

Université de Montréal

Transfert de connaissances et politiques publiques : le cas de la politique de gratuité des  
soins au Niger

Par Ibrahim Hamani Souley

Département de sociologie

Faculté d'Arts et Sciences

Mémoire présenté à la Faculté d'Arts et Sciences

en vue de l'obtention du grade de  
Maître ès sciences (M. Sc.) en sociologie

Septembre 2015

© Ibrahim Hamani Souley, 2015

Université de Montréal

Faculté des arts et des sciences

Ce mémoire intitulé :

Transfert de connaissances et politiques publiques : le cas de la politique de gratuité des  
soins au Niger

Présenté par :

Ibrahim Hamani Souley

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Deena White, présidente-rapporteur

Anne Calvès, directrice

Valery Ridde, Co-directeur

Mamoudou Gazibo, membre du jury

## TABLE DES MATIERE

<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>III</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>V</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>VII</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	<b>IX</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>XI</b>
<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE</b> .....	<b>1</b>
<b>CHAPITRE I. CONTEXTE ET OBJECTIFS</b> .....	<b>5</b>
1.1. DE LA POLITIQUE DE GRATUITÉ DES SOINS DE SANTÉ AU NIGER À L’ORGANISATION D’UNE CONFÉRENCE NATIONALE.....	5
1.1.1. <i>Contexte africain</i> .....	5
1.1.2. <i>Contexte nigérien</i> .....	8
1.1.2.1 Politique de « gratuité » des soins de santé au Niger pour les enfants et les femmes enceintes, une réalité manifeste .....	8
1.1.2.1.1 Aperçu des caractéristiques de l’état de santé des enfants de 0 à 5 ans et des femmes au Niger ....	8
1.1.2.1.2. Une conférence pour pérenniser la politique de gratuité des soins en vigueur au Niger .....	11
1.2. LA PERTINENCE DE L’ÉTUDE .....	13
<b>CHAPITRE II. CADRE CONCEPTUEL</b> .....	<b>15</b>
2.1. À QUOI CONSISTE LE PROCESSUS DELIBERATIF? .....	15
2.2. OBJETS D’ÉTUDE ET CADRE THÉORIQUE D’ANALYSE D’UN PROCESSUS DÉLIBÉRATIF .....	17
2.3. QU’EST-CE QU’UN TRANSFERT DE CONNAISSANCES ET QUELS MODÈLES THÉORIQUES POUR L’Étudier? .....	18
2.4. LE PROCESSUS DÉLIBÉRATIF SUR LA GRATUITÉ DES SOINS AU NIGER SOUS LA LOUPE DU MODÈLE DE TRANSFERT DES CONNAISSANCES ET LEURS EFFETS DE BOYKO ET AL., (2012).....	20
2.5. FORMES D’UTILISATION DES CONNAISSANCES POUR AMÉLIORER DES POLITIQUES PUBLIQUES .....	24
2.5.1. <i>Utilisation instrumentale</i> .....	25
2.5.2. <i>Utilisation conceptuelle</i> .....	26
2.5.3. <i>Utilisation persuasive</i> .....	27
<b>CHAPITRE III. STRATÉGIE MÉTHODOLOGIQUE</b> .....	<b>30</b>
3.1. DÉROULEMENT DU TERRAIN .....	30
3.1.1. <i>Entrée sur le terrain</i> .....	30
3.2. LE TYPE DE RECHERCHE ADOPTÉE .....	32
3.3. ÉCHANTILLONNAGE.....	33
3.4. TECHNIQUE DE COLLECTE .....	38
3.5. LES ENTRETIENS .....	39
3.6. STRATEGIES D’ANALYSE.....	44
3.7. LA RETRANSCRIPTION DES DONNEES .....	45
3.8. L’OUTIL CHOISI POUR L’ANALYSE THÉMATIQUE .....	46
3.9. CODAGE ET CLASSIFICATION DES DONNÉES.....	46
3.10. ÉTHIQUE ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉES .....	47

<b>CHAPITRE IV. PERTINENCE DE L'ORGANISATION DE LA CONFÉRENCE ET UTILISATION DES RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>49</b>
4.1. UN PROCESSUS DELIBERATIF APPRECIÉ ET DES RECOMMANDATIONS JUGÉES PERTINENTES .....	49
4.1.1. <i>Les effets à court terme de la conférence (renforcement de capacité des participants à la conférence)</i> .....	50
4.2. UNE UTILISATION DES RECOMMANDATIONS ISSUES DE LA CONFÉRENCE QUI DEMEURE DANS L'ENSEMBLE LIMITÉE .....	55
4.2.1. <i>Les effets à moyen terme</i> .....	55
4.2.1.1. Une utilisation persuasive des recommandations issues de la conférence .....	55
4.2.1.2. Une utilisation conceptuelle des recommandations issues de la conférence .....	58
4.2.2. <i>Les effets à long terme (utilisation instrumentale)</i> .....	59
4.2.2.1. Des décisions inspirées par les recommandations de la conférence.....	59
4.2.3. <i>Les effets inattendus (utilisation instrumentale)</i> .....	63
4.2.4. <i>Des recommandations qui restent pourtant en trop confinées dans les tiroirs du Ministère de la Santé publique</i> .....	64
<b>CHAPITRE V : OBSTACLES À LA MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS ISSUES DE LA CONFÉRENCE.....</b>	<b>67</b>
5.1. CONTEXTE ET DIFFICULTÉS DANS LA MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS ISSUES DE LA CONFÉRENCE .....	67
5.1.1. <i>Un contexte marqué par la corruption</i> .....	67
5.1.2. <i>Un contexte caractérisé par une opposition implicite au principe de la gratuité des soins</i> .....	69
5.1.3. <i>L'insécurité: argument pour justifier la diminution du budget de la gratuité des soins</i> .....	70
5.1.4. <i>Des moyens financiers, techniques, humains et matériels presque inexistants</i> .....	71
5.2. UN COMITÉ DE SUIVI NON FONCTIONNEL.....	75
<b>CHAPITRE VI. DISCUSSION ET CONCLUSION GÉNÉRALE.....</b>	<b>83</b>
6.1. DISCUSSION .....	83
6.2. CONCLUSION GÉNÉRALE.....	89
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>91</b>
<b>ANNEXE A : CONSENTEMENT ET GUIDE D'ENTRETIEN .....</b>	<b>101</b>
<b>ANNEXE B : CODES ET CATÉGORIES.....</b>	<b>105</b>
<b>ANNEXE C : TABLEAU DES RECOMMANDATIONS ISSUES DE LA CONFERENCE.....</b>	<b>107</b>

## Résumé

Au Niger, le taux de mortalité maternelle est estimé à 535 décès pour 100 000 naissances vivantes (INS, 2013) et la probabilité pour un nouveau-né de mourir avant l'âge d'un mois est de 33 ‰. Depuis 2006, le Niger a mis en place une politique de gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans, ce qui a contribué à une amélioration significative de la fréquentation des centres de santé. En mars 2012, un processus délibératif fut organisé pendant une conférence de trois jours pour échanger sur les acquis, limites et perspectives de cette nouvelle politique avec 160 participants dont des chercheurs, des humanitaires, des décideurs politiques et des intervenants sur le terrain. L'objectif de cette recherche est de comprendre les effets de cette conférence ainsi que d'explorer les activités du comité de suivi de la feuille de route. La recherche a été réalisée durant deux mois en été 2014 à Niamey et à N'guiguimi. Elle a reposé sur l'utilisation du cadre conceptuel de Boyko et al., (2012) qui permet de décrire les principales caractéristiques et les effets attendus des dialogues délibératifs et comprendre comment les dialogues délibératifs peuvent contribuer à l'élaboration de politiques sur la base de données probantes. Nous avons mis un accent particulier sur les trois formes d'utilisation des connaissances présentées par Dagenais et al., (2013) : instrumentale, conceptuelle et persuasive. Des entretiens semi-directifs ont été effectués avec 22 acteurs impliqués dans la mise en œuvre des recommandations. Ils ont été enregistrés, retranscrits intégralement et traités avec le logiciel QDA Miner. Les résultats de l'analyse des discours recueillis révèlent une utilisation instrumentale des recommandations et plus visible chez les humanitaires que les décideurs et les acteurs de la société civile. Il ressort aussi de cette analyse une utilisation conceptuelle et persuasive des recommandations à un degré plus faible parmi tous les acteurs. Le comité de suivi de la feuille route de la conférence n'a pratiquement pas fonctionné, par conséquent, le processus n'a pas eu l'impact souhaité. Les principales raisons de cet échec sont liées au contexte de mise en œuvre des recommandations (arrestation de plusieurs agents du ministère de la Santé publique qui sont des membres clés du comité de suivi à cause du détournement des fonds GAVI, manque de volonté technique et politique) et/ou aux conditions financières (absence de primes pour les membres du comité et de budget de fonctionnement.). Les

résultats obtenus ont permis de comprendre les énormes défis (contextuels, financiers notamment) qui restent à relever en matière de transfert de connaissance dans le secteur de santé publique au Niger. En ce qui concerne la suite de la conférence, il faudrait accélérer la redynamisation du comité de suivi en le dotant d'un fonds de fonctionnement et en créant une agence autonome de gestion de la gratuité des soins; et renforcer le soutien politique autour de l'Initiative Santé Solidarité Sahel.

Mots-clés : Processus délibératif, conférence, gratuité des soins, santé publique, politique publique, utilisation des connaissances

## **Abstract**

In Niger, the maternal mortality rate is estimated at 535 deaths per 100,000 live births (INS, 2013) and the probability that a newborn will die before the age of one month is 33 %. Since 2006, Niger has implemented a policy of free healthcare for pregnant women and for children from 0-5 years old, which has contributed to a significant improvement in attendance at healthcare centers. In March 2012, a deliberative process was held during a three-day conference to discuss the achievements, limits and prospects of the new policy with 160 participants including researchers, humanitarian and policy makers along with other stakeholders on the ground. The objective of this research is to understand the effects of this conference and to explore the activities of the Monitoring Committee of the roadmap. The research was conducted in summer 2014 during two months in Niamey and N'guiguimi. It was based on the Boyko et al., (2012) conceptual framework which describes the main characteristics and the expected effects of deliberative dialogues and explains how deliberative dialogues can contribute to policy development based on evidence data. We put particular emphasis on the three forms of knowledge use presented by Dagenais et al, (2013): Instrumental, conceptual and persuasive. Semi-structured interviews were conducted with 22 stakeholders involved in the implementation of the recommendations. They were recorded, transcribed in full and treated with QDA Miner software. The results of the analysis of the data reveal an instrumental use of the recommendations which is more observed among the International NGO than at the level of decision-makers and civil society actors. Also, it follows from this analysis a conceptual and persuasive use of the recommendations at a lower degree among all stakeholders. The Monitoring Committee of the road map of the conference has hardly functioned. Therefore, the process has not had the desired impact. The main reasons for this failure are related to the context of implementation of the recommendations (arrest of several key officials of the committee because of the misuse of GAVI funds and lack of technical and political will) and / or the financial conditions (absence of premiums for committee members and operating budget). The results obtained have allowed us to understand the enormous challenges (contextual, especially financial) that remain in the

transfer of knowledge in the public health sector in Niger. In the light of the finding it is necessary to accelerate the revitalization of the monitoring committee by equipping it with an operating fund, by setting up an autonomous free healthcare management agency for the policy of free healthcare; and strengthen political support around the Health Solidarity Sahel Initiative.

Keywords: deliberative process, conference, free health care, public health, public policy knowledge use



## Liste des sigles et abréviations

ACT : Artemisinin-based combination therapy (combinaisons à base d'artémisinine)

AFD : Agence Française de Développement

AQMI : Al-Qaeda dans le Maghreb Islamic

CSI : Centre de Santé Intégré

DEP : Direction des Études et de la Programmation

DOS : Direction de l'Organisation des Soins

DSRP : Documents de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté

EBM: Evidence Based Medicine

EBP: Evidence Based Policy

EDSN-MICS : Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples

ECHO : Office Humanitaire de la Communauté Européenne

FNUAP : Fonds des Nations unies pour la population

GAVI : Fonds de l'Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination

GIERSA : Groupe interuniversitaire d'études et de recherches sur les sociétés africaines

I3S : Initiative Santé Solidarité Sahel

INS : Institut Nationale de Statique

IRSC : Instituts de Recherche en Santé du Canada

IRSS : Institut de Recherches des Sciences de la Santé

LASDEL : Laboratoire d'Études et de Recherche sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local

MSP : Ministère de la Santee Publique

MFE : Ministère des Finances et de l'Économie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONPPC : Office National des Produits pharmaceutiques et chimiques

PAS : Programme d'Ajustement Structurel Développement Local

PDES : Plan de Développement Économique et Social

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PTF : Partenaire Technique et Financier

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

UNICEF : Fond d'urgence humanitaire des Nations Unies l'ONU pour la défense des droits de l'enfants

## **Liste des figures**

Figure 1 : modèle d'analyse des effets d'un processus délibératif.....	31
--	----



## Remerciements

Je tiens très sincèrement à remercier tout d'abord ma directrice de recherche, Anne Calvès et mon codirecteur Valéry Ridde pour leur soutien, leur compréhension, tout au long de cette recherche. Recevez ici toute ma reconnaissance pour m'avoir encadré, guidé, orienté, et conseillé.

Je remercie également les professeurs et les agents de l'administration du département de sociologie qui ont été toujours disponibles à répondre à nos sollicitations.

Nos remerciements vont à l'endroit des membres du Groupe interuniversitaire d'études et de recherches sur les sociétés africaines (GIERSA) en particulier Mamoudou Gazibo pour son soutien sans cesse durant notre parcours académique.

Je remercie toute l'équipe du Laboratoire d'Études et de Recherche sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local (LASDEL), principalement Dr Aissa Diarra qui nous a assistés pendant notre séjour sur le terrain de l'étude, Niger. Je remercie aussi la Maison International de l'Université de Montréal pour son soutien financier.

Finalement, je remercie ma mère, mon père, mes beaux-parents ainsi que ma femme (Louma Tchougoune) pour l'amour, la compassion, le soutien inconditionnel et la patience dont ils ont sans cesse su faire montre à mon égard, sans manquer de citer mes deux garçons (Ahamedtidjani et Abdounour), mes frères, mes sœurs et mes amis.

## Introduction générale

- Les processus délibératifs dans les politiques publiques

Selon Boyko et al., (2012), l'usage des productions scientifiques dans un dialogue délibératif permet d'informer les décideurs politiques, de prioriser et de justifier les actions à entreprendre. En effet, ces connaissances, fruits de la recherche scientifique font l'objet d'utilisation dans plusieurs domaines de la vie sociale, économique et politique. C'est ainsi que de plus en plus, les acteurs responsables de la gestion des affaires publiques ont recours aux données scientifiques comme aide à la décision en vue d'améliorer et/ou de changer des pratiques ou politiques existantes.

En outre, depuis quelque temps on assiste à une plus grande implication des acteurs de la société civile dans la définition des politiques publiques; une définition qui, selon Walls et al., (2011) était traditionnellement l'œuvre des seuls décideurs politiques qui ont parfois recours à des experts. Dans ces conditions, ces politiques sont appliquées sans une réelle implication des populations concernées par la prise de décision. Celles-ci doivent alors subir les actions qui résultent des réflexions des décideurs politiques et des experts qui définissent les politiques publiques. En Afrique, la crise de la dette des années 1980 a donné naissance aux programmes d'ajustement structurel (PAS). L'échec de ces PAS a conduit les Institutions Financières Internationales à exiger des pays africains l'élaboration de document de stratégie relative à la réduction de la pauvreté appelée Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DRSP) et en même temps, à orienter l'aide au développement vers ce DSRP en priorisant la lutte contre la pauvreté et la « consultation de la société civile » (Cling, et al., 2002). En effet, suite aux critiques des plans d'ajustement structurel et leur approche « top-down », tout processus d'élaboration ou de revue de politiques publiques se doit d'être « participatif » (Calvès, 2009). La prise en compte des acteurs de la société civile dans l'élaboration, le suivi et l'évaluation des politiques publiques semble devenir un enjeu capital tant pour les décideurs que pour leurs partenaires techniques et financiers dans plusieurs pays d'Afrique, dont le Niger.

L'émergence de la pratique délibérative a donné naissance à une autre forme de concertation publique permettant d'accorder plus de crédibilité aux décisions politiques. Elle trouve ses origines dans les démocraties occidentales qui, depuis un certain nombre d'années, l'ont introduite dans l'optique d'impliquer plusieurs acteurs dans certaines prises de décisions politiques en vue de les rendre plus légitimes (Frewer et Rowe, 2005). Ainsi, ce nouveau paradigme offre un cadre adéquat d'échanges et de partage de connaissances sur des questions de politiques publiques comme la santé. Les dialogues délibératifs sont des types de processus de plusieurs acteurs qui permettent d'intégrer et d'interpréter les évidences scientifiques et contextuelles afin de contribuer à la formulation de politiques publiques (Lavis, Boyko et Gauvin, 2014).

La présente recherche qui porte de façon générale sur la politique de gratuité des soins de santé au Niger et dans la lignée de cet « engouement consultatif » a, dans sa mise en œuvre (la politique), mobilisé plusieurs acteurs (agents de santé, décideurs, chercheurs, partenaires techniques et financiers, bénéficiaires). Depuis 2006, elle continue de faire l'objet de réflexions, d'analyses critiques et de rencontres d'échanges telles que la conférence nationale qui a eu lieu les 13, 14 et 15 mars 2012 pour le renforcement de la gratuité des soins de santé. Cette conférence a fait un diagnostic de la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins. Les participants à la conférence ont décelé des dysfonctionnements de la politique et ont fait des suggestions pour améliorer la qualité des services de la politique de gratuité des soins Niger.

Plus de deux années après les conclusions de la conférence, le présent mémoire s'intéresse à leur mise en œuvre. Ainsi, les questions suivantes ont particulièrement attiré notre attention.

1. Comment les participants à la conférence sur la gratuité des soins au Niger ont-ils apprécié son organisation?
2. Comment les recommandations qui ont fait objet de consensus entre les différents acteurs (décideurs, chercheurs, partenaires techniques et financiers, société civile) à la

conférence de mars 2012 ont-elles été utilisées et avec quels impacts sur les pratiques en particulier et la politique de gratuité des soins en général?

3. Comment le comité de pilotage a-t-il été mis en place? Quel était son rôle, les défis auxquels il a fait face? et comment a-t-il mis en exécution la feuille de route et les recommandations issues de la conférence nationale de mars 2012 pour la pérennisation de la politique de gratuité des soins de santé au Niger?





## **CHAPITRE I. Contexte et Objectifs**

### **1.1. De la politique de gratuité des soins de santé au Niger à l'organisation d'une conférence nationale**

Nous allons dans cette partie retracer les événements qui ont suscité la tenue de la conférence de mars 2012 afin de pérenniser la politique de gratuité des soins de santé pour les femmes et les enfants de 0 à 5 ans au Niger. Ce qui nous amènera, d'abord, à mettre en lumière, le contexte africain et nigérien avant de nous pencher sur la conférence.

#### 1.1.1. Contexte africain

Déjà, dans les années 1960, époque des indépendances, certains pays d'Afrique, notamment ceux du sud du Sahara, avaient dans le cadre de la gestion de la santé publique opté pour « une couverture universelle de la santé » et la gratuité des soins. Cette période a été marquée par l'existence « des services verticaux, gérés de façon militaire, souvent avec des équipes mobiles, destinées à lutter contre les grandes endémies, une infrastructure hospitalière relativement sophistiquée dans les villes et un réseau de dispensaires qui restent intimement liés au pouvoir » (Lerberghe et Brouwere, 2000, p. 175).

Mais, après une décennie de « couverture universelle de la santé » notamment vers les années 1970 et 1980, l'économie de l'Afrique a été durement affectée par une stagnation, une récession économique et par la détérioration des conditions sanitaires (Tizio et Flori, 1997). Ces difficultés vont sérieusement affecter le financement de la gratuité de la santé. À celles-ci, il faudrait ajouter la crise de la dette des années 1980 qui a suscité des orientations politiques libérales uniformes dans tous les pays touchés notamment ceux d'Amérique Latine et d'Afrique. Ainsi, des réformes macro-économiques élargies aux

secteurs sociaux, dont l'éducation et la santé sont imposées aux États pour à la fois lancer la croissance économique et les amener à rembourser les dettes qu'ils ont contractées auprès des créanciers. Mais très vite, les politiques de libéralisation de la santé imposé à l'Afrique ont eu des répercussions sur le système de santé quant à sa capacité financière à pouvoir couvrir les besoins réels des populations, en particulier les couches vulnérables. D'ailleurs, à ce propos, Chossudovsky (2004) souligne qu'à cause de l'application des PAS,

*« à l'exception de quelques rares "vitrines" financées par l'aide internationale, les centres de santé en Afrique subsaharienne sont devenus, en fait, une source de maladies et de contagion. La rareté des fonds alloués aux fournitures médicales y compris les seringues jetables, de même que les hausses des prix, recommandés par la Banque mondiale, de l'électricité, de l'eau et du combustible nécessaires pour stériliser les seringues par exemple, augmentent la fréquence de la contagion y compris la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) » (Chossudovsky, 2004, p.86).*

L'Initiative de Bamako émerge dans ce contexte à la fin des années 1980 pour remédier aux problèmes de financement de la santé en Afrique et afin d'assurer comme le souligne Ridde (2004) une continuité de la politique basée sur les soins de santé primaire telle que déterminée à la conférence d'Alma Ata en 1978. En effet,

*« suite à la crise financière qui a durement frappé les pays en développement dès le début des années 80, l'instauration du recouvrement des coûts d'accès aux soins (politique de tarification des prestations de services de santé) a été proposée à ces pays en 1985 puis en pratique exigée par la Banque Mondiale à partir de 1987 » (Cissé, Luchini et Moatti, 2004, p. 1).*

À travers la politique de recouvrement, les populations africaines notamment celles du Niger ont été contraintes de participer au financement de la santé en payant les services. Elle a cependant, selon plusieurs auteurs (Ridde *et al.*, 2009, Yates, 2009), contribué à appauvrir les plus démunies et à augmenter les inégalités sociales en matière d'accès aux soins de santé. Par exemple, « des données de l'OMS indiquent que les paiements directs des soins font, chaque année, basculer quarante millions de foyers sous le seuil de pauvreté absolue, et imposent à 80 millions de personnes des dépenses de santé qualifiées

de catastrophiques, parce qu'engloutissant plus de 40 % des revenus du ménage (Moatti, 2008, p. 967) ».

Sur le plan des inégalités sociales, Yates (2009 : p. 2079) rapporte que rien qu'au « Soudan par exemple, 70 % des personnes en milieux défavorisés étant malades n'ont pas fait recours aux services de santé à cause des barrières financières ». Pour (Ridde et al., 2009), bien que la plupart des pays africains aient instauré le paiement direct des soins par les patients lorsqu'ils utilisent les services de santé, des études ont relevé que ce mode de paiement exclut les populations vulnérables de l'accès aux services de santé et les expose davantage au risque d'appauvrissement. Ces exemples montrent bien les conséquences néfastes du recouvrement des coûts sur la santé des populations les plus pauvres en particulier les couches considérées vulnérables que sont les femmes et les enfants. Aussi, l'une des critiques pertinentes de l'Initiative de Bamako est certainement le fait qu'elle n'ait pas tenu compte de la participation des pauvres au système de santé alors même qu'elle la mentionnait dans ces lignes directrices. Comme le souligne, Ridde (2004), en réalité l'implication des populations telle que prônée par l'Initiative de Bamako a été plus financière que politique, en permettant aux citoyens de gérer certains volets relatifs aux centres de santé.

Au regard de ce qui précède, plusieurs pays d'Afrique se sont investis à définir et à engager des politiques permettant de rendre « gratuit » l'accès aux soins de santé à leur population. Ainsi à partir des années 2000, l'idée de la « gratuité des soins » fait son apparition en Afrique. Certains auteurs préfèrent plutôt parler d'exemption de paiement au lieu de gratuité de la santé parce que ne couvrant pas tous les aspects de prise en charge d'un malade bénéficiaire (de Sardan et Ridde, 2011, Médecin du Monde, 2011). Donc, cette proposition a émergé dans un contexte de critique et de remise en cause de celui de recouvrement des coûts né de l'initiative de Bamako. Cependant, la nature et le contenu de ces politiques diffèrent d'un pays à un autre. Parmi les pays qui ont rendu la santé gratuite au moins pour certaines couches de leur population, il y a la Zambie, le Burundi, le Liberia, le Kenya, le Sénégal, le Lesotho, le Soudan, le Ghana, l'Uganda, le Niger (Yates, 2009). Il y a des pays notamment l'Ouganda, la Zambie ou le Libéria qui

ont opté pour une politique d'exemption des soins de santé couvrant toute la population. Cependant, des pays comme le Niger ont fait un choix ciblé d'exemption en faveur des couches de la population considérées vulnérables (Medecin du Monde, 2011).

### 1.1.2. Contexte nigérien

#### 1.1.2.1 Politique de « gratuité » des soins de santé au Niger pour les enfants et les femmes enceintes, une réalité manifeste

Le Niger est un pays sahélo-saharien se situant en Afrique de l'Ouest. Il est l'un des pays les plus pauvres de la planète, avec un Indice de développement humain, qui le classait en 2014 au 187<sup>e</sup> rang sur 187 et donc, la dernière place (PNUD, 2014). Sa population est estimée près de 17 millions d'habitants, 56 % sont âgés de moins de 18 ans (INS., et ICF., Maryland, C. 2013). Presque la moitié (43,62 %) des Nigériens vit en dessous du seuil de pauvreté (UNICEF, 2014).

Pour faire face aux différents défis socio-économiques qui se présentent au Niger, le pays à l'instar d'autres pays d'Afrique, sous injonction économique de la Banque Mondiale et du Fonds Monétaire International, s'est engagé depuis quelques années à la lutte contre la pauvreté à travers notamment l'élaboration d'un document stratégique de réduction de la pauvreté (DSRP) et d'un Plan de Développement économique et social (PDES). Dans cette ambition, l'amélioration de l'accessibilité aux services de soins de santé constitue un enjeu majeur pour le Niger, en particulier pour les couches vulnérables, notamment les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans.

##### 1.1.2.1.1 Aperçu des caractéristiques de l'état de santé des enfants de 0 à 5 ans et des femmes au Niger

En matière d'indicateur sanitaire, le Niger présente la situation la plus alarmante dans le monde. Les enfants constituent la catégorie sociale la plus vulnérable aux maladies. Selon l'Institut National de la Statistique (INS), (2013), 73 % des enfants de 6 à 59 mois sont

anémiés et plus de quatre enfants de moins de cinq ans sur dix (44 %) accusent un retard de croissance. (Enquête démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSN-MICS IV, 2012). De nos jours, le taux de mortalité infanto-juvénile est à 181 pour 1000 naissances vivantes. Ainsi, un enfant sur cinq au Niger meurt avant d'atteindre l'âge de 5 ans. (Médecin du Monde, 2011). Le paludisme constitue la principale épidémie et la première cause de morbidité et de mortalité chez les couches les plus vulnérables notamment au niveau des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes. (INS, 2013). Aussi, au Niger en 2014, la malnutrition chronique touche en moyenne un enfant sur deux dans la tranche d'âge de 6 à 59 mois tandis que la malnutrition aiguë globale (MAG) touche au moins, un enfant sur dix. (UNICEF, 2014, p.12).

Quant à la mortalité maternelle, elle est estimée autour de 535 décès pour 100 000 naissances vivantes (INS, 2013). Ce tableau sur l'état de santé au Niger indique clairement que les couches vulnérables notamment les enfants et les femmes sont les plus exposées aux risques de maladies et en deviennent les principales victimes.

Depuis un certain nombre d'années, le Niger et ses partenaires techniques et financiers se sont donné comme ambition la définition de stratégies qui favoriseraient un « accès universel » aux soins de santé pour les femmes enceintes et les enfants de 0-5 ans. En effet, dans les années 2005, le Niger s'est engagé dans une politique de suppression des frais liés aux soins de santé pour certaines couches vulnérables comme les femmes et les enfants (Olivier de Sardan, Ridde, 2011; Ousseini, 2011; Olivier de Sardan et al., 2010, Diarra, 2011, Médecin du Monde, 2011). C'est ainsi que le 26 avril 2006, par Arrêté N° 079/MSP/MFE le gouvernement du Niger ordonne l'abolition des barrières financières des soins de santé pour les enfants de 0 à 5 ans (de Sardan et al., 2010).

La gratuité des soins de santé pour les enfants de 0 à 5 ans au Niger concerne la consultation, les examens de laboratoire, et l'imagerie. Elle prend en compte également les médicaments, les soins, l'hospitalisation, les soins préanesthésiques, l'acte chirurgical, les carnets de santé et de soins (Médecin du Monde, 2011). Chez les femmes, il s'agit de la prise en charge de la césarienne, des contraceptifs, de la consultation prénatale, du

dépistage et celle des cancers féminins (cancers de sein et de l'utérus...) (Ministère de la Santé publique, 2012).

Cette « politique de gratuité » s'est construite sur le principe du tiers payant, c'est-à-dire que, l'État consent des remboursements forfaitaires aux centres de santé qui livrent des soins gratuits aux couches concernées de la population, notamment les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes (Diarra, 2011). Son objectif général est de « contribuer à l'amélioration de l'accès des populations démunies aux services de santé afin de réduire les mortalités maternelle et infantile » (Ridde et al., 2012, p. 166). Sa mise en œuvre a été brusque et non préparée. Elle s'est faite par une simple circulaire qui fut diffusée sur l'ensemble du territoire nigérien afin d'ordonner son application, sans au préalable, une réelle implication des agents de la santé et une stratégie (Diarra, 2011).

Après plus de cinq années de mise en application, plusieurs acteurs (chercheurs, décideurs politiques, organismes internationaux, etc.) s'accordent sur le fait que la politique d'exemption de paiement des soins pour les enfants de 0 à 5 ans a permis au Niger de faire des avancées déterminantes dans certains domaines. À cet effet, Amouzou et al., (2012), soulignent que :

*« Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a significativement diminué au Niger depuis 1998 — 2009. Puisque, selon eux, ce taux est passé entre 1998 et 2009 de 226 à 128 pour 1000 naissances vivantes, soit une diminution annuelle de 5,1 pour cent » (Amouzou et al., 2012, p.1171).*

Parmi les raisons qui ont permis au Niger de faire ces avancées, on peut noter la forte fréquentation des centres de santé par les populations avec l'élimination des frais liés aux soins (de Sardan et Ridde, 2012). À propos de cette fréquentation, Médecin du Monde (2011, p. 5), rapporte que « le taux d'utilisation des soins curatifs par les enfants de moins de 5 ans est passé de 59 % en 2005 à 85 % en 2009 et celui relatif à la consultation prénatale a également atteint 85 % alors qu'il n'était que de 40 % en 2005 ».

Cependant, dans la mise en œuvre de la politique d'exemption de paiement, des difficultés majeures ont été observées, notamment celles liées au sous-financement; au

mécanisme très complexe de remboursement des services de la gratuité; aux retards dans le remboursement des structures de santé; à la surcharge de travail du personnel sanitaire due à l'augmentation de la fréquentation; au dysfonctionnement dans la gestion des médicaments et structurel du système de santé; etc. (Ousseini, 2014, Diarra et Ousseini, 2014, de Sardan et Ridde, 2012).

C'est dans ce contexte que le gouvernement du Niger en collaboration avec ses partenaires au développement a organisé en mars 2012, une conférence sur la politique de gratuité de santé en cours en vue de renforcer et de consolider les acquis.

#### 1.1.2.1.2. Une conférence pour pérenniser la politique de gratuité des soins en vigueur au Niger

L'Office humanitaire de la communauté européenne (ÉCHO), un partenaire financier du Niger dans le domaine de la santé en général et dans plusieurs autres volets sociaux, sous la demande de l'ONG HELP, avait sollicité en 2012, l'Université de Montréal pour mener une étude sur l'évolution de la politique de gratuité des soins en cours au Niger. Mais les chercheurs avaient souligné à l'époque l'existence d'écrits scientifiques sur la gratuité des soins au Niger et dans certains pays africains (Burkina Faso, Mali, etc.). Donc, en lieu et place d'une étude, les chercheurs ont plutôt proposé l'organisation d'une rencontre qui réunirait toutes les parties prenantes de la politique afin d'engager des échanges et des discussions sur sa mise en œuvre. C'est de là qu'est partie l'idée de la tenue d'une conférence nationale sur la politique de gratuité des soins au Niger (Moha et Ridde, 2014).

La conférence a particulièrement abordé les questions liées au financement, à la gestion et l'approvisionnement en médicaments et consommables. Plusieurs acteurs dont les décideurs, les organisations de la société civile, les agents de mise en œuvre et les organismes internationaux d'appui au développement du Niger ont pris part à cet événement. Les débats étaient alimentés par des communications scientifiques abordant différents aspects de la mise en œuvre et des effets de la gratuité. Ces communications étaient présentées par des instituts de recherche (l'Université de Montréal et le



Laboratoire d'Études et Recherche sur les Dynamiques sociales et le Développement local [LASDEL] notamment. Il convient de noter que la participation de chercheurs à un processus de discussion de cette nature visant à améliorer une politique publique comme celle de la gratuité des soins de santé n'est pas une pratique nouvelle. En effet, le recours à des connaissances scientifiques pour aider à la prise de décision dans le domaine de la santé est de plus en plus une réalité en santé publique. Diverses stratégies d'application des connaissances sont proposées afin de rapprocher le monde de la recherche et celui de la prise de décision (Mitton et al., 2007). Selon Gauvin, (2010), de nos jours, le processus délibératif apparaît comme l'un des moyens le plus efficaces pour relever un tel défi.

Jusqu'à une date récente, au Niger, l'étude d'un processus délibératif qui offre un cadre d'échanges réunissant différents acteurs sociaux tels que les producteurs de connaissances scientifiques, les défenseurs des droits de l'homme, les donateurs, et les décideurs) autour d'une politique publique a peu intéressé les chercheurs. Et, pourtant, comme il a été mentionné plus haut, l'évaluation des politiques de santé publique, en particulier celles issues des processus délibératifs, occupent de plus en plus une place prépondérante dans les sujets de recherche en sciences sociales et humaines, et notamment dans le domaine de la santé publique. Dans le secteur de la santé, selon Gauvin (2010), l'évaluation des processus délibératifs et/ou de leurs effets, reste dominée par des recherches visant à mieux impliquer les acteurs sociaux et intervenants.

La conférence sur la pérennisation de la politique de gratuité de santé a, à la fin des travaux, formulé vingt-huit recommandations. Ces dernières s'articulent autour de cinq thématiques, notamment le financement de la gratuité (réaliser une étude des coûts réels de la gratuité des soins, financer à partir de 2013 la santé à hauteur de 15 % du budget de l'État, etc.), le remboursement des arriérés de la gratuité (réaliser la situation exacte du montant des factures impayées, tenir un collectif budgétaire pour financer le remboursement des arriérés, etc.), la gestion de la politique de gratuité (élaborer une stratégie nationale en matière de gratuité des soins, renforcer le dispositif de suivi évaluation de la gratuité, etc.), l'accès aux médicaments (débloquer urgemment les crédits médicaments 2011, accélérer le processus de réforme du secteur

pharmaceutique du Niger) et la mise en place d'un comité de suivi (voir annexe D : tableau des recommandations).

Ainsi, des engagements ont été pris par les participants pour améliorer la mise en œuvre de la politique, dont, par exemple la réforme en profondeur du système d'approvisionnement et de distribution des médicaments (ministère de la Santé publique, 2012). Enfin, pour une meilleure application des recommandations, un comité de suivi fut officiellement mis en place par le ministère de la Santé publique. Une feuille de route a été établie pour le comité de suivi afin qu'il puisse atteindre les objectifs de mise en œuvre des recommandations issues de la conférence.

La feuille de route a été élaborée autour des recommandations (paiement des factures impayées du service de la gratuité, étude des coûts réels de la gratuité des soins, financement à partir de 2013 de la santé à hauteur de 15 % du budget de l'État en respect aux engagements internationaux, etc.) issues de la conférence. Ces recommandations visent à apporter des solutions aux difficultés liées à la mise en œuvre de la politique de gratuité identifiées par les participants. Cette feuille de route comporte un agenda précis pour son application avec des indicateurs de mesures, les responsabilités, les sources de financement et le coût relatif à chaque recommandation.

Ainsi, l'objectif visé par cette étude est double: d'une part comprendre les effets de la conférence consacrée à la pérennisation de la politique de gratuité des soins pour les enfants et les femmes sur les pratiques et la politique et d'autre part explorer les activités du comité chargé du suivi de la feuille de route de la conférence.

## 1.2. La pertinence de l'étude

Malgré les insuffisances liées à la politique de gratuité, l'expérience du Niger et d'autres pays d'Afrique de l'Ouest (Burkina Faso et Mali notamment) attirent l'attention des chercheurs et organismes internationaux. Plusieurs études relatives à ces initiatives sont menées dans la perspective de leur pérennisation et/ou de leur élargissement à d'autres couches de la population ; des études comme « Débats et défis autour de la gratuité des

soins en Afrique : “retour vers le futur”? de Ridde et Blanchet, (2009); “Une politique publique de santé au Niger” de Ousseini, (2011); “Comment assurer l’efficacité de la gratuité sélective des soins au Burkina Faso? L’implication des populations dans la sélection des bénéficiaires” de Samb et Ridde, (2012); “la mise en œuvre de la politique d’exemption de paiement dans les districts sanitaires de Gaweye et de Say” de Diarra et Soumana, (2011); etc., C’est d’ailleurs dans le souci de sauvegarder les acquis et d’améliorer la politique de gratuité en cours au Niger qu’une conférence a été initiée 2012.

En effet, à la lumière des différentes recherches menées sur la politique d’exemption des frais aux soins de santé au Niger, l’accent a été mis sur le processus qui a conduit à l’émergence de la politique, à son impact et aux acteurs impliqués. Cependant, à notre connaissance, aucune recherche scientifique n’a été menée pour comprendre les effets des résultats de la conférence de 2012 sur les pratiques et la politique de gratuité au Niger. Notre étude s’inscrit dans le prolongement de celle menée par Moha et Ridde (2014) sur le processus délibératif lui-même (préparatifs et mise en œuvre).

Cette étude indique qu’avant la tenue du processus délibératif, sous la conduite des initiateurs que sont l’ONG HELP et de certains chercheurs, des démarches d’information sur la nécessité de son organisation et son contenu ont été tenues avec les différentes parties prenantes de la politique de gratuité précédemment mentionnées. Pour faciliter l’organisation de cette conférence, des ressources financières ont été également mobilisées par quelques organismes d’appui au développement à savoir l’Office Humanitaire de la communauté européenne (ÉCHO), l’UNICEF. En effet, il y a eu la participation de 160 acteurs à ce processus délibératif. Il ressort précisément de cette étude menée par Moha et Ridde (2014), une participation active au processus des chercheurs qui ont conduit des recherches sur la gratuité des soins au Niger à travers leurs institutions (Université de Montréal, Université Abdou Moumouni de Niamey, LASDEL de Niamey, l’Institut de recherches des sciences de la santé [IRSS] de Ouagadougou). L’étude a aussi révélé certaines difficultés liées à la mise en œuvre de la gratuité des soins plus haut soulignées, et des suggestions ont été faites pour l’améliorer. Ainsi, il

ressort de cette même étude que la tenue de la conférence a permis aux participants de renforcer leur capacité sur la mise en œuvre de la politique de gratuité.

Dans le cadre de cette étude, nous comptons apporter notre modeste contribution sur les réflexions portant sur la politique de gratuité de santé au Niger. Nous essayerons de comprendre en particulier, l'usage fait des résultats issus d'un processus délibératif comme la conférence de mars 2012 sur la pérennisation de la politique. Ce qui pourrait ultimement contribuer à améliorer les politiques publiques existantes de sorte qu'elles puissent mieux répondre aux besoins réels des populations vulnérables.

## **CHAPITRE II. Cadre conceptuel**

Dans ce chapitre, nous allons procéder à un examen des théories existantes sur les stratégies de transfert des connaissances scientifiques. Nous nous focaliserons sur les effets de l'usage des résultats d'un processus délibératif sur les pratiques et les politiques publiques en faisant le lien avec la conférence tenue sur la gratuité des soins. Dans un premier temps, nous allons examiner le processus délibératif en tant que concept. Puis, nous présenterons le cadre théorique mobilisé dans cette étude.

### 2.1. À quoi consiste le processus délibératif?

Selon Blondiaux, (2008a), la recherche de mécanismes permettant d'impliquer largement les citoyens dans les discussions publiques est devenue une préoccupation majeure pour les États contemporains. Il souligne qu'il existe différentes manières d'associer les citoyens dans des débats relatifs à des questions d'intérêt public. Dans la plupart des cas, des espaces sont créés pour favoriser la participation des citoyens aux discussions portant sur les politiques publiques. Il souligne également que la nature de ces espaces dépend le plus souvent du contexte dans lequel le débat s'applique et peut prendre la forme de jurys ou conférences de citoyens, conseils ou comités de quartier, débats publics, budgets participatifs. Le modèle délibératif est de plus en plus utilisé ces dernières années. Ce

modèle a émergé dans les années 1980 dans un contexte de remise en cause du paradigme agrégatif dominant, qui résume la politique à la seule compétition entre groupes d'intérêts et le vote comme seul critère de légitimité démocratique (Le Goff, 2011a). Cette pratique délibérative est très influente dans la pensée politique anglo-saxonne et tire ses origines dans la réflexion de Jürgen Habermas et de John Rawls qui se repose sur le principe selon lequel "la légitimité et la rationalité des décisions collectives reposent sur un processus de délibération collective, conduit rationnellement et équitablement entre des individus libres et égaux" (Blondiaux, 2008 b, p.132). D'ailleurs à ce propos, Habermas considère

*"la sphère publique moderne comme une pluralité d'espaces pour des conflits d'opinion médiatisés (...) dans lesquels non seulement plusieurs partis, composés de personnes privées faiblement associées, concurrencent les uns avec les autres, mais dans lesquels un public bourgeois dominant rencontre dès l'origine un public plébéen, (...)" (Habermas, 1992, p.168).*

La méthode délibérative a fait son apparition dans le secteur de la santé en Europe et en Amérique du Nord il y a de cela presque deux décennies et vise à impliquer le public dans les discussions relatives au système de soins de santé (Abelson et al., 2003). Ainsi, le processus délibératif devient l'un des moyens d'échanges le plus utilisés entre acteurs pour décider d'une politique ou de l'améliorer (Monnoyer-Smith, 2006). Il offre un espace public aux citoyens pour exprimer leurs points de vue tout en favorisant la confrontation de points de vue, des arguments, et des propositions contraires sur une question donnée (McLeod et al., 1999). Plus précisément, il est défini comme « un processus permettant à un groupe d'acteurs de recevoir et d'échanger de l'information, de faire l'examen critique d'un enjeu et d'en venir à une entente qui guidera la prise de décision » (Gauvin, 2010, p.1). Ainsi, le processus délibératif vise à créer des conditions permettant à des acteurs qui discutent sur une question politique d'aboutir à un terrain d'entente, un consensus comme le dit Blondiaux (2008c). C'est d'ailleurs, ce qui, selon Le Goff, (2011 b), a poussé plusieurs théoriciens à critiquer ce modèle délibératif à savoir précisément son caractère idéaliste, rationaliste et consensuel.

En effet, le processus délibératif peut être considéré comme une arène où une diversité d'acteurs (chercheurs, décideurs, organisations de la société civile, partenaires techniques financiers, communautés, intervenants, etc.) confronte leurs idées, connaissances, et

propositions afin d'une part de dégager un accord autour d'une politique publique quelconque et d'autre part de contribuer à l'amélioration de celle qui existe. Partant de ce qui précède, la conférence sur la politique de gratuité des soins de santé au Niger pourrait être sans nul doute qualifiée de processus délibératif. En effet, la conférence a été un espace d'échanges, de discussions et de partage de connaissances entre les autorités sanitaires nigériennes, les partenaires techniques et financiers du secteur de la santé, chercheurs, acteurs de la société civile, intervenants afin de contribuer à l'amélioration de la stratégie de gratuité des soins en vue de meilleurs résultats. Ces caractéristiques de la conférence sur la gratuité des soins au Niger telle qu'elles se présentent, reflètent celles d'un processus délibératif. En conséquence, durant toute cette étude, à la place du terme-conférence, nous utiliserons parfois le concept de processus délibératif.

## 2.2. Objets d'étude et cadre théorique d'analyse d'un processus délibératif

De prime abord, dans un processus délibératif, l'objet à évaluer dépend de la nature du processus et du centre d'intérêt de l'évaluateur. Il peut être le processus lui-même ou les résultats du processus délibératif (Gauvin, 2010). La présente recherche s'intéresse à l'étude des effets de l'usage des résultats du processus délibératif tenu au Niger en mars 2012 sur les pratiques et les politiques publiques. Il s'agit en particulier de comprendre les effets qui sont liés à l'usage des connaissances qui ont découlé des discussions de la conférence sur les pratiques et la politique.

En outre, il est important de noter que l'évaluation d'une politique publique ou d'un processus délibératif portant sur une question politique, quel que soit l'objet qu'on aborde (le processus ou les résultats), nécessite une prise en compte de tous les acteurs qui y participent. À ce sujet, Sabatier (2010), dans sa théorie « Advocacy Coalition Framework », met en exergue le caractère incontournable de la considération des acteurs lorsqu'une question politique est soumise à la rigueur scientifique. Dans le même ordre d'idées, Fouquet et Pierriault, (2010, p.30), soulignent que « toute évaluation doit prendre en compte la pluralité des points de vue, pour passer de la subjectivité individuelle, ou

spécifique à une position sociale, à une objectivité en vue de l'intérêt général ». La présente étude ne dérogera pas à cette règle. Toutes les catégories d'acteurs qui gravitent autour de la politique de gratuité en général et de la mise en œuvre des recommandations du processus délibératif de mars 2012 en particulier seront sources d'information permettant d'explorer l'objet de cette recherche.

Comme il a été indiqué précédemment, le processus délibératif est vu comme un lieu de confrontation de connaissances, d'idées et de propositions d'alternatives entre plusieurs acteurs soucieux de répondre au défi d'une question politique. La compréhension des effets d'un tel processus en plus de la procédure de mise en place a suscité et continue de susciter un intérêt particulier dans le monde de la recherche scientifique. Plusieurs modèles théoriques ont été développés pouvant permettre d'étudier un processus délibératif. Ainsi, certains chercheurs ont mis au point des modèles d'analyse comme les stratégies de transfert des connaissances qui, selon Dagenais et al., (2013), facilitent l'usage pratique des connaissances scientifiques dans les sphères politiques publiques.

### 2.3. Qu'est-ce qu'un transfert de connaissances et quels modèles théoriques pour l'étudier?

Tout comme l'avènement du processus délibératif en tant que cadre d'échanges, de partage de connaissances, d'aide de prises de décisions politiques publiques et/ou de leur amélioration, la recherche de théories facilitant leur usage pratique dans les sphères des politiques publiques notamment dans le secteur de la santé a suscité un intérêt particulier pour les chercheurs.

En effet, depuis presque deux décennies, la recherche de modèles théoriques permettant l'introduction des données probantes pour améliorer les pratiques publiques dans le secteur de la santé intéresse les chercheurs et occupe une place de choix sur les agendas internationaux (Graham et Tetroe, 2007). Déjà, à partir des années 1970 et 1980, le besoin d'utiliser des modèles théoriques pour aider les infirmiers à se servir des connaissances scientifiques a suscité l'intérêt de plusieurs chercheurs (Graham, et al.,

2013). Aussi, l'engouement autour du sujet « transfert des connaissances » a, comme le soulignent Moat et al., (2014), donné naissance à des plateformes tels que les « réseaux sur les processus décisionnels fondés sur des données probantes » mis en place grâce au soutien de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en Afrique, en Amérique, en Asie et en Méditerranée orientale.

Pour décrire le processus permettant de mettre les connaissances au service de l'action publique, plusieurs termes sont utilisés (Graham, et al., 2006). Ainsi au Royaume uni et en Europe par exemple, le terme « implementation » et celui de l'utilisation de la recherche sont les plus utilisés. Quant aux États-Unis, les termes dissémination et diffusion, usage de la recherche, transfert de connaissance et acceptation sont fréquemment employés (Straus et al, 2009). Dans la présente étude, nous allons utiliser le terme transfert de connaissance qui, selon Dagenais et al., (2013), est le plus souvent utilisé et s'inscrit dans le paradigme de la recherche appliquée/évaluative (Kitto et al., 2012).

Le transfert de connaissance décrit toute activité ou un processus qui facilite le transfert des données probantes à des fins de changements efficaces de politique de santé, de pratique clinique, ou des produits. (Lang et al., 2007). Ici, le transfert de connaissance renvoie à tout moyen qui aide à mettre le savoir issu de la recherche scientifique au service d'un système politique de santé pris dans son ensemble pour une amélioration de la santé d'une population donnée. Les Instituts de recherche en santé du Canada (2013), donnent une définition plus large au terme transfert de connaissance. Ils le considèrent comme

*« un processus dynamique et itératif qui englobe la synthèse, la dissémination, l'échange et l'application conforme à l'éthique des connaissances dans le but d'améliorer la santé des Canadiens, d'offrir de meilleurs produits et services de santé et de renforcer le système de santé » (IRSC, 2013, P.1).*

Cette définition met non seulement en exergue le lien permettant un usage efficace des connaissances scientifiques pour améliorer la santé des populations canadiennes, mais aussi insiste sur le fait que celles-ci doivent contribuer à pérenniser le système de santé en vigueur. Selon Straus et al., (2009), cette définition est adoptée par certains acteurs



intervenants dans le secteur de la santé publique notamment le Centre National de diffusion de la Recherche sur les personnes handicapées des États-Unis et l'Organisation mondiale de la Santé. Graham et al., (2006) soulignent aussi que le terme « transfert de connaissances » englobe généralement toutes les formes de savoir (recherche ainsi que d'autres savoirs). Ils ajoutent également que c'est un terme qui a souvent été l'objet d'interprétation et de critique à cause de son caractère linéaire puisqu'il y a dans un premier temps des producteurs de connaissances et dans un second temps des acteurs de mise en œuvre. Autrement dit, le chercheur produit et offre sa connaissance au service des besoins spécifiques d'une politique ou un programme quelconque. Ensuite, les agents de la politique s'occupent de sa mise en œuvre pour améliorer leurs actions quotidiennes ou les pérenniser.

Partant de ces définitions, il ressort que manifestement le processus délibératif organisé au Niger sur la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants a été un cadre de transfert de connaissance pour enrichir les réflexions autour de la politique. En effet, dans cette étude, nous considérons le terme transfert de connaissance comme un mécanisme qui permet de mettre à la disposition des décideurs politiques, un ensemble de savoirs et d'expertises variés (recherche, savoir pratique d'acteurs de mise en œuvre et autres) qui, par la suite est utilisé pour mettre en œuvre une politique publique ou l'améliorer tout en contribuant au renforcement du système de santé en place.

#### 2.4. Le processus délibératif sur la gratuité des soins au Niger sous la loupe du modèle de transfert des connaissances et leurs effets de Boyko et al., (2012)

Comme il a été noté plus haut, l'intérêt grandissant depuis des décennies autour de l'usage des résultats de la science pour faire avancer les pratiques sociales en particulier dans le secteur de la santé a conduit plusieurs chercheurs comme Boyko et al., (2012) à mettre au point de modèles théoriques pour étudier le transfert de connaissances et de comprendre leurs effets.

Après une recension des écrits disponibles sur les modèles relatifs à la question de transfert de connaissance à travers un processus délibératif, Boyko et al., (2012) sont parvenus au constat qu'une grande importance est accordée aux modèles théoriques qui

fournissent une compréhension plus générale de la notion de processus délibératif et de transfert de connaissance que ceux qui en décrivent les caractéristiques principales.

Ainsi, l'objectif de Boyko et al., était de développer un modèle d'analyse qui permet de décrire les principales caractéristiques et les effets attendus des processus délibératifs utilisés comme une stratégie de transformation et des échanges de connaissances (« knowledge translation and exchange »). Ils soulignent que les principales caractéristiques du modèle dont il est question, renvoient à la création d'un environnement approprié lors d'un dialogue délibératif et à avoir recours à une diversité de participants et à des connaissances appropriées fondées sur une recherche scientifique. La création d'un environnement adéquat consiste à prendre en considération tout ce qui peut contribuer à faciliter une bonne discussion entre les acteurs qui participent à un dialogue délibératif (Boyko et al., 2012). Il s'agit précisément selon ces auteurs de prévoir des ressources nécessaires, s'assurer de l'engagement des participants, la transparence, la taille du groupe (déterminer un nombre de participants appropriés permettant de conduire un dialogue délibératif efficace).

En outre, Boyko et al., (2012) soulignent que l'usage des productions scientifiques dans un dialogue délibératif permet d'informer les décideurs politiques, afin de prioriser les actions et de justifier celles à entreprendre. Donc, selon eux, l'utilisation des informations probantes peut être non seulement un moyen efficace pour justifier des demandes de financement, générer de meilleures politiques, mais aussi permettre de mesurer l'impact des processus délibératifs..

Boyko et al., (2012) ajoutent que la compréhension des effets attendus des dialogues délibératifs est une condition nécessaire pour déterminer leurs efficacités. Aussi, expliquent-ils, que les effets attendus des dialogues délibératifs peuvent être mesurés à trois niveaux : individuel, de la communauté/organisationnel ou au niveau du système. En effet, ils considèrent trois sortes d'effets attendus. Il s'agit des effets à court, moyen et long termes.

Les auteurs soulignent que dans le court terme, un dialogue délibératif vise au renforcement de capacités des participants afin qu'ils puissent être en mesure de discuter de la question politique à l'ordre du jour. Ce renforcement des capacités se fait par le partage des informations disponibles sur la question politique et sur la manière dont le dialogue délibératif sera abordé. C'est l'occasion pour les participants d'accéder à la synthèse des données scientifiques disponibles sur le sujet. Un environnement propice est créé pour non seulement faciliter les débats, mais aussi, et, surtout d'offrir l'opportunité à plusieurs acteurs disposant de connaissances, d'expertises et d'idées différentes sur la question politique à débattre.

Se référant à Wade, (2004), Boyko et al., (2012) mentionnent aussi que le renforcement des capacités des individus au sein de la communauté/organisation vise à ce que dans le moyen terme une communauté / organisation puisse disposer d'un capital social, intellectuel et politique important pour contribuer à l'amélioration d'une politique. La capacité d'une communauté / organisation, c'est aussi, selon Smith (2003), son habilité à pouvoir influencer le changement à travers l'identification, la mobilisation et la résolution des problèmes, ainsi que d'engager les décideurs publics et les fonctionnaires dans un dialogue politique concertée.

Enfin, toujours selon Boyko et al., (2012), le but ultime de transfert de connaissances est l'usage des connaissances pour améliorer la santé. Cependant selon eux, cela ne signifie pas que l'effet escompté d'un dialogue délibératif se produit à un niveau précis du système de décision politique, mais plutôt qu'il peut contribuer à rendre la recherche disponible et utile pour les décideurs et également qu'il peut être un moyen d'action pour les intervenants.

En somme, le modèle de Boyko et al. (2012) offre une nouvelle perspective d'analyse de l'apport de la connaissance dans une gestion efficace des dialogues délibératifs puisqu'il a le mérite de mettre un accent particulier sur les considérations à prendre en compte tel que les effets attendus et les caractéristiques principales du dialogue délibératif afin de pouvoir comprendre la place des connaissances scientifiques dans un tel processus.

Cependant, le modèle de Boyko et al. (2012) ne fait pas cas des effets indirects d'un processus délibératif ni de l'utilisation des connaissances par les acteurs d'un programme politique spécifique. D'ailleurs, à ce propos, Gervais et Chagnon (2012) soulignent que les cadres théoriques développées dans le secteur de la santé n'ont généralement pas tenu compte d'un certain nombre d'effets inattendus pouvant venir des activités de production et d'utilisation des connaissances. Ainsi, des actions ou des décisions peuvent être prises pour améliorer certains aspects d'un programme politique sans être directement inspirées par les résultats d'un processus délibératif.

Aussi, le modèle de Boyko et al., (2012) ne prend pas en compte du contexte dans lequel les résultats des dialogues délibératifs sont mis en œuvre ni le contexte de mise en œuvre des conclusions d'un processus délibératif. Ce qui ne permet pas de saisir les enjeux socio-économiques, financiers, matériels, humains, techniques et politiques du processus délibératif. En effet, ce modèle nous amène à nous poser un certain nombre de questions relatives à l'usage des informations scientifiques. Est-il réellement possible que les productions scientifiques produisent les effets escomptés dans un cadre réduit et composé souvent d'acteurs disposant de statuts sociaux différents, d'expertises, et de visions opposées et souvent très divergentes sur certaines questions politiques comme on l'a vu précédemment avec Sabatier (2010) ? Autrement dit, les participants auront-ils le temps nécessaire de s'approprier ces connaissances scientifiques? Seront-ils réellement influencés par les connaissances issues des recherches scientifiques pour être efficaces pendant le processus délibératif et dans la mise en œuvre de ces conclusions? Les participants ont-ils les mêmes capacités de saisir les enjeux des connaissances scientifiques? D'autant plus que selon Blondiaux, (2004, p. 6), « certaines formes de délibération conduiraient à un renforcement de l'exclusion dans la mesure où tout le monde n'y participe pas ou les différents interlocuteurs ne sont pas mis en position d'égalité ». En plus, selon Young, (2002), les normes qui sont établies pour les besoins d'une discussion peuvent avoir des impacts non souhaités par exemple la marginalisation des individus et des groupes en situation de faiblesse dans la société. Il souligne également que c'est un aspect qui a été minimisé par plusieurs théoriciens. Pour remédier

à un tel scénario, il suggère la création de conditions propices au sein des cadres délibératifs, des formes de communication autres que la seule argumentation rationnelle, à l'instar du témoignage (Young, 2002).

Par ailleurs, il sied de noter que sur la question des effets du transfert des connaissances, la manière de se servir des connaissances dépend du besoin de celui qui l'utilise. Dans le cadre de cette recherche, nous circonscrivons notre analyse autour des formes d'utilisation probable des connaissances par les agents de mise en œuvre d'une politique de santé pour faire avancer leur façon de travailler ou de pérenniser la politique. Cet aspect sera développé dans la section suivante.

## 2.5. Formes d'utilisation des connaissances pour améliorer des politiques publiques

Dans la littérature portant sur la problématique de la faible utilisation des résultats des sciences sociales dans la formulation des politiques publiques et de leur faible impact sur les politiques, la théorie la plus répandue peut être définie comme la « théorie des deux communautés » (Caplan, 1979). Selon Caplan, cette théorie est soutenue par des auteurs qui pensent que la faible utilisation des connaissances des sciences sociales se résume à une simple question de relation entre les chercheurs, le système de la recherche pour les décideurs et celui des prises de décision politique. Donc, selon lui, cette théorie tente d'expliquer la faible utilisation des résultats scientifiques par la coexistence de deux logiques différentes de pensée à savoir celle de la science et celles des planificateurs de politiques publiques sur le même champ d'écriture et d'amélioration des politiques.

Malgré tout, mettre les résultats des sciences sociales au service des décideurs a été et demeure une préoccupation majeure pour les chercheurs. Au même moment, les décideurs qui financent la recherche en science sociale s'interrogent sur leur l'utilité (Weiss, 1979). Ainsi, la question du transfert des données probantes pour contribuer à la formulation de politiques occupe depuis plus de deux décennies une place de prédilection chez les analystes des sciences sociales (Gélinas et Pilon, 1994). En conséquence, dans le

secteur de la santé publique, on assiste à l'émergence du concept transfert de connaissances issues de la recherche en lien avec le modèle Evidence Based Medicine (EBM) (Lamboy, 2011). Née dans le secteur médical, cette notion met en lien la sphère de la recherche scientifique et celle de la pratique sociale notamment celle du secteur de la santé. Mais son élargissement à d'autres domaines a donné naissance au terme Evidence Based Policy (EBP) (Laurent et al., 2009).

En effet, plusieurs analystes ont mené des réflexions sur la question du recours aux données probantes pour entreprendre des actions permettront d'apporter des changements aux pratiques publiques. Parmi ces analystes, Beyer et Trice, (1982) ont identifié, dans leurs études sur l'usage des connaissances scientifiques, au moins trois sortes d'attitudes : l'adoption, l'utilisation et l'institutionnalisation. Ils précisent qu'il y a adoption, quand des décideurs d'un système donné se réfèrent à des données scientifiques qui dérivent d'eux, pour prendre une décision. L'utilisation est constatée, lorsque les acteurs d'un système donné agissent pour mettre en œuvre des décisions fondées sur les résultats et les prescriptions d'une recherche. Quant à l'institutionnalisation, elle est observée quand, dans un système quelconque, des actions inspirées par des données probantes sont mises en œuvre, répondent aux attentes du système et deviennent une règle pour les acteurs dans leur façon d'agir.

En effet, plusieurs chercheurs s'accordent pour dire qu'il y a différentes manières d'utiliser des données probantes dans un système précis de politique publique comme celui du secteur de la santé. Ainsi, les chercheurs identifient principalement trois formes d'usage des connaissances : il s'agit de l'utilisation instrumentale, l'utilisation conceptuelle et l'utilisation persuasive (Dagenais et al., 2013).

### 2.5.1. Utilisation instrumentale

Selon Dagenais et al., (2013), l'utilisation instrumentale se manifeste lorsque les acteurs chargés de l'application des connaissances ont recours à des preuves scientifiques pour prendre une décision ou pour apporter des changements concrets à des pratiques. Dans

ces conditions, Trottier et Champagne (2006, p. 2) soulignent que « la valeur des connaissances scientifiques s'estime à leur capacité d'apporter des solutions à des problèmes précis ». Quant à Elissalde et Renaud, (2010), ils expliquent que l'utilisation instrumentale des connaissances se manifeste, lorsque les membres d'une structure, dans le cadre de leur mission, prennent en compte des résultats de recherche, des outils, des compétences pratiques ou des concepts afin de modifier une action ou de prendre une décision. Dunn (1980), souligne qu'une étude menée aux États Unis par un groupe de chercheurs axé sur les problèmes de changement organisationnel prévu et l'utilisation des connaissances révèle que l'utilisation instrumentale des connaissances s'observe plus dans le secteur privé qu'au sein des structures publiques. Autrement dit, en cas d'usage instrumental des résultats d'un processus délibératif par des acteurs de mise en œuvre d'un programme, il se manifeste chez les organisations non gouvernementales plus que les services publics.

En effet, l'utilisation instrumentale des connaissances est constatée quand des usagers d'un système politique spécifique puisent des informations utiles dans des résultats scientifiques pour engager des actions d'intérêt public dans le but de satisfaire un et/ou des besoins spécifiques.

### 2.5.2. Utilisation conceptuelle

Selon Lemire et al., (2009, p. 23), « on parle d'utilisation conceptuelle lorsque la connaissance produite apporte un éclairage nouveau sur une problématique, ou encore, lorsque la connaissance permet d'approfondir la compréhension de problèmes complexes ». Il s'agit précisément quand des agents chargés de la mise en œuvre d'une politique publique donnent un nouveau contenu à une problématique sans nécessairement apporter un changement à leurs actions ou décisions (Dagenais et al., 2013). Dans la pratique, l'utilisation conceptuelle de la recherche est de façon générale, beaucoup moins visible chez les usagers que l'utilisation instrumentale (Beyer, et Trice, 1982). Parce que pour ces deux auteurs, l'utilisation conceptuelle ne renvoie pas nécessairement à une application directe et immédiate des connaissances. Elle donne plus de latitude aux

usagers de choisir, de redéfinir, de changer, de fusionner et généralement de réinterpréter les résultats d'une recherche pour s'adapter à des circonstances diverses.

### 2.5.3. Utilisation persuasive

L'utilisation persuasive des connaissances est observée lorsque des décideurs et des agents de mise en œuvre d'un programme politique ont recours aux connaissances pour justifier leurs décisions ou actions (Dagenais et al., 2013). En d'autres termes, elle se manifeste lorsque les connaissances probantes deviennent de moyens dont se servent les acteurs d'une politique publique pour convaincre et défendre leurs façons d'agir (Trottier et Champagne, 2006).

Ainsi, l'utilisation persuasive des connaissances se manifeste lorsque des actions de plaidoyer sont menées sur la base des informations issues d'expertises diverses (scientifiques, locales) pour maintenir une pratique publique en cours d'exécution. En conséquence, ici, la valeur de la connaissance est évaluée sur sa capacité à convaincre.

Ces trois formes d'utilisation de connaissances offrent un cadre permettant d'analyser les effets d'un processus délibératif comme la conférence de mars 2012 au Niger. Par ailleurs, la prise en compte du contexte dans l'évaluation d'un processus délibératif est très importante puisqu'elle permet d'avoir une lecture plurielle sur l'environnement dans lequel il s'inscrit. Il s'agit notamment, selon Abelson et Gauvin, (2006), du contexte politique, organisationnel, de la communauté, et des décisions prises. Aussi,

*« l'un des principaux objectifs des recherches en matière d'évaluation des processus délibératifs est de mieux saisir comment les facteurs contextuels à la fois de façon indépendante et en interaction les uns avec les autres les conséquences positives et négatives qu'ils peuvent avoir sur les processus » (Carpini et al., 2004, p. 336).*

Ainsi, dans le cadre de la présente étude, nous analyserons le contexte (financier, humain, matériel, technique et politique) dans lequel les conclusions de la conférence ont été mises en œuvre. D'ailleurs, Aaserud et al., (2005) soulignent que toute tentative

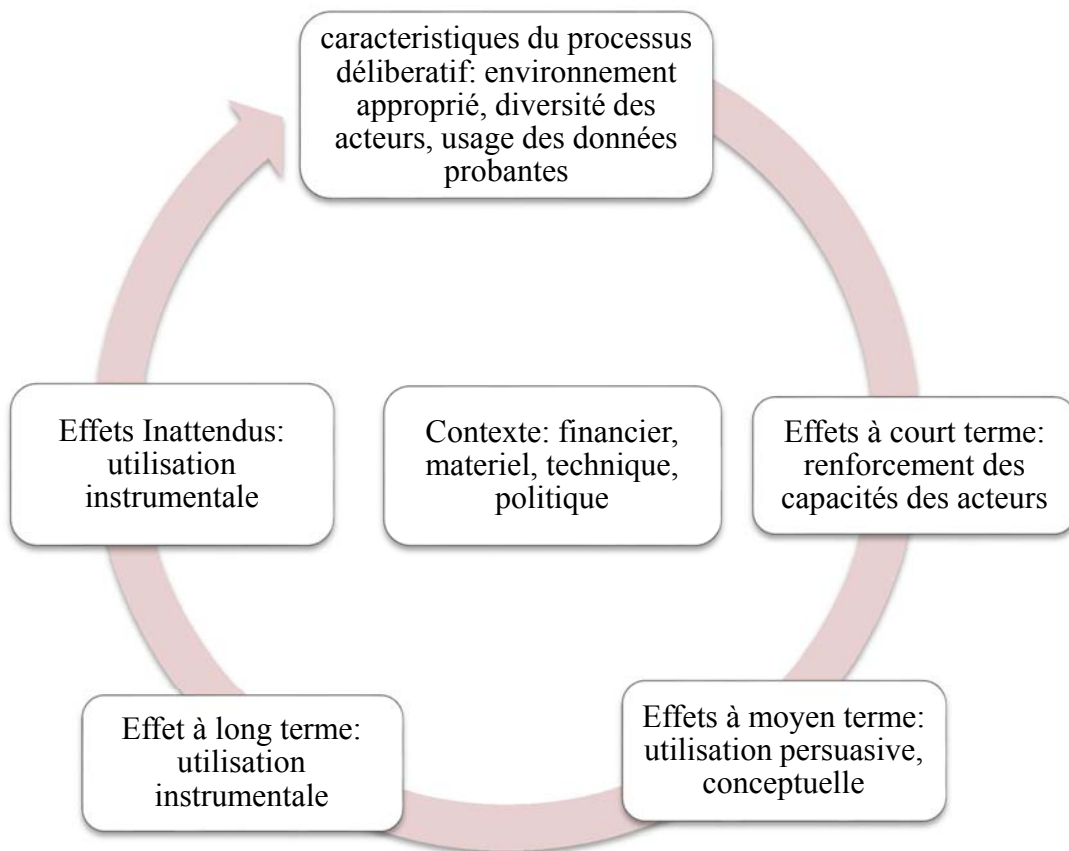


d'évaluation d'impact des connaissances doit amener le chercheur à prendre en considération les défis et l'environnement dans lequel évoluent les décideurs. En plus, l'efficacité des connaissances sur les pratiques et une politique quelconque dépendront du contexte dans lequel elles sont mises en œuvre (Elissalde et Renaud, 2010). Aussi, selon Landry et al., (2001), plusieurs études empiriques ont montré que l'usage des connaissances dépendra de leur pertinence, de leur capacité à répondre aux besoins des acteurs chargés de la mise en œuvre et du contexte le quel il s'inscrit. Aussi, selon Gervais et Chagnon (2012), les études théoriques menées par Lomas (1993) et Graham (1983) sur les aspects liés au contexte organisationnel (ressources humaines et monétaires, culture organisationnelle) et politique (intérêts politiques, contexte économique, influence des médiats) ont contribué de manière significative à la compréhension d'un processus de production et d'utilisation des connaissances.

Donc, la prise en compte du contexte aidera d'une part à mieux analyser les enjeux et les défis dans l'exécution des conclusions de la conférence et d'autre part à mieux appréhender les effets liés à l'usage des connaissances ou à savoir si elles ont été utiles.

Dans cette étude, nous utiliserons, d'une part le modèle de Boyko et al. (2012) pour comprendre les caractéristiques et les effets (court, moyen et long terme) de la conférence et, d'autre part, les trois formes d'utilisations (instrumentale, conceptuelle, persuasive Weiss (1980) possibles afin de comprendre l'usage qui est fait de ses conclusions. Nous étudierons également le contexte notamment sur le plan financier, humain, matériel, technique et politique (Figure 1).

Figure 1 : modèle d'analyse d'un processus délibératif



Source : Boyko et al., (2012), Weiss (1980), Dagenais et al., (2013)

## CHAPITRE III. Stratégie méthodologique

Toute démarche visant à aborder un objet pour des besoins de recherche scientifique a sans nul doute besoin d'une méthodologie appropriée

Ce chapitre présentera également la méthodologie de la recherche en mettant successivement en exergue le déroulement du terrain, incluant la stratégie d'échantillonnage et de la collecte des données, mais aussi la stratégie d'analyse des données recueillies, mais aussi les difficultés rencontrées.

### 3.1. Déroulement du terrain

Dans cette partie, nous mettrons en lumière les différentes étapes qui ont précédé l'entretien avec les interviewés. Elle présente aussi la manière dont la collecte des données s'est opérée sur le terrain et les difficultés rencontrées.

#### 3.1.1. Entrée sur le terrain

Avant de partir sur le terrain, nous avons mené des démarches pour être accueillis par le Laboratoire d'Étude et de Recherche sur les Dynamiques sociales et le Développement local (LASDEL). Le LASDEL est un laboratoire de recherche en sciences sociales créé en 2001 à Niamey. Son axe principal de recherche est l'analyse empirique des espaces publics et de la délivrance de services et biens collectifs ou publics en Afrique. Il a une représentation à Niamey au Niger et une autre à Parakou au Bénin. Le LASDEL est attaché à plusieurs réseaux et équipes de recherches en Afrique et en Europe. Il est aussi

une structure d'accueil pour des doctorants et chercheurs du Sud et du Nord.<sup>1</sup> Avant notre départ sur le terrain nous avons pu échanger avec certains chercheurs du laboratoire qui ont déjà mené des recherches sur la gratuité des soins au Niger. Ces échanges ont été d'une importance capitale dans la mesure où, ils nous ont permis de mesurer la pertinence du sujet et de son actualité sur le terrain. Nous avons saisi l'occasion pour présenter nos intentions à travailler au sein du LASDEL pendant notre séjour au Niger. À travers des échanges de courriels et appels téléphoniques, ces chercheurs avaient porté notre message auprès de l'équipe dirigeante du LASDEL. Nous avons finalement obtenu l'autorisation officielle de cette dernière pour effectuer notre stage au sein du laboratoire.

Le choix de cette structure de recherche a été fait sur la base des expertises qu'elle a su développer sur la thématique santé publique au Niger en particulier sur la gratuité des soins. Le LASDEL nous a été surtout recommandé par notre codirecteur de recherche, Valéry Ridde, qui a travaillé avec les chercheurs de cette institution sur la même thématique de gratuité des soins au Niger sous plusieurs angles. D'ailleurs, M. Ridde à travers l'Université de Montréal a joué un grand rôle dans l'organisation et la tenue de la conférence sur la politique de gratuité des soins au Niger, objet de cette étude. En plus, le LASDEL est en partenariat privilégié avec le Groupe interuniversitaire d'études et de recherches sur les sociétés africaines (GIERSA) de l'Université de Montréal créé par des chercheurs africanistes en sciences sociales et humaines du Québec, dont ma directrice de recherche, Anne Calvès.

Dès notre arrivée au Niger le 15 mars 2014, nous avons pris contact avec le LASDEL. Nous avons rencontré le directeur scientifique en présence de certains chercheurs afin de leur présenter les grandes lignes du protocole de la recherche. Ce dernier a été envoyé à Dr Aissa Diarra qui était chargée de nous suivre pendant tout le séjour. Cette dernière nous a fortement recommandé de participer à une activité importante sur la gratuité des soins au Niger organisée par l'Agence française de développement, une des partenaires clés du gouvernement du Niger qui participe au financement de la politique. Pour participer activement à cette activité, Dr Aissa Diarra nous a donné mandat de

---

<sup>1</sup> <http://www.lasdel.net/>

représenter officiellement le LASDEL. Ce mandat a contribué à nous rendre plus crédible aux yeux des acteurs présents à la rencontre.

Du 21 au 23 mars 2014, nous avons donc participé à la réunion de réflexion sur l'Initiative Santé Solidarité Sahel (I3S) et l'élaboration des termes de référence des techniciens qui seront recrutés pour sa mise en œuvre. L'I3S est un projet que l'Agence française de développement s'est engagée à financer au Niger afin d'appuyer les efforts du gouvernement et de ses partenaires vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement. L'objectif de ce projet est de renforcer et pérenniser la gratuité des soins pour les enfants âgés de 0 à 5 ans. Le projet vise dans cette perspective à favoriser une synergie d'action entre tous les acteurs qui sont impliqués dans la gestion de la politique de gratuité, afin de consolider le dispositif de protection sociale des enfants.

La participation à cette réunion nous a permis de comprendre les décisions qui sont en instance d'être prises sur la gratuité des soins au Niger et aussi des défis qui restent à relever. Elle nous a surtout donné l'occasion de rencontrer et d'échanger avec les différents acteurs qui travaillent sur la question, notamment des agents du Ministère de la Santé, des partenaires techniques et financiers (Organisation mondiale de la Santé, UNICEF, Agence Française de Développement, Médecin du Monde) et organisations de la société civile nigérienne. La plupart des participants à cette rencontre avaient pris part à la conférence de mars 2012 et sont aussi membres du comité de suivi de la feuille de route de cette conférence. La rencontre a donc été l'occasion de dresser une liste des acteurs présents. Nous avons mis à profit les heures de pause-café pour nous présenter et expliquer les raisons de notre présence au Niger. Tous les acteurs présents à la rencontre ont accepté de nous rencontrer ultérieurement. Ainsi, nous avons pris les contacts téléphoniques et courriels de ces acteurs. Certains parmi eux, nous avaient donné séance tenante un rendez-vous pour l'interview. La garantie de l'anonymat et le consentement éclairé des interviewés nous ont permis d'administrer le guide d'entretien élaboré pour la circonstance.

### 3.2. Le type de recherche adoptée

Pour atteindre nos objectifs de recherche, nous avons opté pour la recherche qualitative. Comme Aubin-Augeret et al., (2008, p.143), le soulignent « la recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales (plus rarement des images ou de la musique) permettant une démarche interprétative ». C'est dans cet esprit que nous avons conduit une enquête de terrain durant laquelle nous avons collecté des données qualitatives. Il sied de noter

*« qu'une démarche scientifiquement valide en recherche qualitative/interprétative est celle qui étudie un objet à partir du point de vue de l'acteur, c'est celle qui considère l'objet d'étude dans sa complexité et qui tente de donner sens à un phénomène, en tenant compte du jeu des multiples interactions que la personne initie et auxquelles elle répond » (Savoie-Zajc, 2007, p. 99).*

D'ailleurs, c'est la raison fondamentale qui justifie notre choix porté sur l'approche qualitative pour mener cette recherche. Elle répond d'une part aux attentes de l'objectif et du cadre théorique de la recherche précédemment mentionnée et d'autre part elle nous permet de prendre en compte la diversité d'acteurs (acteurs de la société civile, décideurs, intervenants, organismes internationaux) qui compose la population de l'étude. Donc la considération des points de vue de tous ces acteurs nous permet de mieux appréhender notre objet d'étude.

### 3.3. Échantillonnage

La population de cette étude est constituée d'acteurs concernés par la mise en œuvre des conclusions de la conférence de 2012 sur la gratuité des soins au Niger. Il s'agit précisément des membres du comité de suivi de la feuille de route de la conférence, les décideurs (ministère de la Santé, ministère des Finances) impliqués dans le processus, les intervenants, les membres de la cellule de la gratuité. Ces groupes d'acteurs sont directement impliqués dans la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins au Niger en général, et ont activement participé au processus délibératif de mars 2012 et/ou sont membre du comité de suivi de la feuille de route de ce processus.

Il n'existe pas de statistique officielle pour obtenir une idée exacte du nombre total d'acteurs qui participent au processus de mise en œuvre de la politique de gratuité des soins au Niger. Cependant, 160 acteurs ont participé à la conférence organisée sur la pérennisation de cette dernière.

Compte tenu non seulement des contraintes de temps (l'enquête a débuté en mars 2014 et a pris fin en début mai) et des moyens financiers limités, nous n'avons pas cherché à interviewer tous les acteurs. Par ailleurs, ce n'est pas pertinent pour une étude qualitative, d'interviewer l'ensemble des parties prenantes. Néanmoins, nous avons constitué un échantillon qui respecte les critères scientifiques qui s'appliquent à une démarche qualitative. L'échantillon est considéré comme « une petite quantité de quelque chose pour éclairer certains aspects généraux du problème » (Pires, 1997, p.122). Cependant, selon Lorraine Savoie-Zajc,

*« ce critère est difficile à appliquer dans une recherche qualitative/interprétative parce qu'il n'y a pas de paramètres statistiques pour déterminer si un certain nombre est statiquement applicable ou pas. Le critère de saturation théorique de Glaser et Strauss (1967) est utile pour ce genre de travail. (...) La question du nombre reste cependant arbitraire car elle n'est encadrée par aucune règle précise, mais plutôt par cette forme de « jurisprudence » ou de traditions de recherches pour un objet donné » (Savoie-Zajc, 2007, p. 104).*

Ainsi, pour définir la taille et la composition de notre échantillon, nous avons fait en sorte que tous les types d'acteurs soient représentés : société civile, chercheurs, organisme d'appui au développement, décideurs, agent de mise en œuvre. L'application de cette technique « impose de construire une reproduction en miniature de la population mère en assurant de l'égalité de répartition en fonction des caractéristiques de la population étudiée et dans l'échantillon retenu(...) » (Blondiaux, 1991, p.761). Le choix de cette technique s'est fait sur la base des objectifs de l'étude et du rôle de chaque acteur dans le processus de mise en œuvre des recommandations du processus délibératif qui vise l'amélioration des pratiques liées à la gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes au Niger. Aussi ce choix est fait dans le souci de prendre en compte dans notre échantillon, la diversité d'acteurs qui composent la population d'étude. Il s'agit notamment comme précédemment mentionné, des décideurs (techniciens du Ministère de

la Santé publique), des membres des organismes internationaux qui appuient le Niger dans l'application de la politique de gratuité des soins communément appelés « partenaires techniques et financiers », des représentants d'organisations de la société civile, des intervenants (agents qui travaillent dans les services de santé).

Pour choisir les personnes susceptibles d'être interviewées dans chaque groupe d'acteurs, nous avons bénéficié du concours de certaines personnes ressources, notamment celles de notre institution d'accueil, le LASDEL, d'ONG internationales, de la plateforme des ONG locales sur la santé, de notre codirecteur et d'autres personnes déjà contactées pour mener une interview. Donc après une analyse de la liste des personnes qui nous ont été recommandées, nous avons retenu vingt-deux (22). Toutes les 22 personnes retenues sont impliquées dans l'organisation du processus délibératif sur la gratuité des soins et directement ou indirectement dans l'exécution de la mission donnée au comité de suivi du processus.

En effet, il sied de noter que chaque groupe d'acteurs a un apport particulier dans la compréhension du sujet de la recherche qui est ci-après présenté :

— Les entretiens avec les décideurs ont spécifiquement permis de répondre aux questions relatives au contexte (politique, financier matériel et technique) de la mise en œuvre des recommandations du processus délibératif et celles qui se rapportent au comment elles sont réalisées, les succès constatés, les difficultés rencontrées et les défis à relever. Cet entretien a d'une manière générale permis de mesurer leur niveau d'engagement et les discussions en cours sur les recommandations de la conférence du comité de suivi de la feuille de route en particulier et de comprendre les enjeux de la politique de gratuité des soins au Niger.

— Les entretiens avec les « partenaires techniques et financiers » ont permis d'aborder les questions qui sont liées à l'usage qui est fait des recommandations au niveau national, les réalisations faites et les limites observées au sein de leurs organisations respectives. De manière générale, cet entretien a permis d'avoir leur point de vue sur l'évolution de la mise en œuvre des recommandations de la conférence de 2012. Il a été aussi une occasion



particulière de comprendre les stratégies qu'ils sont en train de mettre en œuvre individuellement ou collectivement pour d'une manière ou d'une autre pousser le gouvernement et les autres acteurs à mettre au centre de leur priorité les recommandations de la conférence de mars 2012 sur la gratuité des soins au Niger.

— Les entretiens avec les membres du comité de suivi nous ont donné l'occasion d'explorer en détail le degré de fonctionnement de ce comité, ses difficultés, les défis à relever pour le rendre opérationnel. Cet entretien a occasionné des discussions approfondies sur la mission du comité de suivi en vue de comprendre ce qu'il a pu faire ou pas pour une mise en œuvre des recommandations de la conférence. L'entretien a particulièrement permis de répondre aux questions relatives à la mise en place et au fonctionnement du comité.

— Les entretiens avec les intervenants ont constitué une étape importante pour appréhender l'utilisation pratique des recommandations du processus délibératif. Ils ont permis de confronter les informations reçues auprès des différents acteurs sur les enjeux présents de la gratuité des soins en général et de l'usage qui est fait des certaines recommandations issues de la conférence afin de vérifier leur manifestation sur le terrain. Il s'agit notamment des questions relatives à l'impact du processus délibératif sur les pratiques, le fonctionnement des centres de santé, les méthodes de travail des intervenants.

— Les entretiens avec les acteurs de la société civile tirent leur importance d'une part pour des besoins de l'analyse et de la compréhension des enjeux de la question des soins gratuits au Niger et d'autre part dans le fait d'appréhender leurs opinions sur l'utilisation faite des recommandations de la conférence en tant qu'acteurs clés de la conférence et du comité de suivi. Ce groupe d'acteurs est généralement consulté sur toutes les activités se rapportant à la gestion de la gratuité des soins. De ce fait, nous avons exploré avec ce groupe toutes les questions du guide d'entretien.

Le tableau ci-après résume les quotas que nous avons attribués à chaque composante de la population enquêtée. Nous avons attribué les quotas sur la base du degré de responsabilité de chaque groupe d'acteurs dans la mise en œuvre des recommandations. Ainsi, le quota affecté aux décideurs s'explique par le fait qu'ils sont les premiers concernés par la mise en œuvre de ces dernières. Ils ont aussi la responsabilité première à créer les conditions humaines, matérielles, techniques et financières pour mettre en œuvre les conclusions du processus délibératif sur la gratuité des soins. Nous avons attribué le même quota au comité de suivi et aux partenaires qui appuient le Niger dans la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins. Ces acteurs ont joué un rôle important dans l'organisation du processus délibératif et restent incontournables dans la réalisation des conclusions de ce processus. Enfin, le quota affecté aux intervenants s'explique par le fait qu'ils sont en contact direct avec les bénéficiaires.

<b>Acteurs</b>	<b>Nombre</b>
<b>Intervenants :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- centre de santé intégré de Gamkallé,</li> <li>- centre de santé intégré de Mariama,</li> <li>- centre de santé intégré de Yantalla</li> <li>- centre de santé intégré de N'guiguimi</li> </ul>	4
<b>Décideurs :</b> Ministère des Finances Ministère de la Santé Trésor national (point focal de la gratuité) Cellule de la gratuité : <ul style="list-style-type: none"> <li>- ancien coordinateur de la cellule,</li> <li>- actuel coordinateur de la cellule,</li> </ul> la responsable des finances de la cellule	1 1 3 1 3
<b>Comité de suivi de la feuille de route</b>	5
<b>Partenaires techniques et financiers :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agence Française de Développement,</li> </ul>	5

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation mondiale de la Santé, Médecin du Monde,</li> <li>- Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF),</li> <li>- Service d'aide humanitaire de la Commission européenne (ÉCHO)</li> <li>- ONG Help</li> </ul>	
Total	22

Pour ce qui est du cas spécifique du comité de suivi de la feuille de route, nous avons tenu compte de la diversité d'acteurs qui la composent pour sélectionner ceux ou celles à interviewer. Dans cette diversité on retrouve des partenaires techniques et financiers, des décideurs du ministère de la Santé publique et celui des finances, des acteurs de la société civile, de centres de santé intégrée et de chercheurs du LASDEL. Il sied de noter que certains acteurs interviewés en tant que « partenaires techniques et financiers », société civile, intervenants, décideurs sont aussi membres du comité de suivi de la feuille de route des recommandations de la conférence.

#### 3.4. Technique de collecte

La stratégie de collecte des données dans la présente étude a été basée sur l'entretien individuel. Plus précisément, l'entretien semi-directif centré a été utilisé comme méthode de recueil de données. Cette méthode est définie comme « un mode d'entretien dans lequel le chercheur amène le répondant à communiquer des informations nombreuses, détaillées et de qualités sur le sujet lié à la recherche, en l'influençant très peu et donc avec des garanties d'absence de biais qui vont dans le sens d'une bonne scientificité » (Romelaer, 2005, p. 102). Donc le choix de cette méthode s'explique par le fait qu'elle offre au chercheur l'accès à des réponses diverses sur une même question qui concerne des personnes restreintes et d'appartenance sociale différente. Le but de la présente étude est effectivement d'une part de collecter le maximum d'informations sur les différentes questions du guide d'entretien auprès des différents acteurs et d'autre part de les confronter au cadre théorique de l'étude qu'est le transfert de connaissance dans le

développement des politiques publiques et/ou de leur amélioration. Pour atteindre ce but, nous avons élaboré un outil de collecte des données qu'est le guide d'entretien.

Pour conduire les entretiens avec les interviewés, nous avons utilisé le guide d'entretien comme outil de collecte des données. Il a été élaboré sous la forme thématique. Les thématiques qui la composent ont été formulées en tenant compte des questions de départ et des objectifs de l'étude. Nous avons donc, élaboré au total vingt (20) questions ouvertes. Le choix délibéré pour des questions ouvertes s'explique par le souci de collecter les informations nécessaires nous permettant de comprendre les formes d'utilisation (instrumentale, conceptuelle, persuasive) faite des recommandations issues du processus délibératif sur la gratuité des soins au Niger, le contexte de mise en œuvre et d'explorer les activités du comité de suivi de la feuille de route.

Donc, le guide d'entretien a été élaboré en tenant compte de ces différents aspects. Ainsi, la première thématique du guide vise à mesurer les trois formes d'utilisation possible des recommandations de la conférence de mars 2012 pour améliorer les pratiques et la politique de gratuité. La thématique se rapportant au comité de suivi cherche à comprendre son fonctionnement, ses activités, ses réalisations, les difficultés rencontrées et défis à relever. Pour ce qui est de la thématique « contexte de mise en œuvre », elle vise à collecter des informations sur le contexte financier, politique, matériel et technique dans lequel les recommandations sont mises en œuvre. La thématique « pertinence de la conférence » vise à recueillir la perception qu'ont les différents acteurs de l'importance de la conférence en tant que moyen permettant d'améliorer les pratiques d'une politique publique comme la « gratuité » des soins au Niger. Les questions posées aux interviewés sont détaillées dans le guide d'entretien présenté en annexe.

### 3.5. Les entretiens

Les interviews se sont déroulées à Niamey où se trouvent les instances de la politique de gratuité des soins et de sa mise en œuvre, les sièges des organisations internationales et nationales faisant partie de notre échantillon, et, où a eu lieu la conférence nationale. Dans un souci d'avoir plus d'informations sur l'usage qui est fait des recommandations

issues de la conférence, nous avons également mené une interview avec les intervenants du principal centre de santé intégré du département de N'guimi, situé à 1500 kilomètres de la capitale, Niamey. Le choix de cette localité s'explique par son éloignement de la capitale. Donc, loin du niveau central des prises de décisions pour voir comment au niveau aussi périphérique que cette localité font écho les directives relatives à la politique de gratuité des soins. Aussi, son choix nous permet de mieux appréhender l'usage des conclusions du processus délibératif sur les pratiques, les méthodes de travail des intervenants et les services liés à la gratuité des soins au Niger. Ces interviews se sont passées dans la période du 15 mars au 16 mai 2014. Chaque interview a été effectuée dans une durée moyenne variant entre 45 minutes et 1h 8 au maximum.

La démarche pour rencontrer les personnes à interviewer s'est effectuée en trois temps. Dans un premier temps, nous avons pris contact avec les décideurs du Ministère de la Santé publique. Ce contact a été possible grâce à des intermédiaires très respectés dans le milieu de l'administration publique. Nous avons choisi les personnes à interviewer au Ministère sur la base de leur implication dans la gestion de la gratuité des soins. Dans un second temps, nous avons pris contact avec certains organismes internationaux qui appuient le Niger et qui participent directement à la gestion de la « gratuité » des soins au Niger. À ce niveau, nous avons pris contact avec les premiers responsables de chaque structure qui nous ont indiqué les personnes susceptibles de répondre à nos questions. Nous n'avons pas rencontré d'obstacle pour rencontrer les personnes identifiées ni à planifier des interviews avec elles. En troisième temps, nous avons pris contact avec la plateforme des ONG sur la santé au Niger, les intervenants et chercheurs. Dans la présente étude, nous avons classé les chercheurs parmi les acteurs de la société civile. À chaque étape, nous avons pris les contacts (courriels, téléphones et adresses complètes) des personnes rencontrées qui répondent aux besoins de l'étude.

Pour entamer les entretiens, nous avons individuellement appelé les personnes identifiées pour organiser une interview. Chacune d'elles nous a donné une date, une heure et un lieu pour mener l'interview. La plupart des rendez-vous ont été respectés, sauf trois qui ont été régulièrement reportés pour des raisons d'agenda souvent très chargé. Mais nous

avons pu les rencontrer et mener les interviews. Toutes les interviews ont été effectuées dans les bureaux respectifs de chaque interviewé. Un seul a été conduit au domicile de l'interviewé. Ceci parce qu'il était très occupé sur son lieu de travail. Comme notre séjour arrivait à sa fin, il nous a suggéré de passer chez lui pour faire l'interview. Ce qui fut fait.

Un total de 22 interviews a été réalisé. Parmi les 22 interviews, 20 ont été intégralement enregistrées. Les deux interviewés qui ont refusé d'être enregistrés ont avancé des raisons de politique interne propres à leurs structures respectives. Nous avons donc, dans ce cas, procédé à une prise de notes pour mener ces deux interviews. Nous avons retranscrit intégralement ces deux interviews, juste après les entretiens.

Par ailleurs, deux entretiens ont été effectués en groupes. Ils ont été organisés sous la demande des interviewés concernés. Ces derniers avaient estimé que la participation de leurs collaborateurs aux échanges sur le thème de la recherche leur permettrait de couvrir toutes les questions du guide d'entretien. Ainsi, le premier entretien en groupe a été mené avec trois décideurs dans un bureau. Elle a été très riche en discussions. Les points de vue des participants étaient très divergents pendant les échanges. Ils avaient des perceptions très différentes sur certaines questions du guide d'entretien, dont celles liées au fonctionnement du comité de suivi. Ce qui a permis à chacun d'eux d'aller plus en profondeur dans les explications. Ceci, nous a été très utile dans l'analyse des données.

Le deuxième entretien en groupe s'est tenu au siège d'un « partenaire technique et financier » du gouvernement nigérien. L'entretien a regroupé deux personnes importantes de l'organisation. L'échange avec les interviewés a aussi suscité des discussions intéressantes sur chaque question du guide d'entretien.

En résumé, les données collectées à l'issue de ces différents entretiens ont été analysées conformément au cadre théorique choisi pour la circonstance afin de comprendre la forme d'utilisation (instrumentale, conceptuelle, persuasive) et à d'autres questions spécifiques du guide d'entretien comme celles relatives au contexte, au fonctionnement du comité de suivi de la feuille de route. En effet, ces concepts théoriques de la recherche

et l'exploration du fonctionnement du comité de suivi ont été opérationnalisés sur le terrain en relation avec les questions ci-après soumises à l'appréciation des interviewés :

Formes d'utilisation des connaissances	Questions
Utilisation instrumentale	<p>Les recommandations ont-elles eu un impact sur vos manières traditionnelles de gérer le programme de la gratuité? Si oui</p> <p>En quoi modifient-elles vos pratiques dans la mise en œuvre de la politique de gratuité?</p> <p>La conférence a-t-elle eu un impact sur le fonctionnement, les méthodes de travail? si oui avez-vous des exemples? Sinon pourquoi?</p> <p>Quels changements réels avez-vous constatés dans les pratiques liés à la mise en œuvre de la politique de gratuité depuis après les recommandations faites par la conférence de mars 2012 sur la gratuité?</p>
Utilisation persuasive	<p>Avez-vous, eu recours au moins une fois aux recommandations issues de la conférence pour expliquer ou défendre certaines pratiques liées à la mise en œuvre de la politique?</p>
Utilisation conceptuelle	<p>Quel est votre point de vue sur la conférence de mars 2012 consacrée à la pérennisation de la politique de gratuité?</p> <p>La conférence a-t-elle eu un impact sur votre façon de comprendre la politique de gratuité des soins si oui avez-vous des exemples?</p>

<p>Contexte</p>	<p>Pourriez-vous de façon générale, nous parler des moyens humains, techniques, financiers et matériels mis en place pour favoriser la mise en œuvre des connaissances issues de la conférence</p> <p>D'après vous, ces moyens techniques, financiers, matériels et humains sont-ils suffisants pour favoriser la mise en œuvre des connaissances issues de la conférence?</p> <p>Sinon, qu'est-ce qui a fait défaut? Et quels impacts cela a pu avoir sur le déroulement normal des activités?</p>
<p>Fonctionnement du comité de suivi</p>	<p>Que pensez-vous de manière générale du comité de suivi de la feuille de route de la conférence sur la politique de gratuité?</p> <p>Comment le comité de suivi a-t-il été mis en place?</p> <p>Quels sont les acteurs qui la composent?</p> <p>Ya t-il des acteurs ne faisant pas partie du comité de suivi, mais dont la présence pourrait apporter une valeur ajoutée à la vie et au fonctionnement du comité?</p> <p>Comment le comité de suivi a-t-il évolué depuis sa mise en place jusqu'à ce jour?</p>



	<p>Quels sont les principaux acquis de ce comité de suivi? Ce que vous avez réussi le mieux?</p> <p>Le comité de suivi a-t-il rencontré des difficultés dans son fonctionnement? Si oui quelles sont ces difficultés? Qu'est-ce qui peut expliquer ces difficultés?</p> <p>Quels sont les défis qui restent à affronter pour garantir un bon fonctionnement du comité de suivi?</p>
--	---

En outre, nous avons procédé à une collecte de données documentaires en lien avec l'objectif et les questions de la recherche. Ainsi, nous avons collecté des documents officiels notamment des rapports, procès-verbaux, comptes rendus de réunions, pour le besoin de l'analyse. Il s'agit précisément de certains rapports des réunions du comité de suivi, le rapport général de la conférence, la liste complète des recommandations de la conférence, l'arrêté de création du comité de suivi, le niveau de réalisation des recommandations établies par le Ministère de la Santé publique, le Plan de Développement économique et social (PDES) 2012-2015 du Niger dans lequel, un volet est inscrit pour la gratuité des soins au Niger. Pour analyser les différentes données collectées, nous avons utilisé une stratégie qui est présentée dans la section ci-après.

### 3.6. Stratégies d'analyse

Le type de données collectées nous a conduits à mener une analyse de contenu. Cette forme d'analyse nous semble plus appropriée pour cette étude. Selon Fallery et Rodhain (2007, p. 9), « une analyse de contenu "classique" consiste à lire un corpus, fragment par fragment, pour en définir le contenu en le codant selon des catégories qui peuvent être construites et améliorées au cours de la lecture (...) ». Elle aide le chercheur à interpréter

la subjectivité des interviewés pour le besoin de la rigueur scientifique. À ce propos Wanlin (2007, p. 249) souligne que c'est « un effort d'interprétation qui se balance entre deux pôles, d'une part, la rigueur de l'objectivité, et, d'autre part, la fécondité de la subjectivité ».

Ainsi, l'analyse de contenu a porté sur les données collectées auprès des 22 interviewés et des documents officiels recensés pour la circonstance. Tout en restant dans l'esprit de cette forme d'analyse et conformément aux objectifs de la recherche, nous avons procédé à une analyse thématique des données.

*« Le but de cette dernière en tant que méthode d'analyse de contenu est de repérer les unités sémantiques qui constituent l'univers discursif de l'énoncé. Dans ces conditions, il s'agit de produire une reformulation du contenu de l'énoncé sous une forme condensée et formelle. Pour réaliser cette tâche, on procède en deux étapes : le repérage des idées significatives et leur catégorisation » (Negura, 2006, p.11).*

Avant d'entamer l'analyse thématique des données collectées, nous avons dans un premier temps retranscrit intégralement les enregistrements audio. Dans un second temps, nous avons procédé au codage et à la classification des données retranscrites.

### 3.7. La retranscription des données

Le travail de retranscription a été effectué par nous-mêmes. Au fur à mesure qu'il avançait, nous prenions des notes pour les besoins de l'analyse. D'ailleurs ces notes, nous ont été très utiles durant tout le processus de codification et de catégorisation. Ce qui, déjà, à ce stade, nous a permis d'avoir des idées générales sur les opinions des interviewés. Ensuite, nous avons organisé les interviews retranscrites en quatre groupes d'acteurs. Il s'agit des organismes internationaux, les intervenants, les décideurs (les agents du ministère de la Santé publique), les organisations de la société civile nigérienne.

L'avantage d'un tel travail préalable (la retranscription) a été démontré par plusieurs chercheurs dont Van Campenhoudt et Quivy, (2011, p.199), qui soulignent que « la

retranscription permet d'éviter, d'écarter trop vite de l'analyse des parties de l'entretien qui seraient jugées a priori inintéressantes, ce qui pourrait se révéler inexact au fil de l'analyse ». Après ce travail de retranscription, nous avons procédé au repérage des idées importantes, de codification et de catégorisation à travers un outil qui sied à l'analyse thématique.

### 3.8. L'outil choisi pour l'analyse thématique

Afin de faciliter le lien entre les verbatim et les catégories construites dans le cadre de cette étude, nous avons utilisé le logiciel QDA Miner. Ce logiciel est reconnu comme un outil informatique permettant de traiter des données qualitatives en particulier dans une démarche d'analyse thématique.

QDA Miner comme plusieurs autres logiciels, selon Fallery et Rodhain, (2007, p. 10), « permet au chercheur de manipuler des masses importantes de documents hétérogènes de façon itérative (aller-retour entre codage et décodage) pour étudier dynamiquement la complexité d'un corpus ». C'est surtout ces avantages qu'offre ce logiciel en matière d'analyse de données qualitatives qui ont motivé notre choix à l'utiliser. C'est vrai que l'usage d'un tel outil informatique facilite une gestion efficace d'un ensemble de données qualitatives. Mais faisant référence à Van der Maren, (1997) et Bourdon, (2000), Wanlin, (2007, p. 264), souligne que « les logiciels ne sont que des outils qui peuvent servir dans une ou plusieurs étapes du processus de recherche, mais, aucun logiciel ne peut interpréter les données, cette tâche reste réservée au chercheur ».

### 3.9. Codage et classification des données

Le codage explore ligne par ligne, étape par étape, les textes d'interview ou d'observations (Berg, 2003). Il décrit, classe et transforme les données qualitatives brutes en fonction de la grille d'analyse (Andreani et Conchon, 2005, P. 4). Pour entamer le processus de traitement des données dans le logiciel QDA Miner, nous avons d'abord attribué pour les besoins de confidentialité au nom de chaque interviewé un numéro. Ce qui nous a donné des chiffres allant de 1 à 22. Ensuite, chaque interview est intégrée dans

le logiciel sous la forme de cas. Nous avons constitué au total 22 cas à traiter. Donc, nous avons formulé les codes et sous catégoriels. Cette formulation a été faite sur la base des questions contenues dans le guide d'entretien et a continué au fur à mesure de la lecture des interviews retranscrites.

À l'aide du logiciel QD Miner, nous avons fini par codifier et classer tous les textes. Ainsi nous avons organisé les codes (66) en lien avec 7 catégories. Il s'agit par exemple de la catégorie « utilisation instrumentale des recommandations » qui a pour code : recours aux connaissances scientifiques, décisions prises, changements concrets, etc. La catégorie « utilisation conceptuelle des recommandations » a pour code : conférence et nouvelle compréhension de la politique de gratuité. La catégorie « utilisation persuasive des recommandations » a pour codes : recours aux recommandations pour légitimer des décisions, recours aux recommandations pour légitimer des actions, etc.

En effet, ces codes et sous catégories nous ont permis de confronter les données au cadre théorique de la recherche.

### 3.10.Éthique et difficultés rencontrées

En matière de conduite de recherche, l'Université de Montréal exige à tout chercheur de soumettre une demande de certificat d'éthique. Cette demande est soumise au Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des arts et des sciences (CÉRFAS) qui a été créé pour la circonstance. Donc, dans le cadre de la présente recherche nous avons déposé une demande de certificat d'éthique. Le numéro de ce certificat est CERFAS-2013-14-239 - D. Avant chaque interview, nous avons pris le soin et le temps d'expliquer aux interviewés l'objet de notre présence, le pourquoi de la recherche, ses objectifs. Ce partage de l'information avec les interviewés, nous a permis de les mettre à l'aise d'une part de l'anonymat de l'entretien et d'autre part de la destruction des données cinq ans après. Ceci nous a permis d'obtenir le consentement libre et éclairé des interviewés. Nous avons mené les entretiens en français. Elle est la langue de travail de tous les interviewés. Ils ont tous, une parfaite maîtrise de la langue française. Cela nous a été très utile pendant

la retranscription et le traitement des données et pour avoir été fidèle à leurs points de vue sur chaque question.

En outre, durant notre séjour sur le terrain d'enquête, nous avons rencontré deux difficultés majeures. Il s'agit de la réticence de certains agents du secteur public à nous accorder l'entretien et/ou à nous donner certaines informations liées à la gratuité. Ceci peut-être dû au fait que, nous nous sommes présentés à eux en tant qu'étudiant venant de l'Université de Montréal. Donc, accepter un entretien de ce type avec quelqu'un qui vient d'une institution universitaire de l'extérieur peut-être considéré non prioritaire ou même pas important à leurs yeux. Ce refus peut aussi indiquer une attitude de prudence et de vigilance vis-à-vis de quelqu'un qui cherche à comprendre certains aspects d'une politique publique. Pour contourner cet obstacle, nous avons utilisé nos relations personnelles.

Une autre difficulté que nous avons rencontrée était le non-respect fréquent des rendez-vous déjà planifiés pour mener l'interview avec certains agents et/ou de son report à plusieurs reprises. La patience et l'insistance nous ont permis de contourner cette difficulté.

## **CHAPITRE IV. Pertinence de l'organisation de la conférence et utilisation des recommandations**

Le présent chapitre met en lumière la perception des interviewés sur la tenue de la conférence tout en faisant ressortir les effets à court terme de la conférence. Nous exposerons aussi les points de vue des interviewés sur l'utilité des recommandations issues de cette dernière notamment les effets à court, moyen et long terme ainsi que ceux inattendus. A cet effet, un accent particulier sur les trois manières d'utilisation des conclusions de la conférence (instrumentale, conceptuelle et persuasive) qui ressortent dans le discours des interviewés.

### **4.1. Un processus délibératif apprécié et des recommandations jugées pertinentes**

La majorité des interviewés, notamment les agents des organismes internationaux d'appui au développement, affirment que le processus délibératif a été pertinent dans la forme. La raison principale avancée par ces interviewés est la participation active à la conférence d'une diversité d'acteurs (chercheurs, agents de mise en œuvre, société civile, techniciens du Ministère de la Santé publique, organismes internationaux d'appui au développement) avec des expertises et expériences différentes, mais aussi des points de vue divergents sur la politique de gratuité des soins au Niger. Comme l'explique Keita, agent d'un organisme international d'appui au développement :

*« Effectivement, nous étions partie prenante en mars 2012 à cette conférence sur la gratuité. Et vraiment, nous avons fondé beaucoup d'espoir sur cette conférence, parce que ça a permis effectivement de faire le tour de la question, parce qu'il y a eu des représentations tant au niveau des districts, au niveau des régions qu'au plan national. Et les gens sont venus exposer et on a eu vraiment tous les contours de la gratuité, en tout cas du financement de la gratuité, et les défis, les enjeux auxquels la gratuité est confrontée. Il y a eu une large représentation tant des techniciens, des politiques, des élus locaux, des parlementaires et des chercheurs » (Keita, agent de plaidoyer d'un organisme*

*international d'appui au développement, Niger).*

Aussi, certains agents des organismes internationaux d'appui au développement soulignent la présence à la conférence de plusieurs acteurs travaillant dans le domaine de la santé publique venant d'autres pays. Comme le souligne Moctar, PTF, Niger.

*« (...) La conférence est une conférence que je peux même qualifier d'internationale. Il y a eu la participation de plusieurs acteurs venus d'Afrique et d'Europe pour discuter des expériences de la politique de gratuité et d'en dégager des perspectives. Cela avait donné à la conférence toute sa crédibilité ».*  
*(Moctar, PTF, Niger)*

En effet, les données de l'enquête font ressortir des effets à court terme de la conférence sur les participants (compréhension du fonctionnement de la politique de gratuité, des difficultés rencontrées dans sa mise en œuvre et des solutions appropriées pour y remédier) grâce à cette participation jugée qualitative.

#### 4.1.1. Les effets à court terme de la conférence (renforcement de capacité des participants à la conférence)

La majorité des interviewés notamment les acteurs des organismes d'appui au développement et ceux de la société civile soulignent que la participation des chercheurs à la conférence a apporté une valeur ajoutée à la compréhension de la politique de gratuité en générale (diagnostic comparatif de la mise en œuvre de la politique de gratuité au Niger). Diakité, chargé de plaidoyer, OMS, Niger, est de ceux qui ont particulièrement apprécié l'intervention des chercheurs :

*« (...) Les chercheurs comme leurs professions l'indiquent, d'abord, euh, font euh, des réflexions assez posées sur un certain nombre de thématiques, comme celle de la gratuité en faisant le lien avec ce qui se passe ailleurs soit dans la sous-région ou au plan africain ou voir même au plan mondial. Et, ça permet de capitaliser un certain nombre d'expériences par rapport à une thématique bien donnée, et, qui, en conséquence faciliterait au pays de mieux mettre en œuvre l'initiative. Et, ça permettrait aussi un partage d'expériences. Le partage de ces expériences permettra d'éviter un certain nombre de problèmes dans la mise en œuvre de la politique. C'est-à-dire que, les problèmes qui ont été soulevés ailleurs par les chercheurs par exemple, le pays pourrait très bien s'inspirer de ça pour ne pas refaire la même erreur. Il en va de même de bonnes pratiques faites*

*ailleurs peuvent être capitalisées par le pays pour aller de l'avant dans la mise en œuvre de son initiative. Et, ça, on a eu la chance de les comprendre avec la présence des chercheurs à la conférence ». (Diakité, PTF, Niger)*

D'ailleurs, c'est la raison pour laquelle, les personnes interrogées sont unanimes pour reconnaître que la conférence a été très utile pour mettre en lumière, sur la base des données existantes, les difficultés liées à la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins, tels que le non-paiement des factures des services de la gratuité, l'insuffisance des fonds pour financer la gratuité. C'est ce que rappelle Souleymane, conseiller plaidoyer, PTF, Niger :

*« La conférence était un moment que je qualifierais de tournant majeur dans cette initiative de levée de barrières financières concernant les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes dans la politique sanitaire du Niger. Ceci, parce que cela a été l'occasion de se remettre en cause et de faire un arrêt critique sur tout ce qui s'est passé et de réellement poser de nouvelles bases. C'est vrai qu'au cours de cette conférence le diagnostic a été réellement posé à savoir qu'il y avait urgence. Le gros problème qui a été soulevé, il y a eu beaucoup de dysfonctionnement en particulier le non-financement ou bien le retard de financement de tout ce qui était retard de paiement des arriérés liés aux factures émises depuis la mise en place de cette stratégie politique jusqu'à 2012, moment où se tenait la conférence » (Souleymane, PTF, Niger).*

En plus, la majorité des personnes interviewées soulignent que la conférence a abouti à des recommandations pertinentes (une utilisation instrumentale) pouvant contribuer à améliorer la mise en œuvre de la politique de gratuité. Parmi ces recommandations, ils ont particulièrement apprécié celle relative à la nécessité d'estimer le montant global des factures des services de la gratuité des soins impayées. Elles ont également souligné la question de leadership de la politique de gratuité, comme le souligne Diallo, gestionnaire, PTF dans les propos qui suivent :

*« Les recommandations en tant que telles sont justifiées et pertinentes. D'abord, il fallait déjà qu'on essaie de mettre le pendule à l'heure par rapport aux arriérés. L'une des recommandations majeures, c'était de faire en sorte que l'État prenne la direction par rapport à ces questions. À la limite essayée, de renforcer ce qu'on a appelé à l'époque la cellule de la gratuité des soins pour qu'elle joue un rôle prépondérant dans la mise en œuvre de cette stratégie. Aussi que le Ministère de la Santé et celui des finances parlent d'une même voix, le même discours par rapport à tout ce qui se passe. Et aussi qu'il ait une volonté pour plus de transparence par rapport à cette stratégie. Le comité de pilotage*



*qui devrait être mis en place devait être un comité de suivi qui doit élaborer une feuille de route pour suivre ça. Tout ça quand même a été bien codifié, contextualisé, et décrit. Maintenant, qu'est-ce qui s'est passé après? » (Diallo, PTF, Niger)*

Quelques acteurs des organismes d'appui au développement jugent également très pertinente la recommandation portant sur la recherche des nouvelles sources financières pour garantir le financement de la gratuité des soins. C'est le cas de Keito, chargé de plaidoyer, PTF

*« Je pense aussi que la conférence quand même a abouti sur des recommandations pertinentes sur les financements innovants. Ça aussi je pense que c'est des belles recommandations parce qu'on s'en rend compte, moi je prends à titre d'exemple, un match de football qui a été organisé où le mena, l'équipe nationale de football du Niger a dû participer à l'occasion de la coupe d'Afrique des Nations et où l'État nigérien à travers la fédération de football a trouvé un mécanisme innovant de collecte de fonds, en faisant des ponctions de 10 FCFA sur les appels téléphoniques des citoyens pendant une certaine période. Et ça, ça a permis, tout de suite, à l'espace d'un mois et demi, d'enregistrer plus de deux milliards de FCFA pour permettre à l'équipe nationale de football de participer à la coupe d'Afrique des Nations. Donc, je pense que c'est un mécanisme de financement innovant qui peut s'appliquer au niveau de la gratuité des soins. Je pense que les recommandations de la conférence sont allées dans ce sens-là aussi, c'est-à-dire ne pas se limiter uniquement aux ressources de l'État et voir aussi au niveau du privé, quel type de financement innovant qui permet de financer la gratuité ». (Keita, PTF, Niger)*

Par ailleurs, d'autres interviewés notamment les acteurs de la société civile et les organismes d'appui au développement estiment que la recommandation relative au renforcement de la cellule de gratuité la transformant ainsi en une agence autonome de gestion est également pertinente. Selon eux, la matérialisation d'une telle recommandation peut contribuer à une gestion efficace de la politique de gratuité des soins au Niger.

*« La conférence sur la gratuité des soins a fait une recommandation qui m'a paru assez importante eh... au niveau de l'ancrage institutionnel de la cellule chargée de la gratuité des soins. La conférence a proposé que cette cellule – là, ou cet organe de gestion de la gratuité des soins, soit logé directement au niveau de la primature ou au niveau de la présidence de la république pour l'ériger en une structure qui va avoir un minimum d'indépendance financière et qui va être prise un peu plus au sérieux, parce qu'on a pensé qu'avec un tel ancrage, on*

*aura moins de difficultés pour libérer les fonds, de payer les factures et puis tout ce qui s'en suit ». (Diakité, PTF, Niger)*

Enfin, selon quelques interviewés, en particulier les agents des centres de santé intégrés et ceux des organismes internationaux, la conférence a mis en lumière un aspect important qu'est l'impact de la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins dans la lutte contre la mortalité infantile et maternelle au Niger. Selon ces interviewés, la conférence a permis aux participants, et cela grâce surtout à la participation active des chercheurs, de constater les retombées positives de la gratuité des soins sur les bénéficiaires.

*« (...) À la conférence, il y a eu des projections de films sur les témoignages des pères de famille qui avant la gratuité n'arrivaient pas à se présenter à un centre de santé parce qu'ils n'ont pas de moyens. Quand leurs femmes se présentent à centre de santé, elles sont grondées parce qu'elles n'ont pas les 200 FCFA pour payer. Avec la gratuité, elles ont apprécié. Maintenant, elles se présentent auprès des centres de soins de santé avec les moindres maux de tête. Et mieux, la conférence a insisté dans ses recommandations, sur la pérennité de la gratuité à travers le remboursement, l'appui des partenaires, sa gestion efficace et efficiente. C'est pourquoi je suggère l'organisation des colloques pour évaluer cette politique si on ne peut pas organiser des conférences chaque 5 ans ou 2 ans » (Traoré, PTF, Niger).*



## **4.2. Une utilisation des recommandations issues de la conférence qui demeure dans l'ensemble limitée**

Dans cette section, d'abord, nous mettrons en exergue les effets à moyen et long terme et inattendus et successivement faire le point sur les formes d'utilisation qui se dégagent notamment celle instrumentale, conceptuelle et persuasive. Ensuite, nous aborderons les points de vue des interviewés qui estiment que de façon générale la conférence n'a pas eu les impacts souhaités sur la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins.

### 4.2.1. Les effets à moyen terme

#### *4.2.1.1. Une utilisation persuasive des recommandations issues de la conférence*

La majorité des acteurs des organismes d'appui au développement et de la société civile affirment avoir fait un usage ciblé des recommandations issues de la conférence pour conduire des actions suivantes : mener des plaidoyers en faveur de la prise en compte des recommandations afin de contribuer aux réflexions politiques sur la gratuité des soins, améliorer certains services de la gratuité des soins sur le terrain; justifier et légitimer des décisions prises en faveur de la gratuité ou des actions en cours.

Ainsi, les résultats de l'enquête révèlent que toutes les recommandations de la conférence sont utilisées par les acteurs des organismes internationaux d'appui au développement et de la société civile pour influencer les débats sur la politique de gratuité des soins. Quelques acteurs des organismes internationaux d'appui au développement admettent par exemple avoir eu recours à certaines recommandations issues de la conférence pour influencer le législateur du Niger à rehausser le budget de la santé. Konaté, agent de plaidoyer, PTF, Niger, explique :

*« Nous avons directement accompagné certaines recommandations de la conférence à travers l'ONG, qui a organisé quand même, des actions de plaidoyer à l'endroit des parlementaires sur la nécessité d'augmenter le budget de la santé au Niger. Et, ces parlementaires, lors d'une session parlementaire, ont interpellé le Ministère de la Santé publique sur la question du financement de ce secteur. Il s'agit notamment d'amener l'État à rehausser dans le budget 2013, les ressources financières attribuées à la gratuité des soins à travers un budget*

*collectif qui était initialement de 4 Milliards de FCFA pour passer à 8 milliards de FCFA. Donc, c'est quand même des actions fortes pour inciter l'État à prendre en compte certaines recommandations issues de la conférence. Il y a eu des journées parlementaires qui regroupaient le Ministère de la Santé publique, l'ONG et certains députés pour discuter sur cette question de financement. Il y a eu aussi une discussion en bilatérale entre notre structure et les parlementaires pour essayer de mieux comprendre la politique de gratuité des soins en cours au Niger. Après, il y a eu une interpellation du Ministère de la Santé publique, et, là, des parlementaires se sont rendu compte de la faible allocation du montant affecté à la santé sur cette question. Ils ont finalement, demandé au gouvernement du Niger de rehausser le budget de la gratuité dans un budget collectif » (Konaté, agent de plaidoyer, PTF, Niger).*

Aussi, certains acteurs de la société civile soulignent avoir utilisé les recommandations issues de la conférence pour contribuer efficacement aux discussions nationales portant sur l'élaboration d'une politique sociale afin d'aider à l'amélioration des services sociaux. C'est le cas de Diarra, secrétaire de direction, ONG, Niger:

*« Nous, en tant qu'acteurs de la société civile, les recommandations nous ont permis d'aider le gouvernement à élaborer la politique nationale de la protection sociale, dont une des concordances majeures était effectivement l'accès aux services sociaux de base et aux infrastructures. Et ça, c'est les recommandations issues de la conférence, qui nous ont aidés à avoir beaucoup d'informations sur la gratuité des soins, pour influencer le lancement d'une initiative, c'est-à-dire une loi avec la complicité de la commission des affaires sociales et culturelles du parlement » (Diarra, secrétaire de direction, ONG, Niger).*

En outre, la majorité des acteurs des organismes d'appui au développement souligne avoir mené des actions de sensibilisation à l'endroit des décideurs du secteur de la santé publique quant à la pertinence des recommandations issues de la conférence pour renforcer la mise en œuvre de la gratuité afin de pérenniser la politique. Comme le souligne Issa, agent de plaidoyer, d'un organisme d'appui au développement :

*« Nous avons eu recours aux recommandations de la conférence dans le cadre de nos discussions relatives aux limites de la politique de gratuité des soins, au moins trois fois. Par exemple, lors d'une de nos missions à l'intérieur du pays avec le Ministère de la Santé publique, nous avons attiré son attention sur l'importance des recommandations si on veut vraiment améliorer les services de la gratuité. Cette mission s'inscrivait dans le cadre du suivi de la gratuité des soins dans la région de Dosso, pour vérifier l'application de certaines recommandations » (Issa, agent de plaidoyer, PTF, Niger).*

Aussi, l'enquête démontre que la conférence a contribué à renforcer l'engagement de quelques acteurs en faveur de la politique de gratuité notamment le gouvernement du Niger et quelques organismes internationaux d'appui au « développement ». Ainsi, selon certains acteurs d'organismes d'appui au développement, les résultats de la conférence ont constitué dans certaines circonstances une source de mobilisation des premiers responsables politiques du Niger particulièrement le premier ministre pour soutenir la politique de gratuité des soins.

*« Je pense que le moment majeur, c'était aussi que cette conférence avait un objectif de sensibilisation, surtout des décideurs, notamment, d'abord, les plus hautes autorités du pays. Par exemple, à la clôture de la conférence, le premier ministre du Niger était présent. Honnêtement ce qu'on a vu, ce que, vu les résultats qui étaient en train d'être présentés, le premier ministre était obligé de changer de discours. Il était incapable de lire celui qu'il avait. Il a fait un autre discours pour montrer que l'État continue sur cette stratégie de gratuité des soins. Et, que l'État mettra tout en œuvre pour pouvoir en fait rectifier tout ce qui ne marchait pas et améliorer la santé. C'est dire qu'en réalité, l'État était favorable pour la poursuite de la politique et était conscient des insuffisances rencontrées et a compris les enjeux de la politique de gratuité pour le pays » (Diallo, PTF, Niger).*

Aussi, d'autres agents des organismes d'appui au développement, soulignent avoir utilisé les résultats de la conférence pour mobiliser des partenaires financiers du Niger afin qu'ils soutiennent la politique de gratuité des soins. Seydou, chargé de plaidoyer, ONG internationale, fait partie de ceux qui ont soutenu cette affirmation :

*« (...) , Après cette conférence, on a été invité à une table ronde à Bruxelles où on a présenté à l'Union européenne, un peu, ce qui s'est passé à la conférence de mars 2012 sur la gratuité des soins au Niger (recommandations). À cette rencontre, on était dans une ambiance avec d'autres ONG qui militaient en faveur de la levée des barrières financières. Ça nous a permis de rencontrer l'Agence française de développement (AFD) à Paris. On a essayé quand même de défendre cette politique de gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes en cours au Niger. L'AFD a été quand même un partenaire majeur au premier moment de cette stratégie politique. Mais après, elle a commencé de plus en plus à se retirer du financement de cette politique. Mais, là, avec notre passage à Bruxelles et en mettant en avant les nouveaux résultats qu'on a atteints à la conférence et la nouvelle dynamique qui a été impulsée, bon! peut-être que l'AFD essayait de voir parce qu'il fallait avoir des ressources financières. Mais, dès qu'il y a eu l'opportunité de l'I3S, le Niger était le premier pays où cette initiative fut lancée parce qu'il y a plusieurs pays qui étaient*

*concernés. Ça, ça prouve que, c'est parce que des messages forts sont partis à Bruxelles (Seydou, chargé de plaidoyer, PTF, Niger).*

En effet, certains organismes d'appui au développement affirment avoir pu monter et justifier, avec le retour de certains partenaires qui financent la gratuité des soins, principalement l'Agence Française de Développement, une initiative commune dénommée : Initiative Santé Solidarité Sahel (I3S). Selon eux, celle-ci a été mise sur pied autour des recommandations issues de la conférence.

*« L'I3S que nous sommes en train de mettre en place ensemble pour appuyer la politique de gratuité se porte sur un certain nombre de points issus de la conférence. Je peux parler de l'étude diagnostique du mécanisme de fonctionnement, de gestion, de contrôle et l'étude sur les coûts réels de la gratuité des soins. Aussi, je peux ajouter les aspects liés au financement, de la décentralisation, de la gestion de la politique de gratuité, etc. Donc le contenu de l'I3 est lié aux recommandations de la conférence » (Konaté, PTF, Niger).*

#### **4.2.1.2. Une utilisation conceptuelle des recommandations issues de la conférence**

Certaines personnes interrogées, principalement les acteurs de la société civile, pensent que la conférence a permis à plusieurs acteurs de se débarrasser de certains préjugés. Koné chercheur indépendant et enseignant à l'université de Abdou Moumouni de Niamey par exemple, soutient que :

*« La conférence a permis aux acteurs locaux de comprendre les choses. Par exemple si la gratuité marche, si le recouvrement est fait, ils peuvent eux-mêmes, les techniciens être renforcés. C'est ça, que, les gens leur ont dit à la conférence. Ils ont compris ça. Ça, c'est bien qu'ils l'ont compris parce que, pour eux, au départ, si la gratuité continue, elle va tuer le recouvrement des coûts. Ils sont venus et ont vu sur la base des études faites au Niger, que si l'État remboursait les arriérés, voilà, le service de fréquentation va être renforcé » (Koné, chercheur indépendant et enseignant à l'université de Abdou Moumouni de Niamey).*

Deux autres interviewés notamment, des agents d'organismes internationaux d'appui au développement nous confient, à leur tour, que la conférence leur a permis d'appréhender l'approche de la politique de gratuité des soins au Niger. C'est le cas de Konaté, PTF, Niger :

*« En termes de stratégie d'approches, la conférence nous a permis d'avoir aussi*

*une vision plutôt régionale. Nous, on a surtout aussi identifié le fait que la gratuité des soins été une politique qui est restée beaucoup plus centralisée. Il y a eu très peu de réussite dans sa façon d'être décentralisée. Et, comme nous agissons au niveau opérationnel, des districts, c'était l'occasion pour nous de dire qu'en réalité il fallait savoir comment on faisait le jeu de pouvoir entre le niveau central et le niveau district» (Konaté, PTF, Niger).*

Enfin, certains acteurs des organismes d'appui au développement soulignent que la conférence leur a permis de comprendre que le montant retenu pour garantir la gratuité des soins aux enfants de 0 à 5 ans est sous-évalué.

*« Les forfaits qu'on a mis en place de 0 à 5 ans on a dit que c'est un forfait de 500 FCFA pour plusieurs maladies. En fait, c'était ça. Donc le remboursement se faisait sur cette base. Et au moment, où on faisait ça, on savait que par exemple la prise en charge de la malnutrition, on l'avait reléguée, de facto comme gratuite, parce que financée par les partenaires extérieurs, notamment des ONG comme ÉCHO tout ça. Mais on n'a jamais pu valoriser ça en terme de contribution dans le comment sauver les enfants de 0 à 5 ans. Et, imaginons un jour qu'il n'y ait plus ces partenaires-là. Bon, donc pour les enfants de 0 à 5 ans est-ce que ces éléments pourront être pris en compte? Et, c'est justement quand on a voulu faire le lien avec le remboursement des médicaments qu'on s'est rendu compte que ça n'avait pas de sens. Voyez-vous un enfant de 0 à 5 ans, victime de malnutrition, ce n'est pas 500 FCFA qui permettront de le traiter. Et, donc, ça, c'est quelque chose qui a totalement manqué. Le vrai forfait n'a jamais été calculé. Mais actuellement, nous sommes en train de prendre en compte cette dimension dans l'I3S ». (Diallo, chargé de plaidoyer, Médecin du monde).*

En plus des actions de plaidoyer et de mobilisation des acteurs autour des conclusions de la conférence (utilisation persuasive) et de leurs utilisations conceptuelles, l'enquête révèle aussi que certaines recommandations issues du processus délibératif ont été utilisées pour améliorer quelques services de la gratuité des soins.

#### 4.2.2. Les effets à long terme (utilisation instrumentale)

##### **4.2.2.1. Des décisions inspirées par les recommandations de la conférence**

Selon les interviewés, certaines recommandations issues de la conférence ont aussi inspiré la prise de quelques décisions politiques. Ces acteurs ont mis un accent particulier sur le remboursement aux CSI de certaines factures impayées des services liés à la prise en charge gratuite des femmes enceintes et des enfants de 0 à 5 ans.



Selon eux, le remboursement des factures impayées figure parmi les recommandations fortes du processus délibératif pour permettre une continuité de la politique de gratuité des soins. Ils témoignent qu'après la conférence, le gouvernement du Niger, en collaboration avec ses partenaires au développement, en particulier l'agence française de développement, a procédé à un paiement de certains arriérés aux districts sanitaires.

*« (...) Pour le projet, l'Initiative Santé Solidarité Sahel (I3S) en cours, on s'est inspiré de ce que le Ministère nous a dit. Et, j'estime qu'eux, ils ont les recommandations. Nous, les seules choses qu'on a constatées, dans le cadre de la gratuité des soins, c'est qu'on nous demandait en tant que bailleurs, de recapitaliser certaines structures de santé qui n'avaient pas été remboursées de leurs factures qui ont été émises au niveau central. Donc, notre aide budgétaire a, en partie, servi à rembourser certaines structures de santé l'année dernière. Donc, on s'est dit qu'il y a un problème, puisqu'ils envoyaient des factures qui n'étaient pas remboursées. C'est là qu'on s'est dit que le dispositif avait un souci. Et, c'est comme ça qu'on savait qu'il y avait cette conférence. Le Niger est en bonne voie sur la réflexion sur ce sujet et voilà » (Madame Traoré, PTF, Niger).*

Les propos de Zeinabou du CSI Collège Mariama vont dans le même sens :

*« L'État a déployé quelques efforts pour régler quelques factures, puisque, comme je l'ai dit, si on est passé de 33 milliards à environ 23, ça veut dire qu'il y a eu quand même des efforts. J'ai suivi en 2013 deux ou trois gros remboursements entre guillemets et, je crois, ça, c'était, qu'il y avait des moments où on a passé une année entière sans qu'il ait eu un centime de remboursement pour les formations sanitaires. Donc, je crois ça, c'est des avancées par-ci par-là qu'on peut mettre sur le compte de la conférence » (Zeinabou, CSI Collège Mariama).*

Aussi, selon certains techniciens du Ministère de la Santé publique, la prise en compte par le Ministère de la recommandation sur la nécessité de clarifier la situation des dépenses liées au service de la gratuité, en particulier celles des arriérés non payés, a permis aux décideurs de connaître approximativement le montant global non remboursé. C'est qu'explique Coulibaly, technicien du Ministère de la Santé publique :

*« L'après-conférence a permis de faire le point sur les arriérés en mettant le Ministère de la Santé publique et celui des finances autour d'une même table*

*pour s'entendre sur le montant global des arriérés (...) » (Coulibaly, technicien du Ministère de la Santé publique).*

Par ailleurs, l'impact des recommandations de la conférence s'observe au niveau opérationnel (utilisation instrumentale), précisément au niveau des Centres de Santé intégrés (CSI). Ainsi, quelques agents des organismes d'appui au développement et de Centre de Santé intégrée soulignent que la prise en compte de quelques recommandations issues de la conférence a permis d'améliorer certaines pratiques sur le terrain. Ils ont mentionné entre autres : l'introduction d'une nouvelle façon d'établir les factures de la gratuité, le suivi des prestations des CSI, la prise en compte de certaines contributions (dons en médicaments et en matériels) des partenaires au développement du Niger dans les dépenses globales de la gratuité des soins, etc.

En effet, quelques agents des centres de santé intégrés soulignent avoir amélioré certaines procédures. Sani, CSI Yantalla, Niamey donne des exemples :

*« Quand vous prenez par exemple le mécanisme de suivi, avant ce mécanisme n'existait pas. Mais au sortir de la conférence, un mécanisme de suivi a été décrit où il y a même des points focaux de participation communautaire au niveau de chaque district. Avant cela n'existait pas. Et, qui aujourd'hui, chaque fin de mois, ils produisent des factures de remboursement. Avant s'était des retards on peut faire un ou deux mois sans avoir une estimation des besoins. Mais aujourd'hui chaque fin de mois, il y a une estimation des besoins. Il y a une production des factures liées à la gratuité » (Sani, CSI Yantalla, Niamey).*

Les agents des centres de santé soulignent aussi que l'après-conférence a fortement incité le gouvernement du Niger et ses partenaires au développement à doter le système de gratuité des soins des produits pharmaceutiques nécessaires à son fonctionnement effectif et sa continuité. C'est le cas des contraceptifs et des médicaments contre le paludisme, comme l'expliquent respectivement Blaise, CSI Gamkallé, Niamey et Zeinabou, CSI Collège Mariama, Niamey :

*« Quand vous prenez avant la conférence, il y a un problème par rapport à la disponibilité d'intrants en planification familiale. La conférence a beaucoup insisté sur la disponibilité si réellement on veut donner la chance à nos femmes vraiment d'accroître leur espérance de vie, il faut espacer les naissances. Là, il y a eu la disponibilité de façon effective grâce aux partenaires comme l'UNICEF et le FNUAP. Aujourd'hui, toutes les méthodes contraceptives dont une femme a*

*besoin existent » (Blaise, CSI Gamkallé, Niamey).*

*« L'accessibilité de certaines molécules comme les ACT (anti paludéen) par exemple est une recommandation issue de la conférence. Cette accessibilité aujourd'hui a eu quand même un impact positif. Bien que l'État ne rembourse pas les factures impayées de la gratuité, en collaboration avec ses partenaires au développement, il met à la disposition des services sanitaires des ACT pratiquement chaque fin de mois. Comme vous le savez le non-accès aux molécules telles que les ACT constituent la principale cause de mortalité infanto juvénile, la principale cause des avortements. (...). Un enfant qui se présente dans une formation sanitaire même s'il n'y a rien, il aura un traitement de paludisme. Ça quand même c'est quelque chose qu'il faut mettre à l'actif de la conférence. C'est un point positif » (Zeinabou, CSI Collège Mariama).*

En effet, plusieurs agents appartenant aux organismes internationaux de développement affirment avoir mis en application une recommandation de la conférence notamment celle liée à l'insertion dans le budget global de la gratuité des soins, le coût de leur contribution en médicament. À ce sujet, Diabaté, PTF, Niger souligne :

*« Au niveau pratique, la vraie question qu'on s'était posée à la conférence était : est-ce qu'il faut déduire des dons en médicament que les partenaires donnaient aux centres de santé intégrés des factures qu'ils devaient faire remonter au niveau central. Et cette vraie question à la limite, elle s'est posée à tous les niveaux déjà les gens ont commencé à travailler sur la valorisation des dons. Et, même les districts de santé sanitaires étaient conscients que tous les partenaires demandaient qu'il faille valoriser les dons. Mais, maintenant, comment est-ce qu'après on allait s'en servir au niveau des factures, c'était à voir » (Diabaté, PTF, Niger).*

Quelques acteurs des organismes d'appui au développement notent également qu'ils sont dans un processus d'évaluation des coûts réels du traitement des enfants tels que suggéré par la conférence.

*« Nous par exemple, on a fait un travail aussi sur le parcours des enfants, parce que les enfants peuvent être dépistés au niveau des centres de santé, mais ils ont besoin aussi des soins au niveau de l'hôpital. Mais le parcours entre le centre de santé et l'hôpital, soit pour une transfusion soit pour être prise en charge pour une malnutrition aigüe sévère avec complication, c'est les parents qui doivent se débrouiller pour faire venir l'enfant avant d'être pris en charge. Une femme qui a besoin d'une césarienne, c'est elle qui doit se débrouiller pour venir alors qu'on s'est rendu compte quelquefois que ce parcours est aussi cher que les soins. Tous ces aspects sont essentiels et seront pris en compte dans l'Initiative Santé Solidarité Sahel (l'I3S). Donc, l'I3S aujourd'hui, qui est une initiative*

*collective, a pour ambition d'inclure dans son paquet tout ce qui concerne les enfants de 0 à 5 ans. Donc, c'est l'enfant de 0 à 5 ans, malade, quel que soit la maladie, ce n'est pas forcément avoir une infection respiratoire ou le paludisme. Et, ça a beaucoup manqué dans la première gratuité. C'est la conférence qui a mis en lumière tous ces dysfonctionnements » (Seydou, chargé de plaider, PTF, Niger).*

#### 4.2.3. Les effets inattendus (utilisation instrumentale)

Les données de l'enquête révèlent des effets inattendus de la conférence notamment l'introduction d'un bonus par certains partenaires d'appui au développement pour encourager l'État à rembourser les factures de la gratuité. Comme l'explique Santos, technicien, Trésor national, Niger :

*« Si on peut parler de changement après la conférence, il faut noter le système de bonus. En fait, tout récemment l'Union européenne a mis en place des indicateurs de bonne gouvernance (santé, éducation, paiement des factures de la gratuité). Par exemple sur la question de paiement des factures de la gratuité, si en 2014, l'État s'engage à rembourser 80% des montants mandatés (engagés, liquidés, ordonnancés et pris en charge par le comptable, le trésor national), l'Union européenne accordera des bonus au gouvernement en cas de respect de cet engagement pris. En conséquence, à partir de 2015, ça passera à 90%, soit un bonus de 10% » (Santos, technicien, Trésor national, Niger).*

Ainsi, pour assurer le paiement des factures de la gratuité des soins et le respect des engagements qui seront pris par le gouvernement, un technicien du trésor national est désigné pour garantir le suivi du paiement des services de la gratuité. À ce sujet, Santos agent du Trésor national, Niger souligne :

*« En termes de paiement, il y a un meilleur suivi des fonds de la gratuité au trésor. Je suis personnellement chargé du suivi de ces fonds depuis la fin 2012. Ce qui n'existait pas avant. C'est une nouvelle tâche qui m'a été confiée » (Santos, agent du Trésor national, Niger).*

Enfin, certains acteurs de la société civile et des organismes d'appui au développement s'érigent aujourd'hui en ambassadeurs de la mise en œuvre effective des recommandations issues de la conférence. Selon ces acteurs les conclusions de la conférence restent une véritable source d'inspiration dans les discussions en cours sur la pérennisation de la gratuité des soins ou toute question relative à la santé publique du Niger en général.

*« C'est vrai qu'il y a des difficultés pour mettre en œuvre les recommandations de la conférence. Donc, après, on peut te dire qu'il n'y a rien eu. Mais, après, on ne peut pas dire que les idées qui sont sorties de la conférence ont disparu parce que c'est sur le centre de ces idées qu'on est en train de construire les choses comme l'IS. Voilà, et, ça, c'est quelque chose qu'il faut prendre en compte » (Berthé, PTF, Niger).*

Malgré cette reconnaissance des effets bénéfiques de la conférence pour améliorer certains services de la gratuité des soins, plusieurs personnes interrogées pensent que l'impact reste dérisoire parce qu'il n'y a pas eu d'efforts nécessaires pour que les recommandations aient un impact plus visible sur la politique au plan national.

#### 4.2.4. Des recommandations qui restent pourtant en trop confinées dans les tiroirs du Ministère de la Santé publique

Les données collectées révèlent deux arguments principaux qui montrent que, malgré les effets mentionnés, la conférence n'a pas eu l'impact escompté sur la mise en œuvre de la politique de gratuité qui est de contribuer à remédier aux difficultés liées à sa mise en œuvre précédemment énumérées afin d'aboutir à un service de soins gratuit et de qualité. L'absence de politique de dissémination des recommandations issues de la conférence est notamment un argument soutenu par l'ensemble des interviewés.

En effet, les interviewés s'accordent pour dire qu'il y a pas eu suffisamment de diffusion des recommandations issues de la conférence pour que tous les acteurs se l'approprient. Selon eux, les techniciens du Ministère de la Santé publique n'ont pas mis en place une stratégie d'appropriation de ces recommandations par les acteurs de la politique de gratuité des soins. Comme Kadi, agente de l'Agence française de développement, elle se plaint du manque de communication autour des recommandations issues de la conférence :

*« Nous, par rapport à la conférence, en particulier les recommandations, on n'a eu aucune information. Donc, j'ai vraiment zéro information sur les recommandations de la conférence, je ne peux rien vous dire. Je ne sais pas. À mon avis, depuis après la conférence, il n'y a aucun changement de toutes les façons, le comité de suivi qui devrait être mis en place n'a pas été opérationnel » (Kadi, agente, PTF, Niger).*

Souleymane ancien cadre de la cellule de la gratuité des soins souligne aussi que :

*« en réalité c'est le comité de suivi qui n'a pas du tout travaillé. Ce qui fait qu'à partir de ce comité-là, je vous assure ces recommandations n'ont pas été ventilées à l'intérieur du pays. Les autres acteurs qui sont à l'intérieur du pays et qui sont majoritaires bien entendu, eux, ne connaissent même pas ce qui leur a été demandé à partir de cette conférence » (Souleymane ancien cadre de la cellule de la gratuité, ministère de la Santé publique, Niger).*



## Chapitre V : Obstacles à la mise en œuvre des recommandations issues de la conférence

Ce chapitre met d'abord en exergue le contexte de la mise en œuvre des recommandations de la conférence. Ensuite, il aborde le discours des interviewés sur le fonctionnement du comité de suivi de la feuille de route de la conférence.

### 5.1. Contexte et difficultés dans la mise en œuvre des recommandations issues de la conférence

De manière générale, l'enquête révèle, deux facteurs contextuels qui seront discutés dans cette section : d'une part la corruption et l'insécurité et d'autre part les conditions financières, humaines, techniques et matérielles dans lesquelles les recommandations doivent être mises en œuvre.

#### 5.1.1. Un contexte marqué par la corruption

Plusieurs interviewés, en particulier ceux des organismes internationaux d'appui au développement et de la société civile, pensent que la corruption notamment le détournement d'environ 1.5 milliard de dollars américains des fonds de l'alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (Gavi), révélé par une enquête menée en 2011, destinés à la santé au Niger caractérise le contexte des difficultés de la mise en œuvre des recommandations du processus. Le détournement des fonds de l'alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (Gavi) bouleverse le financement de la santé et amenuise la mise en œuvre des conclusions issues de la conférence.

Comme le soulignent les organismes internationaux d'appui au développement, le détournement des fonds « Gavi » a conduit à l'arrestation de plusieurs acteurs clés chargés de la mise en œuvre des recommandations. Par conséquent, selon eux, cette situation a eu un impact très négatif sur le comité de suivi de la feuille de route qui venait juste d'être mis en place.



*« L'autre aspect du contexte, c'est le coup dur et le coup d'arrêt que le Ministère de la Santé publique a connu à cause du détournement des fonds "Gavi". Ça, c'était un obstacle majeur. Il s'agit effectivement de l'arrestation des 34 personnes du Ministère et qui sont des acteurs majeurs du comité de suivi. Je ne sais pas quel autre ministère aura survécu. À la limite, on a mis fin à certains contrats. Ça, c'est une réalité. Il y a un moment, tu ne sais même pas à qui s'adresser. Bon je veux dire que c'est un événement à prendre compte » (Keita, PTF, Niger).*

Quelques techniciens du Ministère de la Santé publique et des Finances soulignent que certaines facturations des services de la gratuité des soins faites par les agents des centres de santé intégrés sont frauduleuses et conduisent à des détournements des fonds.

*« (...) un des problèmes du remboursement c'est le contrôle des factures. Les gens du Ministère des Finances en particulier estiment que les factures ne sont pas des factures justes. C'est des factures traficotées. Et que l'argent qu'on donne, c'est pour donner aux gens pour bouffer. Soit pour dire entre parenthèses que c'est normal qu'ils pensent comme ça. Quand on rembourse 100 millions à une structure, ils se le partagent. Certaines structures, je ne dis pas toutes, sinon on va me fermer la porte. Comment se le partagent-ils? En ristourne, c'est-à-dire que, ils ont droit à des ristournes. Par exemple le directeur d'une structure dit bon, puisqu'on ne reçoit pas des gratuités, on ne donne pas de ristourne. Quand aura l'argent de la gratuité, on vous donnera vos ristournes. C'est un texte qui dit qu'ils ont droit aux ristournes à la fin de chaque mois. Comme à la fin de chaque mois ils ne reçoivent pas ces ristournes, quand l'argent de la gratuité arrive une bonne partie va dans le paiement de ces arriérés des agents. Et le Ministère des Finances aussi apprend qu'on a envoyé 100 millions et que les 40 millions sont partis dans les poches des agents. Et ils disent que ce n'est pas normal. Alors qu'eux-mêmes font pires. Par exemple, ils appellent ça là le "06" ou quoi là. C'est-à-dire chaque fois qu'il y a des projets à gérer au Ministère des Finances les responsables se fixent des primes et des avantages pour les inciter à bien faire. Bon bref! C'est une parenthèse. Et donc, il y a ce problème » (Seydou, Technicien au Ministère de la Santé publique).*

Un agent de centre de santé intégré souligne également, que, l'attitude irresponsable de certains intervenants parce qu'ils ne respectent pas le circuit formel d'approvisionnement en médicament par exemple, a eu un impact négatif sur la mise en œuvre de certaines recommandations issues de la conférence. Une attitude qui, selon lui, conduit manifestement à la corruption.

*« La conférence a beaucoup décrié la mauvaise gestion parce qu'il ne faut pas*

*voir seulement l'État qui n'honore pas son engagement même nous, en tout cas il y a quand même certains de nos agents qui n'honorent pas leurs engagements, ou qui n'honorent pas même la profession qui font autre chose qui n'est pas dans la règle de l'art qui a également contribué vraiment à la non-réussite 100 % de ces recommandations. Par exemple quand tu as un Centre de Santé intégrée qui fait un certain nombre de recouvrements, au lieu d'aller acheter les produits auprès des centrales agréées, les gens font autre chose, ils suivent le circuit informel alors qu'il y a un circuit formel. Aujourd'hui, tu pars à l'Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques (ONPPC) par exemple, tu paies le produit tu donnes le chèque. Le lendemain avant que l'État rembourse ou bien avant que tu recouvres ce que tu recouvres comme payant, l'ONPPC peut te donner des médicaments en attendant et ça permettra la continuité de la gratuité. Malheureusement, bon tout était mélangé. Jusqu'au moment où les gens n'étaient plus solvables et certaines de ces centrales n'avaient plus confiance à certains services de santé. Et aujourd'hui, le blocage est là. Au niveau de la conférence, des recommandations ont été élaborées, mais elles ne sont pas suivies à la lettre. Donc, la gratuité est confrontée à des problèmes malgré la conférence » (Konaré, Médecin, Centre de Santé intégrée, Yantalla).*

#### 5.1.2. Un contexte caractérisé par une opposition implicite au principe de la gratuité des soins

Certains acteurs de la société civile estiment qu'il y a une résistance manifeste contre le principe de la gratuité des soins. Selon eux, l'échec de la mise en œuvre des conclusions de la conférence s'explique en grande partie par la non-adhésion de certains agents du Ministère de la Santé publique au concept de gratuité. Comme l'explique Konaté acteur de la société civile, membre du comité de suivi :

*« Tout le problème qui se pose, il faut savoir que nous avons une résistance permanente du début à la fin aujourd'hui, de certains cadres du Ministère de la Santé publique, au plan national, pour ce qui concerne la politique de gratuité. Le problème de la politique de gratuité des soins, c'est un problème de non-adhésion des acteurs de la santé. C'est-à-dire, ce sont les acteurs de la santé, les gens qui sont chargés de penser et de mettre en œuvre cette politique, qui ne croient pas à cette politique et qui n'y ont pas adhéré. Donc tout ce qu'on va faire après, passera à côté, à partir du moment où dès la conception de la politique ils n'ont pas adhéré. En plus, dans la mentalité de certains agents du Ministère de la Santé publique, pour que les gens respectent quelque chose, il faut qu'ils y participent, qu'ils paient. Si on leur donne quelque chose, sans qu'ils n'y paient, ils ne la respectent pas. Ça, c'est une idéologie, c'est faux. Ça, c'est une idée reçue. C'est ça la réalité. C'est une idéologie que la Banque Mondiale a véhiculée partout pour implanter son libéralisme. Il y a beaucoup d'agents du Ministère de la Santé publique qui croient à ça » (Konaté acteur de*

*la société civile, membre du comité de suivi).*

Keita, Technicien, ministère de la Santé publique abonde également dans le même sens :

*« Dans mon esprit, je crois réellement que ces recommandations allaient contribuer à améliorer les pratiques. Jusqu'à là, je le crois. Mais Monsieur X avait dit quelque chose. Ce que, certains ne croient pas à la gratuité! Il y avait plusieurs acteurs qui étaient très actifs à la conférence, mais, moi, je le savais qui ne croyaient pas effectivement à la gratuité. Il faut le dire HE! Sincèrement » (Keita, Technicien, ministère de la Santé publique).*

5.1.3. L'insécurité: argument pour justifier la diminution du budget de la gratuité des soins.

Selon certains interviewés principalement les décideurs, l'insécurité qui menace l'intégrité du Niger a conduit le gouvernement à augmenter le budget de l'armée au détriment des autres secteurs de développement comme la santé, et en particulier les fonds alloués à la gratuité des soins. En 2012 plus de 18 milliards de FCFA sont alloués à la défense contre environ 11 milliards de FCFA pour la gratuité des soins. En 2013, c'est environ 32 milliards qui sont affectés pour la défense contre approximativement 7 milliards pour la gratuité des soins puis 71 milliards pour la défense en 2014 contre 8 milliards la même année pour la gratuité des soins (Loi de Finances 2012, Loi de finances 2013, Loi de finances 2014). L'insécurité est nourrie par les actes terroristes perpétrés dans les pays limitrophes du Niger notamment au nord du Mali, le conflit armé en Libye et les attaques de « Boko Haram » au Nigeria. À ce propos, Goita, ministère des Finances du Niger, explique :

*« Vous savez, pour la prise en charge de la gratuité des soins, de 4.2 milliards en 2010 on est passé à 8 milliards en 2011. Et, on a consommé presque tout le crédit prévu. Puisqu'il ne reste que 800 millions. En 2012, on dit non, on n'a pas encore réglé le problème. Le problème reste. Il faut encore aller de l'avant. On est passé à presque 11 milliards en 2012. Et on a consommé la totalité. Alors, en 2013 on est retombé à 6.5 milliards de FCFA. Vous ne savez pas pourquoi? Ce que, 2013 était une année particulière. La guerre du Mali! Donc les questions de sécurité! Si on a des questions de sécurité. Si on a la sécurité de l'État à gérer, on ne va pas mettre notre argent sur la gratuité. Il faut acheter des armes pour que le Niger continue par exister. Parce qu'encore faut-il que le Niger existe*

*pour que le Niger pratique la gratuité des soins. L'essentiel des crédits a été plutôt orienté vers les dépenses de sécurité : les armements, les salaires, la solde des militaires, des gendarmes, des policiers. Voilà les explications » (Goita, ministère des Finances du Niger).*

#### 5.1.4. Des moyens financiers, techniques, humains et matériels presque inexistants

La plupart des enquêtés, notamment les acteurs de la société et des organismes d'appui au développement, soulignent qu'il n'y a pas eu des moyens financiers, techniques, humains et matériels suffisants déployés pour permettre une mise en œuvre réelle des recommandations issues du processus délibératif.

*« Je ne sais pas s'il y en a eu vraiment des moyens, parce que l'on sait ce que la conférence a recommandé. Et ce que ces recommandations – là, requièrent comme moyens techniques et financiers, même tout ce qui s'en suit. D'abord, je n'ai pas vraiment évalué de façon concrète le niveau de mise en œuvre de tout ça et donc subséquemment les moyens qui ont accompagné ça. Mais, je constate par parallélisme de forme que, puisqu'il n'y a pas eu de mise en œuvre des recommandations, on ne peut pas parler des moyens déployés. Pour moi, c'est juste cette logique-là qui me permet de me prononcer sur la question de moyens déployés. Mais sinon, de façon concrète, je n'ai pas connaissance des moyens qui ont été mobilisés pour faciliter la mise en œuvre des recommandations, puisqu'il n'y a pas eu de mise en œuvre des recommandations » (Issa agent de plaidoyer, PTF, Niger).*

En plus, selon certains techniciens du Ministère de la Santé publique et membres du comité de suivi de la feuille de route, la mise en œuvre des recommandations issues de la conférence coïncide avec une détérioration du matériel technique de travail de la cellule de gratuité des soins et notamment du logiciel comptable. Ils soulignent également l'arrêt des formations continues des agents de la gratuité qui se faisaient avant la conférence.

*« L'absence de moyens pour le comité de suivi ne peut avoir qu'un impact négatif sur le fonctionnement de la gratuité. Aussi, ce qu'on constate aujourd'hui, est que, le logiciel comptable de la gratuité n'est plus fonctionnel. Il est désactivé. Donc, si le montage n'est pas fait à travers le progiciel comptable qui pouvait vous faire des factures propres ça veut dire que c'est des factures qui sont susceptibles de comporter des erreurs. Ça, c'est un. Deuxième aspect, les agents mêmes qui sont sur le terrain ne sont pas « recyclés » ou ne sont pas formés parce qu'il y a beaucoup de mobilité du personnel au niveau opérationnel, parce qu'aujourd'hui, ils sont rares, les agents que nous avons*

*formés qui sont encore là. Il y a beaucoup de centres de santé qui ne disposent pas du progiciel encore fonctionnel. Au niveau de la cellule encore, aujourd'hui, personne ne maîtrise ce progiciel » (Abdoulaye, ancien cadre de la cellule de gratuité des soins, ministère de la Santé publique, Niger).*

Coulibaly du Ministère des Finances, va plus loin dans les explications sur le problème des compétences techniques nécessaires à la mise en œuvre des recommandations et la politique de gratuité des soins. Il estime que les agents du Ministère de la Santé publique manquent de compétence technique pour gérer les fonds affectés à la politique de gratuité. Il s'exprime en ces termes :

*« Vous savez en matière d'exécution du budget il y a deux acteurs : l'ordonnateur de crédit et le comptable qui paye. C'est ça. Mais l'initiateur de la dépense, ce n'est pas le comptable. C'est l'ordonnateur. Or l'ordonnateur comme je l'ai dit tout de suite c'est le Ministère de la Santé publique. C'est lui qui reçoit les factures. C'est lui qui doit engager les factures de la gratuité pour qu'elles suivent le circuit de la dépense jusqu'à ce qu'elles arrivent chez le comptable et le comptable paie. À la date d'aujourd'hui, aucun engagement n'a été fait sur la rubrique. Voyez-vous le problème qui se pose? Vous pensez sincèrement que ces gens peuvent être capables de consommer les 8.6 milliards d'ici la fin de l'année. Donc, même si nous voulons faire cette politique, nous voulons développer cette politique, nous voulons l'assainir, il faut nécessairement, assurer la mise à niveau de la formation, l'encadrement des responsables du ministère de la santé en matière de gestion budgétaire, en matière de procédure des dépenses publiques. Donc, tant que ce n'est pas fait, ça va toujours rester comme ça. Et cette formation, cette communication doivent être soutenues et continues » (Coulibaly, Technicien, ministère des Finances, Niger).*

Aussi, un agent du trésor national du Niger souligne qu'il y a eu une diminution radicale des montants alloués aux médicaments et équipements médicaux (gratuité des soins) entre 2009 – 2013. Santos, agent du Trésor national explique :

*« Si vous voulez faire la césarienne par exemple vous ne pouvez faire une césarienne sur une natte. Il faut au minimum un lit pour ça. Il faut des gants, il faut je ne sais pas quoi. Or j'étais le premier à dire que notre politique de gratuité doit être accompagnée d'une politique d'équipements et de médicaments propres pour la gratuité. C'est pour cela quand vous regardez ici sur ce tableau, on a créé une deuxième ligne médicalement et équipements médicaments gratuité. Je vais vous surprendre si vous regardez. Regardez ce qui s'est passé ici. Vous voyez ici il y a combien 500 millions la première année (2009), la deuxième année (2010) 100 millions, 100 millions en 2011, 100 millions en 2012*

*et a 20 millions en 2013 et vous allez voir plus on avance plus ça diminue. Si vous regardez les 500 millions de la première année, s'était de l'argent liquide parce que c'est un appui de l'Agence Française de Développement. Parce que je leur ai dit écouter, vous, vous avez donné de l'argent, c'est bon pour la gratuité. Mais cette politique ne peut être faite que s'il y a des équipements » (Santos, agent du Trésor national, Niger).*

Un ancien de la « cellule de la gratuité » constate également une diminution du personnel chargé de la gestion de cette politique et des moyens de travail.

*« Concernant les moyens humains avant, on était au nombre de six. Maintenant, tout est dégradé. Les quatre sont partis. Il ne reste que deux agents. Avant, on avait presque tout, la gratuité fonctionnait comme une entité à part. Nous faisons nos communications sans que ce soit sous le couvert de la DOS, on est invité par-ci par-là pour une question de visibilité. Aujourd'hui, ce n'est pas les acteurs de la gratuité qui font tout ça, mais d'autres acteurs comme les responsables de la DEP qui sont aussi souvent sous informés. Donc, à tout point de vue ça n'a fait que chuter. C'est-à-dire si c'est les moyens pour la cellule de la gratuité ceux-ci n'ont jamais existé. Le peu de moyens matériel et humain qu'on avait aussi s'est effrité » (Lamissa, ancien cadre de la cellule de la gratuité, ministère de la Santé publique, Niger).*

Par ailleurs, selon la majorité des interviewés, particulièrement les techniciens du Ministère de la Santé publique, on assiste à un démantèlement de la cellule de la gratuité des soins puisqu'elle est réduite à une simple division du Ministère : de la Direction de l'Organisation des Soins (DOS), elle est actuellement sous la responsabilité de la direction des études et de la programmation (DEP). En plus, selon eux, la cellule de la gratuité est dépouillée de ces compétences techniques. Comme en témoigne, Coulibaly, technicien du ministère de la Santé publique :

*« (...) Vous savez, la gratuité était à la DOS. On l'a prise de la DOS et on l'a ramenée à la DEP. Donc, avec le nouvel ancrage de la cellule de la gratuité, on a compris, que c'est maintenant, les responsables cherchent à comprendre comment fonctionne la gratuité. Mais, mieux encore, depuis un certain temps, les agents qui étaient à la gratuité et qui sont censés constituer la mémoire de la gratuité ne sont plus là. Ce qui fait que, ça ne marche plus. Et quand vous parcourez l'arrêté du Ministère, de la Santé publique, pour l'essentiel des gens qui la composent, n'est pas là. Ça, c'est un problème sérieux » (Coulibaly, Technicien, ministère de la Santé publique).*

Selon un des techniciens du Ministère de la Santé publique, Sidibé, l'une raison qui

explique la diminution du personnel de la cellule de gratuité est l'instabilité institutionnelle et politique.

*« Je vais vous dire quelque chose, la seule explication que je peux donner au départ des anciens cadres de la gratuité est le changement incessant de ministre. Puisque chaque fois qu'un nouveau ministre est nommé, il vient avec sa façon de faire et avec ses hommes. En plus, il y a un désintéressement réel des décideurs politiques à doter la cellule de la gratuité de personnel bien formé et expérimenté » (techniciens du Ministère de la Santé publique, Sidibé).*

Par contre, selon certains interviewés, en particulier les agents de CSI et des organismes d'appui au développement, après l'organisation de la conférence, un effort a été fait ou en train d'être fait pour mettre des moyens financiers et des médicaments au service de la politique de gratuité. Les moyens financiers étaient destinés, selon eux, à l'épuration d'une partie des arriérés de factures impayées de la gratuité des soins et les médicaments pour assurer la prise en charge de certaines maladies. Ainsi, l'enquête révèle que, après la tenue du processus délibératif, certains organismes internationaux d'appui au « développement » du Niger ont mis à la disposition de la politique de gratuité des moyens techniques et matériels variés. Ce déploiement selon ces acteurs s'inscrit dans le cadre leurs interventions traditionnelles, mais est inspiré par les recommandations issues du processus délibératif. À ce propos Seydou, chargé de plaider, PTF, Niger souligne :

*« Les autres partenaires c'est surtout en matière de médicament de petit matériel qu'ils appuient notamment en kits pour les césariennes, en kits pour les prises en charge des enfants de moins de 5 ans soit en médicaments. Ça se faisait avant la conférence. Mais il y a quand même un renforcement après la conférence, parce qu'avec le stock d'arriérées, le manque de fonctionnement des formations sanitaires, justement, il y a eu un besoin de plus en plus pressant d'appui en médicaments et en petits matériels, pour permettre à ces formations de continuer la prise en charge gratuite de ces enfants ». Un autre ajoute que « grâce aux donations de certains partenaires et un peu de remboursement obtenu, il y a quand même des gens qui bénéficient de la gratuité. Je ne pense pas qu'il y a énormément d'endroits où on fait payer directement les gens ». (Seydou, chargé de plaider, PTF, Niger).*

Aussi, selon quelques acteurs des organismes d'appui au développement, l'I3S qui est en cours de mis en place, constituera un cadre adéquat pour relancer les activités du comité de suivi de la feuille de route en le dotant de tous les moyens techniques,

financiers, matériels et humains. En guise de rappel, L'I3S est un projet lancé au Niger par l'Agence française de développement pour appuyer les efforts du gouvernement et de ses partenaires vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Son objectif est de renforcer et pérenniser la gratuité des soins pour les enfants âgés de 0 à 5 ans. Il vise aussi à mettre ensemble les parties prenantes de la politique de gratuité afin de contribuer à la consolidation du dispositif de protection sociale des enfants.

*« Si, je mets I3S dans la logique de redynamiser le comité de suivi! Par exemple, nous, on fait partie du comité de suivi de l'I3S et on a anticipé les questions de moyens techniques. Nous sommes en train de réfléchir sur les ressources humaines dont on a besoin pour mettre en place, telles que les assistants techniques pour appuyer la politique. Quel type d'organe on peut mettre en place pour pouvoir le faire fonctionner et même l'expertise d'un économiste de la santé pour refaire les études de coûts? Tout ça est en train d'être pris en compte. Parce qu'on se dit que c'est un domaine très pointu qui nécessite à la limite une organisation particulière. Le mettre directement dans l'organigramme d'un ministère n'est pas toujours évident. Pour ce qui est des moyens, les réflexions sont en cours » (Souleymane, PTF, Niger).*

Coulibaly, technicien du ministère de la Santé publique en abondant dans le même sens, précise que :

*« Il y a actuellement des projets qui visent à réunir les moyens techniques, financiers, matériels et humains pour accompagner les recommandations de la conférence. Mais ce ne sont pas des projets du gouvernement. Je fais allusion à l'I3S de l'AFD. Je fais partir d'ailleurs du comité de cette initiative. L'I3S se porte sur un certain nombre de points issus de la conférence. Je peux parler de l'étude diagnostique du mécanisme de fonctionnement, de gestion de contrôle, l'étude sur les coûts de la gratuité. Aussi on peut parler des aspects liés au financement, de la décentralisation de la gestion. Donc le contenu de l'I3S est lié aux recommandations de la conférence » (Coulibaly, technicien du ministère de la Santé publique).*

## 5.2. Un comité de suivi non fonctionnel

L'ensemble des interviewés pense que le comité de suivi n'a pas fonctionné comme prévu. Selon eux, ce comité a juste tenu quelques réunions qui ont abouti à l'élaboration d'une feuille de route. Et, après, le comité de suivi a disparu, comme le souligne Keita, PTF, Niger :



*« Je pense que jusqu'à 3, voire peut être 6, mois après la conférence, on a un peu entendu parler de document, un truc qui circulait venant du comité de suivi. Mais là, récemment, j'étais à une réunion au niveau du Ministère de la Santé publique, et voilà, ils ont tous dit, mais on en est où avec ce comité de suivi de la feuille de route? Je veux dire, c'était vraiment comme si tout le monde devait ouvrir ses tiroirs pour aller chercher le dossier ou, quelque chose quelque part. Et donc, voilà, je ne pense pas qu'il y a quelque chose qui a réellement fonctionné (...) » (Keita, PTF, Niger).*

Sani membre du comité de suivi abonde également dans le même sens :

*« Mais, j'ai dit que le comité n'a jamais fonctionné. On a fait une demi-réunion. Maintenant, s'il y a autre chose, moi, je ne sais pas. Je suis membre de ce comité, mais on ne s'est pas réunis régulièrement de sorte que le comité n'a pas fonctionné » (Sani membre du comité de suivi de la feuille de route de la conférence).*

La non-adhésion de certains acteurs au principe de la gratuité des soins précédemment évoquée se manifeste selon la majorité des interviewés, en particulier les acteurs de la société civile, par l'absence de volonté technique des agents du Ministère de la Santé publique et constitue un facteur majeur de blocage du fonctionnement du comité de suivi. Selon eux, l'après-conférence s'est caractérisée par le désintéressement de certains techniciens responsables de la gratuité des soins. Comme le mentionne Koné, chercheur à l'Université Abdou Moumouni de Niamey :

*« La gratuité ne marche pas au Niger. Ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de volonté politique. Mais c'est parce qu'il y a un manque de volonté technique. C'est les techniciens du Ministère de la Santé publique qui doivent faire marcher ça. Mais ils ne veulent pas et la piétinent. Tu vois non! C'est ça le problème. Les politiciens veulent ça, parce que si ça marche, c'est eux, qui gagnent le capital. Mais c'est les techniciens qui n'en veulent pas du tout » (Koné, chercheur indépendant et enseignant à l'université de Abdou Moumouni de Niamey).*

Seydou, acteur de la société civile et membre du comité de suivi aussi souligne que :

*« Tout le problème qui se pose, il faut savoir que, nous avons une résistance permanente du début à la fin aujourd'hui des agents au niveau national sur la politique. Le problème de la politique de gratuité des soins, c'est un problème de non-adhésion des acteurs de la santé. C'est-à-dire, ce sont les acteurs de la santé, les gens qui sont chargés de penser et de mettre en œuvre cette politique qui ne croient pas à cette politique et qui n'ont pas adhéré. Donc, tout ce qu'on va faire après, à partir du moment où dès la conception de la politique, ils n'ont*

*pas adhéré, donc, c'est à côté » (Seydou, acteur de la société civile, membre du comité de suivi).*

Par contre, les techniciens du Ministère de la Santé quant à eux pointent du doigt les décideurs politiques. En effet, selon certains techniciens de la santé, l'absence de volonté politique constitue le principal facteur de blocage pour permettre au comité de suivi de mettre en œuvre des recommandations du processus délibératif. Il se caractérise, selon eux, par l'absence de volonté réelle chez les décideurs à dégager des moyens financiers nécessaires à une réalisation effective des recommandations. À ce sujet, Konaté, Technicien, ministère de la Santé publique explique :

*« Normalement, le Niger est censé financer à partir de 2013 la santé à hauteur de 15 % du budget. Ça c'est la déclaration d'Abuja qui dit que les pays africains doivent financer à hauteur de 15 %. Ça, ce n'est pas encore fait. Pire, c'est même tombé, bien que Monsieur X ne veuille pas qu'on le dise jusqu'en 2009, c'est monté jusqu'à 9 %. Mais depuis, ça a chuté actuellement. Ça doit être autour de 6 % du budget de l'État » (Konaté, Technicien au Ministère de la Santé publique, Niger).*

Seydou, Technicien au Ministère de la Santé publique souligne aussi ce qui suit :

*« Les recommandations n'ont pas été réalisées parce que l'État ne respecte pas ses engagements. S'il continue à ne pas respecter ses engagements, je crois qu'il n'y aura pas de solution au problème de la gratuité. C'est pourquoi pour moi, ces engagements, c'est au moins les remboursements. Du moment où il n'y a pas ces remboursements, il n'y aura pas de gratuité. Et même s'il y a un remboursement, il faut attendre 5 ans voir 10 ans pour avoir un remboursement de deux ans » (Seydou, Technicien au Ministère de la Santé publique, Niger).*

Certains interviewés notamment de la société civile pensent que les conditions financières notamment l'absence de budget de fonctionnement constitue un obstacle majeur au bon fonctionnement du comité de suivi, comme l'illustrent les propos qui suivent :

*« On a mis en place un comité, on ne lui a pas donné les moyens de travailler. Et il n'est pas redevable, parce qu'aucun résultat n'était au bout du tunnel. C'est de ça que je parle » (Konaté, Secrétaire général, d'ONG travaillant sur la santé, Niger).*

Par contre, selon certains techniciens du Ministère de la Santé publique, l'inactivité du comité de suivi s'explique plutôt par l'absence d'indemnités pour ses membres.

*« Au niveau même des responsables de la gratuité, j'ai comme l'impression que tant qu'il n'y a pas des frais de prise en charge des réunions les gens sont absents. Moi, dans mon esprit, c'est ça. C'est les 5000 FCFA de jetons de présence. Peut-être, les partenaires au développement ne sont pas dans cette logique-là. Mais, pour l'essentiel, les agents de santé, c'est en fait ça, même s'ils ne le disent pas. Moi je le dis, sincèrement. Il n'y a même pas de pause-café pour les membres du comité de suivi. Il n'y a rien. Dans mon esprit, au regard de l'intérêt de la gratuité, le Ministère de la Santé devait chercher un mécanisme de financement dès ces assises-là. Ça ne coûte absolument rien. À peine, on a juste besoin de 50 000 FCFA par séance pour les prendre en charge. Et, à peine, on peut faire deux séances par mois. Donc, il y a un désintéressement total pour tout ce qui est de gratuité au niveau du Ministère de la Santé, sincèrement » (Souleymane, ancien cadre de la Cellule de la gratuité des soins, ministère de la Santé, publique).*

Keita, Technicien au Ministère de la Santé publique, Niger, abonde dans le même sens :

*« J'aimerais ajouter quelque chose à ce qu'il vient de dire. C'est tellement vrai ce que monsieur X a dit (suppression de la recommandation d'octroi des indemnités aux agents de la cellule de la gratuité) que, quand, vous prenez certains projets qui se trouvent au ministre, qui sont coordonnés par les secrétaires généraux et autres, ils prévoient toujours quelque chose (indemnité) pour eux-mêmes. Moi j'accuse toujours les patrons qui ne pensent qu'à eux-mêmes. Si c'est eux qui géraient la cellule de gratuité, ils allaient prévoir quelque chose. Mais, maintenant, comme c'est en bas, en bas là, on dit qu'ils gagnent leur salaire, ce n'est pas normal, ils n'ont pas besoin. Alors que le principe même voudrait que, quand, tu as une responsabilité qui est lourde et qui te prend beaucoup de temps et qui t'empêche de faire des activités parallèles génératrices de revenus, qu'on puisse donner quelque chose. Mais, on ne te donne rien. Pire on te demande d'enlever de l'argent dans ta poche. Donc, on est obligé de faire d'autres boulots pour avoir des revenus supplémentaires afin de faire face aux besoins quotidiens » (Keita, Technicien au Ministère de la Santé publique, Niger).*

Par ailleurs, selon deux acteurs (un des organismes d'appui au développement et un autre des centres de santé intégrés), l'échec du comité de suivi est dû au choix du leadership. Selon eux, le fait de léguer la direction du comité au secrétaire général du Ministère de la Santé publique est une erreur et pose un problème réel; empêchant le

comité de suivi d'accomplir sa mission de mise en œuvre des recommandations du processus délibératif comme le souligne Berthé, PTF, Niger :

*« Bon! Mon sentiment, mon point de vue sur le comité de suivi, déjà je l'avais dit à l'occasion de l'installation de ce comité, pour moi (silence), d'abord le comité ne devait pas être sous la présidence, je crois, du Secrétaire général du Ministère de la Santé publique. Si je ne me trompe, ça doit être lui le président du comité. Je ne suis pas sûr que l'agenda du Ministère de la Santé publique pourra lui permettre d'assumer valablement une telle fonction. Ensuite, j'ai trouvé que ce n'était pas forcément efficace que ce soit le Ministère de la Santé publique qui a la direction de ce comité. On aurait pu trouver une situation un peu mixte par exemple le ministère de la Santé publique et les Partenaires techniques et financiers pour piloter ce comité » (Berthé, PTF, Niger).*

Mais, selon d'autres acteurs de la société civile, le comité de suivi n'a pas fonctionné parce que sa mise en place n'a pas été faite dans un processus d'implication de tous les acteurs. Elle n'a pas été participative. Elle n'a été plus tôt que l'œuvre des bureaucrates du Ministère de la Santé publique avec aucune représentativité. Donc selon eux, ceci a eu un impact négatif sur le fonctionnement du comité. Kader, président d'ONG locale sur la santé fait partir de ceux qui ont soutenu une telle affirmation :

*« Le comité a été initié par le Ministère de la Santé publique à partir des cooptations pour choisir les membres. Normalement, le choix des membres du comité devait être fait en consultant tous les acteurs notamment ceux de l'État, des partenaires, des institutions de la république, de la société civile et du secteur privé. Mais, quand le Ministère de la Santé publique se met dans un camp pour faire un arrêté sans associer les gens, le plus souvent le comité ne marchera pas, parce que la représentation, la représentativité et la légitimité qui confortent un mandat ne semblent pas être réunies. Quand les hommes ne se sentent pas redevables, les gens ne vont pas s'y mettre » (Kader, président d'ONG sur la santé, Niger).*

En somme, les résultats de l'étude révèlent que la majorité des interviewés, notamment les agents des organismes internationaux d'appui au développement, soulignent que le processus délibératif a été pertinent tant dans sa forme (participation d'une diversité d'acteurs, toutes les parties prenantes de la santé publique du Niger) que dans son fond (des données probantes sur la gratuité des soins présentées par les chercheurs, discussions en profondeur sur tous les aspects de mise en œuvre de la politique).

En effet, l'étude indique des effets à court terme qui se manifestent par un renforcement de capacité des participants. La conférence a permis aux participants de comprendre les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la gratuité des soins et les solutions appropriées pour améliorer les services de gratuité des soins.

À moyen terme, les acteurs des ONG internationales et la société civile ont fait un usage persuasif des recommandations pour influencer les débats sur la politique de gratuité des soins. Par exemple, quelques acteurs des organismes internationaux d'appui au développement soulignent avoir eu recours à certaines recommandations issues de la conférence pour influencer les députés du parlement du Niger afin de rehausser le budget de la santé. Certaines ONG internationales ont fait un usage conceptuel des recommandations, par exemple la prise de conscience de l'importance de la gratuité des soins, une adoption de nouvelle approche de gestion centrée sur la décentralisation.

S'agissant du long terme de la conférence, des effets ont également été constatés, notamment une utilisation instrumentale des recommandations. Plusieurs interviewés soulignent à cet effet que certaines recommandations issues de la conférence ont inspiré la prise de quelques décisions politiques dont l'amélioration du suivi, du contrôle et de la gouvernance du mécanisme de la gratuité des soins, un nouveau mode de facturation, le remboursement aux districts sanitaires de certaines factures impayées des services liés à la prise en charge gratuite des soins.

Les données de l'enquête révèlent également des effets inattendus de la conférence, soit une utilisation instrumentale de l'introduction au trésor national du Niger d'un bonus pour encourager l'État à payer les factures de la gratuité des soins.

Par ailleurs, les résultats de l'étude indiquent que le comité de suivi de la feuille de route du processus délibératif n'a pas fonctionné comme prévu. Les principales raisons sont liées au contexte de mise en œuvre des recommandations. Un contexte caractérisé par des arrestations de plusieurs agents clés du comité, la corruption de l'administration et/ou les conditions financières, techniques et matérielles difficiles (absence de primes pour les

membres du comité, manque de budget de fonctionnement du comité et manque de compétence technique) et la résistance de certains techniciens du Ministère de la Santé publique du Niger face aux principes mêmes de la gratuité des soins. L'étude révèle aussi un contexte marqué par une insécurité grandissante qui menace la stabilité du pays (le conflit armé dans le nord du Mali et en Libye, et de la menace terroriste d'AQMI, de Boko Haram). En conséquence, selon la majorité des interviewés, ces différentes menaces ont eu un impact négatif sur le financement de la politique de gratuité des soins au Niger, en général, et sur la mise en œuvre des recommandations du processus délibératif, en particulier.

Enfin, cette étude révèle aussi que malgré la qualité des participants et des discussions, le processus délibératif fut une rencontre de plus, parmi tant d'autres, parce que selon plusieurs interviewés, les effets escomptés sur la mise en œuvre de la politique de gratuité n'ont pas été atteints. Les recommandations formulées par les participants au processus sont restées dans les bureaux du Ministère de la Santé publique.



## **Chapitre VI. Discussion et conclusion générale**

### **6.1. Discussion**

La présente étude visait deux objectifs : d'une part, de comprendre les effets du processus délibératif tenu sur la politique de gratuité des soins au Niger lors de la conférence tenue les 13, 14 15 mars 2012 au Niger sur les pratiques et la politique en général et, d'autre part, d'explorer les activités du comité chargé du suivi de la feuille de route de la conférence.

Pour atteindre ces objectifs, nous avons eu recours au cadre conceptuel de Boyko et al., (2012) qui permet d'évaluer l'effet des dialogues délibératifs. Nous avons notamment utilisé le modèle d'échanges et de transfert de connaissances dans le domaine de la santé avec un accent particulier sur les trois formes possibles d'utilisation des connaissances : instrumentale, conceptuelle, persuasive (Dagenais et al., 2012). Nous avons procédé à une analyse du contexte dans lequel a fonctionné le comité de suivi des recommandations issues du processus délibératif.

De prime abord, l'analyse du processus délibératif nous a permis de connaître certaines caractéristiques de ce processus puis de comprendre l'usage que les participants ont fait des recommandations issues de la conférence à travers les actions qu'ils ont menées. Autrement dit, elle nous a permis de mesurer le point de vue des participants sur la qualité des résultats de ce processus et les enjeux qui les sous-tendent. En effet, l'ensemble des interviewés a apprécié la participation active de toutes les parties prenantes de la politique de gratuité des soins au Niger notamment les décideurs politiques, les techniciens du Ministère de la Santé, les agents de mise en œuvre, les partenaires d'appui au développement, la société civile. Ils ont également jugé positivement la participation des chercheurs qui ont produit des réflexions scientifiques autour de la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins au Niger. Donc, selon eux, tout est réuni pour que le processus puisse aboutir à des résultats permettant une prise de décision politique. Cette participation diversifiée d'acteurs à la conférence cadre



bien avec ce que soulignent Boyko et al. (2012), sur l'analyse d'un processus délibératif. Selon eux, une des caractéristiques principales du processus délibératif consiste à créer un cadre qui rassemble plusieurs participants divers et a recours aux données probantes disponibles sur le sujet à débattre.

Ensuite, l'un des objectifs de notre recherche était d'identifier et d'analyser les effets à court, moyen et long terme, voire inattendus du processus délibératif sur la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins au Niger. En plus, nous avons analysé les effets du processus en mettant en exergue les trois formes d'utilisation potentielle : instrumentale, persuasive et conceptuelle.

En effet, à l'issue de la conférence, les différents acteurs qui ont participé au processus affirment avoir disposé d'informations pertinentes sur la politique de gratuité. Ce qui, selon eux, leur a permis de mieux comprendre les difficultés, échecs et réussites liés à la mise en œuvre de la politique et d'en dégager des perspectives (recommandations). Ainsi, à court terme, les résultats montrent que la conférence a contribué au renforcement de capacités de compréhension des participants de la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins et ses défis. Ceci confirme la perspective de Boyko et al., (2012) selon laquelle, à court terme, un dialogue délibératif vise au renforcement de capacités des participants afin qu'ils puissent être en mesure de discuter de la question politique à l'ordre du jour. Ce renforcement des capacités se fait par le partage des informations disponibles sur la question politique qui fait objet de discussion et sur la manière dont le dialogue délibératif sera abordé.

Aussi, les données de l'étude révèlent à moyen terme, une utilisation persuasive des connaissances et recommandations issues de la conférence, notamment par les acteurs des organismes d'appui au développement et la société civile. L'utilisation persuasive des connaissances se manifeste lorsque selon Dagenais et al., (2013), des décideurs et des agents de mise en œuvre d'un programme politique s'inspirent des connaissances issues du processus délibératif pour justifier des décisions prises ou actions entreprises. À ce sujet, il ressort des données de l'étude que des organismes d'appui au développement ont utilisé des connaissances pour démontrer la légitimité de la politique de gratuité des soins et par là, mobiliser des acteurs clés tels que l'AFD autour de la politique. Aussi, ces

acteurs ont utilisé les connaissances pour amener les décideurs politiques ou le législateur à prendre des décisions permettant d'améliorer la mise en œuvre de la politique de gratuité. Plus précisément, ils ont mené des actions de plaidoyer dans le but d'amener soit les décideurs et, dans certaines circonstances, les partenaires financiers du Niger à redoubler d'efforts dans le financement de la politique. Également, les informations obtenues à la conférence sur la politique de gratuité des soins ont permis à plusieurs parties prenantes (société civile, organismes d'appui au développement) de se doter des arguments nécessaires pour alimenter les réflexions autour de cette question. En effet, ces acteurs de la politique de gratuité des soins ont vu leur capacité d'analyse, d'influence et de mobilisation renforcées grâce aux informations obtenues lors du processus délibératif. Ces résultats corroborent ce qui ressort dans la littérature portant sur l'analyse des effets des processus délibératifs. Cette littérature indique qu'au moyen terme on assiste à un renforcement des capacités d'une communauté/organisation notamment à disposer d'un capital social, intellectuel et politique suffisant pour contribuer à l'amélioration d'une politique (Wade, 2004) et/ou comme le souligne Smith (2003), d'engager les décideurs publics et les fonctionnaires dans un dialogue politique concertée. Ce que mentionne Smith (2003) concorde avec ce que révèlent les résultats de l'enquête : au moyen terme, il ressort que la conférence a contribué à renforcer l'engagement de quelques acteurs en faveur de la politique de gratuité, particulièrement le gouvernement du Niger et quelques organismes internationaux d'appui au développement. Ainsi, selon certains acteurs d'organismes d'appui au développement, les résultats de la conférence ont constitué dans certaines circonstances une source de mobilisation des premiers responsables politiques du Niger particulièrement le premier ministre pour soutenir la politique de gratuité des soins. Par exemple, l'enquête révèle que sous la direction de l'Agence française de Développement, les organismes d'appui au développement ont fédéré les parties prenantes de la politique de gratuité des soins autour de l'Initiative (I3S). Selon eux, le lancement de cette initiative fut impulsé par la pertinence des recommandations issues de la conférence. Donc, les résultats révèlent un usage persuasif des connaissances issues de la conférence.

À propos toujours des effets à moyen terme, les résultats de l'étude révèlent également une utilisation conceptuelle des recommandations de la conférence. À ce propos, les

résultats de l'étude illustrent que les recommandations issues de la conférence ont permis à quelques acteurs de la société civile et des ONG internationales à mieux appréhender certains aspects de la gratuité des soins (la forme de gestion, le montant fixé pour assurer la gratuité pour les enfants de 0 à 5 ans et son impact sur la santé des enfants) et d'adopter de nouvelle stratégie d'approche. Ainsi, il ressort que quelques organismes d'appui au développement se sont inspirés des connaissances pour changer leur approche d'intervention sur la politique de gratuité des soins. Donc, à partir d'une approche centralisée, ces acteurs ont opté pour une approche décentralisée tel que recommandé par la conférence. Selon les acteurs de la société civile, les connaissances ont aussi permis à des techniciens de la santé publique, d'avoir une conception plus claire de la politique de gratuité précisément sur sa pertinence à améliorer la santé des enfants de 0 à 5 ans et des femmes enceintes. Dans certains cas, elles ont permis aux organismes d'appui au développement de comprendre la nécessité d'engager plus de ressources financières pour couvrir la prise en charge réelle d'un enfant malade qui se présente dans un centre de santé et la nécessité de faire une traçabilité sur les dons en médicaments. Ces formes d'usage des connaissances sont qualifiées de conceptuelles puisque, selon Lemire et al., (2009), on parle d'utilisation conceptuelle lorsque la connaissance conduit à une nouvelle façon de comprendre le sens d'une problématique, ou d'avoir une lecture plus large des sujets complexes.

En ce qui concerne les effets à long terme et en concordance avec ce que soulignent Dagenais et al., (2013), les données de l'étude indiquent aussi une mise en application concrète de certaines recommandations issues du processus délibératif. Par exemple, les décideurs, en collaboration avec certains partenaires financiers, ont entre autres, procédé au paiement de certains arriérés des services de la gratuité, mis en place un système de suivi de la gratuité, une nouvelle manière de produire les factures, et une dotation des CSI en médicaments principalement des contraceptifs et des produits contre le paludisme. En plus, l'étude montre que, de leur propre chef, les organismes internationaux de développement ont mis en application certaines recommandations issues de la conférence comme notamment le calcul du coût réel de leur contribution en médicaments et celui du traitement d'un enfant malade tel que suggéré par la conférence. Ainsi, notre étude montre que les acteurs d'un programme politique quelconque peuvent avoir recours aux

résultats d'un processus délibératif en fonction de leur besoin propre. Ce qui précède cadre avec ce qu'ont souligné Boyko et al., (2012), à savoir que le but ultime de transfert de connaissances est d'aboutir à un usage des connaissances pour améliorer la santé. Aussi, Dagenais et al., (2013) soulignent que l'application des connaissances ou le recours à des preuves scientifiques pour prendre une décision ou pour apporter des changements concrets à des pratiques, constitue une utilisation instrumentale. En conséquence, les organismes internationaux de développement ont fait un usage instrumental de quelques recommandations issues de la conférence. Sur le plan théorique, ceci montre que des résultats d'un processus délibératif peuvent être utilisés sans forcément passé par le circuit formel du système de décision d'un programme public. Il peut faire l'objet d'un usage ciblé pour contribuer à l'amélioration d'une activité particulière telle que celle des organismes d'appui au développement qu'illustre la présente étude. Les données de l'étude montrent que ces organismes d'appui au développement comparativement aux autres acteurs (décideurs, société civile) ont fait un usage plus instrumental des connaissances. Ceci vient corroborer les propos de Dagenais et al., (2013) qui stipulent que l'utilisation instrumentale des connaissances est plus pratiquée par les acteurs d'une organisation (administrateurs ou gestionnaires), les décideurs politiques et les intervenants. En plus, notre étude a révélé des effets indirects de la conférence. Il s'agit principalement d'un système de bonus introduit par des partenaires financiers du Niger pour inciter le gouvernement à financer la politique de gratuité et la désignation d'un agent pour assurer le suivi du paiement des factures de la gratuité des soins au trésor national.

Par ailleurs, l'étude du mécanisme mis en place pour assurer la mise en œuvre des connaissances, notamment le comité de suivi de la feuille de route de la conférence, a permis d'appréhender les difficultés et obstacles rencontrés par les acteurs. En effet, les données de cette étude montrent bien que si les acteurs sont unanimes sur la pertinence des recommandations issues de la conférence, ils sont aussi unanimes pour dire que le comité de suivi de la feuille route mise en place n'a pas fonctionné. Et, par conséquent, la conférence n'a pas eu l'impact souhaité. Les principaux facteurs avancés sont liés au contexte de mise en œuvre des recommandations issues du processus délibératif : c'est-à-dire, des facteurs internes comme l'absence de volonté politique, soulignée par les

techniciens du Ministère de la Santé publique, l'absence de volonté technique, soulignée principalement par les acteurs de la société civile, la corruption, et l'absence de primes aux membres du comité de suivi, mais aussi des facteurs externes, comme l'insécurité marquée par les conflits armés au Mali, en Libye et au Nigeria. Ainsi, il ressort de cette étude que le contexte, national et international, a eu un impact négatif sur la réalisation des conclusions de la conférence. Ceci vient confirmer ce qu'ont souligné Landry et al., (2001), à savoir que plusieurs études empiriques antérieures ont montré que l'usage des connaissances dépend de leur pertinence aux yeux des acteurs de la mise en œuvre, de leur capacité à répondre à leur besoins et aussi de l'existence d'un contexte approprié. Ainsi la leçon qu'on peut tirer à ce niveau est que bien que les connaissances soient considérées comme pertinentes par tous les acteurs, le contexte (insécurité, corruption, résistance de certains techniciens, absence de volonté politique) de mise en œuvre de ces connaissances est défavorable. En conséquence, les résultats de notre étude montrent que l'impact souhaité de façon générale, des recommandations de la conférence sur la politique de gratuité des soins n'a pas été au rendez-vous. D'ailleurs, à ce propos, à titre exemple, Edwards et Barker, (2014) soulignent que la mise en place d'un programme de prévention contre l'épidémie de VIH pour les enfants en Afrique du Sud, dans un contexte politique et social (apartheid) défavorable, a eu un impact négatif sur les résultats attendus. Cependant, selon eux, avec des changements politiques significatifs survenus et résultant d'une volonté politique claire, l'Afrique du Sud a réussi, dans les années 2002, à trouver des solutions efficaces en matière de prévention du VIH sida en faveur des enfants.

En outre, il sied de noter que dans le cadre de cette étude, nous avons eu des difficultés à relever les différentes formes d'utilisation des recommandations issue du processus délibératif sur la gratuité des soins au Niger. Ces difficultés sont principalement liées au non-fonctionnement du comité de suivi de la feuille de route de la conférence. Ce comité devrait être l'épicentre de la mise en œuvre des recommandations. Sa léthargie a conduit les différents acteurs de faire une utilisation sélective des recommandations.

## **6.2. Conclusion générale**

Cette recherche a permis d'évaluer les effets d'un processus délibératif dans le contexte nigérien. Les résultats obtenus ont permis de comprendre les énormes défis (contextuels, financiers, sécuritaires, politiques) qui restent à relever en matière de transfert de connaissance dans le secteur de santé publique au Niger. Cette étude a permis d'identifier certains facteurs contextuels inattendus que nous n'avons pas trouvés dans la littérature, mais qui peuvent avoir un impact négatif ou constituer un facteur de blocage pour la réussite d'un transfert de connaissance pour améliorer une politique publique. Le cas de la politique de gratuité des soins au Niger, un pays à faible revenu, montre clairement que l'insécurité et la corruption ont considérablement réduit les efforts des décideurs pour la mise en application des connaissances. Dans une certaine mesure, l'étude révèle de manière significative que les décideurs ont plus orienté les dépenses publiques pour le maintien de la sécurité que pour la gratuité des soins. En conséquence, même si toutes les conditions sont réunies lors d'un processus délibératif, des effets positifs ne sont pas toujours garantis, car d'autres paramètres sont à prendre en compte.

De manière générale, notre étude montre que malgré tout, quelques recommandations issues du processus délibératif ont servi à changer certaines pratiques liées à la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins sur le terrain. Ces recommandations sont utilisées de manière disparate par les acteurs de la politique. Ainsi, l'enquête révèle une utilisation beaucoup plus instrumentale des recommandations issues du processus délibératif qu'on observe au sein des organismes internationaux d'appui au développement. Elle se manifeste par des décisions concrètes (amélioration du suivi, du contrôle et la gouvernance du mécanisme de la gratuité soins, nouvelle façon de facturation et remboursement des arriérés des services de la gratuité des soins, dotation des CSI en médicaments) inspirées des recommandations. Il ressort aussi, une utilisation conceptuelle (prise de conscience de la pertinence de la gratuité, compréhension approfondie de la logique et l'approche de la politique de gratuité des soins) et, à un degré plus faible, persuasive (rencontre formelle entre le ministère des Finances et celui

de la santé publique et entente sur le montant global des arriérés de la gratuité des soins, retour de l'AFD pour contribuer au financement de la politique de gratuité des soins).

En vue de compléter cette étude et afin d'avoir une compréhension plus large des effets de la conférence sur la mise en œuvre de la gratuité des soins au Niger, une étude sur les effets de la conférence élargie aux bénéficiaires de la politique (enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes) s'avèrerait très utile.

## Bibliographie

- Aaserud, M., Lewin, S., Innvaer, S., Paulsen, E. J., Dahlgren, A. T., Trommald, M., et Oxman, A. D. (2005). Translating research into policy and practice in developing countries: a case study of magnesium sulphate for pre-eclampsia. *BMC Health Services Research*, 5(1), 68.
- À Sabatier, P., (2010). Advocacy coalition framework (ACF). *Références*, 49-57.
- Abelson, J., Forest, P. G., Eyles, J., Smith, P., Martin, E., & Gauvin, F. P. (2003). Deliberations about deliberative methods: issues in the design and evaluation of public participation processes. *Social science & medicine*, 57(2), 239-251.
- Abelson, J. et Gauvin, F. (2006). Assessing the impacts of public participation: Concepts, evidence, and policy implications. Ottawa : *Canadian Policy Research Networks*.
- Amouzou, A., Habi, O., Bensaïd, K., et Niger Countdown Case Study Working Group. (2012). Reduction in child mortality in Niger: a Countdown to 2015 country case study. *The Lancet*, 380(9848), 1169-1178.
- Andreani, J. C., et Conchon, F. (2005). Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : état de l'art en marketing. *Actes du 4e Congrès International sur les Tendances du Marketing en Europe*, Paris.
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A. M., Imbert, P., et Letrilliart, L. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 84(19), 142-5.
- Berg, B.L. (2003). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences, 5nd Edition*, Allyn et Bacon.
- Blondiaux, L., (2008). Démocratie délibérative vs. démocratie agonistique? *Raisons politiques*, 131-147.
- Blondiaux, L. (1991). L'invention des sondages d'opinion : expériences, critiques et interrogations méthodologiques (1935-1950). *Revue française de science politique*, 41(6), 756-780.
- Bourdon, S. (2000). L'analyse qualitative informatisée: logique des puces et quête de sens. *Recherches qualitatives*, 21, 21-44.



- Bowen, S., Martens, P., (2005). Demystifying knowledge translation: learning from the community. *Journal of Health Services Research & Policy* 10, 203-211.
- Boyko, J. A., Lavis, J. N., Abelson, J., Dobbins, M., et Carter, N. (2012). Deliberative dialogues as a mechanism for knowledge translation and exchange in health systems decision-making. *Social Science & Medicine*, 75(11), 1938-1945.
- Calvès, A. E. (2009). « Empowerment » : généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement. *Revue Tiers Monde*, 200(4), 735-749.
- Canadian Institutes of Health Research. (2013). More about knowledge translation at CIHR. Ottawa : Author. Retrieved July 19, 2013, <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/39033.html#d%C3%A9finition>
- Caplan, N. (1979). The two-communities theory and knowledge utilization. *The American Behavioral Scientist* (pre-1986), 22(3), 459.
- Carpini, M. X. D., Cook, F. L., et Jacobs, L. R. (2004). Public deliberation, discursive participation, and citizen engagement: A review of the empirical literature. *Annu. Rev. Polit. Sci.*, 7, 315-344.
- Chossudovsky, M. (2004). Mondialisation de la pauvreté et nouvel ordre mondial; traduit de l'anglais par Lise Roy-Castonguay. Montréal : *Éditions Écosociété*, 383p.
- Cissé, B., Luchini, S., et Moatti, J. P. (2004). Recouvrement des coûts et demande de soins dans les PED. *Revue française d'économie*, 18(4), 111-149.
- Cling, J. P., Razafindrakoto, M., et Roubaud, F. (2002, June). The PRSP initiative: old wine in new bottles. *In Paper for the ABCDE-Europe Conference, Oslo* (pp. 24-26).
- Dagenais C, Robert E', directeurs. (2012). Le transfert des connaissances dans le domaine social. Montreal : *Presses de l'Université de Montreal*.
- Dagenais, C., et al., (2013). Knowledge Transfer on Complex Social Interventions in Public Health: A Scoping Study. *PloS one* 8, e80233.
- de Sardan, J. P. O., & Ridde, V. (2011). Une comparaison provisoire des politiques d'exemption de paiement dans trois pays sahéliers (Burkina Faso, Mali, Niger). *LASDEL*.

- de Sardan, J. P., & Ridde, V. (2012). L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger : les contradictions des politiques publiques. *Afrique contemporaine*, (243), 11-32.
- de Sardan, J. P. O., & Ridde, V. (2014). Une politique publique de santé et ses contradictions : la gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger. *KARTHALA Editions*.
- Diarra, A., et Ousseini A. « Les stratégies d'adaptation des agents de première ligne en contexte de gratuité au Niger », dans de Sardan, J. P. O., et Ridde, V. (dir.), *Une politique publique de santé et ses contradictions : La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, Paris, KARTHALA Editions, 2014, p. 143-155.
- Diarra, A., et Soumana, D. (2011). La mise en oeuvre de la politique d'exemption de paiement dans les districts sanitaires de Gaweye et de Say. *LASDEL*.
- Dunn, W. N. (1980). The two-communities metaphor and models of knowledge use: an exploratory case survey.
- Edwards, N., et Barker, P. M. (2014). The importance of context in implementation research. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 67(Suppl 2), S157-162.
- Elissalde, J., et Renaud, L. (2010). Les démarches de circulation des connaissances : mobilisation et valorisation des connaissances. *Les médias et la santé : de l'émergence à l'appropriation des normes sociales*, 409.
- Fallery, B., et Rodhain, F. (2007). Quatre approches pour l'analyse de données textuelles: lexicale, linguistique, cognitive, thématique. dans *XVI ème Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique AIMS* (pp. pp-1). AIMS.
- Fraser, N. (2001). Repenser la sphère publique : une contribution à la critique de la démocratie TIE TEIJ# E. *Hermès*, 31, 125.
- Fouquet, A., et Perriault, J. (2010). Évaluation, politiques publiques, politique de recherche. *Communication et organisation*, (38), 29-40.
- Frewer, L. J., et Rowe, G. (2005). Evaluating public participation exercises: Strategic and practical issues. *Evaluating public participation in policy making*, 85-106.
- Gauvin, F.-P., (2010). Processus délibératifs et l'application des connaissances. N° de publication : 1194. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques

- et la santé, En ligne au [http://www.ccnpps.ca/117/publications.ccnpps?id\\_article=31](http://www.ccnpps.ca/117/publications.ccnpps?id_article=31), consultée le 18/03/2014.
- Gauvin, F.-P., (2010). Évaluer les processus délibératifs. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 1201, En ligne au [http://www.ccnpps.ca/11/Processus\\_deliberatifs.ccnpps](http://www.ccnpps.ca/11/Processus_deliberatifs.ccnpps), consultée, le 07/09/2015.
- Gervais, M., et Chagnon, F. « Examen des déterminants et des retombées de la production et de l'utilisation des connaissances issues de la recherche en sciences sociales, humaines, arts et lettres » dans Dagenais, C., et Robert, E., (dir.), *Le transfert des connaissances dans le domaine social*, Montreal, Les presses de l'Université de Montréal, 2012, p. 63-82.
- Graham, I. D., Tetroe, J. and the KT Theories Group. (2013). Planned action theories, in Knowledge Translation in Health Care : Moving from Evidence to Practice (eds S. E. Straus, J. Tetroe and I. D. Graham), *John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, UK*. doi : 10.1002/9781118413555.ch26
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., et Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: time for a map?. *Journal of continuing education in the health professions*, 26(1), 13-24.
- Graham I. et Tetroe J. (2007) Whither knowledge translation. An international research agenda. *Nursing Research Supplement* 54(4S), 86–88.
- Gélinas, A., et Pilon, J. M. (1994). Le transfert des connaissances en recherche sociale et la transformation des pratiques sociales. *Nouvelles pratiques sociales*, 7(2), 75-91.
- Habermas, J. (1992). « L'espace public », 30 ans après. *Quaderni*, 18(1), 161-191.
- Instituts de recherche en santé du Canada, (2013). Évaluation du programme de financement de l'application des connaissances des IRSC, en ligne au <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/47332.html>, Consulté le 23/08/2015.
- INS., et ICF., Maryland, C. (2013). Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSN-MICS IV) 2012, Niger, 2013. Niamey: *INS*.
- Kitson, A. L. (2009). The need for systems change: reflections on knowledge translation and organizational change. *Journal of advanced nursing*, 65(1), 217-228.

- Kitto, S. C., Sargeant, J., Reeves, S., et Silver, I. (2012). Towards a sociology of knowledge translation: the importance of being dis-interested in knowledge translation. *Advances in health sciences education*, 17(2), 289-299.
- Lavis, J. N., Boyko, J. A., et Gauvin, F. P. (2014). Evaluating deliberative dialogues focussed on healthy public policy. *BMC public health*, 14(1), 1287.
- Lambooy, B. (2011, March). La science peut-elle être utile à la pratique? Réflexion sur le transfert et l'utilisation des connaissances scientifiques dans le domaine de la santé mentale en France. dans *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 169, No. 2, pp. 98-103). Elsevier Masson.
- Landry, R., Amara, N., et Lamari, M. (2001). Utilization of social science research knowledge in Canada. *Research policy*, 30(2), 333-349.
- Lang, E. S., et al., (2007). Knowledge translation: closing the evidence-to-practice gap. *Annals of emergency medicine*, 49(3), 355-363.
- Le Goff, A. (2011). Démocratie délibérative contestation et mouvements sociaux. *Archives de philosophie*, (2), 241-257.
- Laurent, C., Baudry, J., Berriet-Sollic, M., Kirsch, M., Perraud, D., Tinel, B., et Ricroch, A. (2009). Pourquoi s'intéresser à la notion d'« evidence-based policy »?. *Revue Tiers Monde*, 200(4), 853-873.
- Lemire, N., Laurendeau, M. C., et Souffez, K. (2009). Animer un processus de transfert des connaissances : bilan des connaissances et outil d'animation. Direction de la recherche, formation et développement, *Institut national de santé publique Québec*.
- Lerberghe, W. V., et Brouwere, V. D. (2000). État de santé et santé de l'État en Afrique subsaharienne. *Afrique contemporaine*, (195), 175-190. En ligne au <<http://www.africabib.org/rec.php?RID=21563831X>>, consultee le 07/09/2015
- Lavis, J. N., Boyko, J. A., et Gauvin, F. P. (2014). Evaluating deliberative dialogues focussed on healthy public policy. *BMC public health*, 14(1), 1287.
- Lomas, J. (1993). Diffusion, dissemination, and implementation: who should do what?. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 703(1), 226-237.

- McLeod, J. M., Scheufele, D. A., Moy, P., Horowitz, E. M., Holbert, R. L., Zhang, W.,... et Zubric, J. (1999). Understanding deliberation the effects of discussion networks on participation in a public forum. *Communication Research*, 26(6), 743-774.
- Medecin du Monde, (2011). L'accès gratuit aux soins de santé primaire: une option payante à consolider. *Médecin du Monde*, Niger, Niamey.
- Ministere,S., P. (2012). La gratuité des soins au Niger est gravement malade, sauvons—la. *Ministere de la sntee publique*, Niger, Niamey
- Ministere, F. (2012). Loi de Finance N°2012-36 du 20 juin 2012 portant rectification de la loi N°2011-046 du 14 décembre 2011 portant loi de finance pour l'année budgétaire 2012. Journal Officiel (Edition Spécial) du 30 Août 2012 portant loi de finance 2012. Ministère des Finances, Niger, Niamey.
- Ministere, F. (2013). Loi N°2012-64 du 20/12/2012 portant loi de finance pour l'année budgétaire 2013. Journal Officiel du 31/12/2012/ loi de finance 2013. *Ministere des Finances*, Niger, Niamey.
- Ministere, F. (2014). Loi n° 2013-43 du 16/12/2013 portant loi de finance 2014. Journal Officiel (Edition spéciale) du 30/12/2013 Loi de Finance 2014. *Ministere des Finances*, Niger, Niamey.
- Mitton, C., Adair, C. E., McKenzie, E., Patten, S. B., et Perry, B. W. (2007). Knowledge transfer and exchange: review and synthesis of the literature. *Milbank Quarterly*, 85(4), 729-768.
- Moat, K. A., Lavis, J. N., Clancy, S. J., El-Jardali, F., et Pantoja, T. (2014). Evidence briefs and deliberative dialogues: perceptions and intentions to act on what was learnt. *Bulletin of the World Health Organization*, 92(1), 20-28.
- Moatti, J. P. (2008). Économie de la santé dans les pays en développement : ce que la lutte contre le sida a changé. *Comptes Rendus Biologies*, 331(12), 964-972.
- Moha, M., et Ridde, V. « La conférence nationale sur la gratuité des soins au Niger : des interactions nécessaires ». dans de Sardan, J. P. O., et Ridde, V. (dir.), *Une politique publique de santé et ses contradictions : La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, Paris, KARTHALA Editions, 2014, p. 383-402.

- Monnoyer-Smith, L. (2006). La pratique délibérative comme invention du politique. *Démocratie participative en Europe*, 69, 51.
- Negura, L. (2006). L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. *SociologieS*.
- Organisation Mondiale de la Santé, (2010). Statistiques Sanitaires Mondiales 2010. <http://www.who.int/whosis/whostat/2010/en/index.html>, consulté le 23/08/2015
- Ousseini A. Émergence, formulation et financement de la politique d'exemptions de paiement des soins au Niger. dans de Sardan, J. P. O., et Ridde, V. (dir.), *Une politique publique de santé et ses contradictions : La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, Paris, KARTHALA Editions, 2014, p. 115-139.
- Ousseini, A. (2011). Une politique publique de santé au Niger: La mise en place d'exemptions de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants. Niamey: *LASDEL*.
- Pires, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique.
- PNUD, (2014). Rapport sur le développement humain 2014 Pérenniser le progrès humain : réduire les vulnérabilités et renforcer la résilience Au service des peuples et des nations. En ligne au <http://hdr.undp.org/en/2014-report>, consulté le 23/08/2015
- Ridde, V. (2004). L'initiative de Bamako 15 ans après. Un agenda inachevé, *Health, Nutrition and Population Discussion Paper*, World Bank, 54.
- Ridde, V., et Blanchet, K. (2008). Vers la gratuité des soins en Afrique?. *Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats*, (19).
- Ridde V, Queuille L, Kafando Y (eds.). ( 2012). Capitalisations de politiques publiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest. Ouagadougou : *CRCHUM/HELP/ECHO*.
- Ridde, V., et Morestin, F. (2009). Une recension des écrits scientifiques sur l'abolition des frais aux usagers dans les services de santé en Afrique. *Montréal, Canada: Teasdale Corti Research Team website: UdeM/CRCHUM/HELP*.

- Romelaer, P. (2005). Chapitre 4. L'entretien de recherche. *Méthodes et Recherches*, 101-137.
- Samb, O., et Ridde, V. (2012). Comment assurer l'efficacité de la gratuité sélective des soins au Burkina Faso? L'implication des populations dans la sélection des bénéficiaires. *Afrique Contemporaine*, 3(243), 33-48.
- Savoie-Zajc, L. (2000). L'analyse de données qualitatives : pratiques traditionnelle et assistée par le logiciel NUD\* IT. *Recherches qualitatives*, vol. 21, 2000, p. 99-123.
- Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide. *Recherches qualitatives*, Hors série, 5, 99-111.
- Smith, B. L. (2003). Public policy and public participation engaging citizens and community in the development of public policy. *Health Canada*.
- Straus, S. E., Tetroe, J., et Graham, I. (2009). Defining knowledge translation. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 181(3-4), 165–168. doi : 10.1503/cmaj.081229.
- Tizio, S., et Flori, Y. A. (1997). L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun?. *Revue Tiers-Monde*, 837-58.
- Trottier, L. H., et Champagne, F. (2006). L'utilisation des connaissances scientifiques : au cœur des relations de coopération entre les acteurs. GRIS, Université de Montréal.
- UNICEF, (2014). 2015 Aperçu des besoins humanitaires Niger. Niger, *UNICEF*.
- Van Campenhoudt, L., et Quivy, R. (2011). Manuel de recherche en sciences sociales-4e édition. *Dunod*.
- Van der Maren, J.-M. (1997). Comparaison de l'efficacité de logiciels Mac/Os spécialisés et commerciaux dans l'analyse de données qualitative. *Recherches qualitatives*, 16, 59-92.
- Wade, S. O. (2004). Using intentional, values-based dialogue to engage complex public policy conflicts. *Conflict Resolution Quarterly*, 21(3), 361-379.
- Wanlin, P. (2007). L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. *Recherches qualitatives*, 3, 243-272.

- Weiss, C. H. (1979). The many meanings of research utilization. *Public administration review*. 426-431.
- Weiss, C.H. (1980). Knowledge Creep and Decision Accretion, *Knowledge : Creation, Diffusion, Utilization*, 1 , pp. 381-404.
- Walls, H. L., et al., (2011). Public health campaigns and obesity-a critique. *BMC Public Health*, 11(1), 136.
- Yates, R. (2009). Universal health care and the removal of user fees. *The Lancet*, 373(9680), 2078-2081.





## Annexe A : consentement et guide d'entretien

**Titre de la recherche** : Processus délibératifs et politiques publiques en Afrique : le cas de la politique de gratuité des soins au Niger

**Chercheur** : Ibrahim Hamani Souley, Maitrise, Département de Sociologie, Université de Montréal

**Directeur de recherche** : Anne CALVÈS : Professeure agrégée, Département de sociologie, Université de Montréal

**Codirecteur** : Valery RIDDE

**GUIDE D'ENTRETIEN** : adressé aux décideurs et agents chargés de la mise en œuvre de la politique de gratuité

### **PREAMBULE**

Bonjour,

Je m'appelle Ibrahim Hamani Souley, étudiant à l'Université de Montréal. Je vous remercie très sincèrement d'accepter de nous rencontrer et de nous accorder votre précieux temps. Le présent entretien que nous comptons avoir avec vous, s'inscrit dans le cadre de la rédaction de notre mémoire de fin de Maitrise.

La recherche porte sur la conférence nationale de mars 2012 relative à la politique de gratuité des soins de santé au Niger. Elle vise à comprendre les effets de la conférence sur les pratiques et la politique de gratuité. Elle vise également à explorer les activités du comité chargé du suivi de la feuille de route de la conférence. Par conséquent, nous aimerions avoir votre avis, votre opinion sur l'usage qui est fait de ces connaissances scientifiques et du comité de suivi de la feuille de route de la conférence.

Nous vous garantissons l'anonymat de tout ce qui sera dit au cours de cet entretien. À cet effet, nous attribuerons des noms fictifs et des codes aux données durant tout le processus de dépouillement et de l'analyse. Les données seront conservées pendant cinq ans et resteront strictement confidentielles. Aussi, au cours du présent entretien et/ou après, vous avez le droit de vous retirer si vous le jugez nécessaire. Pour ce faire, je vous laisse mon courriel au besoin. Si vous ne voyez pas d'inconvénients, nous allons enregistrer l'entretien afin de faciliter notre échange et d'éviter des erreurs dans la prise de notes. Cet entretien nous prendra quarante-cinq (45) minutes ou une heure trente (1 h 30) au maximum.

**NB :** Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel : [ombudsman@umontreal.ca](mailto:ombudsman@umontreal.ca); **Adresse civique :** 3744, rue Jean-Brillant **Bureau 430-14.**

**I. usage des connaissances issues de la conférence de mars 2012 pour améliorer les pratiques et la politique de gratuité**

- 1.1. Quel est votre point de vue sur la conférence de mars 2012 consacrée à la pérennisation de la politique de gratuité?
- 1.2. Qu'est-ce que vous pensez des recommandations issues de la conférence pour améliorer les pratiques liées à la gratuité?
- 1.3. Ces recommandations ont-elles eu un impact sur vos manières traditionnelles de gérer le programme de la gratuité? Si oui
  - 1.3.1. En quoi modifient-elles vos pratiques dans la mise en œuvre de la politique de gratuité?
- 1.4. La conférence a-t-elle eu un impact sur le fonctionnement/les méthodes de travail? si oui avez-vous des exemples? Sinon pourquoi?
- 1.5. Quels changements réels avez-vous constaté dans les pratiques liées à la mise en œuvre de la politique de gratuité depuis après les recommandations faites par la conférence de mars 2012 sur la gratuité?

- 1.6. Avez-vous, eu recours au moins une fois aux recommandations issues de la conférence pour expliquer ou défendre certaines pratiques liées à la mise en œuvre de la politique?

## **II. Contexte de mise en œuvre des connaissances produites par la conférence**

- 2.1. Pourriez-vous de façon générale, nous parler des moyens humains, techniques, financiers et matériels mis en place pour favoriser la mise en œuvre des connaissances issues de la conférence?
- humains
  - techniques
  - financiers
  - matériels
- 2.2. D'après vous, ces moyens techniques, financiers, matériels et humains sont-ils suffisants pour favoriser la mise en œuvre des connaissances issues de la conférence?
- 2.3. Sinon, qu'est-ce qui a fait défaut? Et quels impacts cela a pu avoir sur le déroulement normal des activités?

## **III. fonctionnement du comité de suivi de la feuille de route de la conférence sur la politique de gratuité**

- 3.1. Que pensez-vous de manière générale du comité de suivi de la feuille de route de la conférence sur la politique de gratuité?
- 3.2. Comment le comité de suivi a-t-il été mis en place?
- 3.3. Quels sont les acteurs qui la composent?
- 3.4. Ya t-il des acteurs ne faisant pas partie du comité de suivi, mais dont la présence pourrait apporter une valeur ajoutée à la vie et au fonctionnement du comité?
- 3.5. Comment le comité de suivi a-t-il évolué depuis sa mise en place jusqu'à ce jour?

- 3.6. Quels sont les principaux acquis de ce comité de suivi? Ce que vous avez réussi le mieux?
- 3.7. Le comité de suivi a-t-il rencontré des difficultés dans son fonctionnement? Si oui quelles sont ces difficultés? Qu'est-ce qui peut expliquer ces difficultés?
- 3.8. Quels sont les défis qui restent à affronter pour garantir un bon fonctionnement du comité de suivi?

#### **IV. Questions de finales**

- 4.1. Pensez-vous qu'il serait utile de continuer un processus comme celui de la conférence regroupant plusieurs acteurs notamment les chercheurs pour apporter des éclairages sur des questions politiques? Si oui pourquoi? Sinon aussi pourquoi?
- 4.2. Avez-vous d'autres renseignements ou d'autres suggestions à ajouter que vous pourriez avoir oublié ou que nous n'avons pas pris en compte pendant cet entretien?

Je vous remercie pour votre franche collaboration

## Annexe B : Codes et catégories

<b>Codes</b>	<b>Sous catégories</b>
Pertinentes Non pertinentes Non prises en considération Aucun impact sur la gratuité Non-vulgarisation auprès des acteurs Recul de la gratuité Suggestions Impact mitigé Limite des recommandations Recommandations non réalisées Défis pour la gratuité Attitudes des intervenants	<b>Avis général sur les recommandations</b>
Recours aux connaissances scientifiques Décisions prises Changements concrets Importance de la conférence Usage des recommandations Impact sur les pratiques Modification des pratiques	<b>Utilisation instrumentale</b>
Conférence et nouvelle compréhension de la politique gratuité	<b>Utilisation conceptuelle</b>
Recours aux recommandations et légitimer des décisions ou actions.	<b>Utilisation persuasive</b>
Moyens financiers, Moyens techniques Moyens matériels	<b>Contexte</b>

<p>Environnement politique</p> <p>Moyens humains</p> <p>Pas de moyens déployés</p>	
<p>Comment</p> <p>Difficultés et raisons</p> <p>Leadership</p> <p>Volonté politique</p> <p>Questions financières</p> <p>Volonté technique</p> <p>Croit à la gratuité</p> <p>Ne crois pas à la gratuité</p> <p>Perspectives</p> <p>Acquis</p> <p>Défis à relever</p> <p>Le comité n'a pas fonctionné</p> <p>Difficultés rencontrées</p> <p>Acteurs absents du comité</p> <p>Évolution du comité</p> <p>Non-disséminations des recommandations et activités du comité</p> <p>Absence de volonté politique</p> <p>Pas d'acquis</p> <p>Absence de volonté technique</p>	<p><b>Fonctionnement du comité de suivi</b></p>
<p>Aspect positif</p> <p>Oubli de la conférence</p> <p>Aspect négatif</p> <p>Pas de changement depuis la conférence</p> <p>Résistance rencontrée</p> <p>Idée de la conférence</p> <p>Gestion des factures de la gratuité</p>	<p><b>Pertinence de la conférence</b></p>

## Annexe C : Tableau des recommandations issues de la conférence

<b>Remboursement des arriérés de la gratuité</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Réaliser en urgence la situation exacte du montant des factures impayées</li><li>- Tenir un collectif budgétaire pour financer le remboursement des arriérés</li><li>- Remanier le budget 2012 du MSP pour tenir compte de l'urgence de contribuer à l'apurement des factures de la gratuité</li><li>- Sécuriser les montants mobilisés de la gratuité dans le compte ouvert à cet effet à la BCEAO</li><li>- Instruire le comité de trésorerie de considérer la gratuité comme priorité nationale</li><li>- Appuyer l'Etat en finançant le GAP lié au remboursement des arriérés par un apport en liquidité</li></ul>
<b>Financement général de la gratuité</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Réaliser une étude des couts réels de la gratuité des soins</li><li>- Financer à partir de 2013 la santé à hauteur de 15% du budget de l'Etat en respect aux engagements internationaux</li><li>- Explorer la possibilité de financements innovants à travers plusieurs mécanismes entre autres l'augmentation de la TVA sur les produits de luxe, la taxe sur la téléphonie mobile, la taxe sur le tabac, sur l'alcool, le transport, la Zakat pour alimenter le fonds social</li><li>- Etendre la gratuité à l'accouchement</li><li>- Mettre en place des stratégies d'assurance maladies universelle en vue de pérenniser l'accès financier aux services de santé</li><li>- Financer à partir de 2013 la santé à hauteur de 6-8 % du budget communal en respectant les textes sur la décentralisation</li><li>- Accompagner l'Etat dans le financement durable de la stratégie gratuité</li></ul>
<b>Gestion de la gratuité</b>



- Elaborer une stratégie nationale en matière de gratuité des soins
- Créer en lieu et place de la cellule gratuité une agence autonome de gestion de la gratuité
- Réviser l'arrêté créant le comité de pilotage pour le rendre fonctionnel
- Elaborer des manuels de gestion et de procédure de la gratuité
- Procéder à une répartition des remboursements par structure avant transmission des factures au MF
- Renforcer le dispositif de suivi évaluation de la gratuité
- Renforcer les capacités des acteurs de la mise en œuvre de la gratuité
- Doter la cellule gratuité de moyens conséquents de fonctionnement en attendant la création de l'agence

### **Gestion des médicaments**

- Débloquer urgemment les crédits médicaments 2011
- Accélérer le processus de réforme du secteur pharmaceutique du Niger
- Poursuivre l'appui des formations sanitaires en médicaments sur base de leurs demandes
- Communiquer les plans détaillés d'approvisionnement en médicaments dans le cadre des appuis
- Appuyer le processus de la réforme pharmaceutique

### **Mettre en place un comité de suivi des recommandations de la conférence**