

PRODUCTION DES ECARTS ENTRE LES NORMES OFFICIELLES ET PRATIQUES AU CRENI DE L'HOPITAL NATIONAL DE ZINDER AU NIGER.

YAHAYA Badamassi,

Doctorant à l'université Joseph Ki Zerbo

yahayabadamassi@gmail.com

Bouma Fernand Bationo,

Université Joseph Ki Zerbo.

Fbationo@hotmail.com

Résumé

Cet article aborde la question des écarts entre les normes officielles et pratiques au CRENI de l'hôpital national de Zinder au Niger. A cet égard, l'objectif visé est d'analyser les écarts entre les normes pratiques et officielles à la théorie de la représentation sociale. L'analyse a été réalisée sur la base d'une approche qualitative qui a permis de collecter les données sur les écarts entre ces deux normes dans le cadre de la prise en charge de la malnutrition au CRENI de l'hôpital national de Zinder. Il ressort de l'analyse que les coopérations informelles entre les acteurs, le faible investissement, et la gratuité des soins aux enfants et ses corollaires favorisent la production des écarts dans la prise en charge de la malnutrition au CRENI de Zinder. Par ailleurs, les interactions existant entre les acteurs se traduisent le plus souvent par des pratiques observables chez les mères et surtout chez les agents de santé.

Mots clés : *écarts, normes pratiques, normes officielles*

Abstract

This article addresses the issue of gaps between official and practical norms at the CRENI of the national hospital of Zinder in Niger. In this respect, the objective is to analyse the gaps between practical and official norms in the theory of social representation. The analysis was carried out on the basis of a qualitative approach which made it possible to identify the various gaps between these two norms in the context of the management of malnutrition at the CRENI of the national hospital in Zinder. Indeed, the analysis shows that informal cooperation between actors, low investment, and free care for children and its corollaries favour the production of gaps in the management of malnutrition at the CRENI in Zinder. Moreover, the interactions between the actors are most often reflected in the practices of mothers and especially health workers.

Key words: *gaps, practical standards, official standards*

Introduction

Dans d'autres contextes historiques et institutionnels, le décalage entre le fonctionnement officiel des institutions publiques et leur fonctionnement réel est particulièrement important et banalisé, même si, parfois, les normes officielles sont bel et bien appliquées (Olivier de Sardan, 2001).

C'est ainsi que dans le cadre de la prise en charge de la malnutrition au Niger, le protocole national constitue le document de référence et sert de base à la formation du personnel de santé. Cependant, les contraintes à l'application dudit protocole sont perceptibles au vu des multiples révisions qu'il a connues (trois versions ont été utilisées depuis 2005 et deux versions ont été développées et mise en application en 2009) et qui n'ont pas été accompagnées d'un recyclage systématique des personnels de santé ou de séances d'information. Comme le soutenait (Olivier de Sardan, 2001), les écarts existent partout et tout le temps, certes, mais dans certains contextes historiques et institutionnels ils relèvent surtout d'accommodements avec les normes, de libertés prises avec celles-ci à leur marge, d'interprétations (parfois extensives ou complaisantes) dans leur application. Au niveau du CRENI de Zinder, la mise en œuvre de ce protocole donne naissance à des écarts entre ce qui doit être fait et ce qui se fait : c'est ce que nous appelons respectivement normes officielles et normes pratiques. En effet, comme dans bon nombre de secteurs les comportements des agents relèvent parfois une mauvaise application des textes, ou une compréhension insuffisante de ceux-ci. Il convient alors soit de mieux suivre ou de contrôler l'application des normes, soit de mieux en garantir la maîtrise par la formation des personnels de santé. A travers la prise en charge de la malnutrition on constate dans les structures de santé des comportements qui passent outre les normes officielles édictées par le protocole et qui sont respectées plus ou moins au quotidien par des (normes pratiques) (Olivier de Sardan, 2001). Du coup les écarts entre le fonctionnement officiel du CRENI et son fonctionnement réel sont constatés d'où la nécessité de revoir la mise en œuvre du protocole.

Cet article s'intéresse aux normes officielles et pratiques à travers une analyse concrète des rapports sociaux qui existent entre les différents acteurs dans la prise en charge de la malnutrition au CRENI de Zinder.

Ainsi donc la nature de gestion des cas de malnutrition fait appel à des coopérations informelles entre ces acteurs. C'est pourquoi la théorie des représentations sociales sert de référence en vue de cerner le phénomène.

Dans la présente recherche nous posons la question de recherche suivante : quelles sont les écarts entre les normes officielles et les normes pratiques dans la prise en charge de la malnutrition au CRENI de l'hôpital National de Zinder ? De cette question de recherche en découle l'hypothèse suivante: Les normes officielles et les normes pratiques sont traduites par des écarts en matière de prise en charge de la malnutrition ;

Donc, l'objectif visé à travers cet article est d'analyser les écarts entre les normes officielles et pratiques au CRENI de l'hôpital National de Zinder au Niger à la théorie de la représentation sociale.

1. Matériels et méthodes

Dans le cadre de cette étude l'échantillon est constitué de (48) personnes interviewées dont: les mères d'enfants malnutris, les agents de santé et les responsables des ONG. C'est un échantillon de type non probabiliste. La technique du choix raisonnée a été utilisée. Toutes ces interviews, sont intégralement enregistrées. Au cas où les interviewés n'acceptent pas l'enregistrement pour des raisons personnelles, il est procédé à une prise de note. Toutes les interviews ont été transcrites intégralement. Les données collectées sont analysées conformément au cadre théorique choisi pour mieux appréhender les normes pratiques et officielles en lien avec la malnutrition. En outre, il est procédé à une revue documentaire en lien avec les questions de recherche. Ainsi, des documents officiels ont été collectés notamment les différents protocoles nationaux de prise en charge de la malnutrition, le Plan de Développement Economique et Social (PDES, 2012-2015) du Niger dans lequel, un volet est inscrit pour la malnutrition au Niger, des rapports, comptes rendus de réunions du staff de CRENI et des articles en lien avec la thématique pour le besoin de l'analyse. Les critères d'inclusion de cet échantillon de ces personnes étaient les suivants: avoir un enfant malnutri, et être prestataires (médecins, infirmiers et infirmières, des aides-soignants, tradi-praticien, agent d'ONG intervenant dans le domaine de la malnutrition).

Tous les entretiens sont semi structurés sont réalisés sur la base d'un guide d'entretien adressé aux usagers et au personnel soignant. En plus de ces entretiens, l'observation directe est aussi privilégiée. Ces techniques ont permis de cerner les différents contours des écarts entre les normes pratiques et officielles dans la prise en charge de la malnutrition au CRENI de l'hôpital National de Zinder.

2. Résultats

2.1. Coopération entre les acteurs dans la prise en charge de la malnutrition

Il existe mille et une manières pour les acteurs de coopération dans toute initiative de développement. Au CRENI de Zinder, des stratégies se créent d'elles-mêmes afin de changer les comportements des acteurs à cette nouvelle situation notamment d'intégration du CRENI et de réadaptation des certaines règles du protocole aux réalités socioculturelles de la population. Cette logique amène à analyser le mode de fonctionnement réel de cette institution dans un contexte marqué par des contradictions internes « *non réglées* ». Elles/celles-ci le sont dans la mesure où les principes initialement prévus n'ont pas été jaugés sur la bannière d'une étude de faisabilité sociale avant la mise en œuvre du protocole de prise en charge et l'intégration du CRENI à l'hôpital national géré précédemment par l'ONG « Médecins Sans Frontières » (MSF). C'est pourquoi, dans le processus d'adaptation et celui de se conformer (normes officielles) les acteurs se trouvent dans un dilemme entre le respect strict des consignes formelles et la prise en compte des réalités socioculturelles et économiques des patients et de leurs familles. D'où l'appropriation de la théorie de (Ferrié, 2015) de « *falsification des préférences* ». En effet, cette technique consiste à cacher des préférences réelles et à exciper des préférences conformes aux attentes des publics avec lesquels ils sont en interaction. Ces jeux se jouent entre, d'une part, les agents de santé et les accompagnants de l'enfant malnutri qui cachent leurs préférences réelles en faisant recours aux méthodes traditionnelles/endogènes et les agents de santé entre eux, d'autre part. Un véritable scénario qui paraît perplexe aux yeux d'un observateur externe mais dont les réalités internes se justifient par la complexité du système mis en place fortement influencé par les comportements des différents acteurs. C'est là, fondamentalement, l'un

des axes de la problématique de cette recherche. Ce qui veut dire que le système de fonctionnement sanitaire au CRENI est un « *espace clos* » pour emprunter le concept de (Callon, 1991), mais aussi un « *espace ouvert* » symbolisant respectivement les normes officielles et pratiques où les premières sont rigides sous forme de contenu d'une loi sanitaire en matière de prise en charge de la malnutrition et les secondes flexibles et spécifiques justifiant l'action collective d'ordre socioculturel et économique. Cette complexité caractérise les mécanismes du fonctionnement et de la gestion des cas de malnutrition au CRENI de l'hôpital de Zinder. Les coopérations qui se tissent entre les acteurs sont de plusieurs ordres et créent selon l'intérêt de *l'homo économicus* au sens donné par (Boudon, 1975). A travers les entretiens et l'observation directe effectués, les formes de coopérations ont été identifiées.

2.2. Coopération entre accompagnants des enfants malnutris et les guérisseurs

Les représentations sociales et les croyances autour de la malnutrition définissent la malnutrition sous des angles différents au Niger en général et à Zinder en particulier. Pour certains, la malnutrition est un cycle normal du développement de l'enfant, d'où l'appellation de « *tamowa* » en haoussa qui signifie malnutrition. Cette conception est souvent liée au choix alimentaire fait aux enfants qui interdit la consommation de certains aliments nutritifs comme les œufs, les poissons ou la viande au moment où l'enfant en a besoin. Pour d'autres, la malnutrition est liée au phénomène de la sorcellerie. Dans l'un comme dans l'autre cas, on constate que les accompagnants même s'ils ont confiance à la biomédecine, ne dépendent pas exclusivement du traitement clinique. Les propos de cette mère d'un enfant malnutri témoignent de cet état :

« Avant de venir ici, nous avons fait recours à la médecine traditionnelle. Nous avons toujours emmené cet enfant (en pointant l'enfant de doigt) auprès d'un guérisseur de notre quartier. Nous avons pensé que son état de santé est dû aux mauvais esprits puisque cela est aussi possible. J'ai constaté que son état n'avait pas connu d'amélioration. Je suis partie auprès du marabout de notre quartier qui me conseille finalement de venir à l'hôpital et on nous réfère ici dans cette maison (elle fait allusion au CRENI) ». (Femme, 25 ans, Zinder).

A la lumière de cette coopération entre et le guérisseur et cette femme, on relève également des thérapies traditionnelles au sein de l'hôpital. Cette situation s'illustre à travers l'exposition de bouteilles contenant des débris des médicaments traditionnels et « *l'eau de couleur noire* » comme résultats de versets du coran lavés. Ces accompagnantes des enfants malnutris allient à la fois des croyances et représentations sociales de la maladie en cherchant la solution partout en se fondant sur la phrase guide en langue Hausa « *magani ay katari ne* », autrement dit « *le vrai médicament relève du fait de hasard* ». A ce niveau, plusieurs coopérations se créent entre les acteurs (personnel soignant, accompagnantes des enfants malnutris et guérisseurs traditionnels). A cet effet, il existe des guérisseurs connus dans des localités des accompagnantes qui continuent à apporter leur contribution pendant l'hospitalisation de l'enfant. Chaque membre de la société contribue dans son domaine de compétence, mais cette répartition des tâches n'est pas assimilable à celle décrite par (Durkheim, 1887) car elle s'inscrit dans la logique de la conscience collective et non individualiste incarnée par la société à solidarité organique. Une autre coopération se tisse entre les accompagnants eux-mêmes qui s'entraident en faisant recours à d'autres voies de guérison comme complément au traitement de la médecine moderne sous l'aune du protocole national. Les comportements des acteurs dans cette coopération souvent s'expliquent non seulement par le refus d'hospitalisation mais aussi réduire les dépenses. Les accompagnants frappés par la pauvreté généralisée craignent les prescriptions des ordonnances compte tenu de leurs moyens limités. Ils multiplient les recours thérapeutiques « *pour que l'enfant recouvre très vite sa santé* » selon le souhait le plus exprimé par les mères. C'est une manière de passer aux différentes phases d'hospitalisation du fait de délai que le passage, en fonction de la complication des cas, pourrait prendre. La prise en charge est, en réalité, gratuite mais depuis l'intégration du CRENI à l'hôpital, le système est incapable d'assurer l'entière prise en charge des enfants malnutris qui demande beaucoup de soins intensifs à la fois liés à d'autres maladies. Un décalage entre les normes est né à partir des difficultés de gestion des cas des enfants malnutris. Les agents de santé n'ayant pas de solution adéquate lâchent le maintien strict du respect du protocole national et s'enlisent entre arrangements et débrouille.

Figure N°1 : un enfant malnutri hospitalisé au CRENI sous traitement biomédical associé au traditionnel



Source : Prise de vue, Yahaya B. Zinder Mai, 2020.

2.3. Soins médicaux entre arrangements et débrouille : une coopération qui s'impose ?

Selon le sociologue français (Dupuy, 2010), « *coopérer n'est pas naturel* ». Il faudrait attendre que chaque personne se voit attribuer un segment de responsabilité qui est une partie de l'ensemble. Devant l'impossibilité du suivi du protocole national de prise en charge de la malnutrition, les agents de santé coopèrent tacitement avec les accompagnants des enfants malnutris. C'est une coopération nécessaire pour « *joindre l'utile à l'agréable* » autrement dit, pour prendre en considération les stratégies utilisées par les mères et les difficultés inhérentes à la vie socioculturelle et économique de ces personnes accompagnantes. C'est une gestion de situation entre principes et réalités. L'introduction d'autres techniques de traitement, l'ignorance de certaines mères, pression d'être libérées, les contraintes liées aux moyens de subsistance en sont entre autres facteurs qui incitent les agents à la débrouille dans le cadre du traitement. Pour répondre aux exigences des mères et de l'Etat, les agents se débrouillent sans totalement respecter le protocole national dû à l'insuffisance des moyens. Il ressort alors que l'action individuelle ne dépend ici ni de la pression sociale, ni de la sanction, mais de l'appréciation personnelle. Dans ce cadre, l'individu devient un « relais » par lequel la norme prend vie selon (Michel Foucault, 2004: 26). Ces

conditions de travail peu propices laissées à l'appréciation des agents, entre le respect du protocole et la débrouille, créent des écarts entre les normes ou plutôt les normes officielles se voient confisquées par les normes pratiques voire même sociales. Vu que le rôle du CRENI n'est pas de guérir l'enfant dans tous ses états, mais plutôt de le stabiliser, la coopération entre les agents de santé et les accompagnantes est favorisée par le souci de libérer les enfants des situations où la satisfaction ne saurait être totale. Il est vrai que (Olivier de Sardan, 2010 : 42) souligne que les cahiers de charges officielles sont loin d'être respectées, dans la lettre et dans l'esprit, par les agents et les usagers, mais ici le non-respect relève d'une obligation de contexte. Celui-ci englobe plusieurs variantes des normes : les normes officielles (protocole), les normes sociales (culturelles) et les normes pratiques ou « norme officieuse », qui guide bien souvent les choix et les comportements des acteurs impliqués dans le domaine de la santé à des niveaux différents, puisque ces acteurs peuvent avoir le mandat soit de mettre en place, et même, jusqu'à un certain point, de surveiller l'application de la norme officielle, soit de mettre en œuvre la norme officielle par leur pratique quotidienne. Dans la même perspective, (Andrée Lajoie, 2009 :171) souligne que :

« Le fait que si, depuis longtemps, des règles de nature professionnelle et des principes scientifiques sont reconnus comme étant du droit par leur imposition par les tribunaux en matière de responsabilité professionnelle, d'autres normes, qui restent à l'écart de ce corpus officiel, et qu'elle appelle « officieuses », ont un statut beaucoup moins clair. Ces règles, observables uniquement dans le milieu, même si elles n'ont pas été légalement adoptées, sont perçues comme contraignantes par ceux auxquels elles s'appliquent ».

Pourtant, le seul souci évoqué par les mères ne connaissant pas les procédures légales du traitement des cas de malnutrition en suivant les différentes étapes de traitement, est la longue durée avant de franchir les différentes phases. Elles semblent être, dans leur quasi-totalité, prêtes à quitter le centre une fois l'état de santé de l'enfant connaît une amélioration relative. Elles se lancent dans des négociations avec les agents de santé afin de bénéficier de la « liberté » ou à défaut quittent le centre clandestinement. Le rapport d'activités du CRENI de 2019 fait cas d'environ de 8,5% des cas d'abandon. Les agents de santé profitent en fonction de raison de demande de la libération à satisfaire les

usagers soit en leur proposant des produits moins chers, soit d'accélérer l'accès d'une phase à une autre. C'est pourquoi, en leur demandant l'état de santé des enfants, pour les moins graves, elles répondent par « *Alhamdoulillahi (Dieu merci), on attend que la libération* ».

« L'état de santé de mon enfant s'est bien amélioré, par la grâce de Dieu, et à travers les soins efficaces par le personnel soignant du CRENI. Aujourd'hui nous sommes dans notre 32^{ème} jour ici. Le soin est très efficace raison pour laquelle nous avons préféré directement l'amener au centre de santé ». (Femme 35 ans, Zinder).

En général, lors des entretiens effectués, les acteurs évoqués ne s'accusent pas mutuellement, mais déplorent chacun en qui le concerne l'état des conditions d'hospitalisation après l'intégration du CRENI à l'hôpital. En plus, les contraintes liées à l'hospitalisation et tous ses corollaires constituent dans une certaine mesure les goulots d'étranglements qui concourent au refus du recours au CRENI par les femmes. Les propos de cette mère d'enfant malnutri vont dans le même sens :

« Les femmes et les jeunes filles doivent abandonner toutes leurs activités (petite restauration, coiffure ou couture) tandis que les hommes et leurs enfants vont quitter les champs pour uniquement assister un enfant hospitalisé au CRENI ». Donc les longs séjours au centre de prise en charge qui impliquent l'immobilisation d'un parent pour l'assistance de l'enfant sont des contraintes qui ne favorisent pas totalement l'adhésion des parents des malades à la prise en charge hospitalière au CRENI.

Ces conditions sont souvent marquées par le manque de la rigueur dans le suivi des enfants et la débrouille par les agents de santé, d'où la nécessité de coopérer pour s'accommoder aux nouvelles situations.

2.4. Vers une officialisation des normes pratiques

Dans le cadre de mission régalienne, les agents de santé procèdent, de manière systématique, selon le cas, au « *bricolage* » des normes officielles en normes officieuses pour assurer le fonctionnement régulier de leur service (CRENI). Dans les faits, ces réflexions mènent au même constat que celui posé par (Galand Charles et Salès-Wuillemain, 2009 :78) quant aux règles administratives : les normes officieuses viennent, la plupart du temps, combler les silences, les carences et les insuffisances du protocole (norme officielle). C'est dans cette optique,

que le médecin chef du CRENI encourage la recherche pour harmoniser certaines pratiques :

« A mon avis si on veut améliorer la prise en charge des enfants malnutris au Niger, il faut qu'on effectue un diagnostic, avec des outils plus simplifiés et surtout adaptés le traitement pour soigner les enfants de façon précoce. Pour arriver là, évidemment des recherches doivent être menées afin de proposer de nouveaux protocoles permettant une meilleure prise en charge ».

Compte tenu des écarts constatés entre les normes qui basculent entre les normes officielles du protocole et pratiques, un nouveau modèle de norme s'est imposé « *normes officieuses* » au CRENI de HNZ. C'est une situation à double sens comme le souligne Galand Charles et Salès-Wuillemin (op, cit) : « une presque officielle qui ne respecte pas, évidemment, les principes du protocole de prise en charge et l'autre traditionnellement liée aux préceptes que les individus ont dans leur vie quotidienne. Les deux normes conjuguées produisent des effets cumulatifs, pour qu'avec le temps, disposer les comportements normaux au détriment d'un nouveau modèle qu'on pourrait appeler « *norme médium* ». Cette norme relève de la conséquence d'une incapacité volontaire ou pas du respect du règlement officiel qui tourne entre l'adoption des attitudes de la vie quotidienne de la société en question et la tentative du respect de la norme officielle. Ce sont des comportements proches de l'informalité même si l'observance des règles prescrites n'est pas totalement abandonnée. Ces attitudes ne sont pas nouvelles dans d'administration africaine et du Niger en particulier. La curiosité du chercheur à s'y intéresser est sa persistance jusqu' au domaine de la santé ou comme dit un adage précieux local « *labia uwa jiki* » (la santé est mère du corps) ou encore le proverbe français qui prend la question de la santé avec plus du sérieux en conseillant par « *la santé n'a de prix* ». Ce constat traduit le véritable fonctionnement du système sanitaire nigérien.

Cependant, il est important de distinguer les normes des valeurs qui, elles, sont les idéaux communs à une société, définissant ce qui est bien et ce qui est mal. Dans la perspective de (Boudon et Bourricaud, 1982 : 417), les valeurs sont situées à un niveau général, elles « orientent d'une manière diffuse l'activité des individus en leur fournissant un ensemble de références idéales, et du même coup une variété de symboles d'identification, qui les aident à se situer eux-mêmes et les autres par

rapport à cet idéal ». Les normes dérivent donc de ces valeurs, elles en sont en quelque sorte la traduction. D'une part, elles établissent des manières d'être, de faire et de penser qui sont reconnues comme légitimes dans une société donnée, à une époque donnée, et qu'un acteur individuel ou collectif devrait respecter. D'autre part, les normes ont ainsi le rôle central de cadrer les actions et comportements des acteurs sociaux, ce qui implique des sanctions positives pour ceux qui s'y conforment et négatives pour les autres. A titre illustratif, les agents de santé qui ne sont pas dans les conditions de travail au CRENI, développent des comportements tendant à assurer la prise en charge selon les moyens de bord sous la supervision des responsables du centre qui infligent souvent des sanctions pour tout contrevenant et promotion pour « *les conformistes* ». En effet, le rôle de faire respecter des normes en matière d'emploi est devenue plus complexe ce dernier temps. Du fait, des difficultés que plusieurs agents de santé travailleurs au CRENI font face eu égard à la protection offerte par les normes d'emploi, car certains ne connaissent pas l'existence de leurs droits. D'autres pensent à tort qu'ils sont des agents contractuels alors qu'en réalité, leur situation n'est rien d'autre qu'une relation d'employeur-employé liée par les textes réglementaires en vigueur. D'autres encore s'inquiètent peut-être du fait qu'une tentative de faire valoir leurs droits pourrait leur coûter leur emploi d'où la nécessité d'obtempérer à toutes les directives de l'administration par crainte des sanctions (licenciement, avertissement, coupure sur salaire etc.).

Conclusion

Les résultats de cette recherche ont permis d'identifier des écarts entre les normes officielles et pratiques dans le cadre de la prise en charge de la malnutrition au CRENI de HNZ. Les normes pratiques complètent les normes officielles pour assurer l'effectivité de la prise en charge de la malnutrition. Par ailleurs, au CRENI de HNZ, les agents de santé et les mères des enfants malnutris développent des comportements observant et non observant dans le cadre de la prise en charge de la malnutrition. Par ailleurs, les écarts entre normes officielles et normes pratiques sont diversifiés et significatifs en ce sens qu'ils créent un espace spécifique pour les stratégies des acteurs. Parfois, les normes

pratiques «transgressent» certes les normes officielles dans la lettre, mais avec pour objectif de délivrer les services prévus dans l'esprit.

Bibliographie

Andrée Lajoie (2009), *Le rôle des femmes et des aînés dans la gouvernance autochtone au Québec*, Montréal, Thémis.

Boudon Raymond (1975), « L'inégalité des chances », la mobilité sociale dans les sociétés industrielles, *In Revue française de pédagogie*, volume 32, p.74-78.

Boudon Raymond et Bourricaud Fernand (1982), *Dictionnaire Critique de la Sociologie*, Paris: PUF.

Durkheim Emile (2007), *De la Division du Travail Social (10è édition)*, Paris: PUF.

Galand Charles et Salès-Wuillemin Édith (2009), « Apports de l'étude des représentations sociales dans le domaine de la santé », *Sociétés*, Volume 105, p.35-44.

Jaffre Yannick et Olivier de Sardan Jean Pierre (2001), « Les dysfonctionnements des systèmes de soins. Enquête sur l'accès aux soins dans 5 capitales d'Afrique de l'Ouest », *Projet Unicef, Coopération française*, p.290.

Jean-Noël Ferrié (2015), « Timur Kuran, The Long Divergence. How Islamic Law Held Back the Middle East », Princeton, Princeton University Press, p.2011- 405, consulté le 21 décembre 2020.doi.org/10.4000/ress.2943.

Jean-Pierre Dupuy (2010), *La Marque du sacré*, Questions de communication [En ligne], 18 | 2010, consulté le 18 février 2019.

Michel Callon (1991), *Sociologie de l'acteur réseau*, Presses des Mines, p.267-276.

Michel Foucault (2004), « Sécurité, territoire, population », Cours au Collège de France (1977-78), Paris, Gallimard/Seuil (Collection Hautes Études), p.435.

Ministère de la sante publique Secrétariat General (2012), « Plan De Développement Sanitaire (PDS) 2011 – 2015 », Adopté en Conseil des Ministres le 27 Janvier 2011.

Olivier De Sardan Jean Pierre (2001), « La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest », *Autrepart*, p.61-73.

Olivier De Sardan Jean Pierre (2010), « Développement, modes de gouvernance et normes pratiques (une approche socio-anthropologique)», *Revue canadienne d'études du développement*, *Canadian journal of development studies*, p.31-61.