'est-ce qui a été changé ?
- Est-ce que l'intervention réussit-elle à atteindre ses cibles ? Si oui/non, pourquoi ?
 - Est-ce que l'intervention est compréhensible pour les bénéficiaires ?
 - Est-ce que l'intervention est pertinente pour eux en rapport avec leurs besoins (réponse à leurs besoins) ?
- Quels sont les retombées positives et/ou négatives attendues ou non de cette intervention sur les cibles ?
- Est-ce que les cibles ont participé, d'une quelconque façon, dans les activités ou le contenu de l'intervention ?
- Est-ce que cette intervention peut avoir des retombées positives et/ou négatives sur les populations ou les milieux qui ne sont pas ciblés ? Pouvez-vous expliquer votre réponse ?
- Comment la mise à l'échelle est-elle menée au niveau national ? Est-ce que les spécificités de chaque milieu/population sont considérées ? Si oui, quels mécanismes sont utilisés pour cela ? Si non, est-ce que le fait d'uniformiser l'intervention dans tous les contextes peut compromettre sa réussite ?
- Est-ce que les stratégies de pérennisation sont les mêmes au niveau local et au niveau national ?

Liens avec l'environnement et les contextes d'implantation de ces innovations

- Selon vous, est-ce que cette intervention est compatible avec les valeurs véhiculées dans les contextes spécifiques (en tenant compte des différences culturelles) en termes de SMNI ? Si oui/non, pourquoi ?
- Est-ce que l'intervention a été ajustée ou adaptée aux réalités (culturelles, sociales, politiques, structurelles) des contextes d'implantation ?
 - Si oui, comment cela a-t-il été fait ? Quels ont été les leviers utilisés ?
 - À quels niveaux (régional, district ou local) l'intervention a-t-elle été adaptée ?
 - Est-ce que l'intervention a été testée dans différents milieux pilotes au niveau national ? Si oui/non, pourquoi et comment cela a-t-il été fait ?
- Est-ce qu'il existe des éléments facilitateurs dans les contextes d'implantation qui peuvent être favorables à la pérennité et à la mise à l'échelle de l'intervention ?
 - Ces éléments ont-ils été utilisés dans ces processus ? Si oui/non, pourquoi et comment ?
- Est-ce qu'il existe des barrières dans les contextes d'implantation qui peuvent être défavorables à la pérennité et à la mise à l'échelle ? Si oui/non, pourquoi et comment ?

Suggestions et recommandations

- Aimeriez-vous ajouter autre chose ?
- Des questions que vous aimeriez me poser ?
- Connaissez-vous quelqu'un d'incontournable à contacter pour cette recherche ?

Merci d'avoir accepté de participer à cette entrevue.

Annexe E : Ébauche d'une grille d'entrevue de groupe

- Connaissez-vous l'intervention (CVSS, CFU) ? Si oui, comment avez-vous pris connaissance de cette intervention ?
- Pouvez-vous nous dire en quoi consiste cette intervention (ses spécificités, son contenu, ses finalités) ?
- Quels rôles jouez-vous dans cette intervention (dans la planification, mise en œuvre, durabilité) ?
- Qu'est-ce qu'elle représente pour vous ?
- Quelles sont vos attentes envers cette intervention ? Est-ce qu'elle répond à vos besoins et attentes ? Expliquez.
- Pensez-vous que cette intervention est compatible avec vos croyances, vos façons de faire et vos réalités (sociales, économiques) ? Expliquez.
- Selon vous, cette intervention réussit-elle à inclure toutes les personnes qui peuvent être bénéficiaires ? Si oui/non, expliquez.
- De quelles façons, pensez-vous que cette intervention pourrait réussir à exister durablement dans votre communauté ?
- Selon vous, cette intervention, la façon dont elle existe ici, peut-elle être menée dans une autre communauté différente de la vôtre (donner l'exemple d'une autre ethnie, ou d'un milieu urbain ou rural) ?
- Si vous aviez la possibilité de changer ou d'améliorer quelque chose dans cette intervention, qu'est-ce que ce serait ?

Suggestions et recommandations

- Aimeriez-vous ajouter autre chose ?
- Des questions que vous aimeriez me poser ?

Merci d'avoir accepté de participer à cette entrevue.

Annexe F : Grille d'observation inspirée de Merriam (1998)

Milieus/éléments d'observation	Éléments observés
Milieus physiques	Existence d'un milieu physique (locaux) propre à l'innovation (différents niveaux du pays) ; les contextes d'existence de l'innovation (niveaux : local, régional, national) ; les milieux de vie des bénéficiaires de l'innovation ; les ressources existantes dans les communautés utilisées ou qui peuvent être utiles à l'innovation.
Les acteurs impliqués dans les innovations	à différents niveaux du pays impliqués dans le processus d'innovation ; ou organisations qui pilotent ou qui font la promotion de ces innovations ; les règles et valeurs que véhiculent les acteurs impliqués ; les rôles des acteurs impliqués.
Les activités et les interactions	Liens entre les acteurs à différents niveaux (national, régional, district et local) : assister aux réunions, aux événements de promotion ou d'exécution des activités de l'innovation ; la gouvernance : existence de comité restreint ou élargi, centralité ou décentralisation des décisions ; liens entre les activités menées par les différents acteurs dans le cadre de l'innovation ; mécanismes de suivi des activités, des coûts, des ressources humaines, des réalisations de l'innovation ; capacités d'apprentissage : utilisation des informations de l'innovation pour prendre des décisions, informer les acteurs ou bénéficiaires, ou encore ajuster ou modifier l'innovation ; moyens utilisés pour documenter les résultats obtenus ou les effets non planifiés de l'innovation (compte rendu durant les réunions, ou autres) ; évaluation des innovations à quelle fréquence et stratégies utilisées.
Communication ou le sens du langage	Contenu et type de communications entre les acteurs impliqués ; contenu et types de communication destinés aux acteurs externes de l'innovation ; les rétroactions entre les acteurs qui font les communications et ceux qui reçoivent ; le langage non verbal.
Éléments subtils, inattendus	Activités non planifiées (réunions non planifiées...) ; -résultats non attendus de l'innovation.
Mon comportement d'étudiante-chercheuse	Évolution de mon rôle et de ma position durant la collecte de données ; mes agissements en fonction des événements du milieu ; mes réflexions personnelles, méthodologiques et théoriques sur ce qui se passe dans le milieu.

Annexe G : Formulaire d'information et de consentement

Formulaire d'information

Titre de l'étude : Les déterminants de la mise à l'échelle et de la pérennisation d'innovations sociales en santé en Afrique subsaharienne. Une étude de cas multiples au Mali et au Burkina Faso
[Ce titre a été utilisé durant la collecte des données et a été changé par la suite]

Étudiante chercheuse : Marietou Niang, candidate au doctorat en santé communautaire (Université Laval, Faculté des sciences infirmières)

Directrices de recherche : Marie-Pierre Gagnon (Ph. D.) et Sophie Dupéré (Ph. D.) (Université Laval, Faculté des sciences infirmières)

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Objectifs de l'étude

Cette recherche collabore avec le programme de recherche qui s'intitule : « Interventions pour améliorer la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants au Mali et au Burkina Faso (ISMEA) ». L'objectif général est de documenter et de comprendre les conditions et les dynamiques de pérennisation et de mise à l'échelle d'innovations sociales en santé (CVSS, CFU, CPS). Pour répondre à cet objectif, trois objectifs spécifiques ont été identifiés qui sont de : (1) documenter l'histoire (dans le temps et l'espace) de ces innovations (2) analyser à travers cette approche historique les éléments qui peuvent influencer la mise à échelle de chaque innovation ; et (3) comprendre les conditions favorables et défavorables à leur pérennisation.

De façon concrète, les connaissances tirées de cette recherche pourront être utiles pour les praticiens en santé publique, les décideurs politiques, les chercheurs. Elles permettront spécifiquement de : (1) contribuer aux connaissances sur les innovations sociales (2) combler le manque d'études sur la pérennité et la mise en échelle des innovations sociales en SMNI ; et (3) informer les praticiens et les décideurs sur les éléments à considérer pour mettre en œuvre des interventions pérennes et qui peuvent profiter à un grand nombre de populations.

Déroulement de la participation

Dans le cadre de cette recherche, vous êtes invitées à participer à une entrevue individuelle ou une entrevue de groupe (focus group) qui seront enregistrées à l'aide d'un magnétophone et seront

transcrites sur papier. Vous serez invitées lors de ces entretiens à discuter avec nous de certaines questions qui vous seront posées, mais vous aurez la totale liberté de répondre ou de ne pas répondre à certaines questions. Il a été prévu d'une durée maximale d'environ 1 h 30 pour l'entretien individuelle et de 2 h pour l'entretien de groupe.

Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à votre participation

Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de réfléchir et de discuter en toute confidentialité de l'intervention à l'étude. Cela vous permettra de participer au développement des connaissances en lien avec la mise à l'échelle et la pérennisation des interventions en santé, maternelle, néonatale et infantile en Afrique subsaharienne. Si au cours de l'entretien certaines questions vous mettent mal à l'aise, vous pouvez simplement refuser d'y répondre sans avoir à vous justifier.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche et de vous retirer en tout temps sans conséquence négative et sans avoir à justifier votre décision. Si vous mettez fin à votre participation, le matériel et les données que vous aurez fournies seront détruits, à moins que vous ne m'autorisiez à les utiliser pour la recherche, malgré votre retrait.

Confidentialité et gestion des données

Puisqu'en recherche, les chercheurs sont tenus de protéger la vie privée des participants, voici les mesures qui seront appliquées pour assurer la confidentialité du matériel et des données :

Durant la recherche:

- votre nom sera remplacé par un numéro d'entretien ;
- je serai la seule à pouvoir consulter la liste contenant les noms et les numéros d'entretien ;
- tout le matériel de la recherche incluant les formulaires de consentement sera conservé dans un classeur barré et les enregistrements seront conservés dans une clé USB. L'ensemble du matériel de la recherche sera conservé dans un local sous clé jusqu'au moment prévu pour leur destruction ;
- les données en format numérique seront conservées dans des fichiers cryptés protégés par l'utilisation d'un mot de passe ;
- l'interprète qui est avec moi est tenu par le secret professionnel et elle a l'obligation de garder secret tout ce qui se dira durant les entretiens.

Lors de la diffusion des résultats :

- votre nom ne paraîtra dans aucun rapport ni dans aucun texte publié ;

- lors de la diffusion des résultats de la recherche dans des revues ou des réunions scientifiques, les résultats seront présentés sous forme globale et il ne sera pas possible de vous reconnaître ou de vous identifier. À la fin de la recherche :
- tout le matériel et toutes les données seront détruits, au plus tard en septembre 2015.

Éthique: Le projet dans lequel est inscrit cette recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval: (no d'approbation.) et par le Comité de recherche en santé du Burkina Faso : (no d'approbation) et du Mali (no d'approbation).

Renseignements supplémentaires

Si vous avez des questions sur la recherche, sur les implications de votre participation ou pour se retirer du projet, veuillez communiquer avec l'étudiante chercheuse, Marietou Niang, au numéro de téléphone suivant (à mettre-numéro local), ou à l'adresse courriel suivante : marietou.niang.1@ulaval.ca.

Remerciements

Votre collaboration est précieuse, je vous remercie pour le temps et l'attention que vous acceptez de consacrer à cette étude et nous vous remercions d'y participer.

Formulaire de consentement

Je soussigné(e) _____ consens librement à participer à la recherche intitulée : « Les déterminants de la mise à l'échelle et de la pérennisation d'innovations sociales en santé en Afrique subsaharienne. Une étude de cas multiples au Mali et au Burkina Faso » [*Ce titre a été utilisé durant la collecte des données et a été changé par la suite*]. J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que l'étudiante chercheuse m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Signature du participant (e)

Date

Un résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document. Les résultats ne seront pas disponibles avant le 30-09-2019. Si cette adresse changeait d'ici cette date, vous êtes invité(e) à informer l'étudiante chercheuse de la nouvelle adresse où vous souhaitez recevoir ce document.

L'adresse (électronique ou postale) à laquelle je souhaite recevoir un résumé des résultats de la recherche est la suivante :

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu autant que je sache aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

Signature de l'étudiante

Date

Plaintes ou critiques

En terminant, je souhaite vous informer que toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée (personne identifiée dans le milieu), qui les transmettra à l'Ombudsman de l'Université Laval pour qu'elles soient traitées. Cette personne recevra vos plaintes ou critiques en toute confidentialité et je n'en serai pas avisé. Ses coordonnées sont :