

LASDEL

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

BP 12 901, Niamey, Niger – tél. (227) 20 72 37 80

BP 1 383, Parakou, Bénin – tél. (229) 23 10 10 50

Ecole professionnelle du LASDEL en socio-anthropologie de la santé.

Deuxième session

***« L'apport des méthodes qualitatives pour un appui à des réformes
ancrées dans la réalité (domaine de la santé maternelle) »***

Niamey

26 septembre au 4 octobre 2017

Rapport

Rappels : pourquoi cette Ecole professionnelle ?

Les méthodes qualitatives

Dans la perspective de fournir des données et analyses scientifiques inédites et pertinentes pour la réforme et le renforcement des systèmes de santé, les méthodes qualitatives sont de plus en plus nécessaires et sont des compléments indispensables aux méthodes quantitatives habituellement utilisées en santé publique du fait d'une forte tradition épidémiologique et expérimentaliste.

Il y a de plus en plus de demande et d'intérêt envers les méthodes qualitatives, mais de nombreux professionnels de santé en Afrique ignorent encore en quoi elles consistent vraiment, à quelles conditions elles sont rigoureuses, quels résultats elles permettent d'obtenir, comment elles fonctionnent, quel est leur régime de scientificité, et à quels niveaux des systèmes de santé elles peuvent intervenir ou sont indispensables.

Les enquêtes qualitatives peuvent aussi permettre de détecter et d'analyser des pratiques innovantes développées sur le terrain par des agents de santé réformateurs, en vue de leur éventuelle diffusion.

Cette formation est donc plus particulièrement destinée à donner de nouveaux outils aux agents de santé soucieux d'améliorer la qualité des soins délivrés et de modifier de façon réaliste les comportements routiniers.

Le LASDEL

Le LASDEL a une longue expérience de recherche qualitative sur les systèmes de santé en Afrique, il a mené depuis 2001 une dizaine de programmes de recherche sur divers aspects des systèmes et des politiques de santé, et ses chercheurs ont de nombreuses publications à leur actif en ce domaine.

Le LASDEL a aussi une longue expérience en matière de formation.

- Il a déjà organisé 7 sessions de son Université d'été à l'intention de doctorants africains (plus de 200 doctorants au total ont ainsi séjourné au moins deux semaines au Niger depuis 2002), dont près d'un tiers travaillaient sur des thèmes en lien avec la santé.
- Il organise un master en socio-anthropologie de la santé (le seul à ce jour en Afrique francophone) à l'Université Abdou Moumouni de Niamey, dont les effectifs incluent un quart environ de médecins (la 6^{ème} promotion a commencé en 2016-2017).
- Il a organisé aussi plusieurs sessions de formations à l'intention de professionnels : maires du Niger ; cadres de l'Agence française de développement ; gynéco-obstétriciens nigériens; fonctionnaires du Ministère de l'éducation et du Ministère de la culture au Niger; agents d'ONG.

Enfin, le LASDEL souhaite renforcer ses collaborations avec les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest, afin de bénéficier de leur expérience, de mieux connaître leurs

problèmes et leurs perceptions, de mieux diffuser les résultats de ses recherches, et, surtout, de contribuer à impulser des réformes ancrées dans les réalités locales.

La santé maternelle

D'une part, il s'agit d'une priorité de santé publique, inscrite dans les objectifs du millénaire. Or, on sait que les résultats sont encore très insuffisants dans ce domaine. La santé maternelle est un domaine particulièrement sensible, où, malgré d'innombrables réformes, des formations multiples, et des procédures toujours renouvelées, de nombreux progrès restent encore à faire.

D'autre part le LASDEL a développé de nombreuses recherches sur la santé maternelle : sur les accouchements en milieu rural, sur les maternités de référence, sur la PTME, sur les sages-femmes, sur la gestion de la fécondité, sur les interruptions volontaires de grossesses. Les méthodes qualitatives utilisées ont fait ainsi ressortir divers constats :

- Des relations bien souvent dépourvues de confiance entre les personnels de santé (en particulier les sages-femmes) et les usagères
- Un non-respect de nombreuses procédures et normes techniques, pour de multiples raisons
- Une gestion des personnels et des affectations trop soumise aux interventions et aux faveurs et trop peu soucieuse du contexte de travail des personnels
- Des formes de leadership défailtantes à de nombreux niveaux, de la maternité de base jusqu'au Ministère
- Des formations initiales inadaptées et de qualité généralement médiocre
- Des politiques publiques incohérentes dans le domaine de la santé maternelle comme ailleurs

Notre expérience de chercheurs, mais aussi l'avis de divers praticiens, nous conduisent à penser que des diagnostics solides, bien documentés et impartiaux sur ces divers problèmes peuvent aider à des réformes qui soient à la fois fondées sur les contextes professionnels locaux (et non sur des modèles extérieurs préfabriqués) et à faibles coûts (car il s'agit avant tout de modifier des pratiques, avec les moyens ordinaires de l'Etat, sans dépendre de financements externes).

A cet effet, le LASDEL mène actuellement un programme de recherche-action sur des réformes et des innovations issues de l'intérieur même des systèmes de santé au Bénin et au Niger, à l'initiative de professionnels de terrain en santé maternelle, à partir des réalités quotidiennes des maternités (et des normes pratiques en usage) en vue d'introduire des changements de comportements et une meilleure qualité des soins.

Les objectifs de l'Ecole professionnelle

- Fournir aux professionnels de santé, en particulier en santé maternelle, une compréhension en profondeur des méthodes qualitatives, de leur spécificité, de leurs atouts comme de leurs limites
- Leur permettre à l'avenir de dialoguer avec les socio-anthropologues de la santé, de promouvoir ou commanditer en toute connaissance de cause des recherches qualitatives, et de mieux utiliser leurs résultats afin de promouvoir des réformes du système de santé ancrées dans les réalités locales

- Offrir la possibilité à ceux qui le souhaitent d'entreprendre eux-mêmes des recherches qualitatives, ou de poursuivre une formation plus approfondie en ce domaine (master ou doctorat en socio-anthropologie de la santé)
- Favoriser le développement des méthodes mixtes associant recherche qualitative et recherche quantitative

Le public ciblé

Professionnels de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes, équipes cadres de district) du secteur public, associatif, ONG ou privé, venant du Bénin, du Niger, et du Burkina Faso.

Organisation de la seconde session

Partenaires

Le financement couvrait l'ensemble des coûts, y compris la venue et le séjour des stagiaires (toutefois deux participants du Niger et le participant du Tchad ont été financé par leurs institutions). Il est venu de trois sources : d'une part, le CRDI, dans le cadre du programme « Problèmes négligés du système de santé » ; d'autre part, la coopération française ; et enfin le LASDEL lui-même. Un financement prévu de l'OOAS n'a hélas pas pu être mis en place avec le Ministère de la santé du Niger.

Equipe pédagogique

Elle était constituée de chercheurs du LASDEL : sept chercheurs du Niger et un du Bénin, ainsi qu'un doctorant du LASDEL

Le responsable scientifique était J.P. Olivier de Sardan. A. Elhadji Dagobi, T. Ali Bako et M. Moha ont préparé les enquêtes de terrain avec le concours d'étudiants en master du LASDEL. La coordination technique a été assurée par T. Ali Bako.

Sélection

Chaque candidat devait faire parvenir un dossier comprenant un CV, une lettre de motivation et une note de synthèse de 3 pages maximum décrivant un problème de dysfonctionnement du système de santé dans le domaine de la santé maternelle et proposant des pistes de recherche pour établir un diagnostic précis du problème et de ses causes possibles.

Nous avons reçu 63 candidatures, venant du Bénin, du Niger et d Burkina Faso. 22 stagiaires ont été retenus, 21 ont participé à l'Ecole professionnelle (un stagiaire prévu n'a pu participer pour raison de santé)

Nom & prénoms	Pays	Fonction / Institution
ADEKOUN A. Reine (F)	Bénin	Sage femme, responsable maternité Madina Parakou (Bénin)
ADEYAMOU Armande Witê (F)	Bénin	Sage femme. Parakou (Bénin)
BARANON Djima (H)	Bénin	Démographe / assistant de recherche LaReSPD-Parakou (Bénin)
DADE E. E. Pulchérie (F)	Bénin	Sage femme, responsable maternité au CS de Kpebié (Parakou-Bénin)
N'TCHA Koffi (H)	Bénin	Technicien supérieur en santé publique et en surveillance épidémiologique. Bénin
ILBOUDO Pierre	Burkina	Attaché de santé en soins

(H)	Faso	infirmiers et obstétricaux. DRS Nord. Burkina Faso
KIOGO Lassané (H)	Burkina Faso	Maïeuticien d'Etat. Ouagadougou-Burkina Faso
SAWADOGO Judith (F)	Burkina Faso	Attaché de santé. Ouagadougou – Burkina Faso
ZIZIEN Zawora Rita (F)	Burkina Faso	Médecin de santé publique. Direction de la santé de la famille. Ouagadougou-Burkina Faso
ABBA MOUSSA Kouboura (F)	Niger	Technicienne supérieure en soins obstétricaux. Zinder
HIMA MAMANI Souradji (H)	Niger	Chef CSI G.Ango. DS Belbeji, Tanout
IBRAHIMA AZILAYA Fatouma (F)	Niger	Technicienne supérieure en soins obstétricaux. Coord projet RMA_ Niger
IDI MIJIN YAOUA Barakatou (F)	Niger	Biologiste –Nutritionniste. Niamey
MAHAMADOU Ramatou (F)	Niger	Sage femme. Maternité DH Tanout (Zinder – Niger)
MALAM ABDOU Salissou (H)	Niger	Anesthésiste-Réanimateur. HGR-Niamey
MANZO Farouk (H)	Niger	Médecin chef de district / DS / Boboye (Dosso-Niger)
MIDOU Kailou (H)	Niger	Gestionnaire des hôpitaux. Chef de division financement. DEP /MSP
MOSSI Sabas (F)	Niger	Technicienne supérieure en soins obstétricaux. Responsable maternité 17 portes Maradi (Niger)
SEIDI Issiakou (H)	Niger	Epidémiologiste. MSP Niamey- Niger
ZATAKA Aïssata (F)	Niger	Sage femme. Consultante PCIME. Formatrice écoles de santé
MANOUFI Dahab (H)	Tchad	Economiste de la santé Ndjaména (Tchad)

Répartition par pays et par sexe : Bénin **5** (dont 3 femmes) ; Burkina Faso : **4** (dont 2 femmes) ; Niger : **11** (dont 6 femmes) ; Tchad : **1**

Six textes (articles et rapports) ont été distribués à l'avance aux stagiaires

Modules

Cette session a reposé sur cinq modules de longueur variable

1. Module de méthodologie : une série d'exposés sur les méthodes qualitatives, l'entretien, l'observation, les enquêtes collectives
2. Module de diagnostic : une série d'exposés sur les résultats d'enquêtes du LASDEL sur la santé maternelle : l'organisation des soins obstétricaux, les avortements, les sages-femmes, les dossiers médicaux, la PTME, les supervisions, les modèles voyageurs en santé maternelle
3. Module d'enquêtes : deux jours d'enquête (et une journée de préparation) sur le thème de la pratique de la consultation prénatale recentrée ; cette enquête a reposé sur une procédure expérimentée depuis longtemps, le canevas ECRIS¹, qui combine des entretiens par petites équipes de stagiaires les matins avec des personnes de groupes stratégiques variés, et des synthèses et restitutions les après-midis. Nous rendons compte ci-dessous des principaux résultats
4. Module d'analyses et de réflexions autour de diverses tentatives de réformes du système de santé nigérien
5. Module de travail de groupe sur des propositions de réformes concrètes envisageables au niveau du fonctionnement des maternités. Ces réformes devaient tenir compte de la réalité des pratiques quotidiennes et routinières des personnels (nœuds critiques et normes pratiques) et pouvoir être réalisées sans demander des ressources à un partenaire extérieur. Nous rendons compte ci-dessous des principaux résultats

Les consultations pré-natales recentrées : synthèse des enquêtes (module 3)

L'OMS a massivement promu en Afrique les « consultations prénatales recentrées » (CPN-R), en particulier en réponse à une relative inefficacité des consultations prénatales classiques pour dépister les grossesses à risques. Les CPN-R sont un des nombreux « modèles voyageurs » standardisés, mis au point par des experts internationaux, sous forme de procédures, de protocoles et de normes, qui sont diffusés dans le domaine de la santé maternelle et infantile².

Les stagiaires ont mené une journée d'enquête collective, par petits groupes, de type ECRIS, sur les conditions de mise en œuvre des CPN-R à Niamey. Voici la synthèse des principaux résultats.

Problème majeur : l'attente

Le problème principal, du côté des femmes qui viennent consulter, est l'attente, souvent très longue. Les queues interminables sont des facteurs d'humiliation. Le plus souvent ces attentes ne sont pas organisées (pas de distribution de numéros). Les CPN-R, qui sont très coûteuses en temps, et demandent, selon les normes de l'OMS, 40 minutes de consultation par personne, allongent considérablement le temps d'attente. C'est aussi une raison pour laquelle les sages-femmes ne respectent pas l'intégralité du protocole des CPN-R car elles en raccourcissent beaucoup la durée. L'argument fréquemment invoqué face à ce

¹
²

goulot d'étranglement est le manque de personnel. Mais il doit être relativisé, car dans la capitale le nombre de sages-femmes est largement suffisant. Il y a surtout un problème d'organisation du travail : les CPN-R n'ont lieu bien souvent qu'une ou deux fois par semaine. Mais, dans les conditions du Niger, la longueur des CPN-R est un obstacle majeur à leur mise en œuvre.

Les cinq composantes des CPN-R

Il s'agit du questionnaire, qui est au centre du protocole ; de l'éducation des femmes enceintes ; de la chimioprophylaxie ; des examens cliniques ; et des examens de laboratoire.

Le questionnaire

C'est l'outil essentiel de la CPN-R, qui doit être rempli par la sage-femme, et c'est le principal facteur de la longueur de la CPN-R. Les sages-femmes le trouvent beaucoup trop long, avec de nombreux items qui sont à leur yeux inutiles ou inadaptés ou redondants. Elles ne sont pas à l'aise avec ces tâches bureaucratiques, et trouvent que le carnet de santé de la femme enceinte comporte les informations nécessaires et suffisantes.

La composante éducative

Elle suppose d'une part un counselling en début de grossesse, expliquant en particulier les risques, et d'autre part l'élaboration avec la femme d'un plan d'accouchement. Ces deux phases sont loin d'être toujours respectées, et sont souvent omises.

La chimioprophylaxie

Les prescriptions ou les délivrances de médicaments contre l'anémie ou le paludisme étaient déjà des éléments de base des CPN classiques, elles font partie du « cœur de métier » des sages-femmes, et sont intégrées dans les routines. Elles ne posent donc pas de problème particulier, hormis les ruptures de stock trop fréquentes (ce qui renvoie aux dysfonctionnements du système de santé).

Les examens cliniques

Ils constituaient eux aussi des éléments de base des CPN classiques. Mais ils souffraient déjà de nombreuses défaillances, dues en particulier à l'absence ou à la non fonctionnalité des matériels nécessaires, défaillances que l'on retrouve également dans les CPN-R. Certes, les sages-femmes déclarent toutes effectuer ces divers examens. Mais comment peser si la balance est cassée, comment prendre la tension artérielle quand il n'y a pas de tensiomètre, comment faire un toucher vaginal sans gants ?

Les examens de laboratoire

Il n'a pas été possible de savoir s'ils étaient tous faits (les difficultés financières des formations sanitaires en raison de la gratuité des soins entraînent souvent un manque de réactifs), s'ils étaient payants malgré la gratuité. On a constaté que les résultats des test VIH n'étaient parfois pas communiqués aux usagères, ces tests étant souvent faits dans le but de protéger les personnels de santé.

Pistes d'enquêtes futures sur les CPN-R

- Chercher à comprendre comment il se fait qu'un protocole aussi peu adapté aux contextes concrets du Niger a été promu et adopté (au niveau de l'OMS comme du Ministère)
- Observer un corpus de CPN-R : observer les passages de questionnaires, et comment chaque item est ou n'est pas) rempli ; mener l'enquête item par item;

observer les counsellings, l'élaboration de plans d'accouchement ; observer les examens cliniques réellement faits

- Documenter les raisons de la disparition, des pannes et surtout de la maintenance défectueuse des petits matériels
- Documenter comment sont effectuées les supervisions de la CPN-R et ce que disent (ou ne disent pas) les rapports de supervision

Conclusion

Le protocole de la CPN-R souffre d'une tendance à l'encyclopédisme, fréquente en santé publique et en épidémiologie (multiplier les items à renseigner et les tâches à effectuer) associée à une inflation bureaucratique (supports de plus en plus nombreux et complexes,) qui se heurtent aux normes pratiques des sages-femmes nigériennes (comme, entre autres, une faible culture de l'écrit, et de fortes réticences face aux tâches bureaucratiques et éducatives)³. La durée postulée d'une CPN-R est en outre irréaliste dans le contexte actuel des formations sanitaires nigériennes.

Toute réforme de la CPN-R au Niger devrait partir non pas de l'OMS ou d'experts internationaux, mais d'une réflexion d'acteurs de terrain « réformateurs » (sages-femmes, majors, gynécologues, tous au contact des usagères) s'appuyant sur des diagnostics approfondis des CPN-R « réelles », en vue d'élaborer une « CP2N » (consultation prénatale nigérienne) recentré sur quelques priorités simples et réalistes adaptées au contexte du Niger.

Nœuds critiques identifiés et réformes proposées (module 5)

Ces diagnostics et ces propositions sont le produit du travail de groupe des stagiaires

Les nœuds critiques

On a constaté une convergence significative des stagiaires dans l'identification des principaux nœuds critiques spécifiques au système de santé maternelle, et devant faire l'objet, quant aux solutions à apporter, de réflexions innovantes, enracinées dans le terrain : leurs diagnostics de praticiens de la ligne de front mettent l'accent sur les difficultés du « monde réel » de la santé au Niger, au Bénin et au Burkina Faso et posent donc des « problèmes concrets » différents des « problèmes abstraits » de l'épidémiologie.

- *Les longues files d'attente des femmes à la porte des formations sanitaires* (comment réorganiser le travail quotidien et hebdomadaire pour offrir plus de temps de consultation ? comment minimiser les attentes - numéros ou rendez-vous ?)
- *La très faible ponctualité des personnels de santé* (comment diminuer les diverses formes de retards et d'absentéisme ?)
- *Le « rançonnement » (racket) des patientes et les paiements informels* (comment diminuer ou supprimer les sommes prélevées indument par les personnels aux dépens des patientes ?)
- *Les absences des personnels dues aux départs en formation, en séminaire, en réunion, en missions, etc...* (comment assurer une continuité du service et un intérim quand un agent est en déplacement ?)
- *La perte de repères déontologiques chez les personnels et la fin des « vocations »* (comment réinstaurer une morale du service public ?)

³ Pour les normes pratiques des sages-femmes, cf. Olivier de Sardan, Diarra & Moha xxx.

- *Le manque d'hygiène dans les formations sanitaires* (comment instaurer un respect de règles d'asepsie minimales ?)
- *Le non remplissage des supports* (comment assurer un monitoring simple et une traçabilité minimale ?)
- *Le favoritisme, le clientélisme et l'égoïsme dans le choix des personnels envoyés en formation* (comment éviter que les chefs hiérarchiques ne s'accaparent les formations ou ne les donnent à leurs favoris, comment faire pour que la compétence et l'intérêt du service soient des critères prioritaires ?)
- *L'absence de suivi des personnes hospitalisées* (comment s'assurer que tous les soins nécessaires soient fournis aux moments nécessaires ?)
- *La rémunération des personnels bénévoles nombreux dans les formations sanitaires* (comment leur fournir un minimum de ressources, afin qu'ils ne les prélèvent pas sur les patients ?)
- *La disparition et la maintenance défectueuse du petit matériel nécessaire à la prise des constantes* (comment entretenir ou réparer les tensiomètres, thermomètres, ou balances ?)
- *Les failles de la référence (informations nécessaires non fournies) et l'absence de contre référence* (comment instaurer un dialogue professionnel pertinent entre les personnels qui réfèrent et ceux du centre de référence ?)
- *L'absence de sanction* (comment instaurer un système de sanctions réalistes et efficaces ?)
- *L'interdiction de fait de l'accouchement traditionnel accroupi* (comment convaincre les personnels de santé de l'accepter, et dans quelles conditions ?)
- *La non-coordination des partenaires intervenant chacun de son côté avec ses propres procédures* (comment enclencher une coordination et imposer le respect de règles communes ?)

Tous ces nœuds critiques soulèvent des problèmes qui pour l'essentiel peuvent trouver des solutions locales sans perfusion extérieure. Mais il faut mentionner un problème central, sans cesse évoqué, qui ne peut trouver, lui, qu'une solution nationale, et qui est au cœur des politiques de santé, et plus généralement des politiques publiques : la question des affectations, complètement polluée par l'interventionnisme politique, le clientélisme, et la corruption.

Vers des solutions locales

Du côté des solutions locales, un certain nombre de pistes sont apparues comme récurrentes dans les propositions des participants :

- La nécessité d'une concertation avec les personnels de santé, interne aux services, avant toute réorganisation, toute modification des procédures, toute introduction d'un nouveau support, toute instauration de règles du jeu nouvelles (par exemple sur la question des « rançonnements » ou le choix de ceux qui partent en formation). Cette stratégie contraste avec la réalité habituelle des formations sanitaires (mais aussi du Ministère de la santé et des organisations internationales), où la verticalité, l'imposition de changements décidés ailleurs, et les injonctions « top down » sont hégémoniques

- La nécessité d'un dialogue avec les usagers et avec les populations, qui doivent avoir leur mot à dire et que les personnels de santé doivent écouter. Il reste à trouver par quels canaux innovants ce dialogue doit passer, car la « participation communautaire » ne saurait se limiter ni aux COGES (bien souvent réduit à leur président et à leur trésorier), ni à des assemblées générales convoquées par des bailleurs de fonds, ni encore moins à faire des briques pour le mur du dispensaire...
- Le rôle décisif d'un leadership basé sur l'exemple. Une directrice de maternité, un major de CSI, un directeur d'hôpital de district, un chef de service, tous doivent à la fois être des gestionnaires de ressources humaines et des exemples à suivre. La réalité en est bien loin le plus souvent.
- Un coaching et un mentorat de proximité, sur les lieux de travail, ce qui contraste avec les sessions de formation à l'extérieur et avec les supervisions verticales
- L'invention de sanctions adaptées aux problèmes concrets et tenant compte des normes pratiques des personnels, loin des réglementations officielles inappliquées et inapplicables.
- La délivrance de récompenses symboliques aux personnels délivrant des soins de meilleure qualité. A la différence des indicateurs très complexes et des dispositifs particulièrement onéreux du paiement à la performance, la reconnaissance par la hiérarchie et les pairs de la compétence et du sérieux d'un agent ne mobilise que des moyens locaux (témoignage public, tableau d'honneur hebdomadaire ou mensuel, réception à la mairie, méchoui, etc...) et constitue une source importante de motivation, comme l'attestent nos enquêtes
- La responsabilisation d'un agent pour des tâches transversales. Beaucoup de nœuds critiques dans une formation sanitaire peuvent être dénoués par un simple contrôle et suivi de proximité, délégués à un agent en sus de son travail habituel : l'hygiène, le remplissage des supports, la maintenance du petit matériel, la référence et la contre-référence, etc. Aujourd'hui, un chef de service, souvent débordé, est incapable d'effectuer seul ce suivi.
- L'instauration d'une polyvalence au niveau des personnels généralistes de premier recours. Cette polyvalence permet d'assurer une rotation de tâches, d'éviter certaines routines, de remplacer les absents, et de mettre sur pied une réorganisation du travail au service des usagers
- La proposition de réforme la plus élaborée, sans appel à des fonds extérieurs, a porté sur le petit matériel. Il s'agit de mesures très simples, adaptées aux contextes locaux, mais qui actuellement ne sont pas en vigueur. La tenue d'un inventaire régulier du petit matériel, pour éviter les détournements et repérer les pannes, est une première mesure. Une seconde consiste en des fiches de décharge pour les prêts entre personnels ou entre services. On doit aussi prévoir l'intégration d'un ouvrier polyvalent dans les équipes de supervisions afin de procéder à des réparations sur place ou d'emmener en atelier les matériels défectueux. Une mesure particulièrement innovante porte sur la constitution d'un stock de dépannage au niveau de l'équipe cadre de district pour remplacer immédiatement les matériels défectueux en attendant qu'ils soient réparés.

Programme

	Jeu 26	Ven 27	Sam 28	Dim 2	Lun 30
8.00- 9.00	Présentation des participants Présentation du programme Cérémonie d'ouverture				
9.00- 10.30	Pr. Olivier de Sardan <i>Les méthodes qualitatives dans le domaine de la santé</i>	Dr Diarra <i>L'organisation des soins obstétricaux</i>	Dr Moha <i>Les supervisions</i>		Dr Issaley <i>Les entretiens</i>
pause- café					
11.00- 12.30	Dr Sambieni <i>Les grossesses non désirées</i>	Dr Moha <i>La PTME : un échec ?</i>	Pr. Olivier de Sardan <i>Les modèles voyageurs en santé maternelle</i>		Dr Diarra et Y. Issa <i>Les observations</i>
déjeuner					xxx
14.00- 15.30	Dr Diarra <i>Les pratiques d'IVG</i>	Dr Hamani <i>Dossiers médicaux ou « bouts de papier » ?</i>	Dr Dagobi <i>Les adolescentes et la santé sexuelle</i>		Dr Hamani <i>La méthode ECRIS</i>

*

	Mar 31	Mer 1	Jeu 2	Ven 3	Sam 4
8.00-9.00					
9.00-10.30	Présentation de l'enquête de terrain : les consultations prénatales recentrées	<i>Enquêtes</i>	Dr Moha <i>Analyse d'une réforme : les médecins communaux</i>	Dr Elhadji Dagobi <i>Une recherche-action en santé maternelle</i>	Rapports des groupes sur les projets de réforme d'une maternité
pause-café					
11.00-12.30	Elaboration des indicateurs pour les enquêtes		Pr. Olivier de Sardan et Dr Diarra <i>Les normes pratiques des sages-femmes</i>	Elaboration de projets de réforme d'une maternité par les stagiaires (groupes)	Discussion sur des projets de réforme
déjeuner					
14.00-15.30	Elaboration des indicateurs pour les enquêtes	Synthèse des enquêtes par groupe	Souley Issoufou <i>Comparaison de deux maternités</i>	Elaboration de projets de réforme d'une maternité par les stagiaires (groupes)	<i>Allocutions de clôture</i>
15.30-17.00		Synthèse générale			

Evaluation par les stagiaires

Une fiche d'évaluation anonyme a été remplie par chaque stagiaire. Une note devait être attribuée (de 0 à 5) sur les divers éléments ayant composé l'école professionnelle du LASDEL en socio anthropologie de la santé. Les 21 fiches distribuées ont été rendues. Ci-dessous la synthèse des notes :

Appréciation générale : 92/105

Exposés : 86/105

Enquête collective : 90/105

Travaux de groupe sur les réformes : 84/105

Organisation, accueil : 94/105

Déjeuners : 95/105

Pauses café : 94/105

Au cours du bilan discuté avec les stagiaires, un malentendu a été identifié. Certains stagiaires auraient souhaité que l'Ecole professionnelle soit plus centrée sur une formation accélérée aux méthodes qualitatives, délivrant une série d'outils directement utilisables par eux une fois de retour sur leur lieu de travail. Mais les méthodes qualitatives, à la différence des méthodes quantitatives et des enquêtes par questionnaires, ne reposent pas sur un kit d'outils rapidement maîtrisables, elles passent avant tout par un apprentissage à long terme et sur le terrain, par une formation personnelle du chercheur (qui recueille lui-même ses données à travers des interactions prolongées avec les acteurs auprès de qui il enquête).