



REVUE FRANCOPHONE DE RECHERCHE SUR LE
TRANSFERT ET L'UTILISATION DES CONNAISSANCES

Volume 2, numéro 2, juillet-décembre 2017
doi: 10.18166/tuc.2017.2.2.01

Renforcer la politique de gratuité des soins au Niger : bilan d'un atelier délibératif national novateur

Ibrahim Hamani Souley¹, Esther Mc Sween-Cadioux², Mahaman
Moha³, Anne E. Calvès¹ et Valéry Ridde⁴

1. Département de sociologie, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada.
2. Département de psychologie, Université de Montréal, Québec, Canada.
3. Laboratoire d'études et de recherche sur les dynamiques sociales et le développement local (LASDEL), Niamey, Niger.
4. IRD (French Institut For Research on sustainable Development), CEDEP (IRD-Université Paris-Descartes), Université Paris Sorbonne Cités, ERL INSERM SAGESUD et Institut de recherche en santé publique de l'université de Montréal (IRSPUM).

Messages-clés :

- L'organisation d'un atelier délibératif avec des acteurs politiques peut amener certains défis incluant la définition de l'objectif de l'atelier, la transparence face aux informations présentées et le choix des présentateurs.
- Dès l'organisation d'un processus délibératif, une importance doit être accordée aux caractéristiques clés et notamment les ressources adéquates, la production de notes de politique, l'invitation d'animateurs/présentateurs de qualité et du temps suffisant pour les délibérations.
- Le processus délibératif a permis à différents acteurs d'être informés quant aux dysfonctionnements de la politique, de proposer collectivement des recommandations et d'améliorer certaines pratiques.
- La planification du suivi post-atelier est essentielle pour l'application des recommandations et doit être réfléchi dès l'organisation.
- Lors de la mise en oeuvre de stratégies de transfert de connaissances, le contexte doit être défini et pris en compte durant le processus.

Résumé :

Depuis 2006, le Niger, sous pression de la Banque mondiale, a mis en place une politique de gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Cependant, sa mise en oeuvre s'est avérée difficile et parfois dysfonctionnelle. En mars 2012, un atelier national délibératif de trois jours, sollicité par l'Union européenne (ECHO) a donc été organisé pour échanger sur les acquis, limites et perspectives de renforcement de cette politique. L'atelier a regroupé 160 acteurs dont des chercheurs, humanitaires, décideurs politiques et techniques, élus locaux, représentants communautaires et intervenants sur le terrain. Plusieurs résultats de recherche (court métrage, notes de recherche et exposés) ont alimenté les échanges afin que les recommandations proposées soient appuyées par des données scientifiques. Étant donné l'ampleur de cet atelier, cette étude vise à décrire l'organisation et le déroulement de l'événement et à en évaluer l'utilité, telle que perçue par les participants. Les données proviennent d'entrevues (n=173 : avant l'atelier, n=45 : deux mois après l'atelier et n=22 : deux ans après l'atelier) avec une multitude de participants à différents moments du processus ainsi que de l'observation de l'atelier. Les résultats montrent que cet atelier a mené à quelques changements à court, moyen et long terme. Grâce à l'enthousiasme suscité par l'atelier, un comité de suivi s'est réuni à quelques reprises. Cependant, le comité a cessé de se réunir et cela a nui à l'application des recommandations issues de l'atelier délibératif. L'étude permet de relever les principaux défis qui ont entravé la mise en oeuvre de ces recommandations dans le contexte nigérien.

Mots-clés : Politique publique, gratuité des soins, processus délibératif, transfert de connaissances, utilisation des connaissances, Niger, Afrique de l'Ouest.



Cette oeuvre est mise à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons
Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International.

Renforcer la politique de gratuité des soins au Niger : bilan d'un atelier délibératif national novateur

1. Introduction

Depuis 2006, le Niger, à la suite d'une négociation avec la Banque mondiale, a mis en place une politique de gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans. Ce pays sahélo-saharien d'Afrique de l'Ouest présentait les indicateurs sanitaires les plus alarmants dans le monde (OMS, 2015). Cette politique visait à améliorer le recours au système de santé public en abolissant les frais aux usagers, comme d'autres pays l'ont expérimenté avec succès (Ridde et Morestin, 2011). Après plusieurs années, le Niger a constaté une meilleure fréquentation des centres de santé par les populations (Olivier de Sardan et Ridde, 2012 ; Lagarde, Barroy, et Palmer, 2012) et même des indicateurs de santé infantiles en amélioration (Amouzou, Habi, Bensaid, et Niger Countdown Case Study Working Group, 2012). Pourtant, malgré cet apparent succès, des difficultés majeures ont aussi été observées dans la mise en oeuvre de la politique : sous-financement, mécanisme très complexe de remboursement et retards importants, surcharge de travail du personnel, dysfonctionnement de la chaîne d'approvisionnement des médicaments, etc. (Ousseini, 2014 ; Diarra et Ousseini, 2014 ; Olivier de Sardan et Ridde, 2012 ; Kouanda, Ly, Bonnet, et Ridde, 2012). De plus, la politique de gratuité, ayant été « parachutée » de la présidence sans réelle concertation préalable avec les principaux acteurs de la mise en oeuvre, elle a suscité une certaine réticence chez la majorité des agents du ministère de la Santé, la plupart des hauts cadres et le personnel sur le terrain. Les difficultés mentionnées sont communes à toutes politiques de ce type en Afrique de l'Ouest (Ridde et Morestin, 2011 ; Ridde, Robert, et Meessen, 2012 ; Ridde, Queuille, Kafando, et Robert, 2012).

Pour trouver des solutions aux défis liés à la mise en oeuvre de la politique de gratuité, un atelier national a été organisé en mars 2012 par le gouvernement nigérien à la suite d'une proposition de chercheurs de l'Université de Montréal (Canada) et du bailleur de fonds européen des projets pilotes de l'Office Humanitaire de la Communauté Européenne (ECHO). Cette conférence de trois jours, sous forme de processus délibératif, a permis à 160 acteurs intéressés ou engagés dans la politique, et provenant de toutes les régions du pays et de tous les niveaux de la pyramide sanitaire, d'échanger sur les limites de la mise en oeuvre et les perspectives possibles pour renforcer cette politique. Cette démarche participative, mettant les chercheurs au coeur du processus, représente une innovation dans le contexte nigérien. Les échanges ont été alimentés par des résultats de recherche disponibles aujourd'hui dans plusieurs ouvrages (Diarra et Ousseini, 2014 ; Olivier de Sardan et Ridde, 2014 ; Olivier de Sardan et Ridde, 2015 ; Ridde et Olivier de Sardan, 2012) et présentés à l'époque.

Bien que cela constituait une innovation au Niger, le recours aux processus délibératifs est utilisé depuis la dernière décennie dans de nombreux pays pour inclure de nombreux acteurs dans la définition des politiques publiques en santé (Abelson et al., 2003 ; Degeling, Carter, et Rychetnik, 2015). Cela permet que les politiques soient légitimes, justifiées, crédibles et réalisables (Degeling et al., 2015 ; Solomon et Abelson, 2012). À partir de leurs travaux en Afrique, Lavigne Delville et Thieba (2015, 216) définissent les processus délibératifs comme : « *les espaces où des acteurs hétérogènes débattent sur des analyses et cherchent à faire valoir des positions et à élaborer des propositions* ». Les processus délibératifs sont généralement utilisés pour informer des enjeux publics controversés ou qui ne trouvent pas de consensus dans la société.

Deux approches sont souvent mentionnées dans la littérature lorsqu'il est question des processus délibératifs. La première approche délibérative, dite de gouvernance démocratique, vise à soutenir la participation citoyenne dans la prise de décision du gouvernement par différents moyens de consultation publique (Niemeyer, 2011 ; Fung, 2015 ; Pourtois, 2013). Par exemple, cette approche a pour objectif de prendre en compte les idées et les besoins du public dans les politiques afin d'assurer une prise de décision transparente et légitime (Gauvin, 2009). Notre étude

cadre davantage dans la seconde approche qui « conçoit les processus délibératifs comme un moyen de favoriser l'application des connaissances issues de la recherche » (Gauvin, 2009, p. 2). Dans ce cas, le processus vise à créer un pont entre la recherche et le monde de la prise de décision, interpréter les résultats de recherche à la lumière des connaissances tacites des acteurs d'une politique et coproduire des recommandations (ou orientations politiques) qui seront en partie basées sur la recherche. Le point commun entre les deux approches de processus délibératifs repose sur la concertation et le croisement des savoirs entre plusieurs individus impliqués ou qui seront affectés par une prise de décision (Gauvin, 2009).

Depuis l'arrivée de la démocratie néolibérale dans les années 1990 et la décentralisation dans la décennie qui a suivi, ces processus sont de plus en plus utilisés comme stratégie de transfert de connaissances (TC) pour favoriser l'utilisation de la recherche sur le continent africain (Moat, Lavis, Clancy, El-Jardali, et Pantoja, 2014 ; Uneke et al., 2015). Ils favorisent les interactions entre les décideurs et les chercheurs. Ce rapprochement est souvent identifié comme un facteur important de l'utilisation de la recherche dans les politiques (Campbell, 2010 ; Yehia et El-Jardali, 2015). De plus, les acteurs sont plus susceptibles d'accepter et d'appliquer les recommandations issues des délibérations puisqu'ils auront participé à leur définition. (Cluzeau, 2012 ; Culyer et Lomas, 2006).

Les résultats de recherche représentent souvent le point de départ et les délibérations permettent de contextualiser ces données grâce aux connaissances tacites des acteurs présents (FCRSS, 2006 ; Culyer et Lomas, 2006). Les processus délibératifs reconnaissent que la recherche n'est qu'un facteur qui influence les politiques. Une note de politique (*policy brief*) qui recense les données les plus récentes devrait être distribuée à l'avance (Boyko, Lavis et Dobbins, 2014).

Afin de connaître l'efficacité des processus délibératifs pour influencer la prise de décision, des évaluations sont nécessaires, mais elles restent rares (Boyko, Kothari et Wathen, 2016 ; Boyko et al., 2014 ; El-Jardali, Ataya, Jamal, et Jaafa, 2012). Quelques bénéfices aux processus délibératifs ont été identifiés : une augmentation des connaissances des participants sur les enjeux, une meilleure prise en compte des réalités du terrain dans les échanges (Boyko, Lavis, Abelson, Dobbins, et Carter, 2012 ; Lavigne Delville et Thieba, 2015), une meilleure gestion des divergences d'opinions entre les acteurs et la création d'une compréhension mutuelle de l'enjeu (Hunt et Littlewood, 2003 et Wade, 2004, cités dans Boyko et al., 2012).

2. Objectif, cadre conceptuel et méthode

L'objectif de cet article est d'abord de décrire l'organisation et le déroulement de l'atelier délibératif national organisé au Niger en 2012. Un autre objectif est d'évaluer son utilité en explorant notamment l'utilisation qu'ont faite les participants des connaissances acquises lors de l'atelier et plus largement le bilan qu'ils en tirent deux ans après son déroulement.

Le cadre d'analyse utilisé est celui de Boyko et al. (2012) qui énonce les éléments à évaluer lors d'un processus délibératif : 1) la présence d'un environnement approprié ; 2) l'utilisation de données scientifiques ; et, 3) la pluralité des participants. Les effets à court terme visent le renforcement des capacités des participants afin qu'ils puissent discuter de la question politique à l'ordre du jour. Ce renforcement des capacités se fait par le partage des informations disponibles et par la manière dont les délibérations se déroulent. Ce renforcement permet, à moyen terme, à une communauté/organisation de disposer d'un capital social, intellectuel et politique lui permettant de contribuer à l'amélioration d'une politique. Les effets à long terme sont observés par des changements dans les politiques publiques et éventuellement, par une amélioration de la santé des populations. Ce modèle a été choisi parce qu'il accorde une importance à l'apport des données probantes et aux considérations à prendre en compte dans l'organisation et l'évaluation des dialogues délibératifs. Les éléments contextuels (financier, humain, matériel, technique et politique) qui ont influencé la mise en oeuvre des recommandations issues de la conférence (Aaserud et al., 2005) sont également abordés.

Les données proviennent d'entretiens semi-directifs réalisés en trois étapes. La première s'est déroulée avant la tenue de la conférence et a consisté à mener 173 entretiens auprès des parties prenantes de la politique de gratuité. La deuxième étape a eu lieu deux mois après la conférence alors que 45 entretiens ont été effectués auprès d'un échantillon d'acteurs concernés. Finalement, la troisième s'est déroulée deux ans après la conférence auprès de 22 acteurs de la politique de gratuité. Les collectes ont été réalisées par deux chercheurs par itération en trois phases dans une perspective diachronique pré, pendant et post-conférence. Ce séquençage en phases avait deux buts : permettre aux chercheurs d'avoir du recul compte tenu de leur implication durant le processus et mieux saisir les répercussions possibles et la pertinence d'un processus délibératif de ce type dans un contexte africain. L'échantillonnage suit le principe de la diversification et différents types d'intervenants ont été sélectionnés : membres de la société civile, chercheurs, organismes d'appui au développement, décideurs, agents de mise en oeuvre (Blondiaux, 1991). Les acteurs interviewés avant et après sont tous impliqués directement ou indirectement dans la mise en oeuvre de la politique de gratuité. Tous les entretiens ont été enregistrés avec le consentement des interviewés, retranscrits intégralement et analysés avec le logiciel QDA Miner. Une analyse de contenu (Negura, 2006) a été réalisée en débutant par la classification des données, le codage et en terminant par une analyse thématique.

Tableau 1. Répartition des répondants selon leur statut et le moment de l'entretien.

	Pré-conférence	2 mois après la conférence	Post-conférence (deux ans après)
Agents de mise en oeuvre	77	11	4
Décideurs	37	12	8
Partenaires techniques et financiers	41	14	5
Société civile	18	8	5
Total	173	45	22

3. Résultats

3.1. Organisation et déroulement de l'atelier national délibératif

3.1.1. La genèse

L'idée de cet atelier découle des recherches réalisées par des chercheurs de l'Université de Montréal, mandatés par ECHO, pour étudier les goulots d'étranglement de la politique de gratuité de soins mise en place au Niger en 2006 (Moha et Ridde, 2014). Compte tenu de l'important corpus de recherche montrant les difficultés de mise en oeuvre de la politique, ils ont jugé important de réunir tous les acteurs pour en débattre et tenter de trouver des solutions aux difficultés relevées par les études. Certains acteurs (responsables du ministère de la Santé et quelques ONG) ne voulaient pas admettre publiquement les difficultés autant organisationnelles que financières de la politique. Ces réticences avaient plusieurs origines dont la peur de les rendre publiques et le caractère exogène de l'idée de la conférence.

« Cette conférence, c'est l'affaire des chercheurs du LASDEL¹, il ne faudra pas les laisser venir nous faire des débats académiques, stériles sans intérêt. Nous connaissons tous les problèmes, ils n'ont qu'à nous laisser gérer notre affaire » (Un agent plaidoyer d'un ONG au cours d'une réunion de préparation).

Le fait qu'un chercheur du LASDEL, laboratoire nigérien de recherche en sciences sociales connu pour ses analyses sans concession, s'est retrouvé dans l'organisation de la conférence a fait peur aux agents du ministère de la Santé publique. Cette institution travaille depuis plus d'une dizaine d'années sur des sujets délicats et suscite des débats publics qui sont perçus par plusieurs acteurs de dévoilement des dysfonctionnements des

¹Le LASDEL est le Laboratoire d'Études et de Recherche sur Les Dynamiques Sociales et le Développement Local. Il a été créé par des chercheurs nigériens et béninois qui mènent des travaux qualitatifs à base empirique (enquêtes de terrain de type socio-anthropologique).

administrations nigériennes. Pour certains acteurs, la conférence n'est pas souveraine, car elle a été poussée de l'extérieur, par ECHO, à travers l'Université de Montréal.

Les acteurs du terrain et quelques cadres du niveau national décriaient quant à eux les problèmes vécus sur le terrain. Étant donnée l'accumulation des problèmes dans la mise en oeuvre durant les cinq dernières années, l'atelier arrivait au moment opportun pour provoquer un changement (Moha et Ridde, 2014). De plus, des connaissances issues de la recherche étaient maintenant disponibles.

Six mois de préparation ont été nécessaires pour faire adhérer tous les acteurs au projet. Les démarches ont débuté le 10 juillet 2011 et ont rencontré plusieurs blocages, tant au niveau du ministère de la Santé que de celui des Finances. Plusieurs cadres du ministère de la Santé ne voulaient pas s'engager car ils estimaient que cette conférence n'était pas souveraine. Une rencontre privée avec le ministre de la Santé s'est imposée et a été déterminante pour le déblocage de la situation. Il a donné l'ordre à ses collaborateurs d'avancer dans l'organisation. De leur côté, les ONG internationales et les partenaires techniques et financiers (PTF) ont adhéré immédiatement au projet (Moha et Ridde, 2014). Un comité de préparation a été mis sur pied le 21 novembre par arrêté ministériel et installé le 7 décembre grâce à l'intervention du ministre en novembre 2011. Cependant, certains acteurs du comité ont tenté de contrôler certains aspects de l'organisation tels le contenu des exposés, le choix des présentateurs/animateurs, les informations partagées sur l'audit financier de la politique et le contenu du court métrage diffusé en introduction de l'atelier. Malgré ces difficultés, l'organisation de l'atelier a respecté les caractéristiques clés des processus délibératifs relevées plus tôt. Au total, 160 personnes ont participé à l'atelier.

3.1.2. Le déroulement de l'atelier

Sur le plan financier, 63 251 euros ont été octroyés par ECHO, et l'UNICEF a aussi contribué à l'organisation. L'État a fourni les ressources humaines nécessaires. Trois consultants possédant une expertise en matière de politiques de gratuité en Afrique de l'Ouest et d'organisation d'un tel processus ont été recrutés. Ils ont été les principaux responsables de la préparation de la conférence.

À l'ouverture de l'atelier, un court métrage a présenté les faits entourant la mise en oeuvre de la politique. Les notes de politiques préparées par les chercheurs et certaines ONG ont été distribuées le premier jour. Par la suite, se sont succédés 16 exposés de chercheurs, techniciens du ministère de la Santé publique, PTF et intervenants concernés portant sur le financement de la politique, sa gestion et l'accès aux médicaments. Après chaque thématique, des discussions en plénière avec les participants ont été engagées. Finalement, des travaux de groupe (de 15 à 17 personnes) ont permis d'élaborer des propositions aux décideurs.

L'atelier s'est conclu par l'élaboration de 28 recommandations réparties en cinq axes : financement, remboursement des arriérés, gestion de la politique de gratuité, réforme du secteur pharmaceutique et mise en place d'un comité de suivi. Les participants ont proposé la création d'un comité de suivi des recommandations. Une feuille de route qui intégrait un plan d'action a été élaborée et un budget pour sa mise en oeuvre a également été programmé. Ce comité de suivi était constitué de 15 personnes représentant les principales structures impliquées dans la politique de gratuité.

3.2. Utilité perçue de l'atelier deux ans après sa réalisation

Les entretiens ont permis d'évaluer l'appréciation qu'avaient les participants de l'atelier deux ans après son déroulement et notamment de l'utilisation à court, moyen et long terme qu'ils avaient fait des connaissances produites lors de cette rencontre.

3.2.1. Utilisation des connaissances à court terme

La conférence a permis de présenter les difficultés entourant la mise en oeuvre de la politique de façon transparente. À la fin des deux journées d'atelier, les participants étaient ainsi sensibilisés aux différents enjeux liés à la gratuité dans le pays tels que les enjeux liés aux difficultés de financement des services de la gratuité, à l'établissement des factures, ou au suivi des prestations des Centres de Santé intégrée (CSI). Les retombées

positives de la gratuité des soins sur les bénéficiaires ont également été évoquées. L'atelier a donc permis à tous les participants d'avoir accès aux mêmes informations et au même état de fait sur la politique. L'ensemble des personnes interrogées ont souligné que l'atelier a été très utile et a permis de mettre en exergue les difficultés de mise en oeuvre : « *Au cours de cette conférence, nous avons vu pourquoi la gratuité de soins ne marchait pas et comment faire pour qu'elle marche* » (Acteur de la société civile).

Les présentations réalisées pendant la conférence portaient sur des recherches scientifiques abordant différents aspects de la mise en oeuvre et des effets de la gratuité au Niger. Ces résultats de recherche produits localement ont été présentés pour approfondir les discussions. Ces communications ont été prononcées par des représentants d'instituts de recherche renommés (l'Université de Montréal et le Laboratoire d'Études et Recherche sur les Dynamiques sociales et le Développement local [LASDEL]). Les données scientifiques portaient entre autres sur : « *L'après-recouvrement des coûts ?* » (communication présentée par Jean-Pierre Olivier de Sardan, chercheur au LASDEL), « *De la gestion des produits pharmaceutiques à la qualité des soins en contexte de gratuité* » (communication présentée par Aissa Diarra, chercheuse au LASDEL), « *les effets des politiques de gratuité* » (communication présentée par Valéry Ridde, professeur à l'Université de Montréal), etc. Toutes ces communications étaient tirées de recherches qui avaient été soumises pour publication ou déjà publiées sous forme de chapitres d'ouvrage et d'articles scientifiques.

Les recommandations issues de l'atelier ont été jugées très pertinentes par l'ensemble des répondants. Elles ont notamment contribué à remettre en question le leadership :

« *Les recommandations en tant que telles sont justifiées et pertinentes. (...) L'une des recommandations majeures, c'était de faire en sorte que l'État prenne le leadership de la politique de gratuité pour améliorer la mise en oeuvre* » (PTF).

Certains PTF jugent très pertinente la recommandation portant sur la recherche des nouvelles sources financières pour garantir le financement de la gratuité des soins.

« *En l'espace d'un mois et demi, plus de deux milliards de FCFA² sont mobilisés pour permettre à l'équipe nationale de football de participer à la coupe d'Afrique des Nations. Donc, je pense que la même chose peut s'appliquer au niveau de la gratuité des soins* » (PTF).

3.2.2. Utilisation des connaissances à moyen terme

La majorité des acteurs des ONG et des PTF rapportent avoir utilisé les recommandations pour des plaidoyers et que cela a contribué aux réflexions politiques sur la gratuité des soins. Par exemple, quelques PTF les ont utilisées pour influencer le législateur du Niger à rehausser le budget de la santé :

« *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* » (Agent de plaidoyer, PTF).

Aussi, d'autres PTF soulignent les avoir utilisées pour inciter certains partenaires financiers du Niger à soutenir la politique de gratuité :

« *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). L'Agence Française de Développement qui se retirait de plus en plus du financement de la politique de gratuité est revenue à travers l'Initiative Santé Solidarité Sahel (ISS³)* » (Chargé de plaidoyer, PTF).

² Le franc CFA (Communauté financière africaine) est la monnaie des pays de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique centrale créée en 1945.

³ Il s'agit d'un projet de renforcement de la couverture universelle en soins financé par l'État français à partir de la taxe de transaction financière. Dans le cadre de ce projet qui couvre quatre pays (le Mali, le Niger, le Tchad et le Sénégal), l'option choisie par les autorités sanitaires nigériennes consistait à renforcer le système de gratuité de soins à travers la déconcentration du remboursement, la création d'un système simple et pérenne de gestion de la gratuité et la mise en place d'un fonds social santé.

Enfin, selon certains PTF, l'atelier 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.

Quant aux acteurs de la société civile, certains disent avoir utilisé les recommandations pour contribuer aux discussions nationales sur l'élaboration d'une politique sociale afin d'améliorer les services sociaux.

3.2.3. Utilisation des connaissances à long terme

Selon les interviewés, certaines recommandations issues de l'atelier ont inspiré la prise de décisions politiques, dont le remboursement aux Centres de Santé intégrée (CSI) de certaines factures impayées. De plus, l'amélioration de quelques pratiques reliées à la politique a été observée. Certains PTF affirment avoir appliqué la recommandation relative à l'insertion du coût de la contribution en médicament dans le budget global de la gratuité. Quelques PTF soulignent être dans un processus d'évaluation des coûts réels du traitement des enfants tel que suggéré lors de l'atelier.

Des intervenants soulignent que les recommandations ont permis de mener des réflexions sur d'éventuelles améliorations sur le terrain, au niveau des CSI. Quelques agents des organismes d'appui au développement et des CSI ont en effet rapporté l'introduction d'une nouvelle façon d'établir les factures de la gratuité, le suivi des prestations des CSI et 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. En effet, quelques agents des CSI soulignent avoir amélioré certaines procédures de gestion :

« 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 au niveau des points focaux de participation communautaire dans chaque district. Avant cela n'existait pas. Et, qui aujourd'hui, chaque fin de mois, ils produisent des factures de remboursement » (CSI Yantalla, Niamey).

Les agents des centres de santé ont confié aussi que l'après-conférence a fortement incité le gouvernement et ses partenaires au développement à doter le système de gratuité des soins des produits pharmaceutiques nécessaires à son fonctionnement et sa continuité. C'est le cas des contraceptifs et des médicaments contre le paludisme.

Quelques techniciens du ministère de la Santé publique soulignent la prise en compte par le ministère de la recommandation sur la nécessité de clarifier la situation des dépenses du service de la gratuité, dont les arriérés non payés. Cela a permis aux décideurs de connaître le montant global non remboursé.

« Une commission paritaire comprenant les agents du ministère de la Santé et ceux des Finances a été mise sur pied. Elle a travaillé pendant plus d'un mois et a trouvé un consensus sur le montant réel, global à rembourser » (Un agent du ministère des Finances).

Certains effets inattendus de la conférence ont également été observés dont l'introduction d'un bonus, par certains PTF, pour encourager l'État à rembourser les factures de la gratuité :

« Après la conférence, il faut noter le système de bonus. En fait, l'Union européenne a mis en place des indicateurs de bonne gouvernance (paiement des factures de la gratuité). Par exemple, si en 2014, l'État s'engage à rembourser 80 % des montants mandatés, l'Union européenne accordera des bonus au gouvernement en cas de respect de cet engagement pris » (Technicien, Trésor national).

Certains acteurs de la société civile et PTF soulignent que les conclusions de la conférence restent une source d'inspiration dans les discussions en cours sur la pérennisation de la gratuité et toute question relative à la santé au Niger.

« C'est vrai qu'il y a des difficultés pour mettre en oeuvre 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» (PTF).

3.3. Un bilan qui reste malgré tout décevant

Malgré les effets positifs mentionnés, l'atelier n'a pas eu, selon les personnes interrogées, l'impact attendu qui était de remédier aux difficultés de mise en oeuvre de la politique. Les interviewés s'accordent pour dire qu'il n'y a pas eu suffisamment de diffusion des recommandations issues de la conférence. Selon eux, les techniciens du ministère de la Santé publique n'ont pas mis en place une stratégie d'appropriation de ces recommandations pour les acteurs de la politique de gratuité des soins.

Par ailleurs, l'ensemble des interviewés pense que le comité de suivi n'a pas fonctionné comme prévu. Selon un agent du ministère de la Santé, le comité s'est réuni cinq fois dans les mois qui ont suivi l'atelier pour réfléchir aux façons de mobiliser l'État dans le renforcement de la politique.

Cependant, cette mobilisation n'a pas perduré. Certains interviewés, notamment de la société civile, pensent que l'absence de budget de fonctionnement pour ce comité a été la raison principale de l'échec du comité de suivi. Selon certains techniciens du ministère de la Santé publique, l'inactivité du comité s'explique plutôt par l'absence d'indemnité pour ses membres.

La plupart des enquêtés soulignent que les moyens financiers, techniques, humains et matériels déployés pour l'application des recommandations n'étaient pas suffisants. Un ancien membre de la « cellule de la gratuité » constate une diminution du personnel chargé de la gestion de la 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. Le peu de moyens matériel et humain qu'on avait aussi s'est effrité » (Ancien cadre de la cellule de la gratuité, ministère de la Santé publique).

Un technicien du ministère des Finances souligne que le manque d'encadrement technique (ex. : gestion budgétaire et procédure des dépenses publiques) constitue un obstacle majeur à la mise en oeuvre de la politique de gratuité.

Selon certains techniciens du ministère de la Santé, il y a un manque de volonté chez les décideurs à dégager des moyens financiers nécessaires à une réalisation effective des recommandations.

Par contre, certains acteurs de la société civile estiment qu'une résistance manifeste contre le principe de la gratuité des soins perdure. Selon eux, l'échec de l'application des conclusions de l'atelier s'explique en grande partie par la non-adhésion de certains agents du ministère au concept de gratuité.

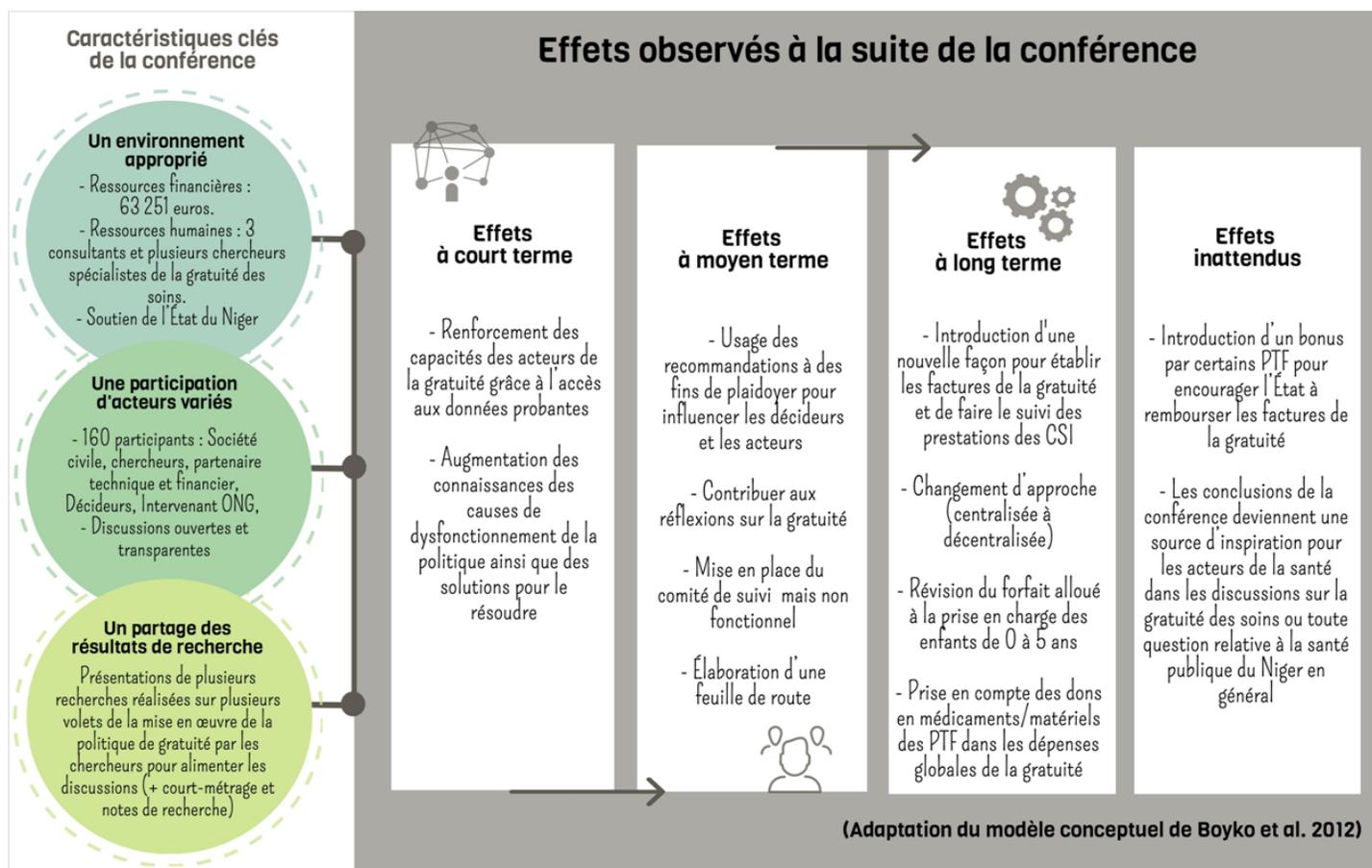
« Tout le problème qui se pose, il faut savoir que, nous avons une résistance permanente du début à la fin aujourd'hui des agents au niveau national sur la politique. Le problème de la politique de gratuité des soins, c'est un problème de non-adhésion des acteurs de la santé » (Acteur de la société civile, membre du comité de suivi).

Plusieurs interviewés, en particulier les PTF et acteurs de la société civile, pensent que la corruption bouleverse le financement de la santé. Ils soulignent le cas du 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.

L'insécurité qui menace le Niger a conduit le gouvernement à augmenter le budget de l'armée au détriment des autres secteurs de développement comme la santé. 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 affectés pour la défense contre approximativement 7 milliards pour la gratuité des soins, puis 71 milliards pour la défense en 2014 contre 8 milliards pour la gratuité (Loi de finances 2012, 2013, 2014). Cette insécurité est causée par les actes terroristes perpétrés dans les pays limitrophes notamment au nord du Mali, le conflit armé en Libye et les attaques de « Boko Haram » au Nigeria :

« (...) Il faut acheter des armes pour que le Niger continue d'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 » (Ministère des Finances).

La figure 1 résume les résultats selon les différentes composantes du modèle conceptuel de Boyko et al. (2012) :



4. Discussion

La participation active de toutes les parties prenantes de la politique de gratuité des soins, tout comme le climat d'ouverture lors des délibérations, représente un élément positif indéniable de l'atelier. La participation des chercheurs qui ont produit des réflexions scientifiques critiques autour de la mise en œuvre a également été très appréciée. Ces éléments cadrent bien avec les caractéristiques principales d'un processus délibératif : un environnement approprié aux délibérations, des acteurs diversifiés et des données de recherche (Boyko et al., 2012).

Les participants affirment avoir accumulé des informations pertinentes sur la politique de gratuité. À court terme, la conférence a contribué à améliorer la compréhension qu'ont les participants des défis liés à la mise en œuvre de la politique (Moha et Ridde, 2014). Ceci confirme qu'un processus délibératif permet un renforcement des capacités afin que les acteurs puissent être en mesure de discuter de l'enjeu (Boyko et al., 2012). Abelson et Gauvin (2006) soulignent aussi que la plupart des recherches empiriques menées sur l'évaluation des effets des processus délibératifs montrent une augmentation des niveaux d'intérêt et de connaissances des enjeux publics.

Certains participants ont vu leurs capacités d'influence et de mobilisation renforcées. Des organismes d'appui au développement ont utilisé les conclusions de l'atelier pour démontrer la légitimité de la politique de gratuité et mobiliser des acteurs clés tels que l'Agence Française de Développement à réintervenir dans cette politique. Ces résultats confirment qu'à moyen terme, un processus délibératif permet le renforcement des capacités d'une communauté/organisation à disposer d'un capital social, intellectuel et politique suffisant pour contribuer à l'amélioration d'une politique (Wade, 2004). Le processus permet aussi aux participants d'engager les décideurs publics et les fonctionnaires dans un dialogue politique concerté (Smith, 2003). Les conclusions des délibérations ont constitué une source de mobilisation des premiers responsables politiques du Niger, particulièrement le premier ministre, pour soutenir la gratuité des soins. Par exemple, sous le leadership du ministère de la Santé publique, les organismes d'appui au développement, comme l'AFD, l'UNICEF, ECHO et plusieurs autres, ont fédéré les parties prenantes de la politique autour du comité technique et du comité de pilotage de la gratuité qui a été jumelé à celui de l'Initiative Santé Solidarité Sahel (ISS). L'élaboration du projet pilote de cette dernière est financée par l'Agence Française de Développement à hauteur de 6 millions d'euros. Ce projet vise à renforcer et à pérenniser la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans dans une région pilote (AFD, 2016). Dans le bilan de l'ISS, l'AFD cite la conférence nationale comme une des « initiatives destinées à réformer en profondeur le système ». À travers ce projet, elle se positionne en tant qu'actrice visant à mettre en oeuvre les recommandations de la conférence nationale de la gratuité des soins. « Le projet ISS vient soutenir cette dynamique de réforme du dispositif de gratuité pour les enfants et femmes enceintes » (AFD, 2016, p. 7⁴).

À plus long terme, les résultats indiquent l'application de certaines recommandations issues de l'atelier. Les organismes internationaux de développement sont dans un processus de calcul du coût réel de leur contribution en médicaments et celui du traitement d'un enfant malade tel que suggéré lors de la conférence. Ces actions auront certainement des impacts positifs sur la santé des enfants de 0 à 5 ans et des femmes enceintes puisque des recherches ont montré que la gratuité, avec la lutte contre la malnutrition et contre le paludisme, pouvait y contribuer de manière importante au Niger (Amouzou et al, 2012).

Pourtant l'analyse montre aussi que même si les connaissances issues de l'atelier sont pertinentes, elles n'ont pas été suffisamment diffusées et le comité de suivi n'a pas fonctionné. Plusieurs obstacles à l'utilisation des connaissances sont reconnus dans la littérature. Quelques facteurs relevés par une synthèse exploratoire dans les pays à faible et moyen revenu (Siron, Dagenais, et Ridde, 2015) s'appliquent au cas de l'atelier au Niger : un manque de contacts réguliers entre les différents acteurs responsables d'une intervention, une stratégie de transfert des connaissances trop courte ou intensive, une résistance au changement/manque de motivation des acteurs pour utiliser les connaissances, des croyances/pratiques culturelles contraires aux recommandations proposées, une inaccessibilité aux ressources nécessaires pour appliquer les recommandations, etc. Pour pallier certains de ces obstacles, l'utilisation d'un courtier de connaissances pour accompagner les acteurs à la suite d'activités de transfert de connaissances aurait pu être une option, elle a notamment été utilisée au Burkina Faso pour favoriser l'utilisation des résultats de recherche (Dagenais, Somé, Boileau-Falardeau, Mc Sween-Cadieux, et Ridde, 2015). Un courtier est un intermédiaire entre la recherche et la pratique. Il permet donc de créer des opportunités d'échange et de rencontre entre différents acteurs, et d'offrir un accompagnement au changement (Van Kammen, de Savigny, et Sewankambo, 2006).

Cependant, cette expérience montre que même si les connaissances sont jugées pertinentes par l'ensemble des acteurs qui estiment que le dialogue délibératif a été réussi, le contexte de mise en oeuvre autant national qu'international est plutôt défavorable pour une prise en compte des conclusions issues de ce dialogue. En effet, l'arrestation de certains acteurs membres du comité de suivi a constitué un obstacle à la réalisation des recommandations. Ces acteurs étaient accusés de détournement des fonds de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) accordés au Niger. À cela, il faut ajouter l'orientation des efforts des décideurs politiques vers la lutte contre le terrorisme au détriment de la santé. La décapitation de la cellule gratuité de soins et son ancrage dans la division financement de la santé ont également contribué à la non réalisation des

4 Deux programmes de recherche, l'un conduit par les chercheurs du LASDEL sur l'émergence, la formulation et la mise en œuvre de cette expérience pilote et l'autre piloté par une équipe internationale comprenant les chercheurs de l'IRD, de l'Université de Montréal et du LASDEL documentent les effets du projet, l'acceptation sociale, la pérennisation et les conditions de mise à échelle.

recommandations de la conférence. Il ya également la rotation des responsables techniques au niveau du ministère de la Santé publique de 2012 à 2017 ; le ministère a connu trois directeurs des études et programmations, trois secrétaires généraux et quatre ministres de la Santé. L'étude révèle que les décideurs ont davantage orienté les dépenses publiques pour le maintien de la sécurité que pour les autres secteurs dont la santé et la gratuité des soins. Des facteurs externes, comme l'insécurité marquée par les conflits armés au Mali, en Libye et au Nigeria, mais aussi plusieurs facteurs internes tels que l'instabilité politique (multiples grèves de fonctionnaires, surtout ceux des régies financières et de la santé, mise en place d'une crise politique interne permanente, etc.), l'absence de volonté politique et technique, la corruption et l'absence de primes aux membres du comité de suivi peuvent également expliquer les effets limités de l'atelier. À propos de l'absence de primes pour le comité de suivi, cela est un phénomène récurrent en Afrique. Bien que considéré comme une source de motivation, le per diem a souvent un impact négatif sur les initiatives de développement (Ridde, 2012). Comme dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest, « les multiples ateliers sont en effet des sources de rente (honoraires pour les facilitateurs) et de nombreux agents de l'État cherchent à se faire recruter pour les animer » (Delville Delville et Thieba, 2015, p. 228). L'étude confirme en outre le rôle des idées dans la mise en oeuvre des politiques publiques (Béland et Cox, 2011), notamment celles des professionnels de santé concernant l'instrument de gratuité des soins en Afrique de l'Ouest (Béland et Ridde, 2016 ; Ridde et Samb, 2015). La prévalence de leur perception négative à ce sujet a certainement été un facteur contraignant de la suite de la conférence.

Ainsi, lorsqu'une intervention comme une conférence nationale est implantée, le contexte doit être analysé en profondeur pour comprendre comment il peut influencer la mise en oeuvre et les effets possibles (Shoveller et al., 2015). Plusieurs éléments contextuels (aspects culturel, économique et politique) doivent donc être mieux pris en compte lors de l'organisation d'activités de TC comme cet atelier délibératif (Siron et al., 2015).

De plus, influencer la prise de décision politique à l'aide des résultats de recherche représente un défi connu en Afrique de l'Ouest (Dagenais et al., 2015 ; D'Ostie-Racine, Dagenais, et Ridde, 2016). De récentes études au Burkina Faso démontrent qu'une analyse des réseaux d'acteurs est primordiale lorsqu'on vise une utilisation de la recherche (Shearer, Dion, et Lavis, 2014). Shearer (2015) évoque le fait que bien que les partenaires au développement aient une position stratégique et des connexions politiques, les acteurs au sein du ministère ont plus d'influence sur la prise de décision. Ces éléments représentent des pistes importantes pour l'organisation de futurs ateliers délibératifs.

L'une des limites de l'évaluation des effets de l'atelier est l'absence de la prise en compte des perceptions des bénéficiaires des soins, mais on doit noter qu'ils n'étaient pas véritablement impliqués dans la conférence, sauf par leur intermédiaire, ce qui est aussi une limite à ce type d'atelier. L'analyse des effets directs de ce processus n'était pas dans notre agenda. Une étude incluant, en plus du groupe de participants à l'atelier, un groupe témoin constitué de parties prenantes n'ayant pas assisté à l'atelier aurait permis de mesurer cet effet direct.

Malgré ces limites, le fait de suivre la réalisation d'un processus délibératif avant, pendant et après celui-ci en contexte africain est inédit et l'étude a permis, grâce à ce dispositif méthodologique, de mettre en lumière des résultats intéressants. La prise en compte de la perception d'acteurs internationaux et régionaux qui se sont impliqués dans le processus de préparation du processus délibératif portant sur la gratuité des soins au Niger est un atout supplémentaire. Cette démarche a donc permis de porter un regard global sur l'ensemble du processus.

Pour des recherches futures, il serait en outre pertinent d'analyser le processus sous un angle micro (narratif de différents parcours de soin par exemple). D'un point de vue macro, une étude comparative sur les processus délibératifs dans les politiques publiques avec d'autres pays de la sous-région comme le Mali ou le Burkina Faso, par exemple, pourrait également s'avérer utile. Au niveau national, une comparaison dans d'autres domaines que celui de la gratuité des soins comme l'éducation, par exemple, permettrait également de mieux saisir les implications d'un processus délibératif sur les politiques publiques en contexte nigérien. Une étude sur ce qu'il advient des recommandations des processus délibératifs, afin d'analyser la prise de décision de mettre en oeuvre ou pas des recommandations, serait un atout précieux.

5. Conclusion

La tenue d'un atelier comprenant des délibérations représente une approche innovante en Afrique, et cela a permis, à certains égards, de rapprocher certains acteurs clés de la politique de gratuité des soins au Niger. Malgré les retombées décevantes de cette conférence nationale, des efforts pour reproduire et analyser ce format d'activités de TC sont nécessaires. Cette étude montre que les facteurs en lien avec le contexte économique et sociopolitique sont importants à analyser et à prendre en compte dès le début de l'organisation d'une telle démarche. L'étude rappelle également que la planification du suivi post-atelier doit être envisagée dès le départ. Les futures évaluations d'ateliers délibératifs devraient inclure des informations sur le processus et les choix qui ont été faits afin de mieux guider l'organisation.

RÉFÉRENCES

- 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.
- Abelson, J., Forest, P. G., Eyles, J., Smith, P., Martin, E., et 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. P. (2006). Assessing the impacts of public participation: Concepts, evidence and policy implications. Ottawa: *Canadian Policy Research Networks*.
- Agence Française de Développement [AFD] (2016). Initiative Solidarité Santé Sahel au service de la couverture universelle en santé. Récupéré le 27 juin 2017 de : <http://www.afd.fr/home/pays/afrique/geo-afr/portail-niger/nos-projets/santeNiamey>, AFD.
- 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.
- Béland, D., et Cox, R. H. (dir.). (2011). *Ideas and Politics in Social Science Research*. New York: Oxford University Press.
- Béland, D., et Ridde, V. (2016). Ideas and Policy Implementation: Understanding the Resistance against Free Health Care in Africa. *Global Health Governance*. 10(3).
- 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.
- Boyko, J. A., Kothari, A., et Wathen, C. N. (2016). Moving knowledge about family violence into public health policy and practice: a mixed method study of a deliberative dialogue. *Health research policy and systems*, 14(1), 1.
- 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.
- Boyko, J. A., Lavis, J. N., et Dobbins, M. (2014). Deliberative Dialogues as a Strategy for System-Level Knowledge Translation and Exchange. *Healthcare policy = Politiques de santé*, 9(4), 122-131.
- Campbell, S. (2010). Deliberative priority setting. Ottawa, Canada: *Canadian Institutes of Health Research (CIHR)*.

- Cluzeau, F., Wedzicha, J. A., Kelson, M., Corn, J., Kunz, R., Walsh, J., et Schünemann, H. J. (2012). Stakeholder involvement: how to do it right: article 9 in integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report. *Proceedings of the American Thoracic Society*, 9(5), 269-273.
- Culyer, A. J., et Lomas, J. (2006). Deliberative processes and evidence-informed decision making in healthcare: do they work and how might we know? *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 2(3), 357-371.
- Dagenais, C., Somé, T. D., Boileau-Falardeau, M., Mc Sween-Cadieux, E., et Ridde, V. (2015). Collaborative development and implantation of a knowledge brokering program to promote research use in Burkina Faso, West Africa. *Global health action*, 8(1). 26004.
- Degeling, C., Carter, S. M., et Rychetnik, L. (2015). Which public and why deliberate? A scoping review of public deliberation in public health and health policy research. *Social Science & Medicine*, 131, 114-121.
- Diarra, A., et Ousseini A. (2014). Les stratégies d'adaptation des agents de première ligne en contexte de gratuité au Niger. Dans Olivier de Sardan, J. P., 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, Éditions Karthala.
- D'Ostie-Racine, L., Dagenais, C., et Ridde, V. (2016). A qualitative case study of evaluation use in the context of a collaborative program evaluation strategy in Burkina Faso. *Health Research Policy and Systems*, 14(1), 1.
- El-Jardali, F., Ataya, N., Jamal, D., et Jaafar, M. (2012). A multi-faceted approach to promote knowledge translation platforms in eastern Mediterranean countries: climate for evidence-informed policy. *Health Research Policy and Systems*, 10(1), 1.
- FCRSS (2006). Les données probantes dans la balance : Pour un pilotage éclairé par les données probantes précis, réalisable et acceptable. Récupéré le 25 mai 2017 de : http://www.cfhi-fcass.ca/migrated/pdf/weighing_up_the_evidence_f.pdf
- Fung, A. (2015). Putting the public back into governance: The challenges of citizen participation and its future. *Public Administration Review*, 75(4), 513-522.
- Gauvin, F., P. (2009). Qu'est-ce qu'un processus délibératif?. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. Récupéré le 3 juillet 2017 du site de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1192_ProcessusDeliberatif.pdf
- Kouanda S., Ly A., Bonnet E. et Ridde V (2012), « La charge de travail du personnel de santé face à la gratuité des soins au Burkina Faso », *Afrique contemporaine*, 2012/3 N° 243, 104-105.
- Lavigne Delville, P., et Thieba, D. (2015). Débat public et production des politiques publiques au Burkina Faso : la politique nationale de sécurisation foncière. *Participations*, (11), 213-236.
- 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.
- Lavis, J. N., Boyko, J. A., Oxman, A. D., Lewin, S., et Fretheim, A. (2009). SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 14: Organising and using policy dialogues to support evidence-informed policymaking. *Health Research Policy and Systems*, 7(Suppl 1), S14
- 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.
- Moha, M., et Ridde, V. (2014). La conférence nationale sur la gratuité des soins au Niger : des interactions nécessaires. Dans Olivier de Sardan, J. P. et Ridde, V. (dir.), *Une politique publique de santé et ses contradictions : La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger* (p. 383-402), Paris, Éditions Karthala.

- Negura, L. (2006). L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. *Sociologie S.*
- Niemeyer, S. (2011). The emancipatory effect of deliberation: empirical lessons from mini-publics. *Politics & Society*, 39(1), 103-140.
- Olivier de Sardan, J. P., et 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.
- Olivier de Sardan, J. P., et Ridde, V. (2014). *Une politique publique de santé et ses contradictions : la gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*. Paris, Éditions Karthala.
- Olivier de Sardan, J. P., et Ridde, V. (2015) User fee exemption policies. *BMC Health Services Research*, 2015, 15 (Suppl 3).
- Organisation mondiale de la santé [OMS] (2015). Stratégie de coopération de l'OMS avec le Niger 2009-2015, Bureau de la Représentation au Niger. Récupéré le 27 juin 2017 de : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250676/1/ccs_ner_2009_2015_fr.pdf
- Ousseini A. (2014). Émergence, formulation et financement de la politique d'exemptions de paiement des soins au Niger. Dans Olivier de Sardan, J. P., et Ridde, V. (dir.), *Une politique publique de santé et ses contradictions : La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger* (p. 115-140), Paris, Éditions Karthala.
- Pourtois, H. (2013). Mini-publics et démocratie délibérative. *Politique et Sociétés*, 32(1), 21-41.
- Ridde, V. (2012). Réflexions sur les per diem dans les projets de développement en Afrique. *Bulletin de l'APAD*, 34-36.
- Ridde, V., et Morestin, F. (2011). A scoping review of the literature on the abolition of user fees in health care services in Africa. *Health policy and planning*, 26(1), 1-11.
- Ridde, V., et Olivier de Sardan, J. P. (2012). Dossier « gratuité des soins : une évaluation des politiques publiques ». *Afrique contemporaine*, (243), 13-109.
- Ridde, V., Queuille, L., Kafando, Y., et Robert, É. (2012). Transversal analysis of public policies on user fees exemptions in six West African countries. *BMC health services research*, 12(1), 1.
- Ridde, V., Robert, E., et Meessen, B. (2012). A literature review of the disruptive effects of user fee exemption policies on health systems. *BMC Public Health*, 12(1), 289.
- Ridde, V., et Samb, O. (2015). Des politiques de gratuité confrontées aux idées pro-paiement des médicaments en Afrique de l'Ouest. Dans Egrot, M., et Desclaux, A. (dir.), *Anthropologie du médicament au Sud : la pharmaceuticalisation à ses marges* (p. 95-110). Paris : Éditions de l'IRD.
- Shearer, J. C. (2015). Policy entrepreneurs and structural influence in integrated community case management policymaking in Burkina Faso. *Health policy and planning*, 30(suppl 2), ii46-ii53.
- Shearer, J. C., Dion, M., et Lavis, J. N. (2014). Exchanging and using research evidence in health policy networks: a statistical network analysis. *Implementation Science*, 9(1), 126.
- Shoveller, J., Viehbeck, S., Di Ruggiero, E., Greyson, D., Thomson, K., et Knight, R. (2015). A critical examination of representations of context within research on population health interventions. *Critical Public Health*, 1-14.
- Siron, S., Dagenais, C., et Ridde, V. (2015). What research tells us about knowledge transfer strategies to improve public health in low-income countries: a scoping review. *International journal of public health*, 60(7), 849-863.
- Smith, B. L. (2003). Public policy and public participation engaging citizens and community in the development of public policy. *Health Canada*.

Solomon, S., et Abelson, J. (2012). Why and when should we use public deliberation? *Hastings Center Report*, 42(2), 17-20.

Uneke, C. J., Ezeoha, A. E., Uro-Chukwu, H., Ezeonu, C. T., Ogbu, O., Onwe, F., et Edoga, C. (2015). Promoting Evidence to Policy Link on the Control of Infectious Diseases of Poverty in Nigeria: Outcome of A Multi-Stakeholders Policy Dialogue. *Health promotion perspectives*, 5(2), 104.

Van Kammen, J., de Savigny, D., et Sewankambo, N. (2006). Using knowledge brokering to promote evidence-based policy-making: the need for support structures. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(8), 608-612.

Wade, S. O. (2004). Using intentional, values-based dialogue to engage complex public policy conflicts. *Conflict Resolution Quarterly*, 27(3), 361-379.

Yehia, F., et El Jardali, F. (2015). Applying knowledge translation tools to inform policy: the case of mental health in Lebanon. *Health researchpolicy and systems*, 13(1), 29.