



HAL
open science

Les mobiles du développement : le téléphone portable comme outil d'empowerment des femmes des Suds ?

Marine Al Dahdah

► To cite this version:

Marine Al Dahdah. Les mobiles du développement : le téléphone portable comme outil d'empowerment des femmes des Suds ?. Terminal. Technologie de l'information, culture & société, 2019, 125-126, 10.4000/terminal.5013 . hal-02520505

HAL Id: hal-02520505

<https://hal.science/hal-02520505>

Submitted on 26 Mar 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Les mobiles du développement : le téléphone portable comme outil d'empowerment des femmes des Suds ?

Mobile (for) development : cellphones as an empowering tool for women in the Global South?

Marine Al Dahdah



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/terminal/5013>

DOI : 10.4000/terminal.5013

ISSN : 2429-4578

Éditeur

CREIS-Terminal

Ce document vous est offert par École des hautes études en sciences sociales (EHESS)



Référence électronique

Marine Al Dahdah, « Les mobiles du développement : le téléphone portable comme outil d'empowerment des femmes des Suds ? », *Terminal* [En ligne], 125-126 | 2019, mis en ligne le , consulté le 18 février 2020. URL : <http://journals.openedition.org/terminal/5013> ; DOI : 10.4000/terminal.5013

Ce document a été généré automatiquement le 18 février 2020.

tous droits réservés

Les mobiles du développement : le téléphone portable comme outil d'empowerment des femmes des Suds ?

Mobile (for) development : cellphones as an empowering tool for women in the Global South?

Marine Al Dahdah

Introduction

- 1 Cet article étudie l'apparition de la notion d'empowerment comme catégorie du développement et son actualisation récente dans les programmes de mDéveloppement qui utilisent le téléphone portable comme levier central d'action. Parmi les nombreux programmes qui émergent dans les Suds, cet article s'intéresse plus particulièrement aux dispositifs destinés à améliorer la santé maternelle¹ à travers l'exemple de Motech. Depuis sa création en 2010, « Mobile Technology for Community Health² » (Motech) rassemble plusieurs applications mobiles et structure une vingtaine de programmes de santé. Motech cherche à s'imposer aujourd'hui comme la plateforme de référence pour la mSanté³ dans les pays en développement (Johns Hopkins University 2016). Initié par le plus gros financeur privé du développement - la Fondation Bill et Melinda Gates - Motech a d'abord été déployé en 2010 au Ghana puis en 2013 au Bihar en Inde. L'article se concentre sur les applications Motech qui s'adressent directement aux femmes enceintes : Mobile Midwife au Ghana et Kilkari en Inde. Destinées aux femmes enceintes et aux mères d'enfants de moins d'un an, ces deux applications sont des systèmes automatiques de messages vocaux distants. Chaque semaine, en fonction de l'avancée de la grossesse ou de l'âge du nouveau-né, le système envoie un message vocal de moins de deux minutes en langue locale au numéro enregistré dans la base de données Motech. Le service est gratuit au Ghana et coûte une roupie par message en

Inde⁴. Cette enquête dédiée au dispositif Motech a été conduite dans deux districts du Ghana l'été 2014 et deux districts de l'État du Bihar l'automne 2015. Pour cela, 36 administrateurs du projet Motech, 50 travailleurs de santé communautaire et environ 200 femmes enrôlés dans le programme ont été interrogés lors d'entretiens de groupes ou en face en face, conduits en langue locale (Fanté et Hindi) avec l'aide d'un assistant de recherche⁵.

- 2 Grâce au téléphone portable, Motech promet un accès universel aux savoirs sur la maternité, d'améliorer ainsi la santé des femmes et de compenser des inégalités de genre. Cette promesse rencontre sur le terrain de nombreuses résistances et les femmes ciblées par Motech témoignent des différentes failles du programme. Du Ghana à l'Inde, cet article analyse les asymétries multiples de savoir et d'accès que le dispositif technique génère. Alors que le téléphone portable est présenté par ses promoteurs comme une technologie neutre, accessible et « smart », cette contribution questionne les effets émancipateurs de ces programmes de développement par le numérique. L'article se penche d'abord sur la proposition d'empowerment technologique faite par de tels dispositifs d'information ; une proposition fondée sur l'ignorance des femmes et leur éducation à la santé par le téléphone portable comme clé pour compenser des inégalités. Cette promesse d'empowerment technologique est ensuite confrontée aux perceptions des femmes ayant utilisé Motech en Inde et au Ghana. Les frictions, la non-adhésion, voire le refus du dispositif par les femmes, constituent autant de preuves du décalage entre la proposition d'empowerment technologique de Motech et les difficultés quotidiennes rencontrées par les femmes ciblées par ce dispositif.

L'Empowerment, une catégorie du développement ?

- 3 La notion d'empowerment est aujourd'hui incontournable dans le discours des acteurs internationaux sur la « participation des pauvres » au développement et tout particulièrement dans le champ du « gender development ». En trente ans la notion d'empowerment s'est transformée de son concept d'origine féministe, politique et communautaire vers une notion élargie, individualiste et instrumentale. Cette vision « libérale » de l'empowerment se trouve au cœur des discours sur les technologies mobiles appliquées au développement, dont la mSanté constitue la figure de proue. Plusieurs universitaires se sont intéressés à l'évolution de ce terme, à ses origines dans les mouvements féministes des années 1980 puis à sa transformation dans les années 1990, à son institutionnalisation et son instrumentalisation progressive dans le vocabulaire politique des organismes internationaux de développement au début du millénaire (Calvès, 2009 ; Parpart et al., 2003 ; Sadan, 1997). Ces auteurs constatent un appauvrissement et une déformation du concept initial concomitante avec son appropriation par les acteurs majeurs du développement.

Femmes, pouvoir et développement

- 4 Le concept originel d'empowerment fait son apparition dans les années 1970, il est défini et mobilisé par les féministes américaines du « Black feminism » et notamment dans l'ouvrage « Black Empowerment: social work in oppressed community » de Barbara Solomon, pour qualifier à la fois un processus collectif de changement social et un outil pour résoudre des problèmes sociaux pour les acteurs travaillant auprès de

communautés opprimées (Solomon, 1976). Repris par différents mouvements contestataires, le mot se propage et se retrouve de façon croissante dans les travaux portant sur les communautés marginalisées. Ces premières théories de l'empowerment élaborées aux États-Unis donnent la priorité au point de vue des opprimés, la notion d'empowerment recouvre à la fois la capacité des opprimés à s'exprimer mais aussi à acquérir le pouvoir de surmonter la domination dont ils sont l'objet. Cette réflexion sur le renforcement du pouvoir des individus et des communautés comme élément central d'un modèle de développement est donc entamée à la fin des années 1970, mais il faudra attendre le milieu des années 1980 pour que le terme empowerment soit formellement employé dans le champ du développement.

- 5 Le groupe DAWN (Development Alternatives with Women for a New Era) qui rassemble des chercheuses, militantes et responsables politiques féministes du Sud, entérine et ancre le concept dans le livre « Development, crises and alternatives visions : Third World women's perspectives » en 1987 (Sen and Grown, 1987). Cet ouvrage place l'empowerment individuel et collectif au cœur de la problématique du développement. Dans le chapitre « Empowering Ourselves Through Organizations » ces féministes du Sud décrivent les principes et les méthodes qui permettent aux femmes de s'organiser et de défier la domination masculine. Elles placent l'empowerment au cœur de la lutte : « Only by sharpening the links between equality, development, and peace, can we show that the « basic rights » of the poor and the transformation of the institutions that subordinate women are inextricably linked. They can be achieved together through the self-empowerment of women » (Sen and Grown, 1987, p. 122). Elles mettent également l'accent sur le besoin d'un empowerment collectif à travers des organisations et associations représentatives des femmes du Sud.
- 6 Très critiques des programmes de développement centrés sur les femmes menés par les Nations-Unies dans les deux décennies qui précèdent, les auteures appellent à un renforcement du pouvoir des femmes qui ne passe pas uniquement par l'autonomie économique et la satisfaction des besoins fondamentaux des femmes (ce que visent les programmes de santé maternelle, par exemple) mais par une transformation radicale des structures économiques, politiques, légales et sociales qui perpétuent la domination selon le sexe et empêchent l'établissement de relations égalitaires dans la société. Critiquant les approches « Top-down », « par le haut », les auteures voient les organisations féministes locales comme le fer de lance des transformations structurelles nécessaires à l'égalité homme-femme. L'empowerment est donc ici présenté comme un processus de conscientisation et de mobilisation politique venant des femmes et visant une transformation radicale des structures de pouvoir inégalitaires.

De l'empowerment libéral...

- 7 Cette vision pourtant radicale va se diffuser dans les organisations internationales au début des années 1990, grâce à la présence du groupe DAWN dans les grandes conférences Onusiennes au Caire en 1994 et à Beijing en 1995. Ainsi, la plateforme d'action adoptée lors de la quatrième conférence des Nations unies sur les femmes à Beijing constitue « un agenda pour l'empowerment des femmes » et marque l'entrée du terme empowerment dans le discours onusien sur les femmes et le développement (Nations unies, 1995). Le terme va essaimer rapidement dans les différentes agences de

développement et devenir un mot clé pour attribuer des financements et porter des programmes consacrés aux femmes. La Banque mondiale joue un rôle important dans le glissement du concept initial. Dans son rapport sur le développement humain de 2000-2001, la Banque associe la lutte contre la pauvreté avec l'« empowerment » des pauvres. Ainsi le concept sort de sa relation originelle avec le genre et s'applique désormais à la pauvreté en général. L'empowerment devient alors l'un des trois piliers de lutte contre la pauvreté dans le monde (avec la sécurité et les opportunités). Dans la lignée des discours de cette période sur la « bonne gouvernance », parfois utilisé comme synonyme d'insertion ou d'inclusion, l'empowerment invite à rendre les institutions d'État plus attentives aux pauvres (Kanbur et al., 2000). D'abord associé à la démocratisation et la décentralisation de l'État vers les associations représentatives de pauvres, le concept va glisser vers la participation politique ou encore vers l'insertion et les capacités économiques. Notamment à la faveur d'une interprétation de la théorie des capacités d'Amartya Sen, l'empowerment devient alors

« le processus de renforcement de la capacité des groupes à faire des choix volontaires et à transformer ces choix en actions et résultats » (Alsop et al., 2006).

- 8 Avec la multiplication de définitions très différentes, l'empowerment devient vite un objectif vague, un mot à la mode.
- 9 Comme l'explique Jane Parpart, le succès du mot chez les acteurs du développement, allant des associations de femmes aux agences multilatérales de développement, tient justement au fait que chaque milieu lui donne un sens très différent. Elle déplore que l'empowerment, loin de son sens originel, soit devenu ce terme vague, résolument optimiste et « juste » qui ne peut que susciter le consensus. Loin d'une stratégie opposée au modèle dominant de développement top down, l'empowerment est aujourd'hui présenté par les organismes internationaux comme un moyen d'augmenter l'efficacité et la productivité tout en maintenant le statu quo plutôt que comme un mécanisme de transformation sociale (Parpart et al., 2003). Selon Cécilia Sardenberg, avec l'institutionnalisation du concept, on passe de « l'empowerment libérateur » à « l'empowerment libéral » qui cherche la maximisation de l'intérêt individuel (Sardenberg, 2008). Allant dans le même sens, le travail d'Anne-Emanuèle Calvès décrit finement la « prise en otage » du concept d'empowerment et sa domestication par une vision individualiste du pouvoir. Elle soutient qu'avec sa cooptation, l'empowerment devient

« un concept vague et fausement consensuel, qui assimile le pouvoir aux choix individuels et économiques, dépolitise le pouvoir collectif, et est instrumentalisé pour légitimer les politiques et les programmes de développement top-down existants » (Calvès, 2009, p. 735).
- 10 Je souhaitais étudier ce glissement du concept d'empowerment car il est toujours influent dans le milieu du développement, mais surtout parce qu'il est incontournable lorsque l'on se penche sur des dispositifs de mSanté dans les Suds. Ces programmes particuliers de développement s'appuient sur une vision libérale de l'empowerment telle que je viens de la décrire mais également instrumentale. En effet, l'empowerment passe par la maîtrise d'une technologie qui va permettre de compenser les inégalités de genre, entre autres. Cette idée de l'empowerment par les technologies est particulièrement utilisée par les acteurs du développement dès lors qu'on se penche sur un objet technique très répandu dans le monde : le téléphone portable.

... au « mEmpowerment »

- 11 Loin de son concept d'origine d'acquisition de pouvoir, l'empowerment, dans le cas de la mSanté, est réduit à un objectif d'autonomisation ou de responsabilisation relative de l'utilisateur. Comme l'explique la Banque mondiale, dans le premier rapport qu'elle consacre à la mSanté, l'empowerment constitue un des objectifs affichés de la mSanté : « Some intermediate outcomes of mHealth's growth and its effects on health systems have become apparent. One—a possible step toward better health—is empowering patients with user-friendly health information. » (World Bank, 2011, p. 39). En effet, l'empowerment constitue, avec l'efficacité et la rentabilité, l'un des trois piliers centraux du régime de discours de la mSanté⁶. Si la notion d'empowerment m'intéresse plus particulièrement dans cet article, elle est néanmoins à penser dans son articulation avec l'efficacité et la rentabilité. Ce triptyque fait écho à la vision individualiste et libérale de l'empowerment décrite et dénoncée par Parpart, Sardenberg et Calvès, mais elle est également instrumentale, car incarnée dans des objets technologiques particuliers (Calvès, 2009 ; Parpart et al., 2003). La promesse d'empowerment est centrale dans les discours sur la mSanté car elle constitue l'unique justification « humaine » de ces dispositifs, la seule qui soit tournée vers le patient et pas seulement vers l'optimisation de l'administration du soin. L'empowerment de la mSanté regroupe à la fois l'idée d'une autonomisation vis-à-vis des structures de santé par des nouveaux canaux de communication, et celle d'un partage des responsabilités.
- 12 Le mobile joue un rôle dans cette « responsabilisation » et cette « autonomisation » des patients à travers l'optimisation de la prévention et du traitement et contribue à la construction du patient responsable et « digitally engaged ». Ce patient responsable accède à l'information de santé grâce à son mobile. D'une part il comprend mieux les actions de prévention et adopte des comportements vertueux et protecteurs pour sa santé ; d'autre part il saisit l'importance des traitements et adhère plus facilement à des prescriptions, voire pratique l'auto-prescription ou la gestion de sa maladie. Plusieurs études ont ainsi été réalisées sur le suivi des maladies chroniques dans les pays développés et montrent que les alertes et le suivi via le mobile permettent une meilleure observance du traitement, ainsi l'« empowered chronic patient » n'a plus à se rendre à l'hôpital aussi souvent (Cocosila and Archer, 2005 ; Lester et al., 2010 ; Stoner and Hendershot, 2012). Proche de la vision libérale du terme, l'empowerment technologique de la mSanté, en maximisant l'intérêt individuel prône l'utilisation du mobile pour une meilleure efficacité du système de santé. Motech constitue une illustration intéressante de la mise en œuvre de ce concept d'empowerment libéral et technologique dans le cadre d'un programme de développement. Je propose dans la partie suivante d'étudier plus précisément le socle sur lequel repose l'empowerment selon Motech.

Motech, le rêve de l'empowerment technologique

- 13 Les promoteurs de Motech positionnent le dispositif comme un outil d'empowerment et la presse locale et internationale se fait l'écho de ce discours, comme ce titre d'article l'illustre par exemple : « 'Mobile Midwife' Empowers Ghanaian Women »⁷. Cette proposition d'empowerment entre en résonance forte avec les perceptions des différents acteurs de Motech qu'ils soient promoteurs, exécutants ou bénéficiaires du

dispositif. En effet, la promesse d'empowerment permet à certains acteurs de justifier la mise en œuvre de Motech et à d'autres d'en révéler les limites. En effet, les nombreuses résistances et parfois les formes de rejet que suscite le dispositif montrent à quel point la vision trop restreinte de Motech ne peut répondre aux besoins d'information et de santé des femmes ciblées par le dispositif.

- 14 Comme beaucoup de projets de mSanté à destination des femmes, Motech repose sur une double promesse d'empowerment, l'empowerment du patient d'une part et l'empowerment des femmes d'autre part. Cette double promesse se fonde sur l'idée qu'un accès facilité à l'information de santé par le mobile « éduquera » les femmes et leur permettra de prendre les « bonnes » décisions et d'adopter des comportements « bénéfiques » pour leur santé et celle de leur famille. L'accès à l'information constitue une clé d'action, aussi l'acquisition d'un savoir ou la connaissance de données particulières permet à l'acteur d'agir « mieux » : c'est la vision de l'empowerment proposée par Motech.

Des femmes mal informées

- 15 D'après les parties prenantes de Motech, les patientes ne se rendent pas dans les structures de santé et ont des rapports difficiles avec les professionnels de santé parce qu'elles ne sont pas assez informées, parce qu'elles ne sont pas conscientes des bénéfices que le système de santé peut leur apporter. Elles doivent être « éduquées à la santé » parce qu'elles présentent un déficit de savoir. Ce « knowledge deficit model » (Wynne and Irwin, 1996) postule que certains acteurs (les femmes ici ou les éleveurs dans le cas étudié par Wynne et Irwin) ne possèdent pas le savoir nécessaire pour pouvoir agir ou prendre des décisions. Les experts, les scientifiques, les médecins, les professionnels qui possèdent les savoirs nécessaires pour prendre des décisions éclairées doivent parfois justifier leurs choix et convaincre ces profanes. Vulgariser et transmettre des savoirs aux profanes, combler ce déficit de connaissances se trouve au cœur du projet Motech et justifie l'existence de beaucoup d'autres dispositifs de mSanté. Ces derniers permettraient de combler ce déficit en transmettant facilement des connaissances à leurs utilisateurs. Cette relation au savoir part d'un postulat d'ignorance que l'on retrouve dans les entretiens conduits auprès des administrateurs du projet Motech au Ghana :

« The mothers don't know a lot of things concerning their pregnancy most of them actually where putting there minds on spiritual aspects of life. They believe that when they go to the hospitals people get to know and they are some bad evil eyes looking after their children. But with Motech education, it's opening their eyes that it's not everything that is spiritual, they can feel free to visit any nurse at any time ». (G, Grameen F., Accra, 06/14).

- 16 En Inde, l'objectif affiché sur le site internet du dispositif Motech est d'éclairer la flamme de la connaissance dans les esprits des femmes ciblées : « Igniting the flame of knowledge »⁸.
- 17 On retrouve les mêmes discours en Inde et au Ghana : les femmes sont ignorantes et le dispositif va compenser ce déficit de connaissance. D'après les maîtres d'œuvre de Motech, une fois que les femmes ont reçu les messages Motech, le déficit de savoir a été rattrapé et elles disposent désormais des bons savoirs sur la grossesse. Mais l'objectif de Motech ne se résume pas à la simple transmission de connaissance. Il s'agit de distinguer les bonnes connaissances des mauvaises, d'inciter les femmes à changer

leurs comportements, jugés non-bénéfiques pour la santé. Les messages Motech cherchent à réaffirmer le savoir médical face à des croyances locales et à encourager les femmes à suivre des recommandations présentées comme scientifiques et bénéfiques pour leur santé. Plusieurs messages sont structurés pour combattre une croyance, un mythe, un savoir local, tous valorisent les professionnels de santé et les structures sanitaires. Par « changement de comportement », le dispositif vise avant tout le respect des prescriptions de Motech et la docilité du patient vis-à-vis de ces prescriptions.

Des prescriptions à suivre

- 18 Parler de prescriptions dans le cadre de Motech revêt un double sens car si le dispositif technique prescrit un usage, celui de se servir d'un téléphone portable pour obtenir de l'information de santé, le contenu même de ce message constitue une autre prescription, médicale cette fois-ci. Chaque message « éducationnel » constitue une prescription supplémentaire du dispositif. Les messages transmis par Motech cherchent à réaffirmer la supériorité du savoir médical sur des croyances et des savoirs locaux qu'auraient les femmes. Ainsi les promoteurs du dispositif Motech, souhaitent que les femmes suivent les instructions qui leur sont transmises et adoptent le comportement docile que l'on attend d'elles afin de faciliter la relation de soin et de réduire les conflits potentiels avec le système santé. Ainsi le rapport au système de santé s'améliore dès lors que les femmes respectent les prescriptions du dispositif.
- 19 Les femmes que j'ai rencontrées au Ghana mettent en avant une forme d'appropriation des messages moins docile que celle envisagée par leurs concepteurs. Elles identifient des points précis de satisfaction liés au contenu des messages, comme connaître à l'avance la date de son accouchement ou les différents stades de développement de l'enfant « The one (message) I loved most was when I was called and told at the stage the pregnancy has reached when I talk to the baby, the baby can actually hear and understand me. » (Gomoa, FG03, 06/14), et apprécient particulièrement le système d'alerte automatique « Sometimes when I forget my clinic appointment, they always call me to remind me so I am very happy about that » (Gomoa, FG04, 06/14). Elles pointent avant tout comme utiles les informations qui leur permettent de s'organiser et de connaître à l'avance les demandes associées au suivi maternel hospitalier. En effet, les femmes voient la maîtrise de ces données comme un moyen d'établir une forme d'égalité avec les soignants : « Now I am very happy because by the time I go to the clinic I know what, I know the information that they will be giving me, they also know me. So we are at par we have the same kind of information about the child so there is no conflict. » (Gomoa, FG04, 06/14). Comprendre ce que les professionnels de santé vont demander et attendre des femmes diminuerait ainsi les conflits potentiels entre soignant et soigné. On voit ici qu'une certaine forme d'empowerment pourrait se jouer dans ce rapport soignant-soigné modifié par Motech.
- 20 Certaines femmes rencontrées au Ghana semblent en accord total avec le dispositif, elles reçoivent un message, une prescription particulière et agissent en adéquation avec celle-ci :
- « Sometimes the things they say I have not even thought about it. But once they draw my attention to it, I go and do what they are asking » (Gomoa, FG03, 06/14).
- 21 Cependant, ce schéma idéal, où les femmes s'inscrivent dans le dispositif Motech et adoptent les usages souhaités ou prévus par les concepteurs du dispositif - se rendre

dans les centres de santé et adopter les comportements bénéfiques pour leur grossesse prescrits par les messages – se retrouve de manière très marginale dans les déclarations des femmes utilisatrices du dispositif. La dernière partie de l'article se penche sur les usages de Motech qui diffèrent des prévisions ou des attentes de ses concepteurs et empêchent la mise en œuvre « fluide » du schéma idéal d'empowerment proposé par Motech : être informé, suivre la prescription, adopter un comportement « bénéfique » pour la santé.

« Disempowerment », l'impuissance de Motech

- 22 Les messages Motech n'ont pas toujours les effets attendus par leurs concepteurs. L'étude de la réception des messages, la critique et la remise en cause des objectifs et des résultats du dispositif par les acteurs et les bénéficiaires constituent des éléments importants à analyser ; ils interrogent la capacité d'empowerment du dispositif et également son utilité.

Absence de dialogue

- 23 Parfois les messages Motech prescrivent des actions qui ne semblent pas claires ou impossibles à mettre en œuvre pour les femmes ; mais le système n'a pas prévu de « feed-back » des utilisateurs. Une vendeuse ghanéenne qui reçoit une alerte l'incitant à aller à sa consultation le jour du marché ne pourra pas s'y rendre, car son revenu en dépend. Si cette femme ne peut expliquer ses impératifs économiques à Motech et surmonter cette première barrière d'accès, le message reçu semble inutile. De même, les recommandations d'allaitement maternel exclusif semblent difficiles à suivre pour les femmes qui n'ont plus de montées de lait : « Sometimes one week after I deliver there is no milk in my breasts. Sometimes three, four days there is still no milk coming, so I am tempted to give my child food » (Gomoa, FG04, 06/14).
- 24 Ainsi de nombreuses utilisatrices interrogées au Ghana expriment leur mécontentement face à l'impossibilité de communiquer avec Motech :
- « I do not like the fact that when they call I am not able to speak back to them. It is like they only insist on what they have to say, when I say anything they do not hear ». (Gomoa, FG03, 06/14) ; « I do not like the fact that when they call me, I cannot call them back ». (Gomoa, FG04, 06/14).
- 25 Ces femmes revendiquent un besoin d'information personnalisée et une communication qu'un message générique enregistré ne peut procurer :
- « At times you want to talk to the person, so that the person can respond to your questions and then you also receive answers from the person. Sometimes you have a difficult situation, but you calling the person tell them this is what is happening for me. The person will give you the rationale for how to go by that sickness. » (FG05, Gomoa, 06/14).
- 26 En Inde, l'absence d'interaction et de dialogue, l'automatisation des messages constitue aussi un des points majeurs d'insatisfaction et de non-adhésion à Motech :
- « You could only listen to it and not speak anything, it's an issue ». (BFGD02, Patna, 09/15), « If there is a dialogue and people can speak from both the sides, it would be better. If it was a real doctor or a person sitting on the other side talking, it would be better. This way we could also talk to them and ask our doubts » (FG02, Patna, 09/15).

- 27 L'envoi automatisé de messages génériques de santé ne favorise pas un échange entre professionnels et bénéficiaires du dispositif, il génère des questions et des demandes que le dispositif ne prend pas en charge. Le dispositif ne tient pas compte de la voix des femmes, un mécanisme indispensable et préalable à toute idée d'empowerment. Il n'autorise pas l'interaction et la personnalisation nécessaires à la mise en place d'une relation de confiance et d'écoute qui permettrait aux femmes de corriger une relation de domination. Le dispositif constitue une autre forme d'autorité que les femmes ne peuvent contester. Ainsi, imaginer que l'absence de dialogue et d'échange renforcerait les interactions soignants-soignés et le lien avec le système de santé semble contre-intuitif de prime abord et va se révéler contre-productif dans les faits.

Distendre le lien

- 28 L'objectif affiché de Motech est de fournir de l'information de santé afin d'inciter les femmes à se rendre dans les structures de santé pour le suivi anténatal, l'accouchement et le suivi post-partum. Les deux terrains sur lesquels j'ai réalisé mon enquête m'ont montré de manière très différente comment ces dispositifs peuvent parfois produire les effets inverses de ceux attendus par leurs concepteurs, ici diminuer les interactions soignants-soignés et distendre le lien avec le système de santé.
- 29 En Inde, les femmes rencontrées préfèrent souvent les explications des travailleuses de santé communautaires (appelées ASHA) aux messages audios sur mobile, car elles estiment que les informations que les ASHA fournissent sont plus accessibles, détaillées et proches de leur réalité quotidienne, comme le confirme cette femme : « ASHA explains more than what she makes us listen in her mobile. ASHA explains in a better way. » (FG13, Samastipur, 10/15). Mais les travailleuses de santé qui sont surchargées peuvent voir dans le dispositif un moyen de diminuer leurs visites et de se rendre chez les femmes uniquement en cas d'urgence et non plus pour dispenser de l'information régulièrement aux femmes du village ; elles sont même incitées à le faire lors des formations à Motech. Ainsi, les travailleuses de santé communautaire auraient tendance à diminuer les visites dès lors que la bénéficiaire reçoit les messages Motech. Le message automatisé remplace alors la rencontre avec les agents de santé et diminue donc les interactions avec le système de santé, à l'opposé de ce qui est annoncé et voulu pour ces dispositifs de mSanté.
- 30 Dans le cas du Ghana, les messages tentent de compenser des rapports difficiles entre les professionnels de santé et les femmes. Si les femmes n'évoquent pas toujours ces expériences négatives à la première personne, elles sont nombreuses à rapporter des interactions difficiles avec les professionnels de santé, un manque d'écoute et d'échange pouvant parfois entraîner des violences verbales ou physiques :
- « Sometimes the nurses beat them, when they want to deliver » (FG02 Gomoa, 06/14), « Some of the nurses are in a hurry to get their job done, instead of relaxing and calming the baby down they already go ahead and inject the already crying baby so that they can move on from there and do something else. » (FG02 Gomoa, 06/14).
- 31 Les parties prenantes de Motech justifient ces comportements par des problèmes organisationnels et la surcharge de travail et reconnaissent que les messages Motech n'ont pas été calibrés pour faciliter la communication soignant-soigné : « The nurses are angry but it's a system issue. The pressure of the job gets to them. The nurses can become indifferent with time. The passion is not there anymore » ; « There is no

message in Motech that is tailored to help you to behave with the health staff » (A, School of Public Health, Gomoa, 06/14).

- 32 Les réactions des femmes ghanéennes suggèrent que certaines d'entre elles redoutent les interactions sociales avec des professionnels de santé parfois maltraitants. En raison de ces interactions difficiles, certaines utilisatrices se servent du dispositif Motech à l'opposé de ce pour quoi il a été conçu à la base : « It's been helpful receiving the messages from the phone, that way you don't have an encounter with anybody. » (FG1, Gomoa, 06/14) « A message sent through the phone helps better than going to the clinic. » (FG2, Gomoa, 06/14). Ainsi, plusieurs utilisatrices expliquent que recevoir les messages leur évite d'aller au centre de santé et positionne ainsi Motech comme un substitut aux soins, un moyen d'éviter d'aller à la rencontre des professionnels de santé.
- 33 Ce phénomène de distanciation constitue un des effets non anticipés et non désirés de Motech. Si la mSanté dans les pays développés cherche à diminuer les dépenses de santé, les examens et hospitalisations redondants ou inutiles, en proposant un suivi alternatif via les TICs pour limiter la surconsommation de services de santé, la problématique est différente au Ghana et en Inde. L'objectif n'est pas de diminuer une surconsommation de services de santé mais bien de susciter une demande de service de la part des femmes enceintes qui préfèrent accoucher chez elle plutôt que dans une structure de santé. Et là-bas comme dans beaucoup d'autres pays, la relation soignant-soigné constitue un levier important d'accessibilité au système de santé. Au Ghana, les problèmes de communication et les interactions difficiles entre patients et professionnels constituent une entrave à l'accès aux soins. Ces relations tendues ont des causes multiples : faiblesse du management hospitalier, salaires très bas, charge de travail importante, manque de professionnels et de commodités de santé (Frimpong et al. 2013). En Inde, si les relations entre les femmes et les travailleuses de santé semblent moins difficiles, les travailleuses de santé surchargées sont incitées à réduire leurs visites puisque l'information de santé sera dispensée par le dispositif mobile. Ainsi, au lieu de favoriser une meilleure communication et plus d'interactions soignant-soigné, ce dispositif peut être utilisé par les femmes ou les travailleurs de santé comme un substitut à la visite et limiter ainsi les relations avec les professionnels de santé.

Décalage entre messages et réalité

- 34 En Inde comme au Ghana, le décalage entre les recommandations des messages Motech et la réalité des infrastructures de santé constitue une source de frustration pour les utilisatrices qui estiment que les messages ne servent à rien si, à côté, les services de santé sont inexistantes ou défaillants :
- « Whatever is told over the call is good but will only benefit if we have these facilities in reality. If I go to the doctor, I should be able to get myself or my baby checked up ». (FG03, Patna, 09/15).
- 35 Recevoir de l'information de santé constitue une condition nécessaire mais non suffisante pour accéder aux soins et pour permettre un suivi de grossesse optimisé. S'il favorise l'accès à une information de santé succincte et limitée dans le temps, il ne lève pas les principaux freins à l'accès aux soins pour les femmes des Suds en ruralité. Ces freins ont déjà été identifiés comme étant les principales causes de décès des parturientes - distance trop importante à parcourir pour arriver à une structure de santé, absence de transports, faiblesses des structures de santé primaire, coûts d'accès

au soins, place de la femme dans la société (Ronsmans and Graham, 2006 ; WHO et al., 2014).

- 36 Ces freins sont régulièrement cités par les femmes interviewées comme des causes majeures de leur « éloignement » du système de santé. Aussi l'absence de moyen de transport et le temps de transport jusqu'à la structure de santé constituent pour les femmes des freins importants à l'accessibilité des structures de santé au Ghana
« Where I live there is no vehicle available. So when it is time for you to deliver and the vehicle is not there and you will not be able to walk to the facility, you will deliver at home. » (FG2, Gomoa, 06/14).
- 37 Il en est de même en Inde :
« Transport to the hospital is through a jeep and it charges 500-600inr (7-8€) to take us to the hospital. Ambulance never comes here ». (FG10, Samastipur, 10/15).
- 38 L'accessibilité financière des structures de santé constitue pour beaucoup le problème central pour pouvoir être suivie et accoucher dans une structure de santé :
« It all boils down to money matters... I really wish I could go to the hospital to seek care. But I am unable because I do not have money » (FG5, Gomoa, 06/14).
- 39 En Inde comme au Ghana, les femmes évoquent les bakchichs, les coûts de transports, de médicaments ou ceux associés au trousseau d'accouchement demandé par toute structure de santé :
« I had to spend money on each and everything, medicines, injections, food. The nurse also demanded money. » (FG07, Samastipur, 09/15).
- 40 Les conditions de transport et d'accouchement, les coûts, les relations aux personnels de santé, constituent des barrières importantes à la bonne prise en charge de la santé maternelle à Gomoa comme à Samastipur. Les messages Motech incitent les femmes à se rendre au centre de santé régulièrement et à accoucher dans ces structures, mais compte tenu des freins géographiques et financiers évoqués par les femmes, ces messages constituent une violence symbolique supplémentaire pour certaines femmes qui, même si elles souhaitent se rendre au centre de santé, ne le peuvent pas (Bourdieu, 2002). De plus, lorsqu'elles se rendent dans les structures publiques pour accoucher, leur expérience semble souvent très mauvaise ce qui laisse craindre qu'en l'absence d'amélioration des structures, ou d'une prise en charge gratuite, l'accouchement à domicile sera privilégié, peu importe l'information qu'elles reçoivent :
« It is just that people go to the primary health center thinking that there are facilities there, which are better than delivering at home. But in fact, there is no benefit from delivering at hospital, and it is too expensive. » (FG10, Samastipur, 10/15).

Conclusion

- 41 Les messages transmis par Motech se veulent universels et efficaces à la fois, mais comme le montre cet article ils sont reçus de manière différente en Inde et au Ghana. Les contenus des messages et la structure même des dispositifs sont critiqués par les femmes enrôlées dans le programme. Les contenus ne sont pas toujours compréhensibles ou accessibles et le système unidirectionnel de communication automatisé ne permet aucun dialogue et peut distendre le lien entre les femmes et les travailleurs de santé. Ces dispositifs de mSanté centrés sur la diffusion d'information pour changer les comportements négligent les freins à l'accès et à la provision de soins

qui résultent d'un ensemble complexe de dynamiques et de déterminants propres à un système de santé donné. L'accessibilité géographique ou financière d'une structure de santé, les difficultés de communication entre patients et professionnels, les interactions sociales conflictuelles au sein de la communauté, constituent autant de barrières que les femmes parviennent difficilement à surmonter et qui contrecarrent le scénario initial de Motech d'une transmission d'information qui entraînerait automatiquement une plus grande utilisation des services de santé. Motech propose une vision de la santé restreinte aux technologies, élude les contextes sociaux et économiques qui structurent l'accès à la santé, et produit ainsi un effet de dépolitisation décrit par les travaux de James Ferguson sur les politiques de développement (Ferguson, 1994).

- 42 L'empowerment proposé par Motech, loin d'être libérateur et politique, se limite à la diffusion d'une information de santé. Motech incarne une dérive de la notion d'empowerment, la réduction des relations de pouvoir et de domination à la possession d'une technique et d'une forme de savoir qui viendraient compenser l'inégalité. Ce dispositif « par le haut » n'incite pas à la création d'un dialogue entre le système de santé et ses usagers, à la possibilité d'une interaction qui inviterait à mieux identifier et à lever certaines barrières structurelles ou générées par le système. Réduit à une catégorie du développement qui permet la mobilisation de fonds et d'acteurs, l'empowerment selon Motech constitue une approche très restreinte du problème des inégalités hommes-femmes dans les pays en développement.

BIBLIOGRAPHIE

- Alsop, R., Bertelsen, M.F., Holland, J., 2006. Empowerment in practice : from analysis to implementation, Directions in development. World Bank, Washington, DC.
- Bourdieu, P., 2002. La domination masculine, Éd. augm. d'une préface. ed, Collection Points Essais. Ed. du Seuil, Paris.
- Calvès, A.-E., 2009. « Empowerment » : généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement. Tiers-Monde 200, 735. <https://doi.org/10.3917/rtm.200.0735>
- Cocosila, M., Archer, N., 2005. A framework for mobile healthcare answers to chronically ill outpatient non-adherence. Inform. Prim. Care 13, 145-152.
- Ferguson, J., 1994. The anti-politics machine : "development," depoliticization, and bureaucratic power in Lesotho. University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Johns Hopkins University, 2016. Mobile Technology in Support of Frontline Health workers.
- Kanbur, S.M.R., Lustig, N., World Bank (Eds.), 2000. Attacking poverty, World development report. Published for the World Bank, Oxford University Press, New York.
- Lester, R.T., Ritvo, P., Mills, E.J., Kariri, A., Karanja, S., Chung, M.H., Jack, W., Habyarimana, J., Sadatsafavi, M., Najafzadeh, M., Marra, C.A., Estambale, B., Ngugi, E., Ball, T.B., Thabane, L., Gelmon, L.J., Kimani, J., Ackers, M., Plummer, F.A., 2010. Effects of a mobile phone short message

service on antiretroviral treatment adherence in Kenya (WelTel Kenya1): a randomised trial. *The Lancet* 376, 1838–1845. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61997-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61997-6)

Parpart, J.L., Rai, S., Staudt, K.A., University of Warwick, Centre for the Study of Globalisation and Regionalisation, 2003. *Rethinking empowerment gender and development in a global/local world*. Routledge, London ; New York.

Ronsmans, C., Graham, W.J., 2006. Maternal mortality : who, when, where, and why. *The Lancet* 368, 1189–1200. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69380-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69380-X)

Sadan, E., 1997. *Empowerment and Community Planning : Theory and Practice of People-Focused Social Solutions*, Tel Aviv, Israel : Hakibbutz Hameuchad Publishers, [in Hebrew]. ed.

Sardenberg, C., 2008. Liberal vs. Liberating Empowerment: a Latin American Feminist Perspective on conceptualising women's empowerment. *IDS Bull.* 39, 18–27.

Sen, G., Grown, C., 1987. *Development, crises, and alternative visions : Third World women's perspectives*, New feminist library. Monthly Review Press, New York.

Solomon, B.B., 1976. *Black empowerment: social work in oppressed communities*. Columbia University Press, New York.

Stoner, S.A., Hendershot, C.S., 2012. A randomized trial evaluating an mHealth system to monitor and enhance adherence to pharmacotherapy for alcohol use disorders. *Addict. Sci. Clin. Pract.* 7, 9. <https://doi.org/10.1186/1940-0640-7-9>

World Bank, 2011. *Mobile applications for the health sector*. World Bank, Washington.

World Health Organization, UNICEF, United Nations Fund for Population Activities, World Bank, 2012. *Trends in maternal mortality : 1990 to 2010 : WHO, UNICEF, UNFPA, and The World Bank estimates*.

Wynne, B., Irwin, A., 1996. *Misunderstanding science ? : the public reconstruction of science and technology*. Cambridge University Press, Cambridge [etc.].

NOTES

1. D'après l'OMS, la santé maternelle prend en compte tous les aspects de la santé de la femme pendant sa grossesse, à l'accouchement et jusqu' au postpartum, soit 3 à 6 mois après l'accouchement.

2. En Français, « technologies mobiles pour la santé communautaire ».

3. La mHealth ou mSanté est un sous-domaine de l'eSanté, c'est-à-dire l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TICs) dans le champ de la santé qui se concentre uniquement sur les technologies utilisées sur des supports mobiles (téléphones portables, tablettes, PDAs, smartphones) – même si celles-ci peuvent avoir été conçues pour des plateformes en ligne utilisables également sur ordinateur.

4. En 2011, les dépenses de consommation mensuelles par habitant du Bihar Rural sont les plus faibles de toute l'Inde à 780 roupies par mois (10 euros), 65 % de ces dépenses concerne la nourriture, ce qui laisse environ 8 roupies par jour pour tous les autres types de dépenses. Une roupie n'est donc pas une somme négligeable pour un ménage bihari. (Source : Government of India NSSO Household Expenditure Survey 66th Round, 2011).

5. Cette enquête dédiée à *Motech* a été conduite dans deux districts du Ghana en 2014 et deux districts de l'État du Bihar en 2015. Elle a été réalisée dans le cadre d'une recherche doctorale financée par l'ANRS. 35 administrateurs, 50 travailleurs de santé et 199 femmes enrôlés dans le programme ont été interrogés lors d'entretiens de groupes ou en face en face, conduits en anglais

et en langue locale (Fanté et Hindi) avec l'aide d'un assistant de recherche. Les entretiens avec les femmes ont été organisés dans des locaux administratifs ou des centres communautaires dans les villages et non dans des structures de santé ou au foyer afin que les femmes soient plus libre de parler de leurs rapports avec le système de santé ou de leur difficultés familiales pendant leur grossesse. Les entretiens auprès des femmes étaient structurés autour de leur utilisation du téléphone portable, de leur accès à l'information de santé et aux soins, du suivi de leur grossesse et leur accouchement. Enfin pour les femmes inscrites à Motech, sur leur utilisation du dispositif. Afin de préserver l'anonymat des femmes interviewées, les verbatims sont identifiés par le nom du district d'enquête (Gomoa au Ghana, Samastipur ou Patna en Inde), le numéro du groupe d'enquêtés (FG13 par exemple pour groupe 13) ainsi que le mois et l'année d'enquête (03/14 pour mars 2014).

6. Sur les promesses de la mSanté voir l'article de Marine Al Dahdah, « mHealth : l'information de santé ubiqué ? » *Le Temps des médias* 23, no 2 (2014): 52.

7. NextBillion.net « "Mobile Midwife" Empowers Ghanaian Women ». Consulté le 17 décembre 2013. <http://nextbillion.net/blogpost.aspx?blogid=3639>.

8. Site internet de la Fondation de la BBC : <http://rethink1000days.org/>, consulté le 30/08/15.

RÉSUMÉS

Cet article étudie l'apparition de la notion d'empowerment comme catégorie du développement et son actualisation récente dans les programmes de développement qui utilisent le téléphone portable comme levier central d'action. Parmi les nombreux programmes de mDéveloppement qui émergent dans les Suds, cet article s'intéresse plus particulièrement aux dispositifs destinés à améliorer la santé. S'appuyant sur l'enquête d'un programme de santé maternelle par téléphone portable déployé au Ghana et en Inde, cet article se penche sur la promesse d'empowerment technologique d'un tel dispositif et questionne ses effets émancipateurs par l'analyse des asymétries multiples de savoir et d'accès qu'il génère. Grâce au téléphone portable, ce programme promet un accès universel aux savoirs sur la maternité, d'améliorer la santé des femmes et de compenser des inégalités de genre. Cette promesse rencontre sur le terrain de nombreuses résistances et les femmes ciblées témoignent des différentes failles du programme.

This article studies the emergence of the notion of empowerment as a category of development and its recent update in development programs that use the mobile phone as a central tool of action. Among the many development programs emerging in the Global South, this article focuses on devices designed to improve health. Based on the survey of a mobile-based maternal health program deployed in Ghana and India, this article looks at the promise of technological empowerment of such a device and questions its emancipating effects through the analysis of multiple asymmetries of knowledge and access that it generates. Thanks to the mobile phone, this program promises universal access to knowledge about motherhood, to improve women's health and to compensate for gender inequalities. This promise meets on the ground with many resistances and the targeted women highlight the various flaws of the program.

INDEX

Mots-clés : mSanté, téléphone portable, santé maternelle, Inde, Ghana.

Keywords : mHealth, mobile phones, maternal health, India, Ghana.

AUTEUR

MARINE AL DAHDAH

sociologue, chargée de recherche au CNRS, CEMS (CNRS-EHESS-INSERM).

Marine.aldahdah@ehess.fr