FINANCEMENT DOMESTIQUE DURABLE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE : THE CHALLENGE INITIATIVE ENGAGE LES ELUS LOCAUX EN AFRIQUE DE L'OUEST FRANCOPHONE

AVOCE Josephat[1*], KANDJI Mamadou[2], SOW Fatimata[2], NAKOULMA Jean René Firmin[2], GNAHOUI Hugues[2], MITCHELL Vanessa[3]

[1] Organisation pour le Service et la Vie (OSV), Cotonou, Bénin

[2] The Challenge Initiative, Francophone West Africa Hub, Global Communities, IntraHealth International, Dakar, Sénégal

[3] Rutgers International

javoce@osvjordan.org ; Organisation pour le Service et la Vie (OSV), Cotonou, Bénin ; +229 01 96 72 15 39

Résumé

L'Afrique de l'Ouest francophone affiche parmi les indicateurs de santé reproductive les plus défavorables au monde, dans un contexte de contraction brutale des financements internationaux de la planification familiale (PF), marqué en 2025 par le retrait du premier bailleur mondial. Cet article analyse, dans une perspective socio-anthropologique de l'action publique locale, l'approche de The Challenge Initiative (TCI), qui combine coaching managérial, plaidoyer politique et engagement financier des collectivités pour ancrer le financement domestique de la PF. À partir d'une étude rétrospective mixte couvrant 28 villes de six pays du Partenariat de Ouagadougou entre 2016 et 2025, l'analyse montre que plus de 1 000 élus et agents ont été formés, que les municipalités ont engagé 1,66 milliard de FCFA et décaissé 946 millions (57 %), et que les utilisatrices additionnelles de méthodes modernes ont quintuplé entre 2021 et 2025. L'engagement structuré des élus locaux constitue un levier de durabilité reproductible, sous conditions d'institutionnalisation budgétaire et de plaidoyer soutenu.

Mots-clés : *planification familiale ; financement domestique ; collectivités territoriales ; action publique locale ; appropriation sociale ; légitimité ; Partenariat de Ouagadougou*

Abstract

Francophone West Africa records some of the world's least favourable reproductive health indicators, in a context of abrupt contraction of international family planning (FP) financing, marked in 2025 by the withdrawal of the leading global donor. From a socio-anthropological perspective on local public action, this article analyses the approach of The Challenge Initiative (TCI), which combines managerial coaching, political advocacy and financial engagement of local governments to anchor the domestic financing of FP. Drawing on a mixed retrospective study covering 28 cities in six Ouagadougou Partnership countries between 2016 and 2025, the analysis shows that more than 1,000 elected officials and technical agents were trained, that municipalities committed 1.66 billion FCFA and disbursed 946 million (57%), and that additional users of modern methods increased fivefold between 2021 and 2025. The structured engagement of local elected officials constitutes a replicable lever for sustainability, conditional on budgetary institutionalization and sustained advocacy.

Keywords: *family planning; domestic financing; local governments; local public action; social appropriation; legitimacy; Ouagadougou Partnership*

1. Introduction

Au niveau mondial, près de 260 000 femmes sont décédées en 2023 des suites d'une grossesse, d'un accouchement ou de complications du post-partum, dont environ 70 % en Afrique subsaharienne, alors que la cible des Objectifs de développement durable vise moins de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes à l'horizon 2030 (OMS et al., 2025 ; Nations Unies, 2024). L'Afrique de l'Ouest francophone

demeure l'une des sous-régions les plus en difficulté : le ratio de mortalité maternelle y atteint 385 décès pour 100 000 naissances vivantes en Côte d'Ivoire, 349 au Togo et 237 au Sénégal, et la prévalence contraceptive moderne y figure parmi les plus basses au monde (INS et ICF, 2023 ; OMS et al., 2025). Une part importante de cette mortalité est pourtant évitable : l'élargissement de l'offre de planification familiale (PF) réduit les grossesses non désirées, les avortements à risque et les décès maternels, tout en produisant des bénéfices sanitaires, démographiques et économiques considérables (Cleland et al., 2012 ; Ahmed et al., 2012).

L'architecture du financement de la PF connaît, depuis 2024-2025, un bouleversement sans précédent. L'aide internationale, longtemps concentrée sur un petit nombre de bailleurs (cinq gouvernements assurant près de 90 % du financement, le principal représentant à lui seul environ 41 % des contributions), s'est brutalement contractée : le retrait, début 2025, du premier bailleur mondial, conjugué aux réductions annoncées par d'autres donateurs, a placé près de 70 % du financement international de la PF en situation de coupe effective ou de risque imminent (FP2030, 2025). Les conséquences sont immédiates : ruptures de stocks de contraceptifs, arrêt de commandes, suppression de postes d'agents de santé et fragilisation des organisations de la société civile. Or les besoins demeurent massifs : le coût de l'élimination des besoins non satisfaits en PF dans 120 pays prioritaires d'ici 2030 a été estimé à 68,5 milliards de dollars, pour un financement annoncé très inférieur (UNFPA, 2019). Ce sous-investissement est d'autant plus paradoxal

que chaque dollar supplémentaire investi dans les services contraceptifs permet d'économiser environ 2,5 dollars en soins de santé maternelle, néonatale et post-abortum (Guttmacher Institute, 2025).

Cette contraction se répercute du niveau mondial vers les niveaux national puis local. Dans les pays du Partenariat de Ouagadougou (PO), où les programmes de PF restaient largement tributaires des financements extérieurs, le repli des bailleurs menace l'approvisionnement en produits, les campagnes de sensibilisation, la rémunération des agents communautaires et, in fine, l'offre même de services. La transition du programme FP2020 vers FP2030 a élargi l'agenda régional à la santé sexuelle et reproductive, à l'équité, à la jeunesse et à la mobilisation de ressources domestiques, érigée en priorité lors de la 14e Réunion annuelle du Partenariat de Ouagadougou (RAPO) tenue à Lomé en décembre 2025 (Partenariat de Ouagadougou, 2025). La durabilité du financement de la PF est ainsi devenue la question stratégique centrale de la sous-région : sans relais domestique, les acquis de quinze années d'investissements (hausse de la prévalence contraceptive, recul des grossesses non désirées, structuration des services) risquent d'être perdus.

Au niveau national, les allocations budgétaires publiques à la PF demeurent structurellement faibles dans la plupart des pays du PO, rarement à la hauteur des engagements pris dans les plans nationaux. Les lignes budgétaires nationales, lorsqu'elles existent, sont souvent partiellement exécutées, et la dépendance aux intrants financés par les bailleurs

reste élevée. C'est cette vulnérabilité que la crise de 2025 met en lumière : un financement encore trop adossé à l'extérieur, et donc exposé aux retournements de la conjoncture de l'aide. Les travaux récents du Partenariat, qui ont mis en avant à Lomé les modèles de financement domestique du Nigeria, du Tchad, du Cameroun et de Madagascar, traduisent une prise de conscience régionale de cette nécessité (Partenariat de Ouagadougou, 2025).

La décentralisation, engagée dans la plupart des pays ouest-africains depuis les années 1990, a transféré aux collectivités des compétences en matière de santé de proximité, d'hygiène publique et d'action sociale (Abimbola et al., 2019). Les communes disposent ainsi d'un mandat légal et d'un budget propre mobilisables au profit de la PF. Ce levier est pourtant resté sous-exploité : faible priorisation politique, méconnaissance des compétences transférées, absence de lignes budgétaires dédiées et capacités de gestion limitées ont maintenu la PF à la marge des budgets communaux. Réorienter une part du financement vers l'échelon local suppose donc un engagement politique des élus, une institutionnalisation budgétaire et un accompagnement technique durable.

Face à cette configuration, The Challenge Initiative (TCI), plateforme appuyée par le William H. Gates Sr. Institute for Population and Reproductive Health de l'Université Johns Hopkins, promeut un modèle de passage à l'échelle fondé sur la demande, dans lequel les gouvernements locaux s'enrôlent volontairement, cofinancent les interventions et internalisent

progressivement des pratiques à haut impact (The Challenge Initiative, 2024). Cet article décrit et analyse, dans une perspective socio-anthropologique, l'approche déployée par TCI dans six pays du PO, en montrant comment la combinaison du coaching managérial, du plaidoyer politique structuré et de l'engagement financier des collectivités ancre durablement le financement domestique de la PF. Il en dégage les résultats mesurables, les conditions de durabilité et des messages de plaidoyer.

2. Le financement de la planification familiale : modes, mécanismes, acteurs et défis

2.1. Une pluralité de sources et de mécanismes

Le financement de la planification familiale ne procède pas d'une source unique, mais d'un assemblage hétérogène d'acteurs et de mécanismes : financements publics nationaux (lignes budgétaires des ministères de la Santé) ; financements publics locaux (budgets des collectivités) ; aide internationale (bailleurs bilatéraux et multilatéraux, fondations) ; paiement direct des ménages (out-of-pocket) ; mécanismes assurantiels et couverture santé universelle ; secteur privé et responsabilité sociétale des entreprises ; contributions des organisations confessionnelles et communautaires ; et, plus récemment, plateformes de financement numérique (mobile money). Chaque canal engage des acteurs, des temporalités et des logiques de redevabilité distincts. C'est leur articulation (leur « mix » de financement) qui détermine la résilience d'ensemble du système, et non la performance d'une source isolée (Witter et al., 2020 ; Knowledge SUCCESS, 2023).

2.2. L'assurance maladie et la couverture santé universelle

Parmi ces mécanismes, l'assurance maladie et la couverture santé universelle (CSU) sont en expansion, mais demeurent marginales pour la PF en Afrique de l'Ouest francophone. La couverture assurantielle y reste faible et, alors que la contraception figure presque toujours dans les paquets essentiels de services, la plupart des régimes d'assurance émergents d'Afrique subsaharienne l'excluent de leurs paniers de soins remboursables (Hagos et al., 2023). Les dispositifs nationaux de CSU (Couverture Maladie Universelle au Sénégal et en Côte d'Ivoire, gratuité ciblée ailleurs) intègrent encore inégalement la PF, si bien que le coût des services repose largement sur les ménages ou sur les bailleurs. Intégrer pleinement la PF dans les paniers de soins assurés, en définissant clairement les méthodes couvertes et les modalités d'achat, constitue l'un des leviers les plus prometteurs d'un financement durable et équitable (Hagos et al., 2023).

2.3. La gratuité de la PF : portée et limites

La gratuité des services de PF (la suppression du paiement direct par l'usager au point de prestation) occupe une place centrale et ambivalente dans ce paysage. Lever la barrière financière accroît nettement le recours à la contraception : au Burkina Faso, l'abolition des frais a augmenté d'environ 86 % la probabilité d'utiliser une méthode (Tiendrebeogo et al., 2022) ; les revues systématiques rappellent toutefois que la demande n'est pas toujours sensible au prix et que d'autres barrières (sociales, informationnelles, de qualité) pèsent lourdement (Korachais et al., 2016). La gratuité a également

une dimension symbolique et politique : elle affirme la PF comme un droit et un bien public, et non comme une marchandise (UNFPA, 2012). Mais elle déplace la question du financement plutôt qu'elle ne la supprime : un service « gratuit » pour l'usager doit être payé par quelqu'un (État, commune, bailleur ou assurance), et c'est là que se noue l'enjeu de durabilité. Les Journées Spéciales d'offre gratuite de PF financées par les budgets communaux des 28 villes illustrent une gratuité prise en charge localement, donc potentiellement pérenne, par opposition à une gratuité adossée à des financements extérieurs volatils. Penser la gratuité, dans une perspective socio-anthropologique, c'est interroger qui paie, au nom de quelles valeurs, et avec quels effets sur l'équité d'accès des ménages les plus pauvres.

2.4. Des défis aggravés par le contexte actuel

Ce paysage est aujourd'hui mis sous tension. Dépendance persistante à l'aide extérieure, faiblesse et sous-exécution des lignes nationales, exclusion fréquente de la PF des paniers assurantiels et poids du paiement direct dessinent un financement fragmenté et vulnérable. Le choc de 2025 agit comme un révélateur : il expose la fragilité d'un modèle insuffisamment domestique et accélère la recherche de mécanismes plus stables (FP2030, 2025). C'est dans cet espace de recompositions que s'inscrit l'expérience analysée ici : l'ancrage du financement de la PF dans les ressources des collectivités territoriales et l'élargissement de la base sociale qui le soutient.

3. Cadre théorique et conceptuel

3.1. Financer la santé : un fait social total, au carrefour des disciplines

Le financement de la planification familiale ne se réduit pas à une question technique ou comptable. Il se situe au carrefour de plusieurs disciplines (économie de la santé, science politique, santé publique), mais il constitue avant tout un fait social, au sens où il engage simultanément des rapports de pouvoir, des systèmes de valeurs, des normes de genre et de procréation, des hiérarchies de légitimité et des logiques d'appartenance communautaire. En ce sens, la décision d'une commune ouest-africaine d'inscrire une ligne budgétaire pour la contraception s'apparente à ce que Marcel Mauss appelait un « fait social total » : un acte qui mobilise à la fois l'économique, le politique, le religieux et le symbolique, et qui ne peut être compris qu'en restituant l'ensemble de ces dimensions (Mauss, 1950). Inscrire une telle ligne, c'est poser un acte politique et symbolique autant que financier : c'est reconnaître publiquement la légitimité de la régulation des naissances dans des sociétés où la fécondité demeure un enjeu social, religieux et identitaire majeur.

Le choix d'un cadre socio-anthropologique, plutôt que strictement économique ou gestionnaire, se justifie alors à trois titres. Premièrement, l'objet déborde l'analyse économique : les écarts persistants entre montants engagés et montants décaissés ne s'expliquent pas par la seule contrainte de ressources ; ils renvoient à des rapports de pouvoir et à des priorités concurrentes que seule une

approche compréhensive des logiques d'acteurs peut restituer. Deuxièmement, la décision budgétaire locale en matière de contraception est enchâssée dans des arènes sociales où se négocient des normes de fécondité, de genre et d'autorité, objets classiques de l'anthropologie de la santé et de la reproduction. Troisièmement, la question de recherche de l'article (comment une norme exogène, le financement domestique de la PF, devient-elle une règle locale durable ?) appelle des concepts forgés par la sociologie de l'action publique et l'anthropologie du développement, l'économie de la santé tendant à traiter l'appropriation locale comme une boîte noire (Witter et al., 2020). La perspective socio-anthropologique adoptée ici, attentive aux acteurs, à leurs représentations et à leurs stratégies, complète donc les analyses économiques du financement de la santé sans prétendre s'y substituer.

3.2. Une lecture socio-anthropologique de l'action publique locale

L'analyse mobilise d'abord la sociologie de l'action publique, qui considère les politiques non comme l'application descendante de décisions centrales, mais comme le produit d'interactions entre une pluralité d'acteurs (élus, agents de santé, leaders religieux et coutumiers, société civile, partenaires techniques) dotés de ressources et d'intérêts distincts (Lascoumes et Le Galès, 2007). Dans cette perspective, la décentralisation apparaît moins comme un transfert administratif que comme une recomposition des arènes locales du pouvoir, où se rejoue la légitimité à gouverner la santé reproductive (Abimbola et al., 2019). L'anthropologie du développement éclaire de son côté la

rencontre entre les dispositifs importés (modèles de coaching, fonds catalytiques, pratiques à haut impact) et les logiques sociales locales : tout projet de développement est un espace de traduction et de négociation, jamais une simple exécution (Olivier de Sardan, 1995). La notion de gouvernementalité permet enfin de lire le coaching managérial et les outils de redevabilité comme des technologies de conduite des conduites, qui façonnent des élus « responsables » et des municipalités « autonomes » (Foucault, 2004).

Ces trois courants couvrent trois niveaux complémentaires de l'objet étudié : la sociologie de l'action publique éclaire le niveau méso (la fabrique des décisions budgétaires dans les arènes municipales) ; l'anthropologie du développement, l'interface entre le dispositif TCI et les sociétés locales ; la gouvernementalité, le niveau micro des instruments qui équipent et orientent les conduites. Leur combinaison permet de suivre la trajectoire complète d'une norme, de son importation à son institutionnalisation.

3.3. Capital social, légitimité, intermédiation : des concepts opératoires

Trois concepts structurent plus particulièrement l'interprétation, chacun étant rattaché à des observables précis de l'étude. Le capital social, entendu comme l'ensemble des réseaux, des normes de réciprocité et de la confiance qui facilitent l'action collective (Bourdieu, 1980 ; Putnam, 1993), rend compte de la capacité des Groupes de Plaidoyer et de Suivi à mobiliser des ressources au-delà du budget communal ; il s'observe empiriquement dans la composition de

ces groupes et dans les soutiens qu'ils parviennent à agréger. La légitimité, dans la typologie wébérienne de ses formes traditionnelle, charismatique et rationnelle-légale (Weber, 1971), éclaire le rôle décisif des chefs coutumiers et des autorités confessionnelles dans l'acceptabilité sociale de la PF ; elle se lit dans leurs prises de position publiques et leurs engagements documentés. L'intermédiation, enfin (la figure du courtier qui relie les mondes du développement et les sociétés locales), permet de penser le rôle des coachs, des élus champions et des leaders religieux comme passeurs entre la norme globale du financement domestique et les attentes des populations (Bierschenk et al., 2000) ; elle s'observe dans les pratiques de traduction relevées lors des sessions de coaching et des actions de plaidoyer. S'y ajoute, comme fil conducteur de la discussion, l'institutionnalisation : le processus par lequel des pratiques individuelles se sédimentent en règles objectivées, tenues pour allant de soi (Berger et Luckmann, 2006). C'est ce cadre, articulant niveaux d'analyse et concepts opératoires, qui guide la lecture des résultats.

4. Matériel et méthodes : une approche socio-anthropologique

4.1. Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale rétrospective multicentrique à approche mixte (quantitative et qualitative). Elle articule la description d'une intervention complexe et l'analyse de ses effets sur des indicateurs de processus (institutionnalisation budgétaire, formation des élus) et de résultats (engagements financiers,

décaissements, utilisatrices additionnelles de méthodes contraceptives modernes).

Sur le plan épistémologique, la démarche relève d'une socio-anthropologie du changement social : elle privilégie la compréhension des logiques d'acteurs et des processus d'appropriation, et articule des données quantitatives de cadrage à un matériau qualitatif (entretiens semi-directifs et observation directe) constitué au plus près des arènes locales de décision (Olivier de Sardan, 1995).

4.2. Cadre et population d'étude

L'étude couvre 28 villes appuyées par TCI dans six pays du Partenariat de Ouagadougou entre 2016 et 2025 : huit villes au Sénégal (Dakar, Guédiawaye, Pikine, Mbour, Thiès, Kaolack, Touba, Saint-Louis), neuf villes en Côte d'Ivoire (Abidjan, Bouaké, Anyama, Cocody-Bingerville, Daloa, Vavoua, Séguéla, Mankono, Korhogo), une ville au Togo (Lomé), et plusieurs villes au Bénin, au Burkina Faso et au Niger ayant participé à la phase initiale (2016-2021) ou à la phase NextGen (2022-2025) (The Challenge Initiative, 2024 ; Kandji et al., 2024). Les unités d'analyse sont les villes ; les unités d'observation sont les cadres de coordination municipaux, les Groupes de Plaidoyer et de Suivi (GPS), les responsables sanitaires et les élus locaux.

4.3. Description de l'intervention

L'intervention TCI s'articule autour de cinq phases successives : (i) Start-up (plaidoyer initial et enrôlement des municipalités) ; (ii) Surge et Implementation (déploiement à grande échelle des Pratiques à Haut Impact) ; (iii) Pré-

graduation (mise en place des Groupes de Plaidoyer et de Suivi) ; (iv) Graduation (niveau d'autonomie suffisant) ; et (v) Post-graduation (consolidation).

Le coaching managérial, conduit par les Gestionnaires de Programme et les Master Coachs, suit le modèle de coaching « Lead, Assist, Observe, Monitor » (LAOM), c'est-à-dire diriger, assister, observer et suivre (Graham et al., 2025). Il s'appuie sur trois outils standardisés : le Coaching Log, le Coaching Assessment et l'auto-évaluation trimestrielle RAISE (Reflection and Action to Improve Self-Reliance and Effectiveness), fondée sur les six piliers du système de santé définis par l'OMS : gouvernance, prestation de services, financement, ressources humaines, information sanitaire et produits de santé (OMS, 2007). L'opérationnalisation suit sept étapes : (1) marketing du modèle TCI auprès des maires ; (2) signature d'une lettre d'engagement et soumission d'un Dossier d'Expression d'Intérêt ; (3) élaboration du programme municipal de PF et de santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes (PF/SSRAJ) ; (4) signature des conventions de partenariat ; (5) mise en place des instances de mobilisation et de suivi ; (6) inscription d'une ligne budgétaire dédiée ; (7) coaching pour le décaissement effectif.

Ce séquençage structure une trajectoire d'autonomisation progressive : chaque ville n'est pas le bénéficiaire passif d'un appui ponctuel, mais un partenaire conduit, étape par étape, vers la prise en charge domestique de sa programmation PF/SSRAJ.

4.4. Sources de données

La revue documentaire systématique a porté sur les budgets municipaux annuels, les délibérations instituant les lignes budgétaires PF/SSRAJ, les arrêtés de création des GPS, les mandats de paiement et relevés bancaires des comptes dédiés cosignés par la mairie et le système de santé, les rapports trimestriels et annuels de TCI, et les Plans de Développement Local et Plans de Travail Annuels.

Les entretiens semi-directifs ont été conduits auprès des maires et adjoints, des conseillers municipaux, des responsables sanitaires de district, des membres des GPS, des coachs et des Gestionnaires de Programme TCI. L'observation directe a porté sur les sessions de coaching, les réunions des Unités de Coordination et de Gestion (UCG), les ateliers de formation des conseillers et les actions de plaidoyer auprès des conseils municipaux. Les indicateurs sanitaires (utilisatrices additionnelles de méthodes modernes) ont été extraits des systèmes nationaux d'information sanitaire (DHIS-2) consolidés par TCI selon la méthodologie standard Track20.

4.5. Variables et indicateurs

Les principales variables analysées sont : (i) le nombre d'élus et d'agents techniques formés ; (ii) le nombre de villes disposant d'une ligne budgétaire PF/SSRAJ ; (iii) les engagements municipaux annuels ; (iv) les décaissements effectifs ; (v) le taux de décaissement (rapport entre décaissements et engagements) ; et (vi) le nombre cumulé d'utilisatrices additionnelles de méthodes modernes. Les

montants sont agrégés en FCFA ; la conversion en dollars s'appuie sur un taux moyen de 600 FCFA pour 1 USD.

4.6. Analyse des données

Les données quantitatives ont été agrégées par ville, pays et phase, puis comparées entre la phase initiale (2016-2021) et la phase NextGen (2022-2025) ; les analyses descriptives ont porté sur les fréquences, pourcentages et évolutions cumulées. Les données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique selon les six piliers du système de santé. La triangulation des sources a renforcé la validité interne des résultats.

4.7. Considérations éthiques

L'étude s'inscrit dans les activités de suivi-évaluation et de capitalisation conduites par TCI en partenariat avec les municipalités, les directions régionales de la santé et les ministères de la Santé concernés. Aucune donnée individuelle de patient n'a été collectée ; les autorités sanitaires régionales et les municipalités ont été informées des objectifs et y ont consenti ; la participation aux entretiens était volontaire ; les données financières proviennent de documents publics.

5. Résultats

5.1. Mobilisation et formation des élus locaux

Entre 2016 et 2025, la plateforme TCI est passée de 12 villes (phase initiale, 2016-2021) à 28 villes (phase NextGen, 2022-2025) dans six pays du PO. Plus de 1 000 conseillers municipaux et agents techniques ont bénéficié d'une

formation structurée sur les enjeux de la PF dans le développement local, la réduction de la mortalité maternelle et infantile et la lutte contre la pauvreté. Cette formation a élargi le consensus politique autour de la PF et constitué, dans chaque ville, un noyau d'élus champions porteurs du plaidoyer interne.

5.2. Institutionnalisation budgétaire et coordination

Toutes les villes accompagnées ont intégré une ligne budgétaire PF/SSRAJ dans leurs budgets communaux et leurs plans pluriannuels. Des cadres de coordination y ont été établis, structurés autour de deux organes complémentaires : l'Unité de Coordination et de Gestion (UCG), qui se réunit chaque mois pour piloter l'exécution technique et financière, et le Comité Conjoint de Pilotage (CCP), qui se réunit chaque trimestre pour valider les résultats et rendre compte au conseil municipal et aux autorités régionales.

Les Pratiques à Haut Impact (PHI) promues par TCI, à savoir l'information, la sensibilisation et la communication communautaires, les Journées Spéciales d'offre gratuite de PF (JSPF), la Planification Familiale du Postpartum (PFPP) et l'offre de services par les Agents de Santé Communautaire (ASC), sont progressivement intégrées dans les politiques nationales et dans les outils de supervision (Cleland et al., 2006 ; HIPs, 2022).

Cette institutionnalisation budgétaire n'est pas une fin en soi : elle conditionne le déploiement effectif des activités de terrain. Les montants engagés financent les Journées Spéciales d'offre gratuite de PF, l'indemnisation et

l'équipement des agents de santé communautaire, les supports de sensibilisation, les causeries éducatives et le fonctionnement des cadres de coordination. Le financement domestique se traduit ainsi en activités de proximité, puis en services rendus aux populations, établissant une chaîne de résultats continue qui relie la délibération du conseil municipal à l'utilisatrice de méthode contraceptive.

5.3. Mobilisation financière domestique consolidée

Sur la période 2016-2025, les municipalités des 28 villes ont engagé un montant cumulé de 1 664 859 600 FCFA (environ 2,77 millions USD) au titre de la PF et de la santé reproductive, dont 946 301 340 FCFA (environ 1,58 million USD) effectivement dépensés, soit un taux de décaissement global de 57 %. Le tableau 1 synthétise les principaux résultats agrégés.

Tableau 1 : Indicateurs synthétiques de mobilisation des ressources domestiques pour la PF dans 28 villes du Partenariat de Ouagadougou, 2016-2025

Indicateur	Valeur cumulée 2016-2025	Note
Nombre de villes appuyées	28	6 pays du PO
Élus locaux et agents techniques formés	> 1 000	Hommes et femmes confondus
Montant total engagé par les communes	1 664 859 600 FCFA	≈ 2,77 M USD
Montant effectivement décaissé	946 301 340 FCFA	≈ 1,58 M USD
Taux de décaissement global	57 %	Moyenne pondérée

Utilisatrices additionnelles (2021)	66 225	Référence initiale
Utilisatrices additionnelles (2025)	331 809	× 5 en 4 ans

Source : compilation des données budgétaires municipales et des rapports TCI 2016-2025.

5.4. Trajectoires post-graduation : l'expérience ivoirienne

Les GPS institutionnalisés à Abidjan et Bouaké illustrent la dynamique qui suit la pré-graduation : sept GPS créés par arrêté municipal, regroupant en moyenne douze membres (autorités locales, leaders communautaires et religieux, responsables de santé, société civile).

Entre 2024 et 2025, les engagements municipaux dans ces villes graduées sont passés de 59,2 millions à 70,8 millions FCFA (+ 19,6 %) ; les décaissements ont progressé de 19,5 à 33,7 millions FCFA, soit + 72,9 %, portant le taux de décaissement moyen à 41 %. Sur la même période, le nombre cumulé d'utilisatrices additionnelles de méthodes contraceptives modernes est passé d'un solde négatif de 3 140 (traduisant un recul initial du recours aux services) à 24 684 à Abidjan, et de 5 257 à 13 384 à Bouaké, démontrant la traduction directe de la mobilisation financière en utilisation effective des services.

5.5. Diversification des sources de financement local

Au-delà des budgets municipaux, l'expérience TCI documente l'émergence de sources de financement local complémentaires. À Lomé, le diocèse des Églises Mission

Baptiste Évangélique Royaume du Christ (EMBERC) s'est engagé en 2025 à contribuer annuellement au financement de la PF dans la Région Sanitaire du Grand Lomé (premier versement de 200 000 FCFA). Le Révérend Dr ALIDJINOU, président du diocèse, préside par ailleurs le GPS d'Agoè-Nyivé : les confessions religieuses peuvent ainsi passer du rôle de relais de communication à celui de bailleur local.

Dans les villes graduées de Côte d'Ivoire, les GPS explorent plusieurs mécanismes innovants : financement participatif par mobile money, sollicitation des entreprises au titre de leur responsabilité sociétale, mobilisation de fondations locales. Ces innovations restent à consolider, mais elles témoignent de la capacité des dispositifs locaux à diversifier leurs sources une fois l'institutionnalisation de la PF/SSRAJ acquise.

5.6. Évolution de l'utilisation des services de PF

Le nombre cumulé d'utilisatrices additionnelles de méthodes contraceptives modernes dans les 28 villes accompagnées par TCI est passé de 66 225 en 2021 à 331 809 en 2025, soit une multiplication par cinq sur quatre années. À titre comparatif, sur la décennie 2011-2021, le Partenariat de Ouagadougou dans son ensemble a touché environ 4 millions d'utilisatrices additionnelles dans neuf pays, soit en moyenne 444 000 utilisatrices additionnelles par pays.

Cette progression, supérieure à la moyenne par pays du Partenariat, suggère un effet de concentration propre à l'approche urbaine : en ciblant des collectivités densément peuplées et en y combinant financement, coordination et

pratiques à haut impact, le modèle obtient des gains rapides et mesurables sur un territoire circonscrit.

6. Discussion

6.1. Une transformation structurée de l'engagement politique en financement effectif

Les résultats confirment que l'engagement des élus locaux peut devenir un levier stratégique de durabilité du financement de la PF, à condition d'être structuré par un dispositif d'accompagnement explicite. Trois éléments distinguent l'approche TCI des modèles classiques de plaidoyer en santé. Premièrement, la lettre d'engagement signée du maire et le Dossier d'Expression d'Intérêt instaurent une logique contractuelle entre la ville et le partenaire technique, qui rompt avec les déclarations d'intention non engageantes habituellement observées dans les programmes de santé décentralisés (Abimbola et al., 2019). Deuxièmement, la règle d'augmentation annuelle d'au moins 25 % des montants alloués construit une trajectoire budgétaire prévisible qui protège la PF des arbitrages politiques de court terme. Troisièmement, l'institutionnalisation des GPS par arrêté municipal crée une instance pérenne, indépendante du cycle électoral, qui poursuit le plaidoyer financier après le retrait de TCI (Avocé et al., 2024).

6.2. Le défi du décaissement effectif

Le taux global de décaissement de 57 % entre 2016 et 2025 représente une amélioration substantielle par rapport aux phases initiales du programme, mais reste perfectible.

L'écart entre engagements et dépenses effectives tient à la lourdeur administrative des procédures municipales, à l'instabilité politique liée aux changements de leadership après les élections, et à la complexité des circuits de validation des dépenses publiques. Ces constats sont cohérents avec la littérature sur le financement décentralisé de la santé en Afrique subsaharienne (Witter et al., 2020 ; Hsiao et Heller, 2007). Le coaching continu pour le décaissement et l'animation régulière des GPS apparaissent comme les principaux leviers pour réduire ces blocages.

6.3. Une réponse à la contraction des financements internationaux

Le contexte global se caractérise par un repli des financements internationaux pour la planification familiale, accentué par la pandémie de COVID-19, les crises sécuritaires sahéliennes et les chocs climatiques (Riley et al., 2020 ; WRC, 2024). Le modèle TCI y apporte une réponse partielle, en démontrant que des collectivités formées et accompagnées peuvent mobiliser des ressources domestiques substantielles. Le passage de 66 225 à 331 809 utilisatrices additionnelles entre 2021 et 2025 montre que la mobilisation financière locale se traduit en utilisation effective des services, conformément aux dynamiques documentées au niveau régional (WRC, 2024 ; Brown et al., 2014).

La pertinence de ce modèle s'est accrue avec le choc de 2025 : le retrait du principal bailleur mondial (près de 41 % de l'aide internationale) et les réductions annoncées par

d'autres donateurs ont placé environ 70 % du financement international de la PF en situation de coupe ou de risque imminent, provoquant ruptures de produits et suppressions de postes (FP2030, 2025). Dans ce contexte, les ressources domestiques mobilisées par les 28 villes (1,66 milliard de FCFA engagés) ne se substituent pas à l'aide internationale, mais elles constituent un socle de financement plus prévisible, ancré dans la fiscalité locale et moins exposé aux décisions des capitales étrangères. Elles offrent ainsi un amortisseur partiel au désengagement des bailleurs et un point d'appui pour reconstruire une architecture de financement plus résiliente (Guttmacher Institute, 2025).

6.4. Du financement domestique à l'offre de services

L'un des apports majeurs de cette expérience est de rendre visible la chaîne causale reliant le financement domestique à l'offre effective de services. Trop souvent, le plaidoyer financier s'arrête à l'inscription d'une ligne budgétaire, sans documenter ce qu'elle produit. Or les données des 28 villes montrent une séquence cohérente : l'engagement politique des élus génère une dotation ; celle-ci, lorsqu'elle est décaissée, finance des activités à haut impact (journées spéciales, sensibilisation communautaire, PF du postpartum, services des agents communautaires) ; ces activités élargissent l'accès et se traduisent par une hausse mesurable du nombre d'utilisatrices. Le quintuplement des utilisatrices additionnelles entre 2021 et 2025, concomitant à la montée en charge financière, illustre cette transmission. Ce constat justifie d'évaluer le financement local non au seul montant inscrit, mais au volume de services délivrés, en privilégiant le taux de décaissement et les indicateurs

d'utilisation comme mesures de performance. Il souligne aussi la vulnérabilité de la chaîne : tout maillon défaillant (engagement non décaissé, activité non conduite) interrompt la traduction du financement en services, ce qui rend cruciaux le coaching au décaissement et le suivi de la redevabilité.

6.5. Une lecture sociologique : pouvoir, légitimité et appropriation

Au-delà de son efficacité programmatique, l'expérience se prête à une lecture proprement sociologique, dans le prolongement du cadre de la section 3. L'engagement financier des communes s'analyse comme un processus d'institutionnalisation : une pratique portée par quelques élus champions se sédimente en règle (ligne budgétaire, arrêté créant le GPS), se détache de ses initiateurs et finit par s'imposer comme allant de soi (Berger et Luckmann, 2006 ; Lascoumes et Le Galès, 2007). La mobilisation des leaders religieux et coutumiers, jusqu'à l'engagement financier d'un diocèse à Lomé, illustre un déplacement de légitimité : la PF, longtemps perçue comme une norme exogène potentiellement concurrente des valeurs locales de fécondité, et sur laquelle l'opinion publique des pays du PO demeure partagée (Amewunou et Asunka, 2026), est reconvertie en cause légitime lorsqu'elle est endossée par des autorités morales reconnues (Weber, 1971). On observe là un travail d'appropriation, par lequel un dispositif importé est re-signifié dans les catégories locales du bien commun, de la responsabilité communautaire et de la protection des familles (Olivier de Sardan, 1995). Les coachs, élus champions et chefs religieux y jouent un rôle

d'intermédiaires (de courtiers du développement) qui traduisent la grammaire technique du financement domestique en arguments audibles dans les arènes municipales et communautaires (Bierschenk et al., 2000). Cette perspective éclaire aussi les résistances : le faible taux de décaissement ne tient pas qu'aux procédures administratives, mais à des rapports de pouvoir, à des concurrences de priorités et à la place encore ambivalente de la santé reproductive dans l'ordre social local.

6.6. Conditions de durabilité et de réplicabilité du financement local

La durabilité du financement local de la PF ne se décrète pas : elle se construit par un faisceau de conditions convergentes que l'expérience des 28 villes permet de préciser. La première est l'institutionnalisation budgétaire : l'inscription d'une ligne PF/SSRAJ dédiée dans la nomenclature budgétaire communale, adossée à une délibération du conseil municipal, transforme un engagement personnel en obligation institutionnelle qui survit aux alternances (Knowledge SUCCESS, 2023). La deuxième est la prévisibilité de la trajectoire financière, garantie par la règle d'augmentation annuelle d'au moins 25 % des dotations et par le suivi trimestriel des décaissements. La troisième est l'existence d'instances pérennes et indépendantes du cycle électoral, les Groupes de Plaidoyer et de Suivi, dotées d'un mandat formel et, idéalement, d'un budget propre. La quatrième est la redevabilité, soutenue par des outils standardisés (Coaching Log, Coaching Assessment, RAISE) qui rendent visibles les écarts entre engagements et dépenses. La cinquième, enfin, est la diversification des sources : mobilisation du secteur

privé au titre de la responsabilité sociétale, contributions des confessions religieuses et plateformes de financement par mobile money, qui réduisent la dépendance à une source unique (Knowledge SUCCESS, 2023). Réunies, ces conditions font passer le financement local d'un acte ponctuel et personnel à un système durable et auto-entretenu.

Trois conditions de réplication s'y ajoutent : l'auto-sélection des municipalités (l'enrôlement volontaire du maire et du conseil génère un engagement initial supérieur à celui d'une intervention imposée) ; un cadre politique national favorable à la décentralisation et à la santé reproductive ; et la combinaison d'un coaching managérial structuré et d'un fonds catalytique (Challenge Fund), qui crée à la fois la capacité technique et l'incitation financière à l'engagement local (The Challenge Initiative, 2024). L'expérience ivoirienne montre par ailleurs que la post-graduation peut catalyser des mécanismes innovants (mobile money, financement religieux, responsabilité sociétale des entreprises) dépassant le cadre strictement municipal (Knowledge SUCCESS, 2023).

Reste une condition macro : l'articulation entre l'échelon local et l'échelon national. Le financement communal demeure modeste au regard des besoins ; sa vocation n'est pas de couvrir l'intégralité des coûts de la PF, mais de sécuriser un socle incompressible, de signaler l'engagement politique du territoire et d'attirer des cofinancements. Sa durabilité suppose que l'État reconnaisse et encourage cet effort (transferts conditionnés, mécanismes de contrepartie, intégration de la PF dans les dotations sectorielles) plutôt

que de s'en décharger sur les seules collectivités : c'est à cette condition que le financement local, complémentaire et non substitutif, pourra amortir durablement les chocs de l'aide internationale.

6.7. La portée socio-utilitaire de l'étude

La portée de cette étude n'est pas seulement académique : elle réside d'abord dans ce qu'elle offre, concrètement, aux sociétés concernées. Pour les communes ouest-africaines, elle valide un chemin éprouvé et séquencé (sept étapes opérationnelles, outils de coaching standardisés, organes de coordination) que tout conseil municipal peut adopter pour transformer une intention politique en services financés et suivis. Pour les gouvernements nationaux et leurs partenaires, elle apporte la preuve empirique que la fiscalité locale peut porter durablement une part de l'effort de santé reproductive, au moment même où le retrait des bailleurs de 2025 contraint chaque ministère des Finances à des arbitrages. Pour les communautés, et d'abord pour les femmes et les adolescentes, l'enjeu est immédiat : une ligne budgétaire communale effectivement décaissée, ce sont des méthodes contraceptives disponibles quand l'aide extérieure vacille, donc des grossesses non désirées, des avortements à risque et des décès maternels évités (Ahmed et al., 2012 ; Cleland et al., 2012). En documentant enfin le passage des autorités religieuses et coutumières de la tolérance à la coresponsabilité financière, l'étude montre une voie socialement négociée d'ancrage de la PF dans l'ordre moral local. Son utilité sociale est ainsi double : outiller l'action publique et protéger, par la continuité du financement, des acquis tangibles de santé et de bien-être des ménages.

6.8. Messages clés de plaidoyer

L'expérience des 28 villes se prête enfin à des messages de plaidoyer destinés aux acteurs du financement de la PF en Afrique de l'Ouest francophone.

Aux gouvernements nationaux et aux ministères des Finances : inscrire la PF comme ligne protégée dans la nomenclature budgétaire des collectivités et conditionner les transferts de l'État à son exécution effective ; chaque dollar consacré aux services contraceptifs en épargne environ 2,5 en soins maternels et néonatals (Guttmacher Institute, 2025).

Aux maires et aux élus locaux : faire de la PF un marqueur de bonne gouvernance et de développement, augmenter chaque année la dotation communale et veiller au décaissement effectif des montants engagés, premier facteur limitant observé.

Aux partenaires techniques et financiers : privilégier les modèles catalytiques qui renforcent les capacités et l'appropriation locales, et accompagner la transition vers le financement domestique au lieu de s'en retirer brutalement (FP2030, 2025).

Aux organisations de la société civile et aux leaders communautaires et religieux : pérenniser les Groupes de Plaidoyer et de Suivi, élargir la base sociale du financement de la PF et démontrer, par l'exemple des contributions confessionnelles, que la santé reproductive est un bien commun.

Aux communautés, aux ménages et aux usagers et usagères : considérer la PF comme un investissement du foyer dans la santé, l'éducation et le bien-être économique des familles ; s'approprier les espaces locaux de redevabilité pour suivre l'usage des fonds publics ; et exprimer une demande de services de qualité, car la durabilité du financement dépend aussi de l'adhésion et de la voix des premières concernées.

6.9. Limites de l'étude

Plusieurs limites méthodologiques doivent être reconnues. Le schéma transversal rétrospectif sans groupe de comparaison externe ne permet pas d'isoler strictement l'effet propre de l'intervention par rapport aux dynamiques nationales et régionales concomitantes. Les données financières varient en granularité selon les villes et les périodes, ce qui peut affecter la précision des agrégations. La conversion des montants en USD utilise un taux de change moyen sans correction pour l'inflation locale. Enfin, les indicateurs d'utilisation des services proviennent des systèmes d'information de routine (DHIS-2), dont la qualité varie d'un pays à l'autre.

7. Conclusion

Cet article s'est attaché à répondre à une question que la contraction de l'aide internationale de 2025 a rendue pressante : le financement de la planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone peut-il être durablement ancré dans les ressources domestiques, et à quelles conditions ? Lus à travers la sociologie de l'action publique et

l'anthropologie du développement, les résultats de l'expérience TCI dans 28 villes de six pays du Partenariat de Ouagadougou montrent que le financement domestique n'est ni un décret ni un simple transfert de charge : c'est un processus social, au cours duquel une norme exogène devient une règle locale par le travail conjoint de l'engagement contractuel, du coaching managérial, de l'institutionnalisation budgétaire et de l'intermédiation des élus champions et des autorités religieuses.

Le bilan factuel soutient cette lecture : plus de 1 000 élus et agents formés ; une ligne budgétaire PF/SSRAJ créée et maintenue dans les 28 villes ; 1,66 milliard de FCFA engagés et 946 millions décaissés (57 %) ; et un nombre d'utilisatrices additionnelles passé de 66 225 à 331 809 entre 2021 et 2025. L'étude établit ainsi une chaîne causale documentée allant de la délibération municipale à l'utilisatrice de méthode contraceptive, et en identifie le maillon faible : le décaissement effectif, frontière décisive entre financement annoncé et financement réel.

La portée socio-utilitaire de ces constats est directe : aux communes, le modèle offre un chemin réplicable en sept étapes ; aux États et aux partenaires, il démontre que l'appui catalytique et les mécanismes de contrepartie sont plus durables que la substitution ; aux communautés, et d'abord aux femmes et aux adolescentes, des services financés localement garantissent la continuité de l'accès au moment même où les financements extérieurs vacillent.

Quatre priorités d'action en découlent : pérenniser les lignes budgétaires PF dans les nomenclatures locales, en

dialogue avec les ministères des Finances ; institutionnaliser les Groupes de Plaidoyer et de Suivi, avec mandat et budget propres, afin que le plaidoyer survive aux cycles électoraux ; renforcer la redevabilité par l'usage trimestriel des outils standardisés de suivi ; et diversifier les sources locales (contributions confessionnelles, privées et numériques). Aucune n'exige d'attendre un retour de l'aide internationale ; toutes consolident la base sociale sur laquelle repose la durabilité du financement de la PF.

À l'heure où l'architecture internationale du financement de la santé reproductive se recompose, l'expérience analysée invite à un changement de regard : considérer les villes non plus comme des exécutantes subsidiaires, mais comme des actrices centrales du développement sanitaire, et investir en conséquence dans leurs capacités de planification, de financement et de redevabilité. C'est à cet échelon local, où se rencontrent légitimité, ressources et besoins, que se jouera pour une large part la durabilité de la PF en Afrique de l'Ouest francophone.

Références bibliographiques

ABIMBOLA S., BAATIEMA L. et BIGDELI M., 2019, « The impacts of decentralization on health system equity, efficiency and resilience: a realist synthesis of the evidence », in *Health Policy and Planning*, vol. 34, N° 8, pp. 605-617.

AHMED S., LI Q., LIU L. et TSUI A. O., 2012, « Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis

of 172 countries », in *The Lancet*, vol. 380, N° 9837, pp. 111-125.

AMEWUNOU Komi et ASUNKA Joseph, 2026. *Views on sexual and reproductive health and rights present a mixed picture in seven Ouagadougou Partnership countries*, Dispatch N° AD1138, Afrobarometer, Accra.

AVOCÉ J., KANDJI M., MITCHELL V., MENSAH K. M., GNAHOUI H., TALLA H. et al., 2024, « Implementing Quality Improvement Initiatives to Improve the Use of Adolescent- and Youth-Friendly Health Services in Zou, Benin », in *Global Health: Science and Practice*, vol. 12, suppl. 2, e2200223.

BERGER Peter et LUCKMANN Thomas, 2006. *La construction sociale de la réalité*, Armand Colin, Paris.

BIERSCHENK Thomas, CHAUVEAU Jean-Pierre et OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 2000. *Courtiers en développement : les villages africains en quête de projets*, Karthala, Paris.

BOURDIEU Pierre, 1980, « Le capital social : notes provisoires », in *Actes de la recherche en sciences sociales*, N° 31, pp. 2-3.

BROWN W., DRUCE N., BUNTING J., RADLOFF S., KOROMA D., GUPTA S. et al., 2014, « Developing the '120 by 20' Goal for the Global FP2020 Initiative », in *Studies in Family Planning*, vol. 45, N° 1, pp. 73-84.

CLELAND J., BERNSTEIN S., EZEH A., FAUNDES A., GLASIER A. et INNIS J., 2006, « Family planning: the unfinished agenda », in *The Lancet*, vol. 368, N° 9549, pp. 1810-1827.

CLELAND J., CONDE-AGUDELO A., PETERSON H., ROSS J. et TSUI A., 2012, « Contraception and health », in *The Lancet*, vol. 380, N° 9837, pp. 149-156.

FOUCAULT Michel, 2004. *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France (1977-1978)*, Gallimard/Seuil, Paris.

FP2030, 2025. *Impact Report 2025*, FP2030, Washington (DC).

GRAHAM K., KALBARCZYK A., AJIJOLA L., DAS E., SOW F., OWINO K. et MALIK M., 2025, « Technical and management coaching for government institutions: Lessons learned and health systems transformations across 8 countries in sub-Saharan Africa and India », in *PLOS Global Public Health*, vol. 5, N° 1, e0004058.

GUTTMACHER INSTITUTE, 2025. *Adding It Up 2024: Investing in Sexual and Reproductive Health in Low- and Middle-Income Countries*, Guttmacher Institute, New York.

HAGOS N., TAQI I. et SINGH S., 2023. *How Universal Health Coverage Can Increase Access to Sexual and Reproductive Health Services in Sub-Saharan Africa*, Guttmacher Institute, New York.

HIGH IMPACT PRACTICES IN FAMILY PLANNING (HIPs), 2022. *Immediate Postpartum Family Planning: A Key Component of Childbirth Care*, HIPs Partnership, Washington (DC).

HSIAO W. et HELLER P. S., 2007. *What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy?*, IMF Working Paper N° 07/13, Fonds monétaire international, Washington (DC).

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INS) et ICF, 2023. *Enquête démographique et de santé de Côte*

d'Ivoire 2021 : rapport final, INS et ICF, Rockville (Maryland).

KANDJI M., TALLA H., NAKOULMA R. J. F., BIJOU S. N., DIOP C. I., AVOCÉ J. et al., 2024, « Increasing Contraceptive Use Through Free Family Planning Special Days in Poor Urban Areas in Francophone West Africa », in *Global Health: Science and Practice*, vol. 12, suppl. 2, e2200227.

KNOWLEDGE SUCCESS, 2023. *Exploring Current Trends and Opportunities in Domestic Resource Mobilization for Family Planning*, Knowledge SUCCESS, Baltimore (MD).

KORACHAIS C., MACOUILLARD E. et MEESSEN B., 2016, « How User Fees Influence Contraception in Low and Middle Income Countries: A Systematic Review », in *Studies in Family Planning*, vol. 47, N° 4, pp. 341-356.

LASCOUMES Pierre et LE GALÈS Patrick, 2007. *Sociologie de l'action publique*, Armand Colin, Paris.

MAUSS Marcel, 1950. *Sociologie et anthropologie*, Presses universitaires de France, Paris.

NATIONS UNIES, 2024. *The Sustainable Development Goals Extended Report 2024: Goal 3 (Good Health and Well-Being)*, Nations Unies, New York.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1995. *Anthropologie et développement : essai en socio-anthropologie du changement social*, Karthala, Paris.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), 2007. *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO's Framework for Action*, OMS, Genève.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), UNICEF, UNFPA, GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE et

UNDESA, 2025. *Trends in Maternal Mortality 2000 to 2023*, OMS, Genève.

PARTENARIAT DE OUAGADOUGOU, 2025. *14e Réunion annuelle du Partenariat de Ouagadougou (RAPO 2025), Lomé, 16-18 décembre 2025*, Unité de coordination du Partenariat de Ouagadougou (UCPO), Dakar.

PUTNAM Robert D., 1993. *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*, Princeton University Press, Princeton (NJ).

RILEY T., SULLY E., AHMED Z. et BIDDLECOM A., 2020, « Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health in Low- and Middle-Income Countries », in *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 46, pp. 73-76.

THE CHALLENGE INITIATIVE, 2024. *TCI 2024 Annual Report*, William H. Gates Sr. Institute for Population and Reproductive Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore (MD).

TIENDREBEOGO C. O., JOSEPH V., BICABA F., BILA A., BICABA A. et DRUETZ T., 2022, « Does abolishing user fees for family planning increase contraception use? An impact evaluation of the national policy in Burkina Faso », in *Journal of Global Health*, vol. 12, 04086.

UNFPA, 2012. *By Choice, Not by Chance: Family Planning, Human Rights and Development. The State of World Population 2012*, UNFPA, New York.

UNFPA, 2019. *Costing the Three Transformative Results*, UNFPA, New York.

WEBER Max, 1971. *Économie et société. Tome 1 : Les catégories de la sociologie*, Plon, Paris.

WITTER S., BERTONE M. P., DALE E. et JOWETT M., 2020. *Health Financing Policy in Fragile and Conflict-Affected Situations: A Review of the Evidence*, Health Financing Working Paper N° 13, Organisation mondiale de la Santé, Genève.

WOMEN'S REFUGEE COMMISSION (WRC), 2024. *No Matter What Comes: Key Recommendations to Ensure Continuous Access to Family Planning Across Shocks and Stressors in Ouagadougou Partnership Countries*, WRC, New York.