

HORS-SÉRIE | OCTOBRE 2019

Comment mobiliser la recherche pour la couverture sanitaire universelle ?

Fanny Chabrol, Amandine Fillol et Lara Gautier

Comment mobiliser la recherche pour la couverture sanitaire universelle ?

Fanny Chabrol, Amandine Fillol et Lara Gautier

Coordination du hors-série :


- **Fanny Chabrol**
Chargée de recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement (Unité Centre population et développement (CEPED)), France
- **Amandine Fillol**
Agente de recherche, Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal, Chargée de coordination scientifique (projet UNISSAhel) pour l'IRD, France
- **Lara Gautier**
Chercheure postdoctorale à l'Université McGill, Canada

Remerciements :

Les auteurs/autrices et coordinatrices du hors série souhaitent remercier l'Agence Française de Développement pour le financement de l'atelier « Comment mobiliser la recherche pour la couverture universelle en santé ? » du 15 octobre 2018. Cet atelier fut organisé par Valéry Ridde, Émilie Robert, Fanny Chabrol, Stéphanie Degroote et Aurore Lambert. Nous remercions également l'ensemble des participant.e.s à cet atelier pour leurs contributions essentielles aux débats présentés dans ce hors série.

Les auteurs/autrices et coordinatrices du hors série souhaiteraient également remercier les évaluateurs des articles inclus dans ce hors série : Maria José Arauz, Emmanuel Sambieni, et Marion Ravit.

Sommaire du Hors-série

1. Préface, par Annabel Desgrées du Loû page 3
2. La mobilisation des connaissances : un champ d'action et de recherche, par Émilie Robert 
3. La mise en place du système d'information sanitaire unique en Haïti, par Jean-Patrick Alfred
4. Évaluation du forfait obstétrical en Mauritanie, par Marion Ravit
5. Mobiliser la science pour la CSU – Expériences au Sénégal, par Khoudia Sow
6. Du médicament informel au médicament libéralisé, par Carine Baxerres
7. Valorisation des résultats de la recherche dans les médias au Mali et en Afrique : Comment faire plus et mieux ?, par Rahamata Diaouré
8. Mobiliser la recherche pour l'action publique en faveur de la CSU : quel rôle pour la société civile ?, par Sandra Lhote-Fernandes
9. Recommandations des travaux de groupe, par Fanny Chabrol, Lara Gautier, Marion Ravit et Stéphanie Degroote
10. Conclusion, par Valéry Ridde
11. Postface, par l'Agence Française de Développement

1. Préface

Annabel Desgrées-du-Loû Dr., Directrice de Recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement (Unité Centre Population et Développement (CEPED)), France.

Ce hors série des Cahiers REALISME pose une question qui ne devrait pas en être une : comment faire pour que la connaissance guide l'action ? Comment éviter que les travaux des chercheurs ne restent lettre morte, ne fassent l'objet de brillants articles qui ne seront lus que par quelques autres chercheurs sans jamais atteindre ceux qui orientent et mettent en œuvre l'action publique ?

De part et d'autre pourtant, que nous soyons de ceux qui produisent la connaissance ou de ceux qui en ont besoin pour guider leur action, nous savons tous que cette question doit au contraire être posée chaque jour. Malheureusement nous travaillons souvent « en silo », chacun dans nos mondes, avec bien peu de passerelles entre ces mondes : le monde des chercheurs, celui de l'aide publique au développement, celui des ONG... chacun avec sa culture, son langage, ses codes, ses outils de communication.

Ce compartimentage est en lui-même un objet de recherche et certaines équipes ont développé, pour le comprendre et le dépasser, une « science de l'utilisation de la science », avec des réflexions théoriques et des propositions pratiques sur le transfert de connaissances : vers quels publics, sous quelles formes, selon quelles modalités acheminer les connaissances produites par la recherche ?

Développée surtout au Canada, et encore très peu en France, c'est cette approche qui a rassemblé les contributeurs de ce cahier, réunis le 15 octobre 2018 à Paris sous l'égide de l'Institut de Recherche pour le Développement et de l'Agence Française de Développement.

Cet atelier rassemblait des chercheurs, des acteurs de l'Aide Publique au développement en France, des ONG engagées dans le champ de la santé mondiale, des journalistes, autour de la question de la couverture santé universelle. Par couverture sanitaire universelle, on entend une situation dans laquelle toutes les personnes et toutes les communautés ont accès à des services de santé de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs et efficaces, sans se heurter à des difficultés financières. Atteindre cette couverture sanitaire universelle (CSU) dans tous les pays d'ici 2030 est un des objectifs de développement durable, et le défi est majeur : pour atteindre cette cible, il faut qu'un milliard de personnes bénéficient de la CSU au cours des cinq prochaines années.

Une telle mutation des systèmes de santé ne se fera qu'avec une excellente compréhension des mécanismes sociaux, politiques, économiques et financiers à l'œuvre dans l'organisation de ces systèmes. Il faut être capable de tirer des leçons de l'existant, des expériences locales, innover, évaluer les innovations et partager les constats. C'est dans cet esprit que l'Agence Française de Développement, qui soutient toute une série d'initiatives pour améliorer l'accès aux soins aux enfants et aux plus fragiles dans quatre pays du Sahel, le Mali, le Sénégal, le Tchad et le Niger (Initiative I3S pour Solidarité Santé Sahel), a demandé à l'Institut de Recherche pour le Développement de mener dans le cadre de cette initiative I3S un programme de recherche sur la Couverture santé universelle. Il s'agit d'analyser les processus à l'œuvre dans ces quatre pays

pour mieux comprendre ce qui peut faire obstacle à l'accès de tous aux soins de santé essentiels : barrières programmatiques, financières, sociales, géographiques... Organisé au démarrage de ce programme, l'atelier retracé ici est un jalon qui permet de poser certains principes, de partager certaines expériences et de rappeler les rôles de chacun des acteurs dans cet énorme défi de la santé pour tous que nous ne pourrions relever qu'en bonne intelligence, ensemble.

Les textes rassemblés dans ce cahier offrent un panorama varié sur ces questions. Émilie Robert propose d'abord un aperçu théorique sur la mobilisation des connaissances comme nouveau champ d'action et de recherche. Ensuite des chercheurs et décideurs ont partagé leur expérience sur les thématiques suivantes : la mise en place du système d'information sanitaire unique en Haïti (Jean-Patrick Alfred), l'évaluation du forfait obstétrical en Mauritanie (Marion Ravit), la mobilisation de la science pour la CSU au Sénégal (Khoudia Sow), les recherches sur le médicament informel et le médicament libéralisé au Bénin (Carine Baxerres). Nous publions ensuite les éléments saillants ressortis de travaux de groupe et discussions en plénière sur la formation des acteurs, les activités favorables à la mobilisation de la recherche et sur les enjeux liés à la décision politique. Enfin, ce cahier se clôt par des propos constructifs et engagés sur le rôle des médias et de la société avec les textes de Ramata Diaouré, journaliste au Mali et de Sandra Lhote-Fernandes, responsable du plaidoyer à Oxfam, avec une conclusion de Valéry Ridde.



2. La mobilisation des connaissances : un champ d'action et de recherche

Emilie Robert Dr., ICARES, Canada.

En octobre 2018, environ 2000 chercheurs, consultants, cadres et décideurs issus des Ministères de la santé, d'organismes internationaux et de la société civile se sont réunis à Liverpool pour le 4e Symposium mondial pour la recherche sur les systèmes de santé. Plus qu'une conférence académique, cet événement qui se déroule tous les deux ans s'apparente à un forum de partage de connaissances sur les politiques et systèmes de santé dans les pays à faible et moyen revenus. En 2018, Health Systems Global, qui organise le symposium, a poursuivi sa démarche d'allier plus étroitement recherche et action en faveur du renforcement des systèmes de santé, en lançant la campagne #healthyevidence.

Si l'OMS reconnaît dès 2004 la nécessité de mobiliser les connaissances issues de la recherche pour une plus grande équité en santé (World Health Organization, 2004), ce mouvement prend de l'ampleur dans notre domaine. La structuration du champ de la recherche sur les politiques et systèmes de santé (RPSS) (Robert et Ridde, 2016 ; Sheikh et al., 2011) au cours de la dernière décennie a certainement contribué à cet élan, qui bénéficie également du mouvement en faveur de la gestion axée sur les résultats. Les acteurs qui soutiennent le renforcement du système de santé doivent en effet faire la démonstration de l'efficacité et de l'efficience de leurs actions, et recourent de plus en plus à des démarches scientifiques.

La couverture universelle en santé, dont les défis traversent les fonctions des systèmes de santé, exemplifie bien la nature des objets de la RPSS. On y retrouve en effet des enjeux techniques liés

au fonctionnement des systèmes de santé (financement, accès et qualité des soins, ressources humaines), ainsi que des analyses de politiques publiques, des réflexions éthiques, etc. La RPSS apparaît ainsi comme une réponse à la volonté d'agir face à des enjeux contemporains, appliqués et contextualisés, dans une perspective instrumentale et pragmatique.

La détermination de la communauté des chercheurs en politiques et systèmes de santé à mobiliser les connaissances issues de la recherche trouve ses origines dans deux mouvements : celui de la médecine fondée sur les évidences, et celui de l'évaluation. En effet, le fossé entre, d'une part, les connaissances disponibles – données probantes de nature clinique pour le premier, et résultats d'évaluations pour le second –, et d'autre part, leur utilisation ou mise en application a été largement documentée. C'est ainsi que le gouvernement britannique s'est inspiré de l'*evidence-based medicine* pour proposer l'*evidence-based policy making* et contrer les arguments idéologiques portés par les précédents gouvernements conservateurs, concernant les enjeux sociaux, de santé et d'éducation. Cet esprit se décline maintenant sous plusieurs formes (*evidence-based decision making* ; *evidence-informed policymaking*). Dans la RPSS, cette déclinaison prend le nom de *evidence-informed health system policymaking* (Ongolo-Zogo et al., 2015).



Le passage subtil de la prise de décision fondée sur les données probantes à la prise de décision informée par les données probantes dans ces expressions met en évidence l'évolution de la compréhension autour des enjeux complexes de l'utilisation des connaissances issues de la recherche dans les sphères de l'administration publique et des organisations. En effet, au fur et à mesure que l'on reconnaît la pertinence de mobiliser les connaissances scientifiques pour améliorer l'action publique, on a cherché à réduire le « *knowledge-to-action gap* » (Graham et al., 2006), ce fossé entre les chercheurs et les potentiels utilisateurs de leurs recherches qui, vivant dans des sphères distinctes, et confrontés à des réalités parfois divergentes, éprouvent des difficultés à créer des ponts. Les questionnements autour de ce défi ont donné naissance à un nouveau champ de recherche, la science de l'application des connaissances (*implementation science*) (Eccles et Mittman, 2006), qui s'intéresse autant aux pratiques cliniques, qu'au fonctionnement des organisations, ou aux politiques publiques.

Ces recherches ont permis de préciser les différents types d'utilisation des connaissances (instrumentale, conceptuelle, symbolique ou persuasive), ainsi que de mieux comprendre les déterminants de l'utilisation des connaissances (p. ex. congruence entre les connaissances disséminées et les intérêts des utilisateurs ; congruence entre les connaissances et les idées préconçues sur le sujet ; façon dont les connaissances sont vulgarisées ou présentées, etc.). Les chercheurs ont également proposé des modèles de passage à l'action. Ainsi, Lavis et ses collègues (2006) proposent une classification des stratégies de transfert de connaissances, allant de la stratégie classique (*knowledge push*, ou mettre à disposition des utilisateurs potentiels les connaissances dans un format adapté, tel que les notes de politiques ou les infographies) à des stratégies plus complexes et interactives (coursiers de connaissances, communautés de pratiques, ou soutien aux organisations apprenantes).

Ces travaux ont également infléchi la façon de concevoir la circulation des connaissances dans les différentes sphères de la société. Le terme « transfert », qui sous-entend le passage

unilatéral des connaissances des mains des chercheurs aux mains des utilisateurs potentiels, a progressivement fait la place à l'expression « mobilisation des connaissances » qui renvoie à l'idée d'un processus hybride, défini par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (2018) comme « l'échange et l'intégration réciproques et complémentaires de connaissances issues de la recherche parmi les chercheurs, les courtiers de connaissances et les utilisateurs des connaissances – tant dans le milieu universitaire qu'au-delà de celui-ci ».

La recherche considérée comme utile et légitime en santé ne se limite donc plus aux connaissances cliniques, mais englobe désormais des connaissances issues d'autres pratiques scientifiques, dont celles des sciences sociales et de la science politique. Parmi elles, on peut retenir la *real-world evaluation* (Ridde et Robert, 2014), la recherche sur la mise en œuvre (Peters et al., 2013), l'analyse des politiques publiques, ou la recherche imbriquée (Organisation mondiale de la santé, 2012). Ces quatre domaines ont pour point commun un ancrage dans la vie réelle, une perspective de résolution de problèmes, une attention portée au contexte, et se distinguent par leur empirisme et leur pluridisciplinarité.

Ces avancées conceptuelles majeures ne doivent toutefois pas en faire oublier les écueils possibles. Ainsi, en encourageant la recherche en partenariat et la recherche commanditée, le risque est de voir les chercheurs s'engager vers les thèmes les plus « payants », d'autant que le milieu académique est soumis à la pression de la recherche de financements. De telles stratégies se feraient au détriment d'enjeux négligés, comme les enjeux de pouvoir, les inégalités sociales de santé, et pourraient freiner davantage la recherche critique en santé mondiale. C'est pourquoi les chercheurs qui s'impliquent dans ces processus avec la volonté louable d'une utilité sociale pragmatique doivent s'interroger – dans une perspective de réflexivité constante – sur leur posture de « producteurs de connaissances » qui peut les enfermer dans l'utilitarisme, et questionner leur indépendance et leur redevabilité.

Références bibliographiques

Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. (2018). Mobilisation des connaissances. Repéré le 10 octobre 2018 à : <http://www.sshrc-crsh.gc.ca/funding-financement/programmes-programmes/definitions-fra.aspx#km-mc>

Eccles, M.P., et Mittman, B.S. (2006). Welcome to implementation science. *Implementation Science*. 1:1. doi: 10.1186/1748-5908-1-1.

Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., Robinson, N. (2006). Lost in Knowledge Translation: Time for a Map? *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 26(1): 13-24. doi: 10.1002/chp.47

Lavis, J., Lomas, J., Hamid, M., Sewankambo, N. K. (2006) Assessing country-level efforts to link research to action. *Bulletin of the World Health Organization*. 84:620-628.

Ongolo-Zogo, P., Lavis, J. N., Tomson, G., Sewankambo, N. K. (2015). Climate for evidence informed health system policymaking in Cameroon and Uganda before and after the introduction of knowledge translation platforms: a structured review of governmental policy documents. *Health Research Policy and Systems*. 13:2. doi: 10.1186/1478-4505-13-2

Organisation mondiale de la santé. (2012). Changing mindsets: Strategy on health policy and systems research. Genève: OMS. Repéré le 10 octobre 2018 à : http://www.who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_changingmindsets_strategyhpsr.pdf

Peter, D. H., Adam, T., Alonge, O., Agyepong, I. A., Tran, N. (2013). Implementation research: What it is and how to do it. *BMJ*. **347**:f6753. doi: 10.1136/bmj.f6753

Ridde, V., et Robert, E. (2014). Real World Evaluation Strategies. *Oxford Bibliographies*. doi : 10.1093/OBO/9780199756797-0140

Robert, E., et Ridde, V. (2016). Quatre principes de recherche pour comprendre les défis des systèmes de santé des pays à faible et moyen revenu. *Revue canadienne de santé publique*. **107**(4-5):e362-e365.

Sheikh, K. et al. (2011). Building the Field of Health Policy and Systems Research: Framing the Questions. *PLoS Medicine*. **8**(8): e1001073. doi: 10.1371/journal.pmed.1001073

World Health Organization (2004). The World Report on Knowledge for Better Health: Strengthening health systems. Genève: WHO.

3. La mise en place du système d'information Sanitaire National Unique (SISNU) en Haïti

Jean Patrick Alfred Dr., Directeur Unité d'Étude et Programmation, Ministère de la Santé Publique et de la Population (Haïti).

La République d'Haïti est un pays avec des structures formelles de recherche très faibles. En 2012, le gouvernement a décidé de mettre en place une Unité d'Étude et de Programmation (UEP) au sein du Ministère de la Santé Publique et de Population (MSPP) qui a commencé avec la mise en œuvre en 2014 d'un Système d'Information Sanitaire National Unique (SISNU) afin de permettre que les décisions de santé publique s'appuient sur des données solides et disponibles en temps voulu.

Le système précédent était complexe, fragmenté et ne répondait pas aux besoins de la gouvernance au niveau national (rapport audit organisationnel 2010). Il a en outre connu une série de contraintes d'ordre structurel : une multiplicité de formulaires, des données tardives, un personnel peu formé, une absence d'une plateforme informatique d'harmonisation et souffrait d'un manque de consensus sur la liste d'indicateurs de base pour le suivi de la situation sanitaire et les problèmes identifiés. Ce système morcelé est produit par les préférences des bailleurs internationaux pour des sous-systèmes d'information ad hoc – le temps d'un projet – au détriment d'un système pérenne et durable garantissant les données de qualité à tous (rapport audit organisationnel 2010). La dépendance d'Haïti envers les bailleurs internationaux a continué à se ressentir au cours de la mise en œuvre du SISNU. Les donateurs finançaient chacun leur petit sous-

système mais avaient accès seulement aux sous-systèmes dont ils étaient les financeurs qui ne représentaient qu'une partie de l'information. Dans le cadre de la mise en œuvre du SISNU les bailleurs se sont alignés sur la vision du Ministère de la Santé Publique et de la population et ont apporté le financement et l'assistance technique. Donc c'est le leadership, l'appropriation, et le fait qu'il y avait une vision claire qui a garanti le résultat obtenu. Dans le dialogue sur les politiques c'est très important de comprendre son interlocuteur et de prendre les décisions nécessaires tout en s'assurant que chacun des acteurs puisse jouer son rôle et agir selon ses limites.

Le développement du SISNU est très dépendant de celui du système de santé dans sa globalité et de la fonctionnalité des fonctions de gestions critiques du SISNU qui tournent autour de la gouvernance, de la politique de support en matière de finance, formation, supervision, etc. Le Système d'Information constitue un outil essentiel à la prise de décisions opportunes et une réponse appropriée au manque de recherche et à l'absence de culture de prise de décision probante. Le Système d'information s'appuie sur trois piliers : surveillance épidémiologique, statistiques de service et statistiques de ressources. Un effort continu est nécessaire pour rechercher l'intégration et l'harmonisation dans le processus de collecte, traitement et documentation et surtout dans l'utilisation de l'information produite en vue d'influencer l'élaboration des politiques publiques en santé, la prise de décision et la recherche.

Cette vision présentée dans le Plan Directeur Santé 2012-2022 a été partagée avec les partenaires nationaux et internationaux du MSPP et recueilli l'adhésion de bon nombre d'entre eux. En vue de matérialiser cette vision, le MSPP a bénéficié du support technique et financier de l'USAID et du CDC d'Atlanta, les deux principaux bailleurs pour ce volet dans le pays.

En effet, le processus de mise en place du SISNU qui est toujours en cours a démarré en 2014. Ceci s'est fait dans un cadre participatif en utilisant une méthode scientifique suite à une évaluation du fonctionnement du système d'Information Sanitaire utilisant le PRISM (Performance of Routine Information System Management) et Le Réseau de métrologie sanitaire (HMN) développés respectivement par OPS/OMS et Measure Évaluation. Il y a eu un atelier de validation pour arriver à la liste des indicateurs avec les partenaires nationaux et internationaux qui avaient chacun leur indicateur et en fonction du besoin en information de chacune des directions du Ministère. La liste des 100 indicateurs de l'Organisation Mondiale de la santé a été utilisée comme base. Cet atelier a été suivi par des rencontres de travail avec les Directions centrales pour la révision/conception d'outils de collecte et du format de rapport mensuel des statistiques de services de santé.

Puis nous avons réalisé un diagnostic informatique de tous les sous-systèmes et le choix d'une plateforme d'harmonisation (le DHIS2) a été fait. Un atelier de validation avec le personnel du service d'Épidémiologie et de Statistique des Directions départementales et de partenaires nationaux a eu lieu dans le but de les sensibiliser. Environ 1400 membres du personnel sur le mode de collecte et de rapportage des données ont été formés. Il y a eu également une cascade de formation pour tout le personnel qui intervient

pour le fonctionnement du système. La mise en place du SISNU dans les institutions sanitaires a débuté en Juillet 2015. À ce jour, la majorité des institutions sanitaires du pays utilisent les outils standards de collecte et de rapportage des données et suivent les procédures recommandées par le MSPP. Le déploiement de DHIS2 dans toutes les directions départementales et récemment dans les institutions sanitaires ayant la capacité informatique appropriée permet de disposer des données statistiques en temps réel et à tous les niveaux du système de santé.

La mise en œuvre n'a pas été aisée, car il y a eu des résistances tant à l'intérieur des directions centrales du Ministère que du côté des partenaires techniques et financiers. La verticalité des différents programmes financés par les partenaires techniques et financiers a été le principal défi. Car il y avait plusieurs sous-systèmes et chacun avait leur propre gestionnaire et des fois un personnel propre pour la collecte des données. Il arrive que la même personne soit obligée de faire plusieurs rapports, dont une pour chaque partenaire et avec des risques d'erreurs élevés. Parfois c'est le seul auxiliaire ou infirmière en poste qui doit réaliser ses rapports et à ce moment on peut faire face à un problème de disponibilité pour la dispensation des soins. Beaucoup de rencontres étaient importantes pour pouvoir arriver à une sensibilisation et conscientisation des partenaires techniques et financiers afin qu'il puisse accompagner le Ministère de la Santé dans ce processus de changement. Ils ont compris qu'il pouvait avoir la mutualisation des ressources et dépenser moins d'argent pour plus de résultats.

La mise en œuvre du SISNU continue, mais la leçon principale est qu'il est possible de faire du changement. Pour y arriver, il faut un leadership éclairé qui s'inscrit dans la durée avec une vision claire et partagée avec les bonnes personnes aux bonnes places. Mais surtout il faut garder le cap malgré les difficultés. L'utilisation de l'existant comme base a permis également de nous assurer de l'appropriation par les personnes les plus importantes du système. C'est très important au moment de l'introduction d'une telle réforme qui va toucher autant d'intérêts, il faudrait que celui qui en a la responsabilité puisse être responsable, humble, fasse preuve de sagesse et d'une bonne capacité de convaincre.



4. évaluation du forfait obstétrical en Mauritanie : quand les chercheurs deviennent des consultants.

Marion Ravit Dr., Chercheuse associée à l'Institut de recherche pour le développement (Unité Centre Population et Développement (Ceped)), France.

En Mauritanie, les femmes enceintes peuvent volontairement adhérer au Forfait Obstétrical (FO) lors de leur première consultation prénatale dans l'une des structures publiques affiliées. La femme adhérente bénéficie ensuite d'un paquet de soins liés à la grossesse, l'accouchement et le postpartum pour un coût total beaucoup moins élevé que si elle avait du payer tous ces soins sans le FO. Ce dispositif, original dans la sous-région, a été mis en œuvre en 2002 avec l'appui de la coopération française. A partir de

2008, l'Agence Française de Développement (AFD) se substitue à la coopération française dans le soutien du projet. L'objectif est ici de décrire un exemple original d'une relation de consultation entre chercheurs et bailleurs, d'après le témoignage d'une chercheuse ayant participé à cette consultation.

En 2014, l'AFD lance une consultation restreinte pour évaluer l'impact du FO. Plusieurs chercheurs présélectionnés, car spécialistes du domaine, reçoivent un appel d'offre leur demandant de formuler une proposition d'évaluation du forfait à l'aide de données statistiques existantes (enquêtes démographiques, données sur le FO, cartes sanitaires, enquêtes sur la qualité des soins dans les structures...).

Un directeur de recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), constitue alors une équipe de chercheurs pluridisciplinaire, d'affiliations différentes, composée d'experts en santé publique, en économie, en épidémiologie, en géographie de la santé, en statistiques et en gestion de base de données. Suite à sa proposition d'une évaluation d'impact utilisant une approche quasi-expérimentale, l'équipe remporte le contrat.

Contrairement à un partenariat classique entre chercheurs et bailleurs, c'est une relation de consultation ou de prestation de service qui unit les deux parties. L'équipe de recherche signe donc une convention qui l'oblige de façon contractuelle à fournir un certain nombre de livrables prédéfinis qui vont conditionner le paiement de la mission (ce paiement ne concerne pas le salaire des chercheurs en tant que tel, mais le salaire d'un gestionnaire sur la durée de la consultation, les missions de restitution ou encore certains frais de publications). Ces livrables sont en réalité les résultats de la recherche : les bases de données ainsi que les fichiers ayant servi à l'analyse des données en font partie. Des rapports intermédiaires et finaux doivent être rendus et une restitution des résultats en Mauritanie doit être réalisée auprès du bailleur mais aussi des décideurs et des acteurs assurant la mise en place du FO. Contractuellement, les résultats de la recherche appartiennent aux deux parties : les chercheurs et le bailleur. Les chercheurs peuvent bien entendu publier les résultats de la recherche dans des revus scientifiques ou les présenter en conférence, mais dans ce cas l'AFD doit en être informée et peut demander à relire ou voir la publication concernée.

Cette forme particulière de collaboration présente pour l'AFD un intérêt certain lié à l'exploitation des données existantes. La collecte des données est bien souvent le principal poste de dépense pour ces études qui, en plus d'être onéreuse, ne permet pas d'avoir des résultats disponibles dans l'immédiat sur l'efficacité du dispositif pour prendre des décisions. Ainsi, pour un coût bien moindre, cette évaluation a permis à l'AFD non seulement d'utiliser des données disponibles, récoltées par l'organisme national de la statistique, mais aussi que celles-ci soient exploitées, analysées et interprétées par une équipe de chercheurs pluridisciplinaire et ayant chacun une expertise dans leur domaine. L'AFD obtient donc à l'issue de la consultation des recommandations fondées sur une analyse scientifique rigoureuse des données.

Du côté des chercheurs, ceux-ci ont alors un accès privilégié à des données auxquelles ils n'auraient pas forcément eu accès sans cette consultation. Par exemple, les données relatives au FO ou encore les données du système d'information sanitaire du pays ne sont pas disponibles au grand public sans autorisation au préalable. L'AFD ayant une relation avec les institutions en charge de ces données depuis de nombreuses années se voit offert leur accès. L'accès à des informateurs clés est également grandement facilité. En effet, l'AFD appuie une politique mise en œuvre par le ministère de la santé Mauritanien, dont une division spécialement dédiée à la gestion du FO et entretient donc avec eux une relation privilégiée depuis plusieurs années. Ces acteurs détiennent des informations très précieuses qui facilitent grandement le travail de compréhension du mécanisme pour les chercheurs, mais sont aussi d'une aide précieuse pour l'analyse des données. Par exemple, si des informations sur la carte sanitaire sont manquantes, les chercheurs peuvent facilement les demander aux responsables du système d'information sanitaire. Enfin, les missions de restitution des résultats de la recherche auprès des décideurs et des acteurs de terrains, prévues dans le contrat de consultation et financées par celle-ci, favorisent encore les échanges avec les acteurs les mieux à même d'interpréter les résultats de la recherche dans le contexte mauritanien, comme les personnes en charge de la mise en œuvre du FO, ou des médecins et sages-femmes travaillant dans des centres de santé proposant ce dispositif, en ayant aussi un retour direct des principaux concernés sur la recherche. Ces rencontres renforcent aussi la connaissance partagée de l'impact de la politique et de ses éventuelles lacunes et des recommandations utiles pour la mise en œuvre et la gestion du forfait obstétrical.

La consultation autour du forfait obstétrical s'est poursuivie. En 2018, l'équipe a été recontactée pour travailler sur de nouvelles données rendues disponibles, tandis qu'en 2016, l'AFD a fait appel à une autre équipe de chercheurs pour une étude qualitative sur l'impact du forfait obstétrical. Cette équipe était elle aussi pluridisciplinaire mais rassemblait cette fois des anthropologues, sociologues ou encore experts en santé publique. Cette équipe a travaillé en parallèle de la nôtre, seule une réunion de restitution a été organisée à l'AFD à Paris pour comparer les résultats de ces deux études.

En revanche, ce type de collaboration reposant sur de la prestation de service présente un désavantage certain pour les chercheurs. Après avoir fourni tous les livrables préalablement définis, l'équipe de recherche, dans ce cadre précis considérée comme « consultant », n'a pas vocation à être impliquée dans les réflexions éventuelles ou les prises de décisions autour de ce forfait.

Lors de prochaines consultations, il pourrait être judicieux d'impliquer les chercheurs dans les réflexions sur la mise en œuvre de la politique ou son avenir, ne serait-ce que pour bénéficier de leur expertise acquise du fait des consultations sur ce sujet précis. L'objectif est que les chercheurs travaillent en collaboration avec les bailleurs et décideurs pour que les recommandations préconisées soient réellement utiles. Par exemple, un atelier de travail réflexif sur l'avenir du forfait obstétrical (décision autour du montant des primes, extension du dispositif dans le pays...) pourrait être organisé réunissant les décideurs, les acteurs de terrain, l'AFD et les différentes équipes de chercheurs ayant travaillé sur l'évaluation quantitative et qualitative.

5. Enjeux autour des initiatives de recherche pour renforcer la couverture sanitaire au Sénégal

Khoudia Sow Dr., Centre Régional de Recherche et de Formation à la Prise en Charge Clinique de Fann (CRFCF), Sénégal.

Contexte

Dans le cadre du développement de la couverture sanitaire au Sénégal où jusqu'en 2012, moins de 20% de la population avait accès à un dispositif de couverture sanitaire (Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, 2013), le ministère de la Santé a bénéficié de l'appui de divers partenaires techniques et financiers parmi lesquels la Coopération Technique Belge (CTB) a joué un rôle majeur. Une cellule d'Appui à la Couverture Maladie Universelle (CACMU) a été créée en 2013 pour élaborer et coordonner un plan d'accélération de l'accès généralisé à l'assurance maladie. Dans le même temps, la CTB a mis en place un Programme d'Appui à l'Offre et à la Demande de soins (PAODES) pour accompagner cinq régions du Sénégal dans ce processus. Cet appui comprenait un soutien institutionnel aux directions centrales du Ministère de la Santé à travers la Direction Générale de la Santé et la CACMU pour accompagner l'élaboration des politiques ainsi que diverses interventions dans des sites décentralisés pour opérationnaliser un nouveau modèle holistique intégrant l'offre et la demande de soins au niveau de quelques districts pilotes.

Dès le début les initiateurs du projet ont pris conscience de la complexité d'une intervention pour renforcer la couverture sanitaire réalisée dans un contexte social et sanitaire difficile et l'ont conçu comme une recherche au sein du système de santé pour faciliter la mise en place d'une nouvelle approche de financement pour l'accès à l'assurance maladie tout en soutenant les faiblesses structurelles du dispositif de soins (Bossyns, Ladrière, & Ridde, 2018). Cette approche qui s'inscrivait dans une logique de « recherche-action » nécessitait un accompagnement tout au long de l'intervention et une flexibilité pour surmonter les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre. Au niveau central, la Direction Générale de la santé et la CACMU ont bénéficié d'appuis pour l'élaboration de documents stratégiques, de politiques de santé et d'un renforcement de capacité des équipes. Au niveau des régions décentralisées, l'appui s'est traduit par la construction et la réhabilitation d'infrastructures, la fourniture d'équipement et la formation des personnels aux stratégies en rapport avec les services liés à l'assurance maladie et les innovations introduites.

Deux interventions de recherche opérationnelle majeures ont été mises en place dans des districts pilotes : l'introduction d'une tarification forfaitaire de l'offre de soins et la mise en place des Unités d'Appui à l'Assurance Maladie (UDAM) pour le financement de la demande de soins. Ces deux interventions complémentaires devaient assurer la viabilité du modèle.

L'objectif de ce propos n'est pas d'analyser les résultats de ces recherches, mais de partager le point de vue d'un acteur impliqué¹ dans le projet. Il permet d'éclairer les enjeux liés à la gouvernance sanitaire qui s'exercent autour d'une recherche d'accompagnement d'un programme de développement de la couverture sanitaire universelle dans un pays d'Afrique subsaharienne.

L'introduction d'un modèle innovant à deux piliers : la tarification forfaitaire et Unité d'Appui à l'Assurance Maladie

La première innovation a été l'introduction d'un système de tarification forfaitaire dans deux districts pilotes caractérisé par le paiement d'un forfait unique pour les consultations, les médicaments et les examens complémentaires au sein des centres de santé. Au Sénégal comme dans la majeure partie des pays africains, la plupart des prestations de santé font l'objet d'une tarification à l'acte, aux montants variables généralement laissés à l'appréciation des professionnels de santé. Peu transparente pour les utilisateurs, elle aboutit parfois, dans un contexte de pauvreté, à « une commercialisation des soins » qui rend certains services de santé peu accessibles aux personnes vulnérables (Bossyns, Ladrière, & Ridde, 2018). Après cinq ans de mise en œuvre des initiatives de tarification forfaitaires, leur évaluation montre qu'elles ont amélioré la gouvernance, la transparence et la disponibilité des médicaments dans les structures de santé. Toutefois, elles nécessitent une analyse situationnelle préalable avec un calcul précis des tarifs ; une communication adaptée vis-à-vis de la population, des patients et des professionnels de santé, la mise en place d'un comité de suivi en charge d'un accompagnement continu (Bossyns, Ladrière, & Ridde, 2018). La disponibilité des médicaments et produits essentiels est également un élément déterminant pour maintenir l'acceptabilité de la tarification forfaitaire. La flexibilité des modalités d'instauration de cette tarification forfaitaire a facilité son adaptation dans les structures de santé.

La seconde innovation a concerné la mise en place des Unités Départementales d'Assurance Maladie avec une démarche d'encadrement et de professionnalisation des mutuelles dans deux districts sanitaires. Les responsables du projet ont recruté des spécialistes de l'assurance pour assurer la formation et la communication pour l'adhésion aux mutuelles de santé qui ont été fédérées au niveau départemental et ont déployé un plaidoyer auprès des leaders politiques, religieux et sanitaires. Un dispositif de contrôle, chargé de l'identification des adhérents, de la vérification des actes et des remboursements aux structures sanitaires a été mis en place. Après quelques réticences initiales, les autorités locales ont globalement approuvé le modèle des UDAM. L'évaluation de la mise en œuvre de ce modèle a montré que l'efficacité et la viabilité du dispositif de professionnalisation à travers les UDAM, se sont traduites par une amélioration de l'adhésion aux mutuelles de santé et à une fidélisation des assurés. Les UDAM ont facilité l'accès aux soins des plus démunis et amélioré ainsi l'équité.

¹ L'auteur de ce propos a été responsable déléguée du volet Offre de soin du PAODES ce qui lui a conféré un statut intermédiaire entre les autorités sanitaires, l'équipe du projet et les acteurs au niveau opérationnel.

Dialogues autour d'un modèle innovant

Dans ces deux exemples, des innovations ont été introduites de manière contrôlée en procédant à des études préalables, en impliquant les acteurs du niveau central et décentralisé dans le processus de réflexion, de mise en œuvre et d'évaluation.

Dès le début de la mise en place du modèle de tarification forfaitaire couplée à la création des UDAM, les initiateurs de la recherche ont été confrontés aux réticences des services centraux du ministère de la Santé. En effet, deux modèles se sont opposés : l'approche en faveur des mutuelles communautaires et l'approche de professionnalisation des mutuelles à travers les UDAM. Alors que la tarification avait été élaborée avec la participation des responsables de santé publique du ministère de la Santé, la mise en place des UDAM s'est heurtée à des réticences de certains acteurs opposés à l'approche de professionnalisation des mutuelles, préférant le soutien à la multiplication des mutuelles communautaires. En effet, cette approche se référait à des expériences locales de mutuelles locales qui avaient été appréciées par les populations. En outre elle semblait représenter un avantage certain pour des responsables politiques à qui elle offrait la possibilité de soutenir immédiatement l'adhésion de groupes communautaires à travers le paiement de leur cotisation et d'en tirer un bénéfice politique. Or l'approche de professionnalisation des UDAM nécessitait des délais de mise en place, des moyens financiers et humains importants. De plus, chaque approche était soutenue par un partenaire technique différent qui avait ses adhérents et ses détracteurs au sein du système de santé, d'où la réalité d'un climat de tension voire de rivalité autour de ces aspects. In fine, le ministère de la Santé a fait le choix de la multiplication des mutuelles communautaires pour que chaque communauté rurale ou urbaine puisse en disposer d'une. Dans ce contexte, les interventions pour la mise en place des UDAM ont été bloquées durant plus d'une année, ce qui a amené la CTB à envisager l'arrêt du projet. Pour dénouer ce contentieux, certains responsables impliqués dans le projet du PAODES ont élaboré un argumentaire technique pour convaincre les autorités de l'importance de ce processus en mettant en avant le volet expérimental du modèle susceptible d'orienter les décisions autour de la CMU au Sénégal. La Ministre de la Santé a fini par trancher en autorisant la CTB à expérimenter la mise en place des UDAM dans deux districts pilotes. Même avec cet accord, des tensions et des résistances importantes ont été rencontrées dans l'un des districts où une marche a été organisée par une partie de la population pour s'opposer à cette expérimentation. Après la médiation des autorités sanitaires locales et l'équipe du projet, l'intervention a été menée. Ainsi, les UDAM n'ont pu être mises en place que dans deux districts de santé durant les trois dernières années du projet.

Plus tard, lorsque les premiers résultats encourageants des UDAM ont été connus dans un contexte où les mutuelles communautaires dans de nombreuses zones faisaient face à d'importantes difficultés, un malaise s'est installé chez certains responsables de l'assurance maladie. L'organisation d'un forum de capitalisation du projet, où les résultats des évaluations scientifiques des interventions ont été partagés et discutés, a facilité les échanges francs parfois houleux entre acteurs opérationnels et les responsables nationaux. La plupart des responsables des districts sanitaires, les acteurs politiques du

niveau décentralisé, impliqués dans la mise en œuvre de ces expériences ont exprimé leur satisfaction, devant un meilleur accès aux soins des populations dans les mutuelles professionnalisées et les effets positifs de la tarification forfaitaire.

Une communication difficile

De nombreuses difficultés sont apparues en cours des interventions notamment des tensions en raison des contradictions entre les résultats des recherches et les données officielles en particulier sur les indicateurs sur le nombre réel de personnes ayant accès à la couverture sanitaire, ce qui rendait la communication des résultats du projet difficile car susceptible de remettre en question la validité des chiffres officiels. En effet, le programme de la Couverture Maladie Universelle est un programme politique « phare » du gouvernement sur lequel le chef de l'État s'est personnellement engagé. Ainsi, une importante communication politique est faite autour des adhésions aux mutuelles de santé présentées comme des facteurs de performance du système de santé. Elles témoignent également du soutien des responsables politiques à leur localité à travers la prise en charge des cotisations annuelles de la population aux mutuelles de santé. Entre les engagements politiques et les réalités programmatiques, les chercheurs et les acteurs de terrain ont eu du mal à se faire entendre et à pouvoir utiliser les résultats de leurs recherches pendant l'expérimentation.

Des changements qui perturbent les expérimentations

Au cours du projet, les nouvelles décisions des autorités d'assurer la gratuité de la prise en charge des enfants de 0 à 5 ans intégrant la consultation et les médicaments ont été appliquées dans les districts pilotes en cours d'expérimentation de la tarification forfaitaire. Les difficultés de mise en œuvre ont conduit à suspendre certaines initiatives. Les décisions nationales de gratuité concernant les enfants de 0 à 5 ans et l'instauration d'un nouveau système d'approvisionnement, survenus au cours du projet, ont également nécessité des réaménagements. Ces changements ont contraint les responsables du projet à modifier les tarifs prévus dans le modèle initial. Dans le même temps, divers changements sont survenus au niveau du dispositif institutionnel de la CMU avec de nouvelles directives : mise en place d'une agence chargée de gérer la CMU, adoption d'un nouveau mode d'approvisionnement en médicaments, mise en place des points focaux CMU dans les districts sanitaires, mise en circulation de nouveaux outils de gestion, nouveau tarif pour la CMU pour les élèves, etc.

Si les approches du projet PAODES n'ont pas été adoptées telles quelles par le ministère de la Santé, l'implication conjointe des acteurs du projet et des responsables de santé publique a favorisé un dialogue constructif à travers des réunions d'échange au niveau central et périphérique. A la fin du projet, un travail de capitalisation scientifique a permis d'analyser les résultats et d'émettre des recommandations qui ont été partagées lors d'un forum. Les résultats des recherches ont finalement favorisé les remises en causes des stratégies dans la CMU et influé positivement sur les réformes actuellement mises en œuvre qui prônent le renforcement de la professionnalisation des mutuelles.

Conclusion

Cette expérience montre que la mobilisation et la mise en œuvre de la recherche sur l'assurance sanitaire sont possibles, mais difficiles. Dans un contexte de faiblesses structurelles du système de santé et de fragilité des politiques d'assurances sanitaires en construction, les expériences innovantes pour le développement de l'assurance maladie ont fait face à de nombreuses contraintes: difficulté de gestion financière dans les structures de santé, disponibilités limitées des médicaments, multiplication des initiatives autour de la CMU et politisation de la communication institutionnelle autour de l'assurance maladie, entre autres.

Ainsi, la mobilisation de la recherche pour la couverture sanitaire universelle nécessite une bonne compréhension du contexte socio sanitaire, des enjeux politiques, à travers un partenariat entre chercheurs et acteurs de santé publique dans une perspective de responsabilité conjointe avec des échanges réguliers, et une flexibilité dans les interventions. Des divergences entre la temporalité, les enjeux politiques, programmatiques et la recherche requièrent une capacité de médiation, d'adaptation et de persuasion sans sacrifier la vérité scientifique. Dans un contexte social où le système de santé demeure centralisé autour du ministère de la Santé, un double ancrage de la recherche au niveau central et périphérique facilite les prises de décisions issues des résultats. Les recherches fournissent des opportunités pour renforcer les programmes d'assurance maladie encore fragiles dans les systèmes de santé des pays d'Afrique Subsaharienne.

Références bibliographiques

Bossyns, P., Ladrière, F., & Ridde, V. (2018). Une assurance maladie à grande échelle pour le secteur informel en Afrique subsaharienne Six ans d'expérience au Sénégal rural 2012–2017.

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. (2013). Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal 2013-2017. République du Sénégal.

6. La difficile mobilisation de la recherche en sciences sociales sur le médicament pour la révision des politiques pharmaceutiques publiques

Carine Baxerres Dr., Université de Paris, MERIT, IRD, Centre Norbert Elias, Marseille, France.

Anthropologue sociale à l'Institut de Recherche pour le Développement, je travaille depuis presque 20 ans sur l'accès aux soins et aux médicaments dans des pays dits « du Sud », d'abord au Sénégal, puis au Bénin, au Ghana, et plus récemment également au Cambodge. J'ai réalisé une thèse de doctorat, entre les années 2005 et 2010, sur la question des offres et des usages

du médicament pharmaceutique (les spécialités industrielles) dans la ville de Cotonou, au Bénin. L'objectif premier de cette thèse était de comprendre le phénomène social que constitue le marché informel du médicament² à Cotonou qui, bien qu'étant décrit par les acteurs de la santé publique et les autorités sanitaires, se perpétuait. En tant qu'anthropologue, la méthodologie de recherche que j'ai utilisée était résolument qualitative : observation participante, immersion, entretiens semi-directifs approfondis. J'ai notamment réalisé durant deux ans l'ethnographie du secteur dédié aux médicaments situé dans le grand marché international de Dantokpá.

Les principaux résultats de ma thèse, publiés en 2013 aux éditions des archives contemporaines (Baxerres, 2013), conduisent à dédramatiser le phénomène du marché informel. J'ai en effet mis en évidence que les médicaments distribués à travers ce marché proviennent majoritairement de circuits formels : ceux du Bénin et des pays francophones voisins et ceux des pays anglophones proches. J'ai également montré que, en milieu urbain, ce marché a avant tout une fonction de distribution pharmaceutique et non de délivrance de conseils de traitements. Enfin, j'ai souligné que la législation pharmaceutique béninoise est largement calquée sur celle de la France, ancien pays colonisateur. Celle-ci a en partie été mise en place en France au moment de l'adoption d'un système généralisé de sécurité sociale en 1945 ; système qui n'existe pas (encore) au Bénin. J'ai ainsi mis en évidence que certains aspects de la législation béninoise semblent inadaptés aux contextes locaux et qu'il est important, de mon point de vue, de réfléchir notamment à l'application du monopole du pharmacien. À l'issue de ma thèse, j'ai réalisé plusieurs restitutions au Bénin, auxquelles j'ai convié les acteurs institutionnels, sans que beaucoup ne se déplacent.

Dans la continuité de ce travail et pour approfondir la compréhension des questions tenant aux législations nationales, j'ai décidé de réaliser un programme de recherche dans le but de comparer le système pharmaceutique du Bénin, pays francophone, avec celui du Ghana, pays anglophone et j'ai été recrutée à l'IRD sur ce projet. Accompagnée par un collègue de l'Université Abomey Calavi du Bénin, je suis allée au Ghana rencontrer un chercheur au Noguchi Memorial Institut for Medical Research de la Legon University of Ghana, qui a accepté de participer au projet. J'ai obtenu, pour réaliser celui-ci, un financement du European Research Council³. Les partenaires béninois et ghanéens sont tous deux très bien insérés dans le tissu universitaire ainsi qu'auprès des acteurs de la régulation pharmaceutique et du Ministère de la Santé du Bénin et du Ghana. Durant ce projet, nous avons régulièrement échangé avec les acteurs en charge de la régulation du médicament dans les deux pays : les pharmaciens, le Pharmacy Council et la Food and Drugs Authority (FDA) du Ghana, la Direction des Pharmacies, du Médicament et des Explorations Diagnostiques (DPMED) du Bénin.

Un an avant la fin de ce programme de recherche, nous avons organisé en mars 2018 à l'Institut Régional de Santé Publique de Ouidah au Bénin, un colloque international intitulé « Régulation, Marché, Santé : Interroger les enjeux actuels du médicament en Afrique » (Baxerres & Marquis, 2018). Le comité scientifique du colloque était composé de l'équipe du programme de recherche, de quelques autres chercheurs experts de ces questions ainsi que de personnalités

2 Il s'agit des ventes et des achats de médicaments qui se déroulent hors des formes imposées par l'Etat et par le système de santé biomédical en vigueur dans un pays.

3 Il s'agit du projet Globalmed (2014-19), Les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine : une illustration du marché global du médicament, de l'Asie à l'Afrique, qui associe des équipes de l'IRD (MERIT), du CNRS (CERMES3), de l'Université Abomey-Calavi du Bénin, du Noguchi Memorial Institute for Medical Research de la Legon University of Ghana et de l'Université des Sciences de la Santé du Cambodge. Ce projet a reçu un financement de l'European Research Council dans le cadre du 7ème programme cadre de l'Union Européenne (FP7/2007-2013) / ERC grant agreement n°337372.

du monde du médicament du Bénin et du Ghana. Nous avons invité des experts internationaux venant d'Inde, du Canada, de Belgique, de Grande Bretagne et de France. Étaient présents des pharmaciens et des médecins du Bénin et du Ghana ainsi que de nombreux autres chercheurs et étudiants. Le colloque a été visible dans la presse écrite et audiovisuelle du Bénin. Un an plus tôt, nous avons organisé, avec l'équipe du programme de recherche Globalmed, une restitution de nos travaux auprès du Ministère de la Santé du Bénin, dont les membres présents s'étaient montrés très intéressés par les résultats de nos recherches.

La législation pharmaceutique des pays francophones d'Afrique de l'Ouest est un domaine en pleine effervescence. De nombreuses réformes sont en cours, notamment au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire. Au Bénin, une répression sans précédent du marché informel du médicament a eu lieu à partir de février 2017. Ce que l'on peut qualifier du terme de « crise » a eu lieu ensuite dans le monde béninois de la pharmacie : en février 2018, les directeurs des grossistes répartiteurs en place ont été mis en prison, l'Ordre des pharmaciens a été suspendu, en juin 2018 l'agrément d'exercice de la CAME (Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux) a été retiré et une commission chargée des réformes a été mise en place. Sur toutes ces questions, notre équipe de recherche, qui travaille pourtant depuis plus de 15 ans sur ces sujets au Bénin et s'efforce de communiquer sur ses travaux, n'a pas été invitée à discuter.

On est donc bien, avec cet exemple, au cœur des questionnements soulevés lors de cette journée co-organisée par l'AFD et l'IRD : comment mobiliser la recherche pour l'action publique ? La sensibilité des enjeux sanitaires mais aussi économiques et politiques qui entourent le médicament peut peut-être expliquer en partie le constat de la non-utilisation de nos travaux de sciences sociales. Ce peut être aussi, dans un contexte post-colonial, en raison d'un programme de recherche européen, dirigé principalement par une chercheuse française, au sujet de pays africains. Néanmoins l'explication est aussi sûrement à rechercher du côté des temporalités spécifiques (besoin de réformes rapides) ainsi que des objectifs implicites (besoin de visibilité) de l'agenda politique. Il convient pour la suite de continuer à nourrir ces liens entre acteurs publics et recherche et de poursuivre le travail de mise en visibilité de nos travaux en cherchant, notamment à travers d'autres médias (documentaires, bandes dessinées, etc.), à impliquer davantage les sociétés civiles nationales et internationales. Celles-ci peuvent constituer en effet un levier important pour l'adoption de nouvelles politiques de santé publique. L'exemple des luttes pour l'accès aux antirétroviraux contre le sida en Afrique au début des années 2000 l'a clairement montré (Eboko, Bourdier, & Broqua, 2011).

Références bibliographiques

Baxerres, C. (2013). *Du médicament informel au médicament libéralisé : une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*. Paris: Les Éditions des Archives Contemporaines.

Baxerres, C., & Marquis, C. (Eds.). (2018). *Regulations, Markets, Health : Questioning current stakes of pharmaceuticals in Africa. Proceedings*. Ouidah: HAL. Retrieved from <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01988227>

Eboko, F., Bourdier, F., & Broqua, C. (Eds.). (2011). *Les Suds face au sida : Quand la société civile se mobilise*. Marseille: IRD Éditions.

7. Valorisation des résultats de la recherche dans les médias au Mali et en Afrique : Comment faire plus et mieux ?

Rahamata Diaouré, Présidente de la section malienne de l'Union internationale de la presse francophone (UPF-Mali), Mali.

La valorisation de la recherche peut être définie comme un ensemble d'activités dont l'objectif est de promouvoir les résultats de la recherche mais aussi de diffuser les connaissances scientifiques à un large public. Les médias sont donc appelés à jouer un rôle important pour l'information du public, ils doivent promouvoir une forme de vulgarisation. Celle-ci peut concerner des travaux en cours, des découvertes intéressantes ou les déclinaisons des résultats pour le grand public. Mais, pour jouer ce rôle, les journalistes doivent être outillés ou avoir un tropisme particulier pour ce genre de sujets.

Il existe dans certains pays des journalistes dits « scientifiques », qui se consacrent à la couverture de l'actualité scientifique et à la diffusion au grand public des découvertes récentes, que ce soit pour un journal généraliste, une radio, une télévision ou sur le web. En France, ils sont même regroupés en association⁴.

Dans un pays comme le Mali, et souvent dans le reste de l'Afrique, ceux qui se présentent comme tels font souvent un « service minimum », se contentant de comptes-rendus de conférences de presse, de lancement d'ouvrages, de reprises d'articles publiés sur Internet ou de visites de laboratoires de recherche. Sans formation spécifique et sans intérêt particulier pour ce domaine, il est ardu pour un journaliste lambda de rédiger des articles informatifs sans être rébarbatifs. Cela pour deux raisons principales : les faibles connaissances en la matière du journaliste et les tout aussi faibles capacités des chercheurs à se mettre au niveau de leur interlocuteur en évitant d'être « jargonneux », quand ils ne trouvent pas « inutile » d'échanger avec un néophyte.

Au Mali, pourtant, les sujets dits scientifiques intéressent un grand nombre de personnes, surtout lorsqu'ils traitent de questions les impactant au quotidien, selon le principe de la « proximité de l'information » (Agnès, 2008). Il y a également de nombreux chercheurs et enseignants-chercheurs qui travaillent au Mali même, sur différents terrains, y compris en sciences humaines et sociales.

Des sujets comme celui du génome de l'anophèle ou de la « mousson » africaine peuvent être déclinés en « avancées dans la lutte contre le paludisme » ou « changements en termes de pluviométrie », mais cela suppose une disponibilité des chercheurs à vulgariser leurs travaux et une connaissance des journalistes dans ce domaine. Tout le monde n'est pas apte à décrypter les publications de la revue *Nature* par exemple.

Ouvrir les centres de recherche, les doter de « communicants », faire vivre aux acteurs des médias la mise en œuvre de recherches expérimentales sont des pistes pour valoriser plus largement les résultats de la recherche auprès du grand public par l'intermédiaire des médias, notamment en santé, agriculture, histoire, environnement et éducation. En effet, ces domaines peuvent présenter des avancées ayant un impact concret sur la vie des personnes.

⁴ L'association des journalistes scientifiques de la presse d'information, voir : <https://www.ajsipi.com/>

Mais les professionnels de l'information sans pour autant se convertir en « spécialistes » – ils n'ont d'ailleurs pas vocation à le devenir – ont besoin d'acquérir un minimum de connaissances sur la terminologie de la recherche pour être au plus proche des résultats de recherche. Peu d'entre eux peuvent réellement expliquer à un lecteur malien l'effet placebo ou même la formulation d'OGM en termes clairs, simples et compréhensibles par toutes et tous !

L'opinion des journalistes sur les chercheurs est qu'ils sont souvent injoignables ou trop occupés pour consacrer du temps à des interlocuteurs que certains considèrent parfois comme des « fouineurs », surtout quand ils ont eux-mêmes des problèmes à s'exprimer en public en dehors du cercle de leurs pairs. Alors qu'un article non scientifique ou grand public, bien écrit, portant sur leurs travaux, pourrait, outre la satisfaction de s'exprimer dans le journal ou à la télévision, leur permettre d'accéder à des subventions pour leurs travaux.

Actuellement, la diffusion de la recherche ne se fait qu'en fonction des événements, à l'occasion d'une journée particulière (journée mondiale de lutte contre la polio ou la drépanocytose, de promotion de la planification familiale, de lutte contre les maladies tropicales négligées, etc.). Pour que les journalistes les contactent pour un article ou les citent régulièrement comme experts, les chercheurs doivent sortir de leur 'tour d'ivoire', être plus accessibles et moins abscons.

En conclusion, chacun devrait faire un pas vers l'autre en étant conscient de ses lacunes et de ses atouts. Rendre la recherche plus attrayante et accessible est possible dans les médias et certains titres le prouvent, en France, par exemple, Science et vie et Ça m'intéresse ont un lectorat fidèle depuis longtemps. Certains sujets de recherche ont récemment fait la Une de certains journaux, lorsqu'il s'est agi de relayer des informations importantes sur la lutte contre le VIH-Sida et le paludisme, ou bien sur des sujets tels que les semences améliorées ou les pluies provoquées au Mali.

Références bibliographiques

Agnès Y. (2008). *Manuel de journalisme : écrire pour le journal*, Paris : La Découverte.

8. Mobiliser la recherche pour l'action publique en faveur de la CSU : quel rôle pour la société civile ?



Retour d'expérience d'une ONG mobilisant la recherche scientifique pour lutter contre les inégalités d'accès à la santé.

Sandra Lhote-Fernandes, Chargée de plaidoyer santé, Oxfam France.

Oxfam France et le plaidoyer par la recherche pour une couverture santé universelle

Oxfam France, dont le slogan est « le pouvoir citoyen contre la pauvreté », est une organisation qui mobilise le grand public pour faire pression sur les décideurs politiques et économiques. Plaidoyer et campagne figurent dans le cœur de métier d'Oxfam, qui mène en France depuis 30 ans des campagnes pour lutter contre les inégalités et la pauvreté.

Les campagnes de plaidoyer des ONG reposent sur quatre grands modes d'action indissociables⁵:

1. L'influence des décideurs politiques, correspondant aux actions directes menées auprès des décideurs pour négocier, convaincre et obtenir des informations.
2. La communication et les médias pour informer et mobiliser le public, ainsi que faire pression sur les décideurs.
3. La mobilisation citoyenne, pour donner du poids et créer de l'engagement sur ces sujets.
4. L'expertise : fournir l'analyse, qui permettra à l'organisation de construire ses positionnements et argumentaires. Cette expertise émane à la fois des programmes mis en œuvre dans les pays, mais également de travaux de recherche.

La mobilisation de la recherche est donc fondamentale pour les stratégies de plaidoyer et de campagne d'association comme Oxfam et constitue un des socles de la légitimité et de la crédibilité de ses positionnements politiques. De nombreuses associations disposent d'ailleurs de départements de recherche pour contribuer à l'élaboration des contenus et analyses. En

⁵ Ces modes d'actions ont été travaillés dans le cadre d'une formation au plaidoyer proposée par Jean-Denis Crola et Sébastien Fourmy, de l'agence 6-PM.

utilisant ainsi les travaux de recherche pour construire des stratégies d'influence et documenter des positionnements politiques, les ONG jouent le rôle de caisse de résonance de la recherche scientifique.

L'avènement d'une couverture santé universelle (CSU) est au cœur des combats d'Oxfam. Levier puissant de lutte contre les inégalités, la CSU repose sur le droit de toutes et tous d'avoir accès à la santé en fonction de ses besoins et non en fonction de ses moyens. Reconnue au sein des enceintes internationales depuis le début des années 2010 et inscrit aujourd'hui dans le cadre de l'agenda 2030, elle doit apporter une réponse politique aux millions de personnes qui basculent chaque année dans la pauvreté en raison de dépenses en santé, ou ceux qui y renoncent tout simplement faute de moyens. Reposant sur le droit fondamental à la santé, elle constitue un des leviers du développement durable. À de nombreuses reprises nous nous sommes appuyés à Oxfam sur des travaux de recherche pour faire avancer le plaidoyer de la CSU auprès des décideurs politiques.

Démanteler les idées reçues sur la gratuité des soins

L'un des exemples emblématiques de ce travail partenarial étant la publication des *Idées reçues sur la gratuité des soins*⁶, rapport publié en 2013, en amont de la conférence sur les Objectifs de développement durable (ODD) en partenariat entre le Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM), Help et Oxfam France. L'objectif était de prôner la fin des politiques de paiement direct des soins, et promouvoir l'inscription de la CSU dans le futur cadre post-2015. Les partisans de la gratuité des soins se voyaient, et se voient toujours, opposer des arguments sur l'inefficacité de ces politiques. En se basant sur des travaux de recherche, cette série de fiches répond aux différents argumentaires souvent utilisés contre la gratuité des soins.

« Il faut absolument demander une participation financière aussi infime soit-elle » : mythe ou réalité ?

Par exemple, pour contrecarrer l'idée reçue selon laquelle « il faut absolument demander une participation financière aussi infime soit-elle », nous nous sommes appuyés sur une étude de l'Université de Montréal (Haddad et al., 2011) sur l'évolution du nombre d'accouchements dans les centres de santé de 4 districts sanitaires au Burkina Faso de 2004 à 2010. L'étude montrait que l'instauration progressive de la gratuité des soins avait entraîné une augmentation très importante de la fréquentation des centres de santé par les femmes. À Sebba et Dori, les districts de santé pilotes, la gratuité expérimentée avait permis une augmentation significative du taux d'accouchements assistés. Ces chiffres attestaient ainsi l'efficacité des politiques de gratuité des soins en termes d'augmentation de l'accès aux soins.

« Quand les soins sont gratuits la qualité est mauvaise » : mythe ou réalité ?

Une autre contre-vérité fréquemment brandie est la suivante : « quand les soins sont gratuits la qualité est mauvaise ». Ici, nous nous sommes appuyés sur une étude comparative « avant



⁶ Le rapport est disponible à l'adresse suivante : https://www.oxfamfrance.org/wp-content/uploads/2014/03/file_attachments_oxfam-idees_recuues_gratuite_sante.pdf

et après », et « avec et sans gratuité », des prescriptions médicales pour les enfants de moins de cinq ans au Burkina Faso (Illou et al., 2015). L'un des postulats des « anti-gratuité » était que l'augmentation du nombre de consultations entraînerait une trop grande liberté offerte aux prescripteurs et donc des ruptures de stock des produits médicaux, entre autres. Une étude de 2012 montrait que selon les trois indicateurs évalués (utilisation des antibiotiques, utilisation des injections et nombre moyen de médicaments), il n'y avait pas de différence significative avant et après la gratuité des prescriptions médicales pour les enfants de moins de cinq ans. Les évolutions n'étaient pas différentes sur la même période pour le groupe contrôle des enfants de cinq à dix ans qui continuaient de payer avec les mêmes prescripteurs.

L'ensemble de ces résultats montraient que la plupart du temps, les idées reçues étaient liées à des contextes où la gratuité des soins n'était pas mise en œuvre correctement, peu financée et ne bénéficiait pas d'une priorité politique adéquate. Aujourd'hui, la nécessité de mettre fin au paiement direct a gagné du terrain et des institutions telles que la Banque Mondiale dénoncent l'injustice et l'obstacle qu'ils constituent à l'accès aux soins⁷.

Dans cette nouvelle ère des ODD, une nouvelle croyance ressurgit, celle du rôle indispensable du secteur privé pour atteindre la CSU dans les pays en développement. Brandi comme la solution miracle pour combler les « millions to trillions » nécessaire à l'atteinte des objectifs de développement durable cette croyance est critiquée dès le début des années 2000 par Oxfam dans le rapport « Blind optimism »⁸. Oxfam démontre que cet appel au secteur privé ne repose pas sur des recherches et données scientifiques démontrant l'impact positif de ces acteurs privés sur l'accès à la santé des populations les plus pauvres, mais au contraire sur des logiques commerciales et de profits. Plusieurs études ont mis en évidence l'impact négatif du secteur privé pour les plus vulnérables. Par exemple, une étude comparée de 2012 menée dans plusieurs pays à faible revenu évaluait que le coût des médicaments délivrés sur ordonnance était largement supérieur dans le secteur privé que dans le secteur public (Basu et al., 2012). Encore une fois, la mobilisation de la recherche, en collaboration avec les associations de la société civile doit permettre de documenter la prise de décision politique pour que cette dernière soit fondée sur des données scientifiques claires et bénéficiant au plus grand nombre.

Références bibliographiques

Illou, A. M. M., Haddad, S., Agier, I., & Ridde, V. (2015). The elimination of healthcare user fees for children under five substantially alleviates the burden on household expenses in Burkina Faso. *BMC health services research*, *15*, 313. doi:10.1186/s12913-015-0957-2.

Basu, S., Andrews, J., Kishore, S., Panjabi, R., & Stuckler, D. (2012). Comparative performance of private and public healthcare systems in low- and middle-income countries: a systematic review. *PLoS medicine*, *9*(6), e1001244. doi:10.1371/journal.pmed.1001244

Haddad, S., V. Ridde, Y. Bekele & Queuille, L (2011). Plus les coûts sont subventionnés, plus les femmes du Burkina Faso accouchent dans les centres de santé. Note d'information. Université de Montréal/CRCHUM/HELP/ECHO : Montréal.

⁷ Voir par exemple le rapport publié par la Banque mondiale en 2015 sur les nouveaux programmes de CSU : <https://www.banquemondiale.org/fr/news/press-release/2015/09/22/universal-health-coverage-programs-that-cover-one-third-of-world-are-transforming-care-for-poorest-most-vulnerable>

⁸ <https://www.oxfam.org/en/research/blind-optimism>



9. Recommandations des travaux de groupe

Fanny Chabrol Dr., Chargée de recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement (Unité Centre population et développement (CEPED)), France ;

Lara Gautier Dr., Chercheure postdoctorale à l'Université McGill, Canada ;

Marion Ravit Dr., à l'Institut de Recherche pour le Développement (Unité Centre population et développement (CEPED)), France.

À la suite du cadrage théorique proposé par Émilie Robert et Valéry Ridde sur la science de l'utilisation de la science, suivi de six présentations de partage d'expériences concrètes de mobilisation de connaissances en faveur de la couverture de la santé universelle (Jean-Patrick Alfred, Deepa Rajan, Marion Ravit, Khoudia Sow, Carine Baxerres, Graziella Ghesquières), la suite de la journée a été consacrée à des travaux de groupe. Trois thèmes ont été identifiés (la formation, les activités, et les enjeux politiques), et les participants ont été invités à en choisir un pour participer aux discussions de groupe d'état des lieux et de formulations de recommandations pour améliorer la mobilisation de la recherche. Nous reprenons ci-dessous les éléments clés des discussions au sein des ateliers et des échanges avec la salle en plénière.

Atelier 1 – La formation des acteurs

Durant ce groupe de travail, les participants ont réfléchi sur la formation des acteurs dans le cadre de la mobilisation des résultats de la recherche sur la couverture santé universelle. Lors des discussions, c'est la réflexion autour du « pourquoi une formation ? » qui est ressortie en majorité plutôt que des modalités concrètes de formation continue, qui mériteraient une réflexion plus approfondie. La conclusion majeure de cette réflexion est que cette formation doit être à double sens. Premièrement, le chercheur doit pouvoir former à la recherche l'ensemble des parties prenantes impliquées dans les projets et décisions politiques de santé publique afin que tous participent activement aux projets de recherche et s'approprient mieux par la suite les résultats qui en seront issus. Mais, deuxièmement, le chercheur doit aussi impérativement se former au terrain et à l'arène de décision politique.



La difficulté qu'éprouvent bien des chercheurs à passer de résultats scientifiques à des recommandations politiques concrètes devrait en effet encourager ceux-ci à se familiariser avec les rouages de la décision politique. Si les conclusions d'articles scientifiques sont souvent très détaillées, justifiées, reposant sur des données probantes, l'on constate en revanche que les recommandations – lorsqu'elles sont formulées – qui en sont issues s'avèrent souvent peu opérationnelles et sont donc très peu reprises et utilisées par les décideurs.

La mobilisation de la recherche dans la co-construction d'un plaidoyer politique passe par l'intégration de tous les acteurs de terrain qui mettent en œuvre les interventions. Les acteurs de terrain ont une très bonne connaissance de la situation locale, des réussites et des difficultés, et disposent d'un savoir expérientiel que n'ont pas toujours les chercheurs. La participation de chercheurs, qui eux ont un recul sur la situation de terrain, dans la formulation de recommandations envers les décideurs peut permettre d'ajouter de la crédibilité en favorisant l'utilisation de résultats de recherche. Il est important également de penser des partenariats avec la société civile, et notamment les chargés de plaidoyer, dont le métier est précisément de

co-construire des plaidoyers pertinents.

En plus des partenariats entre individus, il est important de réfléchir à des alliances étroites entre les structures de recherche – du Nord et du Sud – et les acteurs locaux dans chaque pays d'intervention. En effet un plaidoyer ne peut pas être porté par une seule structure pour espérer avoir un impact, mais doit être porté par une pluralité de points de vue. Un exemple discuté par les participants porte sur le Mali, où la recherche et les plaidoyers qui en découlent sur la base des résultats obtenus, sont majoritairement portés par des grandes ONG internationales, mais ils ne sont pas portés par la société civile ou par les décideurs locaux. Il devient donc très difficile ensuite d'utiliser ces résultats de recherche sur le plan national, en vue de l'adoption d'une nouvelle loi par exemple, faute d'ancrage local et savoir expérientiel local.



Enfin, il est apparu au cours de la discussion avec le reste de la salle que la formation des doctorants et des chercheurs quant à la manière de diffuser les résultats auprès des décideurs est quasiment inexistante. Or, il existe désormais une multitude d'outils de transfert de connaissance qui permet de rendre accessible des connaissances scientifiques. L'idée de former les (futurs) chercheurs à ces outils de transfert de connaissance a émergé avec objectif d'améliorer l'utilisation et l'appropriation des résultats de la recherche par les décideurs.

Atelier 2 – Les activités favorables à la mobilisation de la recherche

Le premier constat qui a été fait par le groupe de travail est l'insuffisance de dialogue entre les décideurs, les chercheurs et les acteurs de terrain ainsi qu'une absence de synergie entre les chercheurs et des organisations de la société civile qui ne sont pas (uniquement) dédiées au sujet de la CSU. Le deuxième constat est la faible mobilisation politique pour la CSU dans les pays du Sud et la nécessité d'identifier des leviers de mobilisation. Ceci passe par une meilleure communication autour de la recherche (jargon à éviter, valorisation, diffusion) afin de susciter l'intérêt de la société et des bailleurs de fonds.

Tandis que le VIH a été et continue d'être une thématique très financée, d'autres thématiques ont été laissées pour compte par la recherche en particulier lorsqu'il s'agit de sujets d'envergure systémique qui échappent aux « effets de mode ». L'exemple du VIH illustre pourtant la capacité à mettre autour d'une même table un ensemble d'acteurs qui se parlent depuis de très longues années. Dans la mise en œuvre d'autres types de programmes, en revanche, il est plus difficile de réunir des acteurs aux profils variés. Ceci nécessite une implication sur le long terme. Appliquer les leçons apprises de cette thématique sida vers la CSU serait très positif.

Il faut d'abord s'interroger sur ce qui est particulier à la CSU à la mobilisation de la recherche en général ? A-t-on affaire à un champ « attrape-tout » ? L'approche n'étant pas associée à une maladie en particulier ne facilite pas la mobilisation d'ONG par exemple. Dans le domaine de la recherche sur les systèmes de santé, les conflits d'intérêt ne sont par ailleurs pas mis en lumière car il n'y a que peu d'implication de la part de la société civile. En l'absence d'ONG, sur quels acteurs s'appuyer pour mobiliser la société civile pour la CSU ? Tout en facilitant la collaboration avec les ONG dont les activités sont centrées sur certaines maladies, il faut aussi s'engager dans un dialogue fécond avec les associations qui ne sont pas spécifiquement mobilisées sur les questions de santé, mais qui défendent le service public, la transparence dans l'utilisation des ressources publiques et l'équité, comme Oxfam par exemple.

À cet égard, quels sont les leviers ou les questions qui mobilisent le plus ? La mobilisation de la société civile pour la CSU est balbutiante mais peut s'appuyer par exemple sur l'activisme sur le prix des médicaments qui est puissant depuis plusieurs années, au Nord comme au Sud, et pourrait être un lien vers des leviers d'action Nord-Sud. Au Mali, le débat pour la CSU est porté essentiellement par des associations communautaires et des soignants qui ne parviennent pas à entretenir une dynamique pérenne sur cette question car l'intérêt et les financements sont trop ponctuels. Peu de journalistes par exemple s'emparent de cette thématique pour interpeller les pouvoirs publics. À défaut, le sujet de la CSU reste confiné à la sphère des experts et ne fait pas l'objet d'une dissémination sociétale plus large qui s'appuierait aussi sur les patients – bénéficiaires. Les résultats de la recherche devraient pouvoir atteindre les patients, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Au sein du comité organisateur de cette conférence on s'est d'ailleurs posé la question : finalement les patients ne sont pas représentés.

La faible mobilisation s'explique par une relative dépolitisation du sujet de la CSU qui peut être liée à sa forte technicisation. Tout comme le sujet n'est pas saisi par les ONG il ne l'est guère au cœur du débat public, comme objet de revendication de la part des citoyens. La CSU concerne l'ensemble du système de santé et relève de la gouvernance. Ce sont des questions sensibles et complexes qui appellent un besoin de vulgarisation et de formation sur le transfert de connaissances car les chercheurs ne sont pas formés à cela et ne savent pas nécessairement comment opérer un tel transfert. La difficile mobilisation est due à la diversité des déterminants et des acteurs de la CSU et au fait que chaque pays conçoit la CSU différemment. Tous les acteurs sont légitimes mais ne parlent pas forcément de la même chose; les acteurs pourraient ainsi être plus efficaces au sein de thématiques spécifiques. Plusieurs coalitions d'ONG internationales ont réussi à mobiliser sur ces thèmes mais dépendent de financements internationaux. Ces discussions nous ont finalement conduit à réitérer le caractère éminemment politique de la CSU. Comment alors mettre en œuvre la recherche une fois que des décideurs ont réussi à faire passer des réformes ?

Atelier 3 – Enjeux liés à la prise de décision

Dans ce dernier atelier, les participants ont pris part aux discussions portant sur les questions suivantes :

- Les responsables prennent-ils toujours leurs décisions sur la base de données scientifiques?
- Les chercheurs sont-ils bien au fait du processus de décision?
- Comment se traduit l'influence des bailleurs dans les relations chercheurs-décideurs?

Les responsables politiques ne s'appuient pas, le plus souvent, sur des données scientifiques pour prendre leurs décisions, par exemple quand cela les engagerait à aller à l'encontre de l'opinion publique, comme le montre l'exemple parisien des salles de consommation à moindre risque pour les usagers de drogue.



Un.e responsable politique cherche à dérouler sa stratégie et une fenêtre d'opportunité. Par exemple, il y a un moment où le ministère de la santé va subir de la pression ou être exposé à de multiples données probantes, mais l'enjeu du budget va entraîner une priorisation. D'autant que le poids des bailleurs de fonds est fort dans les pays à faible revenu, et ils sont influencés par des positions souvent plus idéologiques que reposant sur des données probantes.

Il faut également rappeler la pluralité du côté chercheurs comme du côté des décideurs. La science n'est pas homogène, il y a des tensions voire des conflits entre chercheurs, y compris dans le domaine de la CSU, certains chercheurs sont de véritables « entrepreneurs » scientifiques. Les résultats de recherche ne sont pas univoques, il n'y a pas une vérité scientifique. Les décideurs peuvent nouer des alliances et avoir des profils différents. La familiarité ou la proximité avec le monde de la recherche n'est pas la même dans tous les contextes. Au Burkina-Faso par exemple en 2018, le ministre de la Santé était lui-même un chercheur épidémiologiste plus susceptible de se tourner vers des résultats de recherche afin d'orienter la décision politique. Pour autant le décideur n'est pas seul, il ne prendra pas une décision si elle reflète une opinion minoritaire dans son groupe politique. La recherche comme la décision politique est soumise à la pression de groupes d'influence. Le décalage de temporalités est à noter également entre la recherche qui s'étend sur de parfois très longues périodes tandis que la décision politique – dépendante des échéances électorales – s'effectue à court terme, apparaissant parfois comme précipitée. De nombreuses réflexions ou actions peuvent être initiées pour tenter de valoriser nos recherches autrement, de manière innovante pour mieux impacter l'opinion publique, par exemple en utilisant les bandes dessinées ou les documentaires. Des unités institutionnalisées d'analyse des différents types de recherche pourraient être instaurées afin de travailler sur le long terme avec les techniciens du ministère de la santé. Ceci permettrait de travailler à différents niveaux (local, régional) pour activer différents leviers (notion de *brokers*, que chacun sorte de son rôle) et un plus grand arrimage avec la temporalité du politique.

La notion de « courtier de connaissances » a ensuite été discutée lors de la restitution auprès de l'ensemble des participants. Il s'agit de personnes formées et outillées pour transférer les résultats de la recherche vers les décideurs, formées à la fois à la communication et à la recherche, ce qui constitue un métier en devenir à développer dans le futur. Le chercheur, citoyen à part entière pourrait aussi devenir un courtier et s'impliquer pour effectuer des synthèses de connaissances. Certains chercheurs « traduisent » volontiers alors que d'autres répondent que ce n'est pas leur rôle de poursuivre leur recherche pour vulgariser, transformer leur recherche et ainsi, selon certains, « dénaturer leur travail ». Il serait nécessaire d'inclure les personnes de terrain, les intervenants, et les usagers dans la traduction politique et le plaidoyer. Les liens entre recherche et décision politique sont la traduction d'un rapport de force à un instant T qui n'est pas immuable.

Des plateformes pour le plaidoyer qui intègrent les différentes parties prenantes, comme l'Assemblée nationale de la santé en Thaïlande est une piste très intéressante qui pourrait être transposée dans d'autres contextes. Plusieurs initiatives de plateformes participatives ont été lancées comme les États généraux de la bioéthique en France en 2017 sans avoir laissé de place importante à la recherche – représentant plutôt une plateforme de débat entre la population et la classe politique. Les chercheurs n'ont pas été assez impliqués dès le début. À présent ils essaient de tirer les leçons pour mieux valoriser la place de la recherche dans ces initiatives. Une des raisons du succès de la Thaïlande est la place de la recherche et la crédibilité de disponibilité de données probantes.

Au sein de trois ateliers sur des sujets bien distincts – formation des acteurs, activités favorisant la mobilisation et enjeux de prise de décision – les participants ont identifié des enjeux similaires. Ils ont souligné l'importance d'un dialogue renforcé entre chercheurs et décideurs ainsi qu'une

palette d'acteurs de la société civile, patients, associations, etc. La couverture sanitaire universelle sera d'autant plus ardemment défendue qu'elle ne le sera pas uniquement par les responsables politiques et les chercheurs mais deviendra un objet de mobilisation citoyenne, au Nord comme au Sud.

10. Conclusion

Valéry Ridde Dr., Directeur de Recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement (Unité Centre population et développement (CEPED)), France.

Il est évidemment impossible de conclure cette synthèse partielle de nos débats du 15 octobre 2018 tant le sujet est vaste et sa discussion encore très récente en France et dans le champ de la santé mondiale francophone. En effet, il me semble que cette rencontre était une première en France pour tenter de mieux comprendre les défis de la mobilisation de la recherche pour la couverture universelle en santé. Dans son rapport annuel de 2013, l'Organisation mondiale de la santé avait déjà mis en avant combien il était essentiel de mieux utiliser la recherche pour soutenir les pays dans l'atteinte de cet objectif de développement durable (WHO, 2013). Pourtant, la France n'investit pas suffisamment dans le domaine de l'évaluation, mais aussi de la recherche en santé mondiale⁹. Et il ne s'agit pas uniquement de ressources financières pour réaliser ces recherches, mais aussi pour disposer de ressources humaines compétentes pour les réaliser. On manque encore cruellement en France de formations dans ce domaine. Car si les universités françaises sont reconnues pour leur qualité pédagogique en épidémiologie ou sciences sociales par exemple, l'offre de formations professionnelles et universitaires pour l'évaluation des interventions et pour la recherche sur les systèmes de santé est encore rare. De même, l'investissement de l'aide publique française est encore très largement orienté selon une approche (ancienne) verticale, par maladie (notamment celles du Fond mondial), délaissant les financements et les réflexions plus systémiques et complexes.

De plus, comme le montrent parfaitement les textes de ce numéro et les débats du 15 octobre 2018, il est essentiel de renforcer les liens entre les décideurs et les chercheurs. Ces deux mondes sont encore trop souvent éloignés comme en témoignent les multiples ateliers de chercheurs où les décideurs et intervenants ne sont pas présents ou les rencontres politiques ou techniques où l'expertise des chercheurs n'est pas mobilisée. Pourtant, la science de l'utilisation de la science (Langer et al., 2016) montre depuis longtemps que la qualité, l'intensité et la profondeur de ces liens entre ces deux mondes sont essentielles pour renforcer la prise de décision fondée et informée sur des données probantes, comme le rappelle Émilie Robert. Les exemples d'Haïti par Jean-Patrick Alfred et du Sénégal par Khoudia Sow rappellent l'importance de ces liens, de la création d'une relation de confiance entre les acteurs et d'un leadership pour que les activités de transferts des connaissances soient les plus efficaces possible. La collaboration que nous avons eue avec une coalition d'ONG au Burkina Faso, notamment OXFAM dont parle Sandra Lhote-Fernandes, s'inscrit dans cette perspective. Cette collaboration dans la durée et la confiance a contribué à informer la prise de décision du Ministère de la santé pour décider de sa politique d'exemption du paiement des soins pour les enfants (Ridde & Yaméogo, 2018). Mais encore faut-il que tous ces acteurs perçoivent l'importance d'utiliser les résultats de recherche et soient formés à ces processus de mobilisation de la science. Les cas présentés par Marion Ravit en

⁹ https://www.lemonde.fr/idees/article/2018/09/21/valery-ridde-le-budget-alloue-a-l-evaluation-de-l-efficacite-des-aides-au-developpement-en-afrique-est-trop-faible_5358502_3232.html

Mauritanie et Carine Baxerres au Bénin montrent que cela n'est pas toujours facile.

Évidemment, cette question nous concerne tous, que l'on soit chercheur, intervenant ou décideur, que l'on soit basé dans une institution française ou africaine. En 2017, les ministres de la santé de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) ont voté une résolution en faveur de l'utilisation des données probantes lors de « l'élaboration des documents de politiques, plans, normes et protocoles de soins en santé ». Il devient donc urgent de nous mobiliser collectivement pour atteindre cet objectif. Les défis sont importants, mais il faut absolument s'orienter vers une plus grande mobilisation de la recherche et une proximité plus importante entre le milieu académique et celui des interventions de santé mondiale. Le milieu universitaire n'est pas toujours prêt à cela et les besoins d'évolution que j'avais évoqués il y a 10 ans sont loin d'être pris en compte (Ridde, 2009). Ce ne sera évidemment pas facile car au-delà du besoin essentiel de formation (tant des chercheurs que des décideurs), il existe encore, d'un côté, dans la communauté scientifique de nombreuses personnes à s'interroger sur l'instrumentalisation de la science. C'est un vieux débat. Mais comment faire autrement lorsque l'on étudie des interventions de santé mondiale et que l'on analyse les systèmes de santé ? Ne serait-il pas utile que la recherche et l'évaluation puissent apporter des éléments factuels à la prise de décision pour améliorer ces interventions ? D'un autre côté, de nombreux bailleurs de fonds des interventions de santé mondiale ainsi que des intervenants ne sont toujours pas convaincus de l'importance de la recherche. Ils trouvent parfois que les équipes de recherche mettent au jour des éléments qu'ils ne souhaitent pas rendre publics concernant des interventions pourtant financées par des fonds publics. Certains font encore l'autruche, à l'image des membres du Cartel de l'aide au développement ne souhaitant mettre en avant que leurs succès (Rajkotia, 2018), écartant les effets pervers ou non attendus, comme on le constate des interventions de financements basés sur la performance (Turcotte-Tremblay, Gali-Gali, De Allegri, & Ridde, 2017) ou usant de censure (Storeng & Palmer, 2019).

Ainsi, plus de 200 chercheurs du monde entier viennent de publier un article pour proposer des solutions opérationnelles afin de maintenir l'indépendance de la recherche concernant les interventions de santé mondiale (Storeng et al., 2019). Ce risque n'est pas négligeable dans un contexte où l'on évoque dans ce hors-série des Cahiers Réalisme l'importance de renforcer les liens entre la recherche et l'intervention. Ces liens ne doivent pas se renforcer au détriment de l'indépendance de la recherche et de la rigueur des résultats des évaluations, pas plus qu'à l'oubli par les chercheurs des questions que se posent les intervenants pour améliorer leurs actions. C'est donc une stratégie au bénéfice de tous, et d'abord au bénéfice des populations qui vivent les problèmes auxquels s'attaquent les interventions, qu'il faut tenter de trouver. Dans le domaine de la santé, nous savons déjà que nous ne sommes pas dans la bonne direction pour atteindre les objectifs du développement durable (Independent Group of Scientists appointed by the Secretary-General, 2019) et ne parlons pas de ceux liés aux changements climatiques ! La recherche doit donc pouvoir jouer son rôle et avoir sa place dans cette arène. Les textes de ce numéro des Cahiers Réalisme montrent que c'est possible et que nous devons absolument collectivement nous engager à plus et mieux mobiliser la science pour la couverture universelle en santé. C'est l'engagement que semble s'être donné l'Agence Française de Développement dans sa stratégie 2019-2022 en renforçant ces liens, notamment avec l'IRD¹⁰ et c'est la requête importante que vient d'émettre le groupe de chercheurs mobilisé par le Secrétariat Général des Nations Unies concernant les objectifs du développement durable (Independent Group of Scientists appointed by the Secretary-General, 2019).

10 <https://www.afd.fr/fr/strategie-recherche-innovation-et-savoirs-2019-2022>

Références bibliographiques

Independent Group of Scientists appointed by the Secretary-General. (2019). *Global Sustainable Development Report 2019 : The Future is Now – Science for Achieving Sustainable Development* (p. 216). New York: United Nations.

Langer, L., Tripney, J., Gough, D., University of London, Social Science Research Unit, & Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre. (2016). *The science of using science : Researching the use of research evidence in decision-making*.

Rajkotia, Y. (2018). Beware of the success cartel : A plea for rational progress in global health. *BMJ Global Health*, 3(6), e001197. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001197>

Ridde, V. (2009). Le transfert de connaissances et les règles de fonctionnement du système universitaire : Besoin de changements. *Global Health Promotion*, 16(3), 70-72.

Ridde, Valéry, & Yaméogo, P. (2018). How Burkina Faso used evidence in deciding to launch its policy of free healthcare for children under five and women in 2016. *Palgrave Communications*, 4(1). <https://doi.org/10.1057/s41599-018-0173-x>

Storeng, K. T., Abimbola, S., Balabanova, D., McCoy, D., Ridde, V., Filippi, V., ... Palmer, J. (2019). Action to protect the independence and integrity of global health research. *BMJ Global Health*, 4(3), e001746. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001746>

Storeng, K. T., & Palmer, J. (2019). When ethics and politics collide in donor-funded global health research. *The Lancet*, S0140673619304295. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30429-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30429-5)

Turcotte-Tremblay, A.-M., Gali-Gali, I. A., De Allegri, M., & Ridde, V. (2017). The unintended consequences of community verifications for performance-based financing in Burkina Faso. *Social Science & Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.007>

WHO. (2013). *World health report 2013 : Research for universal health coverage* (p. 168). Geneva: WHO.

11. Comment mobiliser la recherche pour la couverture sanitaire universelle ?

Hélène Djoufelkit et Marie-Pierre Nicollet, Agence Française de Développement.

L'Agence française de Développement (AFD) finance et accompagne les transitions vers un monde plus juste et durable. Dans le secteur de la santé, l'AFD est un acteur engagé pour la mise en œuvre d'une couverture santé universelle (CSU) qui comprend notamment une protection contre les risques financiers et l'accès à des services de santé. L'Initiative « Solidarité Santé Sahel » (I3S) est l'une des traductions concrètes de cet engagement de l'AFD, et plus globalement de la France. En effet, depuis 2013, l'I3S permet d'accompagner le Niger, le Mali, le Tchad et le Sénégal dans la mise en œuvre de politiques visant à améliorer l'accès aux soins des femmes et des jeunes enfants.

Chaque pays développe son système de santé dans une culture et un contexte qui lui sont propres et rendent caducs l'utilisation de modèles importés lorsqu'il s'agit de faire face aux défis et spécificités de leurs territoires. Vouloir mettre en œuvre la CSU dans les pays du Sud revient à imaginer et éprouver de nouveaux mécanismes de financement et de prestation des soins de santé adaptés aux réalités territoriales et culturelles ainsi qu'aux contraintes budgétaires de ces pays. En outre, les équilibres politiques et économiques sont souvent à bâtir entre une offre de soins tirée par les progrès de la médecine et la capacité du plus grand nombre à accéder à ces soins. C'est sur la base de ce constat que les interventions de l'I3S dans les pays ont été complétées par le programme de recherche UNISSAHEL visant à améliorer la définition des interventions à venir en faveur de la CSU.

Les travaux de recherche sont indispensables pour atteindre l'objectif que s'est fixé la communauté internationale de faire en sorte que chacun bénéficie d'une CSU pour « donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien être à tous les âges » (objectif 3, cible 3.8 de l'Agenda 2030). Non seulement ils doivent permettre de proposer des solutions aux défis rencontrés, mais ils doivent aussi permettre d'évaluer de façon indépendante les initiatives prises dans les pays et leurs impacts sur les populations. Alors que les innovations fleurissent dans l'ensemble des pays, et en particulier dans les pays du Sud, nous avons besoin d'alimenter nos réflexions et celles de nos partenaires publics et privés pour imaginer et mettre en œuvre des solutions adaptées et éprouvées. Il s'agit également pour les pays du Sud de gagner en efficacité dans leurs trajectoires de mise en place de la CSU en identifiant les initiatives qui fonctionnent et celles qui ne fonctionnent pas, et d'éviter que les acteurs du développement ne promeuvent des « modèles voyageurs » qui ne seraient pas pertinents en dehors de leurs contextes initiaux. Seule une recherche forte et indépendante peut fournir les éléments nécessaires à ce dialogue et permettre une accélération de la mise en œuvre de la CSU en favorisant les échanges entre pays du Sud et entre ces pays et les bailleurs du développement.

L'AFD sait que le travail de recherche est spécifique et requiert un écosystème qui le protège de la commande de court terme, et lui donne les moyens d'éclairer, de former, d'instruire, de rapporter la preuve. C'est pour cette raison que l'AFD soutient le programme de recherche UNISSAHEL conduit sous la direction de l'Institut de Recherche pour le Développement, mais

aussi des médias comme « The Conversation » qui cherchent à créer des passerelles entre le monde de la recherche et les autres acteurs du développement (ONG, acteurs institutionnels, etc.). L'AFD prête sa tribune à la parole d'experts, innove sa propre réflexion par les travaux d'instituts de recherche du Sud, ou du Nord en partenariat avec le Sud.

Cahiers REALISME
Hors-série, Octobre 2019

Comité éditorial de la collection :

Maria José Arauz Galarza
Marie Munoz Bertrand
Lara Gautier
Valéry Ridde
Emilie Robert
Emmanuel Sambieni
Sylvie Zongo

Coordinatrice de la collection:

Lara Gautier

ISBN: 2369-6648

Institut de recherche en santé publique
de l'Université de Montréal (IRSPUM)
7101 avenue du Parc, bureau 3187-03

Montréal, Québec, Canada H3N 1X9

www.equitesante.org/chaire-realisme/cahiers/
cahiers-realisme@equitesante.org

La Chaire REALISME

Lancée en 2014, la Chaire de recherche REALISME vise à développer le champ en émergence de la science de l'implantation en santé mondiale. Plus spécifiquement, son objectif est d'améliorer la mise en œuvre des interventions communautaires afin de les rendre plus efficaces dans une perspective d'équité en santé.

Dans ce cadre, la Chaire lance une nouvelle collection de documents de recherche portant sur les interventions communautaires de santé dans les pays à faible revenu, et/ou les problématiques touchant les populations les plus vulnérables dans ces pays et au Canada.

Les Cahiers REALISME

La création de ces Cahiers vise à prendre en compte un certain nombre de problèmes :

- Diffusion limitée des recherches en français et en espagnol sur le thème de la santé publique appliquée à la santé mondiale, du fait de l'anglais comme langue de diffusion principale
- Accès restreint pour les chercheurs de certains pays et la plupart des intervenants aux recherches publiées dans les revues scientifiques payantes
- Publications en accès libres payantes dans les revues scientifiques limitant la capacité des étudiants et jeunes chercheurs à partager leurs connaissances dans ces revues
- Processus de publication dans les revues scientifiques longs et exigeants

Compte tenu de ces problèmes, de nombreuses recherches ne sont pas publiées du fait de la longueur des procédures, des contraintes de langue, des exigences élevées de qualité scientifique.

L'objectif des Cahiers REALISME est d'assurer la diffusion rapide de recherches de qualité sur les thèmes de la Chaire en accès libre, sans frais, en français, anglais et espagnol.

Les contributions sont ouvertes aux étudiants aux cycles supérieurs (maîtrise, doctorat) et stagiaires postdoctoraux et aux chercheurs francophones, anglophones et hispanophones.

Les Cahiers s'adressent à tous les étudiants, chercheurs et professionnels s'intéressant à la santé publique appliquée à la santé mondiale.



This work is licensed under the Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

Cahiers Scientifiques REALISME
Hors-série, Octobre 2019

ISBN: 2369-6648

Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM)
7101 avenue du Parc, bureau 3187-03
Montréal, Québec, Canada H3N 1X9



www.equitesante.org/chaire-realisme/cahiers/