

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ENJEUX DE MOBILISATION ET TRANSFERT DES SAVOIRS AUTOUR DU  
FINANCEMENT BASÉ SUR LA PERFORMANCE (FBP) : LES POLITIQUES  
PUBLIQUES DE SANTÉ AU NIGER À L'ÉPREUVE DE LA CIRCULARITÉ  
MUTILANTE DES CONNAISSANCES.

THÈSE  
PRÉSENTÉE  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN SOCIOLOGIE

PAR  
IBRAHIM HAMANI SOULEY

AOÛT 2022

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que « conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire. »

## REMERCIEMENTS

## I

*Je remercie Allah*

*de m'avoir permis de finaliser ce projet.*

Je tiens, en toute sincérité et en premier lieu, remercier ma directrice Marie Nathalie Leblanc et ma codirectrice, Elisabeth Abergel, pour m'avoir consacré leurs temps durant tout le processus de ce noble projet, malgré leurs multiples occupations. Chères directrices, vos conseils et votre confiance en moi ont été d'une utilité inestimable pour que je puisse atteindre les objectifs de ma recherche. Veuillez donc recevoir toute ma gratitude et mon infinie reconnaissance.

Je remercie également mes parents, ma mère, feu Hamani Souley et feu Kimba Takassou, pour m'avoir donné ce qui est de plus précieux dans cette vie: l'amour, le soutien, les conseils, le sens de la responsabilité, le courage, la patience et la résilience. Je dis merci à ma femme et à mes enfants pour leur patience et leurs encouragements qui m'ont aidé à ne pas céder à la pression des exigences de la recherche et de mes responsabilités familiales.

Mes remerciements vont aussi au corps professoral et administratif du département de sociologie de l'Université du Québec à Montréal pour leur accompagnement et appui multiforme à la réalisation de ma thèse.

Je remercie le département de sociologie de l'Université Abdou Moumouni Dioffo de Niamey qui m'a invité et m'a créé les conditions adéquates de travail sur le terrain. Mes remerciements vont également à l'endroit des chercheurs du LASDEL (Laboratoire d'Études et de Recherche sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local), en particulier à Dr Moha Mahaman pour m'avoir guidé et facilité le contact avec les acteurs.trices du FBP (financement basé sur la performance) au Niger. Je profite pour dire merci aux acteurs.trices du FBP qui ont accepté de participer à la réalisation de cette recherche. Finalement, je remercie mes ami.e.s qui ont toujours été à mes côtés pour m'encourager et me prodiguer des conseils tout au long de cette recherche.

À

*Cheikh Aboubacar Hassoumi Kiota.*

Celui-ci qui incarne la sagesse, celui-ci qui est imbibé de savoir et d'Amour, celui-ci qui est aveugle face à l'apparence et illuminé face au savoir, celui-ci qui ne voit rien que le savoir, celui-ci qui ne respire, ne regarde, ne raisonne, n'agit que par le savoir, celui-ci qui oublie sa propre existence pour autrui, celui-ci qui s'oublie dans le savoir, celui-ci qui, dans son savoir connu devient plus aveugle qu'avant, celui-ci qui, dans cette obscurité, mouille son intelligence dans la source du savoir pour émerger dans un autre savoir pour échapper à l'inconscience de sa conscience, celui-ci qui, au regard toujours baissé, au visage rayonnant, celui-ci qui, une fois dans l'évanouissement de son savoir, refuse une différenciation entre le riche, le pauvre, le roi, le citoyen, le savant, l'« ignorant », l'enfant, l'adulte, le vieux, les femmes, les hommes, celui-ci qui résume tout en « un », celui-ci pour qui le « moi » est hallucinant et le « nous » est réalité dans le « moi » unique, celui-ci au regard inhabituel, celui-ci qui s'auto-immortalise pour apparaître invisible aux apparences et devient apparent à l'invisible, celui-ci qui est immunisé par le savoir apparent et caché, celui-ci qui n'est pas compris, celui-ci qui est rejeté, qualifié de fou, d'inconscient, mais compris par autrui, éprouve sympathie, amour et respect. Ainsi, mon ignorance de son savoir, m'a incité à prendre le chemin du savoir pour m'abreuver du savoir du cœur, le savoir éternel.

TABLE DES MATIÈRES	III
REMERCIEMENTS	I
DÉDICACE	II
TABLE DES MATIÈRES	III
LISTE DES FIGURES	IV
LISTE DES TABLEAUX	V
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	VI
RÉSUMÉS	VII
ABSTRACT	VIII
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I MISE EN CONTEXTE ET REVUE DE LA LITTÉRATURE	8
<b>1.1. FBP et politiques de gratuité des soins en Afrique</b>	<b>8</b>
<b>1.2. Politiques publiques de santé et émergence du FBP au Niger</b>	<b>15</b>
<b>1.3. Connaissances scientifiques et aides au développement en Afrique : une relation ambiguë</b>	<b>24</b>
<b>1.4. Question générale et objectifs de recherche</b>	<b>38</b>
1.4.1. Constat général qui ressort de la revue de la littérature et questions de recherche	38
CHAPITRE II CADRE CONCEPTUEL : DE LA NOTION DE TRANSFERT À CELLE DE LA CIRCULARITÉ MUTILANTE DES CONNAISSANCES	42
<b>2.1. La notion de transfert de connaissance scientifique</b>	<b>42</b>

**2.2. Le FBP : modèle voyageur ou modèle mutilant dans une circularité mutilante de connaissances** 55

**2.3. Qu'est-ce que nous entendons par la notion de circularité mutilante des connaissances en lien avec le modèle mutilant (FBP) ?** 61

**2.4. Le savoir : moyen d'influence politique et pouvoir dissuasif** 64

**CHAPITRE III MÉTHODOLOGIE** 69

**3.1. La réflexivité et le chercheur militant sur les politiques publiques de santé maternelle au Niger: un dilemme !** 70

**3.2. Approche méthodologique et méthodes d'enquête** 81

**3.3. La technique d'identification de la population d'étude** 84

**3.4. Les entretiens semi-directifs, collecte et l'analyse du contenu des petites bibliothèques** 90

3.4.1. Les entretiens semi-directifs 90

3.4.2. Collecte et analyse des « petites bibliothèques » 94

3.4.3. Éthique de la recherche 97

**3.5. Retranscription, stratégie d'analyse, codage et catégorisation des données** 98

3.5.1. Retranscription et stratégie d'analyse des données 98

3.5.2. Codage et catégorisation des données 102

**CHAPITRE IV RÔLES DES ACTEURS.TRICES, STRATÉGIES DE PRODUCTION ET DE LEGITIMATION DES CONNAISSANCES** 107

**4.1. La constitution d'un réseau informel d'acteurs.trices autour du FBP avec des rôles spécifiques** 108

4.1.1. Les « mentor.e.s » du FBP : initiateurs.trices, bailleurs de fonds du FBP et décideur.e.s 109

4.1.2. Les « incontournables » du FBP au service du FBP 116

4.1.3. Les « curieux.ses » du FBP : posture d'appropriation et d'engagement 122

4.1.4. Les « contrarié.e.s » : acteurs.trices très critiques en marge du processus du FBP 126

**4.2. Processus de légitimation, collecte et types de connaissances mobilisées par les acteurs.trices du FBP** 129

4.2.1. Les formations et les voyages d'études : moyen de mobilisation et d'acquisition de connaissance sur le FBP 130

4.2.2. Ateliers et réunions restreintes : espace de production, de circularité, d'influences et de validation des connaissances 133

4.2.3. Projet pilote, évaluation et recherche : outils de production, de mobilisation et d'utilisation de connaissances scientifiques sur le FBP 138

<b>4.3. Synthèse : Une typologie des acteurs.trices du FBP dans un processus controversé de production de connaissance</b>	<b>146</b>
4.3.1. Les « mentor.e.s » du FBP : « architectes » conceptuels et financiers du FBP au Niger	146
4.3.2. Les « incontournables » : fer de lance de la production et de la promotion des connaissances autour du FBP au Niger	148
4.3.3. Les « curieux.ses » du FBP : principaux.les pourvoyeu.r.s.es de connaissances techniques et passionné.e.s du FBP	151
4.3.4. Les « contrarié.e.s » du FBP : porteurs.teuses d'une démarche contraire à celle des « mentor.e.s » du FBP	153
4.3.5. Un processus mitigé de production et de légitimation des connaissances sur le FBP	154
<b>CHAPITRE V SAVOIRS MOBILISÉS, INCLUANT L'ANALYSE DES « PETITES BIBLIOTHÈQUES » ET LÉGITIMATION DES CONNAISSANCES</b>	<b>163</b>
<b>5.1. « Petites bibliothèques » : lieu de circularité de connaissances et de « ressourcement » pour les acteurs.trices du FBP</b>	<b>164</b>
5.1.1. Circularité de rapports et d'articles scientifiques sur les expériences du FBP entre « incontournables » et « mentor.e.s »	164
5.1.2. Circularité de rapports d'évaluations, d'étude de faisabilité, d'ateliers entre « curieux », « contrariés » et « incontournables » du FBP.	170
5.1.3. « Petites bibliothèques » : lieu de circularité des connaissances sur le FBP entre « mentor.e.s » et « incontournables », et « incontournables » et « curieux.ses »	173
<b>5.2. Typologie/catégorie des savoirs mobilisés</b>	<b>175</b>
5.2.1 Des connaissances scientifiques timidement mobilisées orientées à des fins justificatives du FBP	175
5.2.2. Des connaissances techniques issues de la pratique au service des réflexions sur le FBP pour valider les projets pilotes	182
5.2.3. Usage du statut des leaders religieux pour fédérer les bénéficiaires du FBP	190
<b>5.3. La légitimation des connaissances dans la construction des arguments sur le FBP</b>	<b>196</b>
<b>5.4. Synthèse : Catégories de connaissances mobilisées à des fins spécifiques avec des valeurs différentes</b>	<b>205</b>
<b>CHAPITRES VI CONCLUSION</b>	<b>212</b>
<b>6.1 Synthèse générale de l'analyse</b>	<b>212</b>
<b>6.2 Éléments de conclusions et perspectives</b>	<b>223</b>
<b>ANNEXE A FORMULAIRE DE CONSENTEMENT</b>	<b>228</b>
<b>ANNEXE B GUIDE D'ENTRETIEN</b>	<b>234</b>

ANNEXE C QUELQUES « PETITES BIBLIOTHÈQUES » 238

BIBLIOGRAPHIE 265

Figure 3.1. Sommaire de la méthodologie adoptée au contexte FBP/NIGER.....	106
Figure 6.1. Résumé analytique des cinq pouvoirs qui caractérisent un modèle mutilant (FBP).....	216
Figure 6.2. Circularité mutilante des connaissances.....	218
Figure 6.3. Résumé analytique des trois indépendances (3I) d'orientation de politique publique contextualisée.....	223

Tableau 2.1 Acteurs.trices de politique publique de santé en contexte d'Afrique subsaharienne .....	48
Tableau 3.1. Liste des entretiens réalisés.....	94
Tableau 3.2 .Catégories et codes des "petites bibliothèques" .....	96
Tableau 3.3. Grille d'analyse de la documentation grise/FBP/NIGER.....	101
Tableau 3.4. Catégories et codes des verbatims analysés à travers le logiciel QD Miner .....	103

ACDI : Agence canadienne de développement international

BM : Banque mondiale

CSI : Centres de Santé Intégrés

CSU : Couverture Sanitaire Universelle

DANIDA : Agence danoise pour le développement international

DEP : Direction des études et de la planification

DSRP : Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté

ENABEL : Agence de développement belge

FBP : Financement basé sur la performance

FCRSS : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé

FMI : Fonds monétaire international

G-7 : Groupe des 7

HD : Hôpital de District

HHA : Harmonisation pour la santé en Afrique

I3S : Initiative Solidarité Santé Sahel

INS : Institut national des statistiques

IST : Infections sexuellement transmissibles

KFW : Agence de développement allemand

LASDEL : Laboratoire d'études et de recherche sur les dynamiques sociales et le développement local

MSP : Ministère de la santé publique

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

ODD : Objectifs de développement durable

ODM : Objectifs du millénaire pour le développement

OGM : Organisme génétiquement modifié

OIG : Organisation internationale gouvernementale

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisations non gouvernementales

ONU : Organisation des Nations Unies

PDS : Plan stratégique national de développement sanitaire

PTF : Partenaire technique et financier

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

SR: Santé reproductive

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund

USAID : Agence états-unienne de développement international

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Le Financement Basé sur la Performance (FBP) est un outil de la Banque Mondiale qui sert à financer des services de santé en mettant en avant les résultats pour plus d'efficacité - accompagné de conditionnalités dont l'évaluation autonome des services réalisés (recherches scientifiques), etc. (Manitu et al., 2015). Il est introduit au Niger pour renforcer le système de santé publique en vue d'améliorer les services de santé des politiques de gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans, la planification familiale, les accouchements assistés, le VIH sida, la césarienne. Le but de cette recherche est d'explorer les rôles des acteurs.trices dans le processus de production de connaissances sur le FBP, les types de connaissances qui sont mobilisées, le mécanisme et le degré de leur légitimation. Pour atteindre ce but, une approche qualitative est adoptée comportant des entretiens semi-directifs. Cette approche a permis également d'analyser et d'identifier les différents types de documents (lus, non lus et ceux qui sont mis en avant pendant les entretiens) que contiennent les « petites bibliothèques » (fichiers contenant différents documents sur le FBP appartenant aux acteurs.trices interviewé.e.s.) collectées. L'analyse de contenu thématique a permis d'identifier un réseau informel d'acteurs-trices autour du FBP, de comprendre leurs rôles empiriques et de dresser une typologie. Il s'agit des « mentor.e.s » (pouvoir d'influence, décisionnel, financier, initiateur.trice), les « incontournables » (promoteur.trices du FBP à travers des plaidoyers, convaincu.e.s de l'efficacité du FBP, même vision sur le FBP que les mentor.e.s), les « curieux.ses » (volonté à saisir les principes du FBP, à cheval entre les « incontournables » et les « mentor.e.s ») et les « contrarié.e.s » du FBP (Frustré.e.s, écarté.e.s, travaillent dans l'ombre contre le FBP). L'un des apports théoriques de cette étude réside dans la compréhension empirique du processus de production et de légitimation des connaissances sur le FBP. Des stratégies sont mises en œuvre, lesquelles favorisent ce qui est décrit dans cette étude comme la circularité mutilante des connaissances. Ce concept se définit comme étant un espace social où coexistent et circulent des connaissances et des pratiques et à l'intérieur duquel des moyens sont mobilisés et où des rapports de forces inégalitaires déterminent le choix et l'orientation du politique dénommé « le modèle mutilant » dans cette étude. Deux principaux boulevards caractérisent la circularité mutilante : le boulevard pacifique (contexte souhaité, « collaboratif », « ouvert » au changement, « fidèle » aux réalités locales) et le boulevard mutilant (contexte réel, « minimise » le contexte local, mutilant, influence forte des PTF et du modèle mutilant.). L'analyse des « petites bibliothèques » montre une circularité de documents importants sur le FBP entre les « mentor.e.s » et les « incontournables », souvent entre « incontournables » et « curieux.ses » et quelquefois entre « mentor.e.s » et « curieu.x.ses » du FBP. Les contrarié.e.s sont pratiquement invisibles dans la circularité mutilante des connaissances, mais actifs.ves en marge. En effet, cinq formes de pouvoirs se manifestent à l'intérieur de la circularité mutilante des connaissances : le pouvoir de l'argent, de la connaissance scientifique, de l'assistance technique internationale et nationale (véhicule d'objectifs des PTF), le pouvoir tranquille et celui de l'usage du statut des leaders religieux. Le concept de circularité mutilante des connaissances offre donc une perspective pour analyser la façon dont des connaissances diverses circulent, sont mobilisées et utilisées par des groupes d'acteurs. trices. Ainsi, les

connaissances élitistes (scientifiques) sont priorisées sur d'autres formes dont les connaissances techniques et religieuses. Les connaissances scientifiques sont surtout utilisées pour montrer la pertinence du modèle mutilant (FBP) et du choix des indicateurs de santé. Les connaissances techniques sont utilisées pour mettre en exergue les difficultés liées au système de santé du Niger, en particulier la mise en œuvre des politiques de gratuité de soins afin de justifier l'application du FBP. Les connaissances religieuses sont mobilisées pour convaincre et obtenir l'adhésion des bénéficiaires afin de favoriser la réalisation des indicateurs de santé du FBP (planification familiale, césarienne, accouchement assisté, etc.) retenus. En effet, trois indépendances sont indispensables pour une réussite contextualisée de réforme politique de santé publique au Niger, notamment l'Indépendance de la recherche scientifique, économique et technique, et politique. D'autant plus qu'à la lumière de l'analyse des données, en plus de la monopolisation des savoirs (Rowell, 2013), la manipulation de sa production (projet pilote, évaluations) et sa vulgarisation (espace de circularité mutilante du savoir) déterminent sa valeur et son orientation.

Mots clés : circularité mutilante des connaissances, financement basé sur la performance, modèle mutilant, modèle voyageur, politique de gratuité des soins, transfert de connaissance scientifique, Niger, développement, césarienne.

Performance-Based Financing (PBF) is a tool created by the World Bank to finance health services based on results to make them more "effective" - accompanied by conditionalities including the independent evaluation of the services provided (evaluative scientific research), etc. (Manitu et al., 2015). The PBF is introduced in Niger to strengthen the public health system with a view to improving health services policies of free care for children from 0 to 5 years old, family planning, assisted deliveries, HIV AIDS and caesarean section. The aim of this research is to explore the roles of actors in the process of knowledge production on PBF, the types of knowledge that are mobilized, the mechanism and the degree of their legitimation. To achieve this goal, a qualitative approach is adopted involving semi-structured interviews. This approach also made it possible to analyze and identify the different types of documents (read, unread and those highlighted during the interviews) contained in the "small libraries" (files containing different documents on PBF belonging to the actors interviewed) collected. The thematic content analysis using made it possible to identify an informal network of actors around PBF, to understand their empirical roles and to draw up a typology: "mentors" (power of influence, decision-making and financial), the "essentials" (promoters of PBF through advocacy, convinced of the effectiveness of PBF, same vision of PBF as the mentors), the "curious" (willingness to grasp the principles of PBF, straddling the "must-haves" and the "mentors") and the "frustrated" of the PBF (who work in the shadows against the PBF). One of the theoretical contributions of this study lies in the empirical understanding of the process of production and legitimization of knowledge on PBF. Strategies are implemented which promote what is described in this study as the crippling circularity of knowledge. The latter is defined as being a social space where knowledge and practices coexist and circulate, and within which means are mobilized and where unequal power relations determine the choice and orientation of the political called "the mutilating model". In this study. Two main thoroughfares characterize the Crippling circularity: the peaceful boulevard (desired context, "collaborative", "open" to change, "faithful" to local realities) and the mutilating boulevard (real context, "minimizes" the local context, mutilating, influencing strength of TFPs and the mutilating model). The analysis of "small libraries" shows a circularity of important documents on PBF between "mentors" and "must-haves", often between "must-haves" and "curious" and sometimes between "mentors" and "curious". The upset is virtually invisible in the mutilating circularity of knowledge, but active on the fringes. Indeed, five forms of power manifest themselves within the mutilating circularity of knowledge: the power of money, of scientific knowledge, of international and national technical assistance, of quiet power and of the use the status of religious leaders. The concept of mutilating circularity of knowledge therefore offers a perspective for analyzing the way in which diverse knowledge circulates, is mobilized, and used by groups of actors. Thus, elitist (scientific) knowledge is prioritized over other forms including technical and religious knowledge. Scientific knowledge is mainly used to show the relevance of the mutilating model (FBP) and the choice of health indicators. Technical knowledge is used to highlight the difficulties related to Niger's health system, in particular the implementation of free health care policies to justify the application of PBF. Religious

knowledge is mobilized to convince and obtain the support of the beneficiaries in order to promote the achievement of the health indicators from the PBF (family planning, caesarean section, assisted delivery, etc.) selected. Indeed, three types of independence (3I) are essential for a contextualized success of public health policy reform in Niger, in particular the independence of scientific, economic and technical, as well as political research. Especially since in the light of data analysis, in addition to the monopolization of knowledge (Rowell, 2013), the manipulation of its production (pilot project, evaluations) and its popularization (space of mutilating circularity of knowledge) determine its value and orientation.

Keywords: mutilating circularity of knowledge, performance-based funding, mutilating model, traveling model, policy of free care, transfer of scientific knowledge, Niger, development, caesarean section.



## INTRODUCTION

La production scientifique en Afrique connaît une évolution timide. Ainsi, au moment des indépendances, les années 1960, elle était de 1 % et de 0,3% en 2000, de la production mondiale (Krishna et al., 2000). En Afrique francophone, elle représente 0,2 %, (Piron, 2016). Cependant, Piron souligne que ces chiffres ne reflètent pas la réalité des productions scientifiques en Afrique puisque ce ne sont probablement pas toutes les recherches faites qui sont accessibles, visibles ou qui répondent aux « standards » imposés par le système occidental pour être publiées. Ainsi, selon Piron et al., (2016), c'est une posture positiviste qui ne prend pas en compte la diversité des connaissances, les réalités contextuelles et réfute les défis locaux qu'elle considère comme des risques pour le besoin de généralisation (Piron et al., 2016).

En effet, dans le cadre de cette thèse, les connaissances scientifiques ou études scientifiques renvoient à toute étude basée sur une méthodologie reconnue, scientificité des résultats ou des données, etc. statut de la science qui est un type de connaissance qui demande un certain savoir, une conformité avec des conventions dans des disciplines diverses, etc. Il faut donc noter que « l'entreprise de production de la science est pleine d'aventures, puisqu' il va s'agir de découvertes, pleine de passions, passions contrôlées par les contraintes de la démarche, faite d'invention, de rigueur, de curiosité, de logique » (Feldman, 2002, p. 87). Ainsi, la science participe de plus en plus à la construction de savoirs orientés à des fins publiques dans le but de renforcer des secteurs sociaux comme l'éducation, l'eau, la santé etc. Au fur et à mesure que l'idée d'incorporer les résultats de la recherche dans la pratique et les politiques se propage au-delà de la médecine dans des domaines sociaux plus larges, le concept est subtilement transformé d'une prise de décision « fondée sur des preuves » à une prise de décision « éclairée par des preuves » (Culyer et Lomas, 2006). Ainsi, l'implication et le rôle des producteurs.trices des connaissances scientifiques en sciences sociales dans le développement des politiques paraissent prépondérants et un enjeu important d'éthique. D'ailleurs, au Canada,

(...) les expert.e.s scientifiques exercent une grande influence auprès des décideur.e.s politiques, notamment lorsqu'ils relèvent du personnel des États fédéral et provinciaux et que, à titre de fonctionnaires, ils-elles participent à l'élaboration des politiques publiques. Dès lors, ces expert.e.s adhèrent à deux cultures, cultures qui ne s'excluent pas mutuellement sur de nombreux points, soit celle de la science, avec ses valeurs d'objectivité, de neutralité axiologique, de démarche méthodologique, et celle de l'administration étatique, telle qu'entendue au Canada, le modèle britannique de Westminster fondé sur les valeurs du mérite, de la neutralité partisane, de l'anonymat, du secret et de l'imputabilité (Pâquet, 2008, p. 184).

Manifestement, l'influence des expert.e.s scientifiques sur les décideur.e.s en matière d'élaboration de politique publique montre à suffisance que les producteurs.trices du savoir en sciences humaines collaborent d'une manière ou d'une autre dans certains contextes et selon les besoins des acteurs.trices d'un domaine social bien précis, au processus d'élaboration ou d'orientation d'une politique publique telle que la santé. Il s'agit donc d'élaborer des politiques publiques de santé en « s'inspirant » ou du moins en « prenant en compte » des données scientifiques issues des sciences sociales afin d'améliorer la performance des systèmes de santé comme le suggérer l'Appel à l'action de Bamako, lancé lors du Forum ministériel mondial sur la recherche pour la santé en novembre 2008 » (El-Jardali et al., 2012).

Il reste évident donc que la production et l'usage des connaissances scientifiques, notamment dans le domaine des sciences humaines et sociales, font l'objet d'un intérêt particulier auprès des acteurs et actrices des politiques publiques de santé dans les pays considérés à faibles revenus, notamment ceux d'Afrique subsaharienne (Moat, K. A., Lavis, J. N., Clancy, S. J., El-Jardali, F., et Pantoja, T. 2013; Shearer, 2014). D'ailleurs, de nos jours, à l'instar de plusieurs pays d'Afrique, le Niger s'est inscrit dans une perspective de recherche de solutions aux difficultés d'accès aux soins de santé pour les plus vulnérables, notamment les femmes enceintes, les enfants de 0-5 ans, les femmes en âge de procréation ayant besoin de Planification familiale, les femmes enceintes présentant des complications conduisant aux césariennes, les femmes ayant besoin de prévention ou prise en charge des cancers féminins les enfants. Cependant, l'existence d'un environnement hostile à la recherche lié à l'insuffisance des ressources (humaines, matérielles et financières), prend de l'ampleur particulièrement pour ce qui concerne l'identification des

options les plus propices pour l'atteinte de cet objectif. Les partenaires financiers du Niger comme la Banque Mondiale, la coopération belge et allemande participent à ce processus à travers le financement basé sur la performance (FBP) qui entend accorder une importance particulière à la recherche scientifique.

Ainsi, il faut rappeler que le FBP est introduit dans les pays d'Afrique subsaharienne dans l'optique d'apporter une solution aux dysfonctionnements structurels constatés dans le secteur de la santé (Paul, Sossouhounto et Eclou, 2014). Ces problèmes, selon Paul et al. (2014), ont des conséquences négatives sur les systèmes de santé en Afrique et dans plusieurs pays des suds relativement à la couverture sanitaire quantitativement et qualitativement. Ainsi, le FBP est un instrument qu'utilise la Banque Mondiale pour financer des services de santé sur la base des résultats afin de les rendre plus « efficaces » (Manitu et al., 2015). À ce titre, ladite institution accompagne la conception, la mise en œuvre et l'évaluation du FBP en tenant compte du contexte et des besoins du pays bénéficiaire dans le domaine de la santé (György Bèla Fritsche, Robert Soeters, & Bruno Meessen, 2014). György *et al.* (2014) ajoutent aussi que dans cette perspective, pour qu'un centre de santé soit éligible au FBP, il doit répondre à deux conditionnalités liées à la quantité et à la qualité des services réalisés et évalués (recherches scientifiques évaluatives) de manière autonome. En effet, l'implantation du FBP est fonction du degré de couverture et d'accessibilité en quantité et en qualité du secteur ciblé. Le FBP se repose également sur les principes de la séparation des fonctions, de l'autonomie de gestion et de la participation communautaire (Meessen et al., 2011). Le FBP est donc considéré comme un instrument financier qui vise à renforcer « l'efficacité » du système de santé publique du Niger en vue d'améliorer les services de soins de santé des politiques de gratuité (gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans, la césarienne, etc.).

Le FBP a été expérimenté au Niger par la Banque mondiale sous forme de projet pilote dans le district sanitaire de Boboye (Région de Dosso, Niger) courant 2015-2016. L'évaluation positive de ce projet par le ministère de la Santé publique secrétariat général direction des études et la programmation division financement, a incité deux partenaires au développement du Niger, à lancer deux nouveaux projets pilotes sur le FBP dans deux régions. Il s'agit notamment du projet d'ENABEL (Coopération Belge) à Gaya et Gothèye

dans la région de Tillabéry et celui du KFW (Coopération allemande) dans la région de Tillabéry, Niger. Ces trois programmes de financement du secteur de la santé s'inscrivent dans le cadre des mécanismes d'aide au développement entre le Niger et ses partenaires. Cependant, « (...) la multiplication des bailleurs et des agences, ayant chacun leurs procédures et projets, mobilisait les administrations nationales au détriment de leur travail quotidien et aboutissait à une action publique éclatée, contradictoire, en mosaïque » (Delville, 2013, p. 135). En plus, le choix des secteurs ou des indicateurs de santé qui bénéficient de l'aide est en grande partie fait par les donateurs. Par exemple, dans plusieurs pays africains francophones, la lutte contre le sida est une politique publique de santé dont le choix et la conception sont l'œuvre de l'OMS et la Coopération française (Kerouedan et Eboko, 1999). À cet égard, Turcotte-Tremblay *et al* faisant référence à Witter et al. (2011), soulignent aussi qu'« (...) une étude au Cameroun, a démontré qu'un groupe d'entrepreneurs politiques associés à la Banque mondiale ont utilisé plusieurs formes d'influence (par exemple, financière, idéationnelle, réseautage) pour placer le FBP à l'agenda national » (Turcotte-Tremblay, Gautier, Bodson, Sambieni, Ridde, 2018, p. 266).

Cependant, les acteurs-trices locaux (décideur.e.s, technicien.s.n.e.s, acteurs-trices de la société civile, chercheur.e.s) qui sont à la fois mobilisé.e.s par des bailleurs de fonds et impliqué.e.s dans la gestion des projets comme le FBP ont souvent des intérêts propres ou des visions différentes - qui peuvent ne peut pas être les mêmes que ceux des partenaires au développement et/ou être similaires. Il est donc important de souligner que :

(...) les acteurs.trices qui élaborent ou mettent en œuvre les politiques publiques ne constituent pas une catégorie homogène, quelle que soit leur institution d'appartenance, et même s'ils évoluent dans un cadre politico-économique relativement contraignant (comme le néo-libéralisme pour la plupart) (Olivier de Sardan, 2018, p. 16).

Cela dit, le FBP suscite actuellement un grand intérêt pour les principau.x.les acteurs.trices du développement du Niger, en particulier les partenaires techniques et financiers (Banque mondiale, Coopération belge, Coopération allemande, Agence française de développement, l'Organisation Mondiale de la santé). D'ailleurs, plusieurs acteurs.trices du développement international sont persuadé.e.s de la pertinence du FBP pour améliorer

l'accessibilité des soins de santé dans les pays dits en voie de développement. A ce propos Turcotte-Tremblay et al. soulignent que :

(...) des experts de l'OMS ont décrété qu'il « ne devrait pas y avoir de débat FBP ou P4P (paiement à la performance). L'expérience de pays a démontré que le fait d'aller d'un achat des soins plus passif vers l'achat plus stratégique contribue au progrès vers les objectifs politiques intégrés dans la couverture de santé universelle. La question n'est pas de savoir s'il faut introduire une réforme avec l'étiquette P4P mais plutôt comment l'introduire, l'étendre et institutionnaliser les mécanismes pour l'achat stratégique des soins de santé (Turcotte-Tremblay et al., 2018a, p. 266).

Cet intérêt des acteurs et des actrices au développement pour le FBP sous-tend la volonté d'explorer le rôle des acteurs.trices et les différentes formes de connaissances, scientifiques en particulier qui gravitent autour de ce nouveau mode de financement (FBP) de la santé dont celui du Niger. Cet état de fait a suscité un certain nombre de questionnements. Ainsi, cette recherche vise à examiner la question suivante : comment les acteurs.trices de la santé publique perçoivent-ils leurs rôles dans la production et l'utilisation des connaissances scientifiques en matière d'orientation des politiques publiques de santé dans le cadre du FBP du système de santé publique au Niger ? Cette question générale soulève des questions spécifiques relatives aux types de savoirs mobilisés et leur légitimité : quels autres types de savoirs sont mobilisés dans l'élaboration des politiques publiques de santé dans le cadre du FBP en vue d'améliorer les politiques publiques de santé (gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans, la césarienne, etc.)? Comment ces savoirs sont-ils mobilisés ? Quels types de savoir possèdent-ils le plus de légitimité ? Qu'est-ce qui légitime certains types de savoir au profit d'autres, et pour qui ?

Pour répondre à ces différentes questions, nous nous sommes basés sur un corpus de données collectées sur le terrain au Niger, notamment à Niamey et auprès des acteurs.trices (décideur.e.s., PTF, ONGs, chercheur.e.s., technicien.ne.s.). Ce corpus est complété par des données issues de la littérature grise (rapports d'étude, de conférence, comptes rendus de mission...) et scientifique sur le sujet.

La présente thèse se décline en six chapitres. Le premier chapitre se penche sur la mise en contexte et la revue de la littérature. Il met en exergue les débats autour du rôle et la place de la science dans la définition et l'orientation des politiques publiques de santé en Afrique. Il fait également ressortir la relation complexe qui subsiste entre les connaissances scientifiques, les politiques d'aide au développement et les politiques publiques de santé en Afrique et en particulier au Niger, les objectifs et les questions de la présente recherche. Le deuxième chapitre aborde le cadre conceptuel. Il s'intitule : « de la notion de transfert à celle de la circularité mutilante des connaissances ». Ainsi, nous avons analysé la notion de transfert des connaissances scientifiques à travers différentes conceptions. Cette analyse aboutit à une perspective qui propose de déplacer l'analyse de la notion de transfert de connaissance à celle de circularité mutilante des connaissances. Tel que mentionné dans le résumé, cette dernière est un espace social où coexistent et circulent des connaissances et des pratiques et à l'intérieur duquel des moyens sont mobilisés et où des rapports de forces inégalitaires déterminent le choix et l'orientation du politique dénommé « le modèle mutilant » dans cette étude. *La circularité mutilante des connaissances* met de l'avant une conception du savoir comme moyen d'influence politique. Le concept *modèle voyageur* présenté par Rottenburg, (2007) ; Behrends et al., (2014) est aussi analysé dans ce chapitre sous l'angle de plusieurs conceptions. Son analyse nous a permis de comprendre la nature du FBP. Ainsi, ce dernier est perçu dans ce chapitre comme un *modèle mutilant*. Le troisième chapitre traite de la méthodologie de la recherche qui est basée sur une approche qualitative. La collecte des données s'est réalisée du 26 juin au 29 octobre 2018 à Niamey, capitale du Niger à travers des entretiens semi-directifs (guide d'entretien), de l'observation et une analyse thématique des contenus des « bibliothèques » des acteurs interrogés. Les entretiens ont été menés auprès des différents acteurs des FBP en cours au Niger, notamment les décideur.e.s, les bailleurs de fonds, les chercheur.e.s, les technicien.ne.s, les acteurs de la société civile. Les « petites bibliothèques » sont des fichiers dont plusieurs interviewé.e.s avaient à leur disposition au sujet du FBP. L'objectif de l'analyse des « petites bibliothèques » est d'identifier les types de documents qu'ils contiennent, les documents lus, les documents non lus et comment les acteurs.trices ont eu accès aux documents. Cette analyse a été mise en lien avec les entretiens semi-directifs et l'observation. Ce chapitre soulève aussi les défis épistémologiques auxquels un chercheur

militant peut être confronté en se reposant sur la notion de réflexivité. Le quatrième chapitre fait ressortir les rôles des acteurs.trices, les stratégies de production et de légitimation des connaissances, et la construction des arguments sur le FBP. Il décrit les points de vue des acteurs.trices interviewé.e.s sur leurs rôles dans le processus de production des connaissances autour du FBP et aussi la perception des acteurs et actrices sur le rôle d'un.e autre acteur ou actrice, et vice et-versa. Le chapitre 4 aborde également la perception des interviewé.e.s sur les stratégies de production de connaissances développées dans le cadre du processus du FBP pour renforcer le système de santé publique du Niger. Le cinquième chapitre présente les types de connaissances qui sous-tendent les arguments des acteurs et des actrices du FBP lors des discussions sur le FBP pour justifier sa mise en œuvre au Niger. Il met en lumière les types de connaissances mobilisés par les acteurs en lien avec les types de documents qui se trouvent dans les « petites bibliothèques » des interviewé.e.s. Le sixième chapitre expose les connaissances mobilisées par les interviewé.e.s jugées légitimes dans la construction des arguments sur le FBP. Ce chapitre met aussi, en lumière les points de vue des acteurs et actrices sur les connaissances qu'ils-elles jugent plus légitimes en matière de production des connaissances sur le FBP au Niger dont les connaissances scientifiques, techniques (basées sur la pratique et les expériences) et les connaissances religieuses. Enfin, le sixième chapitre aborde à la fois la synthèse et le bilan et les perspectives pour la recherche. Le réseau informel d'acteurs et d'actrices identifié autour du FBP, les types de connaissances mobilisées par ces acteurs et actrices, la légitimité de ces connaissances et la notions de circularité mutilante des connaissances sont discutés en relation avec le cadre conceptuel, les questions et les objectifs de la recherche.

## CHAPITRE I MISE EN CONTEXTE ET REVUE DE LA LITERATURE

Dans la perspective d'améliorer la prise en charges des soins de santé en Afrique subsaharienne, les acteurs.trices clé.e.s, principalement les responsables politiques et certains organismes internationaux dont l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la Banque Mondiale (BM), le Fonds Monétaire international (FMI) ont tendance à expérimenter des options de financement incluant la recherche scientifique. Le cas du FBP, des politiques de gratuités ciblées des soins de santé sont entre autres de politiques publiques mises en œuvre pour renforcer le système de santé en Afrique subsaharienne. L'objectif de ce chapitre est de décrire, dans un premier temps, le FBP en lien avec les politiques publiques de gratuité des soins de santé en Afrique (gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans, la gratuité de la césarienne). Nous ferons ressortir les caractéristiques du FBP et sa gestation en Afrique, au Niger. Nous mettrons en lumière des expériences du FBP réalisées dans certains pays d'Afrique et les enjeux financiers et de livraison des services des soins de santé qui s'y manifestent. Nous aborderons dans un second temps, la question des connaissances scientifiques notamment des sciences sociales et humaines en rapport avec de l'aide au développement et les politiques publiques de santé en Afrique. L'objectif ici est de dégager la problématique des conditions de financement de la recherche dans le domaine des sciences sociales et humaines en Afrique subsaharienne, des centres d'intérêt de recherche en faisant ressortir la place des acteurs.trices au développement dans la relation recherche et développement. Ce qui conduira à dégager les questions de recherche et les objectifs de la présente thèse.

### 1.1. FBP et politiques de gratuité des soins en Afrique

D'un point de vue historique, selon Bachand, (2004), la crise économique des années 1970 a eu un effet négatif sur la santé financière des États africains. Cette crise économique est parachevée par la mise en place de politiques économiques néolibérales par les institutions

financières internationales (FMI, BM), à la suite de la crise de la dette de 1980 afin d'y remédier. Paradoxalement, au lendemain de cette crise, l'austérité budgétaire, imposée aux pays endettés d'Afrique subsaharienne à travers des politiques d'ajustement structurel (PAS), se manifeste par une diminution brusque et sévère des dépenses sociales (éducation, santé, logement, infrastructures) puisque non rentables à court terme (Berr et Combarrous, 2004). Or de toute évidence, les secteurs publics ont le plus souvent été du ressort des gouvernements afin d'assurer un mieux-être, une meilleure qualité de vie aux populations. Malheureusement en tombant sous le joug des conditionnalités de l'aide et la quasi-privatisation de ces secteurs, les États d'Afrique subsaharienne s'élèvent à un niveau supérieur de difficulté dans la gestion des affaires publiques. Ainsi, contraints d'appliquer les PAS, ces pays se spécialisent finalement dans la mise en place des politiques économiques et sociales qui répondent aux priorités de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international et non les leurs. « Les PAS devinrent donc pour ces pays, le seul modèle de développement possible, en même temps qu'un préalable à l'obtention de l'aide internationale » (Thérien, 2001, p. 94). Cette situation a donné naissance à de nouveaux acteurs.trices dans la gestion et le financement de la santé en Afrique, notamment les communautés, les opérateurs.trices privé.e.s, les ONG. D'ailleurs, selon Bachand, pendant cette période, des organismes de développement international comme l'USAID (agence états-unienne de développement international), l'ACDI (Agence canadienne de développement international) ou DANIDA (l'Agence danoise pour le développement international), à l'issue d'une de leurs négociations avec des États africains, ont soutenu, avec conviction que le secteur public ne peut pas garantir des services de santé universels aux populations locales. Pour ce faire, ces organismes restent certains qu'il faut une implication du secteur privé pour atteindre l'objectif de couverture universelle de soins de santé dans les pays à faibles revenus (Bachand, 2004). Ainsi, Bachand (2004), souligne que la gestation du financement basé sur la performance dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, commence vers la fin des années 1980 et le début des années 1990. Cette période est caractérisée par une implication croissante des organisations non gouvernementales (ONG) dans la livraison de certaines prestations de services de santé (György Béla Fritsche, Robert Soeters, & Bruno Meessen, 2014). La mise en œuvre du FBP dans sa forme actuelle dans les pays à faible et moyen revenu se manifeste dans les années 2000 (Turcotte-Tremblay et al., 2018a). Le FBP intervient sur le volet financement de la santé. C'est un mode de financement qui est particulièrement destiné à renforcer le

système de santé publique des pays africains qui l'appliquent pour accroître l'accès aux soins de santé et améliorer la qualité des services de soins de santé. À savoir,

« (1) e FBP est une intervention conçue pour augmenter la quantité et la qualité des soins de santé basée sur la théorie selon laquelle le fait de fournir des incitations financières aux agents de santé pour qu'ils atteignent les objectifs de production les motivera à produire plus ou de meilleurs résultats et donc à améliorer leurs performances » (Ireland et al., 2011, p. 695).

Autrement dit, la mise en pratique de cette théorie de l'incitation (motivation) financière vise à amener des agent.e.s de la santé d'Afrique subsaharienne par exemple, d'améliorer les objectifs de production de santé et d'être efficace et efficiente dans l'exercice de leurs tâches de livraison des soins de santé aux populations. Une telle théorie sous-entend donc que les agent.e.s de santé sont moins performant.e.s à cause de l'absence de la motivation financière. Du coup, on est en droit de se demander si réellement la seule incitation financière peut atteindre un tel objectif de production qui favorise une performance souhaitée des agent.e.s de santé. D'ailleurs, qu'est-ce qu'un objectif de production en matière de santé ? De quoi s'agit-il exactement ? De toute évidence, au Niger, le FBP se repose sur des indicateurs de santé comme la césarienne, la planification familiale, la lutte contre le VIH-Sida, la gratuité des soins de santé pour les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans. Donc, est-ce que le choix de ces indicateurs qui se fait sous la supervision des partenaires techniques financiers du FBP répond-t-il aux besoins globaux du système de santé du Niger ou permet-il d'améliorer l'efficacité du système et des agent.e.s de santé ?

Il importe donc de souligner que la stratégie de financement de la santé basé sur la performance fut expérimentée dans plusieurs pays africains. Le Rwanda est le premier à l'essayer en 2002 (Meessen et al., 2006, 2007, 2011; Soeters et al., 2006). Dès lors, des projets pilotes du FBP sont lancés dans plusieurs pays du sud global dont la République Démocratique du Congo en 2005, le Burundi en 2010, le Cameroun en 2008 et l'Île de Florès en Indonésie en 2009. Dans certains pays, la mise en œuvre du FBP est généralisée, notamment au Rwanda en 2006 et au Burundi en 2010 (Peerenboom et al., 2014). De nos jours, il y a environ 34 pays africains qui ont mis en place le FBP (Bertone et al., 2016).

Ainsi, au Sénégal, le programme de FBP a permis une augmentation significative du taux de la césarienne. Par exemple, une étude menée par Mbaye et al., (2011) indique une augmentation du taux de césariennes de 124 % en 2007 par rapport aux taux constatés avant le lancement de la gratuité des césariennes en 2006. Mbaye et *al.* soulignent aussi que le taux élevé de césarienne est dans une certaine mesure très lucrative pour les centres de santé. Mais, une telle pratique ne peut rester sans conséquence sur la santé des femmes césarisées. Au Bénin par exemple, avec la politique de gratuité de la césarienne, le taux de celle-ci a connu une évolution linéaire passant de 3,7% en 2009 à 6,42% en 2012 (FEMHealth, 2014). Au Burkina Faso, entre 2000 à 2014, le nombre de césariennes réalisées dans les hôpitaux publics est multiplié par 10 (passé d'environ 2365 à 19081). Le FBP, telle que souligné précédemment, est une stratégie de financement qui met un accent particulier sur des stimulants financiers afin de motiver les acteurs de la santé dans la perspective d'améliorer l'efficacité des services de soins de santé (quantité et qualité) (Turcotte-Tremblay et al., 2018a).

Somme toute, le FBP est un instrument de la Banque Mondiale qui participe au financement des politiques de santé sur la base d'une logique fondée sur les résultats et une collaboration contractuelle (Peerenboom et al., 2014). Dans cette perspective, le FBP vise à inciter les centres de soins de santé sélectionnés à être non seulement beaucoup plus efficaces (quantité) au niveau de l'administration des soins, mais également à améliorer leur qualité, surtout en ce qui concerne les prestations des soins de santé publique (Musgrove, 2011).

Cependant, de plus en plus, d'Africain.e.s, chercheur.e.s, populations civiles, acteurs.trices sociaux, décideur.e.s politiques questionnent et critiquent ouvertement la pratique du FBP. Sur le terrain, le FBP dans sa mise en œuvre ressemble à une arène<sup>1</sup> où différent.e.s acteurs.trices (responsables d'hôpitaux, intervenant.e.s, médecins, etc.) développent des stratégies pour tirer le maximum de profits. Tel que précédemment souligné, la césarienne

---

<sup>1</sup> Nous avons emprunté la notion d'arène à Jean-Pierre Olivier qui la définit comme « le lieu où des groupes stratégiques hétérogènes s'affrontent, mûs par des intérêts (matériels ou symboliques) plus ou moins compatibles » [Olivier de Sardan, 1993 : 13].

constitue une manne financière importante pour les centres de santé et hôpitaux qui la pratiquent. Par exemple, dans l'étude intitulée « En faire plus, pour gagner plus : la pratique de la césarienne dans trois contextes d'exemption des paiements au Sénégal », il ressort clairement que les décideur.e.s des hôpitaux publics qui bénéficient du programme de FBP souhaitent faire plus de césariennes afin de recevoir plus de remboursements de la part de l'État (Mbaye et al., 2011). Selon cette étude, cette attitude peut s'expliquer par le fait que les hôpitaux sont très endettés. Par conséquent, ils ne peuvent que profiter de cette situation pour augmenter le nombre de césariennes afin d'avoir plus de financements publics et de pouvoir rembourser leurs dettes. Donc, des logiques et stratégies qui s'opposent, qui s'affrontent comme le dit bien Olivier de Sardan (Olivier de Sardan, 1991). Dans ces cas précis, l'accent est mis sur l'accroissement des revenus et non pas sur la qualité du service ou le souci d'améliorer la santé des femmes à travers la césarienne. Alors que l'objectif de la gratuité de la césarienne vise officiellement l'amélioration de la santé maternelle et infantile. Dans la même étude, Mbaye, et al., montrent que : « (...) les moyens financiers qu'apportent les taux de césariennes élevés constituent une ressource politique que peuvent mobiliser les personnels d'une maternité pour faire pression ou réclamer des avantages sur d'autres services de l'hôpital » (p.216).

À travers ces jeux d'intérêts économiques entre les acteurs.trices de la gratuité de la césarienne, une autre situation extrêmement risquée pour la santé des femmes et des enfants surgit. Il s'agit notamment du fait que « (...) les hôpitaux publics sont d'autant plus intéressés par les remboursements des césariennes qu'ils ne sont pas obligés de les dépenser ni pour les femmes enceintes ni pour la maternité » (Mbaye et al., 2011, p. 213-214). C'est pourquoi, l'existence d'une politique de gratuité des soins ciblée telle que la césarienne ne voudrait pas dire que tous les services y afférents sont couverts automatiquement (Ridde et al., 2014). Selon ces derniers, il arrive que certains services ne soient pas couverts. Par exemple, au Niger, la prise en charge de la césarienne concerne la prestation chirurgicale, les coûts d'hospitalisation, les examens préopératoires et les produits. Mais le transport en ambulance et les frais postes opératoires ne sont pas pris en compte. Aussi, le montant forfaitaire que le gouvernement nigérien donne aux formations sanitaires pour les services

de la césarienne est souvent inférieur au coût réel (Olivier de Sardan & Ridde, 2012). Une telle situation comporte des risques et rend les soins de santé moins efficaces.

Ainsi, on est en mesure de se poser la question de savoir si la motivation financière qui accompagne la pratique de la césarienne par exemple, ne risquerait-elle pas de prendre le dessus sur l'objectif premier qui consiste à améliorer la qualité de vie de la mère et celle de l'enfant pendant l'accouchement ? Ceux ou celles qui pensent que le FBP est une politique néolibérale puisqu'il met en avant l'argent pour encourager la césarienne ont-ils raison ? A cet effet, Manitu et al., (2015), dans leur enquête portant sur ce débat autour du FBP, constatent deux conceptions, qu'ils qualifient d'humaniste et de libérale qui sont véhiculées par les promoteurs du FBP. Selon eux, certains pensent que :

(...) les experts du FBP sont équipés de cadres d'analyse différents, inhérents à leur background ou à leur expérience professionnelle. Ils ne percevront donc pas l'approche de la même manière. "... Dans ce débat manichéen, deux mondes de valeurs s'opposent. Un monde plus social, de solidarité, un monde où l'on met en avant les propres valeurs de gens qui se développent en tant qu'êtres humains responsables, autonomes et fiers d'eux-mêmes et donc ayant une estime de soi. Puis, il y a un monde néolibéral caractérisé par la recherche de résultats immédiats pour l'argent que l'on met et le manque de confiance aux acteurs que l'on doit contrôler... (p.120).

La présence de telles considérations autour du FBP suscite en nous un questionnement : est-ce que le FBP finira par se transformer en un terrain de lutte idéologique ou si non, sur quelle réalité se base le FBP ? Quoiqu'il en soit, la discussion qui précède met à jour l'influence de la Banque Mondiale à travers le FBP dans la définition du contenu et la mise en œuvre de politiques de santé telles que la politique de la césarienne. Ceci dénote que l'appui financier des partenaires au développement constitue un moyen pour eux d'avoir un contrôle sur les politiques de santé en Afrique. D'ailleurs, à ce sujet, il faut souligner que l'aide pour le développement est non seulement une source de financement, mais aussi un moyen efficace pour influencer les politiques publiques, en particulier dans le secteur de la santé (Brouillet, 2012).

Ainsi, la définition du contenu et la mise en œuvre des politiques de santé publique font le plus souvent l'objet d'une confrontation idéologique entre décideur.e.s politiques et partenaires au développement. Le résultat de cette confrontation aura sans nul doute un impact sur la qualité des services ou même sur l'atteinte des objectifs de la politique en question. À ce propos, Ridde *et al.*, (2014), se sont interrogés en faisant référence à Béland et Cox, (2011), sur les rôles respectifs des connaissances scientifiques et de l'idéologie des décideur.e.s, qui, dans le second cas, semblent être des freins (dont il faudrait donc tenir compte plutôt que de les ignorer) à la formulation de politiques publiques pertinentes. Ridde *et al.*, estiment aussi qu'il serait illusoire de croire qu'on peut définir des politiques publiques en se reposant juste sur des données probantes et en occultant les enjeux politiques et idéologiques. Le FBP s'inscrit dans une logique « collaborative » d'orientation des politiques de santé publique en Afrique entre partenaires au développement et acteurs.trices locaux.les en charge des questions de santé publique.

Au Niger, le FBP, dans sa logique d'achat de services de soins de santé rendus<sup>2</sup>, porte un intérêt sur la motivation du personnel de santé en payant des primes liées à leur performance, le renforcement de capacité des structures (formation et recrutement du personnel) et le fonctionnement normal des structures de santé. La finalité de tout cela, est d'améliorer la qualité des soins et des services (gratuités des soins pour les enfants de 0 à 5 ans, césarienne, planification familiale, etc.) et de renforcer le système de santé (Ministère de la Santé Publique et OMS, 2012).

---

<sup>2</sup> Le FBP assure le financement des services de santé sur la base des résultats. (Manitu, Meessen, Lushimba et Macq, 2015). Des centres de santé sont sélectionnés dans le cadre du FBP et obtiennent un contrat pour offrir des services de soins santé avec des conditionnalités (quantité et qualité). Lorsque les services sont rendus, ils obtiennent un paiement. C'est le paiement après les résultats. D'où, l'achat de services de soins de santé rendus (György, Soetes, Meessen, Ndizeye, Bredenkamp, van Heteren, 2014).

## 1.2. Politiques publiques de santé et émergence du FBP au Niger

Le Niger, pays sahélo-saharien se situe en Afrique de l'Ouest. Sa population est estimée à 20 millions d'habitants avec 50,6% de femmes (Organisation Mondiale de la Santé, 2016). C'est l'un des pays les plus pauvres de la planète, avec 48,2 % de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté (Ministère de la Santé Publique, 2015). En 2019, en matière d'Indice de Développement humain, il est classé dernier, 189e sur 189 pays ([http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr\\_2020\\_overview\\_french.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2020_overview_french.pdf), consulté le 14 juillet 2021). Sa croissance démographique est la plus élevée du monde, estimée à +3,9 % par an (Ministère de la Santé Publique, 2015), avec un indice de fécondité de 7,60 enfants / femme (Organisation Mondiale de la Santé, 2016). Quant à la mortalité maternelle, elle est de 520 pour 100 000 naissances vivantes - comparativement au Canada, la mortalité maternelle est de 8,3 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2018. Et, le risque global de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire est estimé à 127 pour mille naissances, soit près d'un enfant sur huit (Ministère de la Santé Publique, 2015). Au Canada, « en 2018, 87,2 % des enfants en bas âge décédés avant l'âge de 5 ans sont décédés au cours de leur première année de vie, ce qui représente 1 750 décès de nourrissons ou 4,7 décès infantiles pour 1 000 naissances vivantes » (<https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/191126/dq191126c-fra.pdf?st=IXMvFpJl>, consulté le 14 juillet 2021).

Au Niger, les famines récurrentes et le paludisme continuent de menacer le bien-être de la mère et de l'enfant. Le paludisme constitue l'endémie majeure et la première cause de morbidité et de mortalité au niveau des couches vulnérables (couple mère-enfant), en particulier chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Ces dernières courent quatre fois plus de risque de souffrir de complications liées au paludisme que celles qui ne sont pas enceintes. Le paludisme est la cause de 56 % des décès dans les formations sanitaires (Ministère de la Santé Publique, 2015).

Le Niger connaît cette situation préoccupante depuis des décennies. Celle-ci a poussé le gouvernement malgré les « maigres moyens financiers » dont il dispose à s'engager avec ses partenaires au développement à mettre en place de nouvelles politiques publiques de gratuité des soins de santé destinés aux femmes et aux enfants de 0 à 5 ans. Le but de ces politiques de gratuité est d'améliorer les conditions de santé des femmes et des enfants de 0 à 5 ans (Hamani Souley, 2016). Ces politiques de gratuité en cours au Niger connaissent des difficultés notamment en matière de financement. Cette situation a une mobilisation des acteurs de la santé : chercheur.e.s, intervenant.e.s, décideur.e.s, ONG et institutions internationales de financement en quête de solution (Hamani Souley et al., 2017). En effet, plusieurs partenaires financiers du Niger, y compris l'Agence française de développement et la Banque mondiale, participent respectivement au financement de la gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans, la césarienne et le renforcement du système de santé publique au Niger à travers l'Initiative Solidarité Santé Sahel (I3S) et le FBP.

En effet, en 2005, la gratuité de la césarienne fut la première décision prise par le gouvernement du Niger (Ousseini, 2011). Elle se limite à un certain nombre de services liés à la pratique de la césarienne. Il s'agit justement de la prise en charge de la prestation chirurgicale, les coûts d'hospitalisation, les examens préopératoires et les produits (Ridde et Olivier de Sardan, 2012). Cette prise de décision a été possible avec la participation de plusieurs parties prenantes du système de santé publique au Niger notamment les décideur.e.s politiques, la communauté internationale et les chercheur.e.s. L'objectif est de contribuer à l'amélioration des conditions de vie de la mère et de l'enfant (Ousseini, 2011). Tout semble faire croire que la prise en charge de la césarienne occupe une place prépondérante dans la politique publique de santé au Niger.

Mais, plusieurs arguments ont été avancés pour expliquer les raisons qui ont conduit à la prise de décision de la gratuité de la césarienne. En passant en revue ces arguments, nous comprendrons aisément le rôle de certain.e.s acteurs.trices (communauté internationale, les décideurs politiques et les chercheurs) dans l'émergence de la gratuité de la césarienne.

Ainsi, dans un premier temps, il ressort dans la littérature que la gratuité de la césarienne fut décidée dans une perspective de mettre en place un programme de politique publique qui permet au Niger d'œuvrer vers l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) en 2015 (Amouzou et al., 2012; de Sardan et Ridde, 2012; Ousseini, 2011). C'est cet évènement que souligne Ousseini :

Pour beaucoup d'agents du Ministère de la Santé Publique, il s'agissait d'une décision prise pour répondre aux engagements des autorités du Niger en vue de réduire la mortalité maternelle et infantile dans le cadre de l'atteinte des ODM (Ousseini, 2011, p. 19).

Harmonisation pour la santé en Afrique (2011), corrobore cette thèse, en soulignant que la gratuité pour les services de santé maternelle et infantile s'inscrit dans un contexte marqué par les Objectifs du Millénaire pour le Développement, renforcé par la déclaration de Paris approuvée le 2 mars 2005 et l'allègement de la dette. Elles furent adoptées progressivement dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest, dont le Niger (Harmonisation pour la santé en Afrique, 2011)<sup>3</sup>.

Ainsi, une recommandation des Nations Unies sur la question des OMD, lors du sommet de 2000, exige aux pays de réduire de trois quarts la mortalité maternelle, avant 2015. Le Niger, où le taux de mortalité maternelle et infantile demeure le plus élevé au monde, qui est parmi les pays avec les plus hauts de fertilité au monde s'est très vite engagé à appliquer cette recommandation. Le Niger avait-il d'autres choix que de prendre cette décision,

---

<sup>3</sup> Harmonisation pour la santé en Afrique (HHA) est un mécanisme qui vise à promouvoir et à encourager l'élaboration par les pays de politiques, plans et budgets fondés sur des bases factuelles, et aussi à améliorer l'harmonisation et l'alignement en vue du renforcement des systèmes de santé ([https://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Generic-Documents/FR\\_Concept\\_Note\\_HHA\\_Min\\_Conf\\_Tunis.pdf](https://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Generic-Documents/FR_Concept_Note_HHA_Min_Conf_Tunis.pdf) consulté le 29 juillet 2021). HHA est composée de l'OMS, la Banque Mondiale, le FNUAP, l'USAID, l'UNICEF, UNAIDS, JICA, la Banque africaine de Développement, en collaboration avec le Partenariat pour la Santé de la Mère, du Nouveau-Né et de l'Enfant. ([https://www.who.int/pmnch/topics/economics/20110414\\_investinginhealth\\_africa/fr/](https://www.who.int/pmnch/topics/economics/20110414_investinginhealth_africa/fr/) consulté 15-07-2021).

surtout, lorsqu'il reste en grande partie dépendant de l'aide internationale pour le financement de sa politique publique de santé? Donc, cet exemple illustre comment une décision internationale peut contribuer à une prise de décision politique (gratuité de la césarienne) visant à améliorer la santé de couche vulnérable au Niger : les enfants et les femmes enceintes.

Dans un deuxième temps, la décision pour la gratuité de la césarienne est une condition préalable que la Banque mondiale a exigée au Niger avant d'entamer des discussions en cours de préparation sur le financement (Olivier de Sardan et Ridde, 2012; Ousseini, 2011). Selon ces derniers, une fois que le Niger a décidé de la gratuité de la césarienne sous la pression de cette institution financière, elle demande au gouvernement nigérien de prendre davantage de mesures politiques permettant d'améliorer les conditions sanitaires des Nigériens. À ce propos, Ousseini souligne que :

(...) pour l'institution de Brettons Woods (Banque Mondiale), la gratuité de la césarienne et des produits contraceptifs était une mesure insuffisante pour que le Niger puisse accéder à une aide financière de leur part. Il fallait encore abolir le paiement d'autres services de santé pour la population (Ousseini, 2011, p. 21).

Il est de coutume, dans la logique de la Banque Mondiale, avant d'accorder une aide financière à ses partenaires du sud (en particulier le Niger qui est sous ajustement structurel) de leur imposer des orientations économiques et politiques, basées sur des principes idéologiques libéraux (exemple des DSRP imposés au Niger dans les années 1990). Il sied de rappeler que l'augmentation de la pauvreté dans plusieurs pays d'Afrique et l'échec des PAS ont remis en cause la crédibilité des institutions financières de Washington, les exposant à des critiques sévères (Cling et al., 2002). Ainsi, en 1987, la publication de l'étude intitulée « *l'Ajustement à visage humain* » conduite par le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) a incité les institutions financières internationales à changer de stratégie vis-à-vis des pays sous ajustement tout en gardant l'approche libérale de développement. Les pays endettés sont donc contraints d'intégrer la dimension humaine dans les politiques de redressement économique par l'élaboration du document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) (M. Chossudovsky, 2004). Selon Chossudovsky, dans

les DSRP, la santé par exemple, est considérée comme un indicateur de réduction de la pauvreté et de développement économique des pays endettés d'Afrique notamment au Mali, Niger, etc.

Après presque une décennie d'application, la nouvelle stratégie (DSRP) n'a pas permis de résoudre la problématique de la pauvreté et l'accessibilité aux soins de santé en Afrique. La question demeure au centre des débats politiques et économiques en particulier sur le plan international. D'autant plus qu'en 2000 la Communauté internationale s'était engagée à éradiquer l'extrême pauvreté et à améliorer la santé et le bien-être des populations les plus pauvres du monde avant l'année 2015 (Pablos-Mendez et Shademani, 2006). D'où le lancement des Objectifs du Millénaire pour le Développement qui présentent la santé comme un facteur important de progrès économique et social (Ministère de la Santé Publique et OMS, 2012)

En effet, tel que nous le constatons dans ce qui précède, l'inscription de la césarienne sur la liste des gratuités ciblées de soins de santé au Niger a eu la bénédiction de la Banque mondiale. Cependant, cette institution financière internationale, qui a épousé l'idée de gratuité de la césarienne, parce qu'elle permettra aux pauvres d'accéder à la pratique, n'était pas prête au départ, à participer à son financement (Ousseini, 2011).

Par ailleurs, selon Olivier de Sardan et Ridde (2012), l'émergence de la nouvelle dynamique de politique de gratuité ciblée, enclenchée dans certains pays d'Afrique dont ce fut le cas de la césarienne au Niger, fut en grande partie influencée par les critiques de plusieurs chercheurs dans les années 2000. Ils soulignent que ces critiques portaient non seulement sur les effets des recouvrements des coûts issus de l'initiative de Bamako sur la santé des populations, mais aussi parce qu'il est presque impossible pour le Niger d'atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) dans le domaine de la santé avant 2015. Donc, le gouvernement du Niger et les acteurs de la communauté internationale n'avaient pas d'autres choix que d'adopter des politiques publiques de santé ciblées.

Enfin, la prise de la décision de la gratuité de la césarienne et celle pour les enfants de 0 à 5 ans étaient vue comme une volonté personnelle du Président de la République du Niger Tandja Mamadou (1999-2010.). Le Président avait décidé de la gratuité dans un esprit de dignité et de souveraineté nationale (Amouzou et al., 2012). Donc, la gratuité de la césarienne, pour les enfants de 0 à 5 ans sont l'émanation d'une volonté politique en vue de préserver le droit des citoyens en matière d'accès à certains soins de santé. Dans ces conditions, la décision est vue comme une obligation, mais pas une nécessité. Cependant, Ridde et Olivier de Sardan, (2012) soutiennent que la gratuité a été décidée par le Président de la République pour des motivations électoralistes :

Sur arrière-plan d'échéances électorales et d'ambitions présidentielles, les "gratuités" ont été présentées comme un "cadeau" du président au peuple, avec un discours moral fort, autour de la lutte contre la pauvreté, de la générosité du chef de l'État et du caractère national, voire nationaliste, des mesures prises (Olivier de Sardan et Ridde, 2012, p. 19).

En somme, ce qui précède, illustre le caractère déterminant du contexte politique et international, la disponibilité des données probantes et les intérêts en jeu des partenaires au développement sur la portée, la faisabilité et la réalisation d'une politique publique ciblée de santé du type de la gratuité de la césarienne dans un pays du global sud comme le Niger. Ces différents éléments permettent aussi de comprendre les discours souvent idéologiques, nationaliste, paternalistes ou « objectifs » qui préludent la prise de décision d'une politique publique de santé dans des pays qui restent toujours dépendants de l'aide publique au développement pour le financement de la santé par exemple.

En outre, les politiques publiques de gratuité ciblée en cours au Niger en particulier pour les femmes enceintes (la césarienne, par exemple) et pour les enfants de 0 à 5 ans ont été décidées en 2006 sans une évaluation préalable des moyens techniques et financiers y afférents (Ousseini, 2011). Selon Ousseini, n'ayant pas de budget pour la réalisation des politiques de gratuité, le gouvernement a été obligé de solliciter le concours de ses partenaires au développement. Malgré cette incertitude liée au financement, l'introduction de la gratuité de la césarienne par exemple, a contribué de manière significative à une

augmentation graduelle de son taux passant de 0,8% à 2,8% : soit du simple au triple entre 2006 et 2012 (Institut National de la Statistique, 2015) . De manière générale, les politiques de gratuité de soins ont permis une augmentation significative de la fréquentation des centres de santé ( Olivier de Sardan et Ridde, 2012). Les politiques de gratuité ont aussi

« (...) contribué à diminuer de manière significative le taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 en passant de 226 décès pour 1 000 naissances vivantes (IC à 95 % 207-246) en 1998 à 128 décès (117-140) en 2009, soit un taux de déclin annuel de 5,1 % » (Amouzou et al, 2012, p.1169).

De nos jours, pour assurer la continuité des différentes politiques de gratuité en vigueur au Niger, le gouvernement continue de bénéficier du soutien financier de l'Agence Française de Développement, la Banque Mondiale, l'Union européenne, l'OMS/Niger, l'UNICEF et Médecin du Monde. Néanmoins, le financement de la santé au Niger vient essentiellement des ménages (48 %) - quant à l'État, il contribue à hauteur de 32 % des dépenses totales de santé et l'aide extérieure à environ 20 % en 2009 (Banque mondiale, 2015). Ainsi dans le cadre des appuis financiers, la Banque Mondiale à travers son outil intitulé : FBP, accompagne le Niger dans son objectif de renforcer l'efficacité du système de santé publique afin d'améliorer de manière générale, les services de soins de santé et particulièrement, ceux liés au VIH Sida, à la gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes.

Il est important de noter que le FBP est inscrit dans le Plan de Développement sanitaire 2011-2015<sup>4</sup> du Niger, comme étant une réforme. Dans cette perspective, le ministère de la Santé publique (MSP) le considère comme une stratégie de financement qui contribue à la diversification des sources de financement du secteur de la santé (Ministère de la Santé Publique, 2015) . Ainsi, sous la bénédiction et le financement de la Banque mondiale, la mise en œuvre du projet pilote du FBP a débuté en 2015 à Boboye (Niger) pour une durée

---

<sup>4</sup> Le Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2011-2015 vise l'atteinte des objectifs de la Stratégie de Développement accéléré et de Réduction de la Pauvreté (SDRP) et des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) à travers la revitalisation des soins de santé primaires (Ministère de la Santé Publique, 2015).

d'un an. Dans sa phase pilote, le FBP visait non seulement au renforcement de l'offre des services de santé (les politiques des gratuités des soins en cours), mais aussi de contribuer à l'amélioration de la quantité et la qualité des indicateurs sanitaires, notamment en lien avec la lutte contre les IST/VIH/SIDA dans 25 Centres de Santé Intégrés (CSI) et un Hôpital de District (HD) du district sanitaire de Boboye (Ministère de la Santé Publique, 2015). Les études d'évaluation (interne et externe) de la mise en œuvre du FBP à Boboye indiquent un certain nombre de résultats positifs. En effet, l'étude évaluative externe du projet pilote, mise en application en 2015 pour une durée d'un an à Boboye, financé par la Banque Mondiale, fait ressortir quelques résultats dont :

- Une augmentation considérable du taux de fréquentation des services de consultation curative avec la mise en œuvre du FBP, comparativement à l'année qui a précédé son lancement. L'étude indique précisément 641 consultations contre 730 durant le FBP, soit en moyenne 89 nouveaux patients par jour à Boboye (Ministère de la santé publique, Niger, 2016);
- Par rapport à l'année de référence, le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié a significativement augmenté pendant la mise en œuvre du FBP à Boboye;
- L'utilisation des contraceptifs de longue durée d'action a aussi été triplée (1415 avec le FBP contre 427 pendant l'année de référence) (Ministère de la santé publique, Niger, 2016).

En effet, l'expérience « positive » du projet pilote de Boboye (Région de Dosso, Niger) a incité certains partenaires au développement du Niger à élaborer leur propre projet pilote sur le FBP notamment la coopération allemande (KfW) dans la région de Tillabéry et la Coopération belge à Gaya et à Gothèye. Ainsi, le Niger et la coopération allemande ont signé une convention de financement d'un projet appelé : « Programme de Santé de la Reproduction », le 25 juillet 2016 (Ministère de la Santé publique, Niger et Coopération allemande, 2016). L'objectif de ce projet est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la mère et du nouveau-né au Niger. Il vise spécifiquement à augmenter l'utilisation et la qualité des services de santé reproductive (SR) dans la région de Tillabéry. Le projet se décline en trois composantes : la première composante qui concerne la présente étude, notamment le FBP, est la mise en place d'un mécanisme d'achat de résultats qui vise à améliorer l'offre des services de SR en quantité et qualité dans les formations sanitaires et

au niveau communautaire (Ministère de la Santé publique, Niger et Coopération allemande, 2016). En effet, le FBP qui bénéficie du financement de la coopération allemande est fondé sur les Fonds d'Achat de Résultats. Elle a la spécificité de prendre en compte le financement de la mise à niveau des formations sanitaires (réhabilitation, construction, extension et équipement) et la mise en place d'un système de maintenance, le développement des activités de communication et de plaidoyer, de distribution à base communautaire et de mesures de sensibilisation dans les écoles. (ministère de la Santé publique, Niger et Coopération allemande, 2016). Selon le ministère de la Santé publique, Niger et la Coopération allemande (2016), l'objectif de cette approche est de mettre à la disposition des centres de soins de santé des ressources additionnelles afin d'inciter l'accroissement du volume d'activité et une amélioration de la qualité des prestations. Elle se définit aussi par la séparation des tâches dont la régulation des prestations, la contractualisation, la vérification de paiement des fonds, le renforcement communautaire. Les centres de soins de santé concernés disposent d'un compte bancaire autonome. Les recettes issues de la mise en œuvre du FBP sont destinées à améliorer les performances du centre de soins de santé en référence au plan validé d'amélioration des performances par les acteurs.

Aussi, l'Agence belge de développement (ENABEL) finance le Programme d'Appui au Système de Santé (PASS) au Niger. Sa mise en œuvre a commencé en décembre 2017. Ce programme vise à améliorer l'accès des populations aux soins de santé primaires de qualité par la mise en œuvre graduelle de la Couverture universelle de Santé. Il vise de manière spécifique au renforcement du système de santé du Niger à travers des actions fondées sur les réformes en cours et les résultats de recherche-action afin d'améliorer l'accès aux soins de santé primaires de qualité aux populations du district de Gaya (région de Dosso) et de Gothèye (région de Tillabéry). Ce programme de financement de la santé met un accent particulier sur la motivation du personnel (FBP), l'équité dans l'accès aux soins de santé, la participation communautaire, le partenariat public-privé, la transparence de la gestion financière, en d'autres termes, la fiabilité du système de santé, la recherche scientifique évaluative.

### 1.3. Connaissances scientifiques et aides au développement en Afrique : une relation ambiguë

Il est presque impossible de dresser une liste exhaustive des différents apports de la science moderne à l'humanité. Elle a cette capacité de percer des réalités qui échappent au sens commun. Elle a permis à l'être humain de comprendre de manière approfondie certaines dimensions de la vie sociale et d'améliorer d'autres aspects de cette dernière. La science « (...) est donc élucidante (elle résout des énigmes, dissipe des mystères), enrichissante (elle permet de satisfaire les besoins sociaux et par là d'épanouir la civilisation) et, de fait, elle est justement conquérante et triomphante » (Morin, 1982, p. 15). Elle occupe une place centrale dans notre vie sociale, économique et politique (Devès, 2013a).

En outre, les sociétés actuelles sont caractérisées par une mondialisation croissante des finances, des économies, de l'informations et de la production industrielle. Celle-ci a contribué sans nul doute à travers l'accélération de la production industrielle, à la multiplication des besoins qui deviennent très complexes. En conséquence, cette mondialisation a contribué d'une manière ou d'une autre à engendrer des nouvelles formes de problèmes comme ceux liés au changement climatique et l'insécurité économique qui restent des défis majeurs pour l'humanité à relever. En plus, l'insécurité créée par la mondialisation libérale a provoqué une augmentation croissante des dépenses publiques en faveur de la sécurité des revenus (retraites, compensations des pertes d'emplois, etc.) (Rodrik, 1997). La recherche de solutions à ces problèmes reste d'actualité.

La contribution de la science moderne pour répondre à ces défis est plus que jamais nécessaire. Elle permet de comprendre sur la base de techniques scientifiques approuvées les causes « réelles » de problèmes sociaux, leurs manifestations, leurs conséquences et leurs possibles solutions, etc. Cependant, « la science moderne n'est pas un véhicule neutre du progrès. Comme toute activité humaine de connaissance, elle se fonde sur des valeurs et des catégories qui imprègnent son langage, ses outils et ses résultats » (Pestre, 2010, p. 14). En plus, la science occidentale/moderne avec sa conception de la modernité, comme paradigme lié à la rationalité scientifique qui se veut être une forme supérieure de la

connaissance et qui justement a toujours historiquement été liée au pouvoir étatique (occidental) donc impérial (colonial). Dans cette veine, la science aide la décision politique car elle donne l'impression de neutralité et d'objectivité mais aussi d'universalité. Cela a pour effet de privilégier certains types de savoirs aux dépens d'autres savoirs locaux ou traditionnels. Dans le cas présent, l'Afrique est directement tributaire de certaines idées entourant la modernisation, le développement, etc. basées sur des visions occidentales de rattrapage et de désir de modernisation liée au développement sur des bases techniques et scientifiques donc qui créent un système de dépendance comme déjà indiqué. La notion de transfert de connaissances y est reliée directement.

Dans cette perspective, les producteurs.trices des connaissances scientifiques sont donc, des acteurs.trices important.e.s dans l'analyse, la compréhension et l'interprétation de nos sociétés. « Le scientifique du XXI<sup>e</sup> siècle est faiseur de sciences tout aussi bien que conseiller du peuple. Il murmure également à l'oreille du prince » (Devès, 2013b, p. 208). La science est donc porteuse de savoir capable d'aider le politique. Ainsi, certain.e.s chercheur.e.s soulignent que les données issues de la recherche scientifique peuvent dans une certaine mesure avoir un impact immense sur les politiques et les pratiques, ce qui pourrait entraîner des résultats positifs tangibles (Davies & Nutley, 2008; Schryer-Roy, 2005).

La science est aussi souvent accusée d'être à la base de certains problèmes. La question du nucléaire, les risques écologiques et sanitaires liés à la pollution chimique, les désastres industriels et certaines maladies incurables sont des exemples courants évoqués pour soulever certains des écueils de la science dite moderne. À cela, il sied d'ajouter que les résultats de la science et les applications de certains principes scientifiques ont été instrumentalisés afin de soutenir, justifier et organiser des régimes politiques totalitaires (les idéologies racistes et eugénistes du nazisme par exemple) et coloniaux en plus de servir à défendre un intérêt économique (la problématique contemporaine de l'introduction des OGM dans notre chaîne alimentaire, par exemple). Ces différentes inquiétudes liées à la pratique scientifique posent un vrai débat sur les limites de la recherche scientifique. L'étude scientifique de toute chose est-elle permise ou du moins il faut éviter à ce que la science aborde toute chose qu'elle juge importante et quel que soit l'objectif. Limiter le

champ de la science ne serait-il pas un obstacle pour l'évolution de la pensée scientifique, humaine tout court ? Il reste clair que de nos jours, compte tenu de l'usage de la science à des fins qui peuvent « nuire » à la vie humaine ou à l'humanité mérite une attention particulière. Surtout que : « les produits et savoirs scientifiques pénètrent le social, via la consommation et les usages, mais sans vraiment que les implications sociales, morales ou environnementales soient d'emblée prises en compte » (Pestre, 2010, p. 14). C'est d'ailleurs, pourquoi Fury souligne que :

(...) la science se doit d'être utile et efficace, rentable même pourrait-on dire. En parallèle, les sciences et les techniques actuelles ouvrent des perspectives particulièrement difficiles à prévoir ou à encadrer comme c'est le cas des problèmes climatiques, du clonage, des xénogreffes, des nanotechnologies, de la manipulation du vivant, (...). Du reste, dans certains cas, les directions prises par certaines recherches et utilisations de résultats scientifiques ne s'accordent pas avec les choix que l'ensemble des citoyens souhaiterait réaliser. Les controverses nées autour des OGM ou des nanotechnologies l'illustrent bien (<https://infusoir.hypotheses.org/783> consulté le 13 juin 2019).

Ainsi, de plus en plus, la connaissance scientifique devient un enjeu public guidé par les discours d'expert.e.s dans différents domaines de la société. L'évolution historique de la relation entre l'État et la science suit une trajectoire complexe dans laquelle les sciences se sont institutionnalisées à travers le financement de la recherche tant au niveau étatique qu'industriel ou privé. Du coup, la science « (...) fait partie du débat sociopolitique et elle peut être à ce titre questionnée, voire instrumentalisée, d'autant plus qu'elle est porteuse de risques et de bénéfices » (Boisivon et al., 2008, p. 63) et sous-tendre un discours hégémonique quant à l'explication de phénomènes naturels ou sociaux. Ces risques (manipulation, instrumentalisation de la science) et ces avantages (contribution positive à l'amélioration des conditions économiques et sociales de l'être humain) peuvent se retrouver à tous les niveaux de la vie humaine. Les services sociaux tels que l'éducation et la santé ne font pas exception à la règle.

Il reste évident que, dans le domaine de la santé, les avancées de la science ne cessent de contribuer à l'amélioration des conditions de vie des êtres humains. Les productions scientifiques sont donc, en mesure d'améliorer l'existence humaine, notamment dans

l'alimentation, les conditions de travail, la santé et l'hygiène (Morin, 1982). Cependant, plusieurs personnes, en particulier celles vivant dans les pays du Sud global ne tirent pas bénéfice de cette réalité à cause de considérations souvent économiques, politiques, idéologiques ou encore à cause de la difficulté à traduire les résultats scientifiques en politique publique (Morin, 1982). Alors, selon Ndiaye, « (u)ne bonne recherche doit être pertinente pour un décideur et lui être accessible, alors qu'une décision politique rationnelle doit être fondée sur des résultats pertinents de la recherche. Mais la réalité est loin de correspondre à cette vision idéale » (Ndiaye, 2009, p. 2). D'autant plus que les systèmes et infrastructures étatiques et privées qui encouragent les innovations scientifiques proviennent des pays riches et les pays du Sud global n'y ont pas accès ou du moins le transfert de connaissance se fait en sens unique dans le contexte des politiques interétatiques et des « aides » au développement.

Tout de même, la production et le transfert des connaissances scientifiques, notamment des sciences humaines et sociales, font l'objet d'un intérêt particulier auprès des acteurs.trices des politiques publiques de santé dans les pays considérés à faibles revenus en particulier ceux d'Afrique (Moat et al., 2013; Shearer et al., 2014). Dans la même dynamique, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a manifesté un grand intérêt dans un rapport qu'elle a publié en 2013 en faveur de l'usage de la recherche scientifique pour aider les pays à faible revenu à atteindre une couverture universelle des soins de santé (OMS, 2013). Ce besoin croissant pour l'usage des données scientifiques afin d'améliorer les politiques publiques est particulièrement visible dans le domaine de la santé, comme le souligne Hunsmann, « (i)l n'a sans doute jamais été autant question de science dans le domaine du développement sanitaire qu'aujourd'hui, et l'injonction a formulé des politiques « fondées sur des preuves » (Hunsmann, 2016a, p. 220). Autrement dit, de nos jours, le recours aux résultats scientifiques est incontournable dans les débats, échanges, discussions, orientations et formulations des politiques publiques de santé. Ainsi, comme précédemment souligné, ceci privilégie une forme de savoir unique/culturellement occidentale.

Malgré qu'il y ait un « souci » apparent de prendre en compte les résultats scientifiques dans l'orientation des politiques publiques, la recherche en Afrique est loin d'être à l'abri de difficultés liées à sa réalisation ou à son usage à des fins publiques. Selon Wone et Tal-Dia, « (...) en Afrique, les recherches de type fondamental ou appliqué sont assez rares du fait des moyens financiers, humains, structurels et organisationnels, souvent énormes qu'elles exigent » (Wone et Dia, 2012, p. 3). Ces difficultés ont atteint leur paroxysme à la fin des années 1980 et 1990 (Waast et Gaillard, 2002). Les années 1990 étaient particulièrement marquées par un contexte sociopolitique international qui a entraîné une diminution drastique des dépenses publiques dans les pays africains (Losego et Arvanitis, 2008). Losego et Arvanitis soulignent que cette situation va entraîner une modification fondamentale des politiques de recherche en Afrique. Ils ajoutent également que c'est précisément la nature de la demande du savoir scientifique qui a été affectée : implication des acteurs.trices privé.e.s dans le financement de la recherche (institut national et international et le partenariat public-privé), et l'influence des nouvelles technologies de l'information et de la communication. Cette situation a accentué la dépendance des chercheur.e.s du sud global envers les financements provenant de l'Europe et des états d'Amérique du Nord. Par exemple,

(l)es chercheurs argentins interrogés par Matthieu Hubert et Ana Spivak se décrivent assez littéralement comme des prolétaires qui, faute d'instruments et de financements, louent leurs cerveaux à des pays qui disposent de ces capitaux techniques et financiers mais subissent un coût du travail scientifique plus élevé (Losego et Arvanitis, 2008, p. 354).

Autrement dit, les chercheur.e.s du Sud global<sup>5</sup> sont soumis.e.s à la logique du marché de la recherche. Un marché qui obéit à la loi de l'offre et de la demande des

---

<sup>5</sup> « Le Sud global en tant que concept critique a trois définitions principales. Premièrement, il a traditionnellement été utilisé au sein des organisations intergouvernementales de développement — principalement celles issues du Mouvement des pays non alignés — pour désigner les États-nations économiquement défavorisés et comme alternative de l'après-guerre froide au « tiers monde ». Cependant, ces dernières années et dans une variété de domaines, le Sud global est employé dans un sens post-national pour aborder les espaces et les peuples négativement impactés par la mondialisation capitaliste contemporaine. Dans cette deuxième définition, le Sud global capture une géographie déterritorialisée des externalités du capitalisme et signifie rendre compte des peuples

bailleurs de fonds internationaux qui ont des intérêts dans cette partie du monde et qui considèrent la recherche comme un moyen pour ouvrir des marchés aux technologies du Nord et aux savoirs faire pour accentuer la dépendance de ces pays. Les chercheurs africains sont les plus exposés à ce phénomène puisque, la recherche scientifique en Afrique, demeure malheureusement fortement dépendante du financement extérieur notamment des occidentaux. Plusieurs chercheurs africains sont réduits à la seule fonction de collecte de données, donc de fournisseurs de données, comme le souligne Waast et Gaillard, (2002).

En plus, avec la chute des fonds d'aide publique au développement à partir des années 1980, les instituts de recherche sur le continent africain ont connu des difficultés financières aiguës (Waast et Gaillard, 2002). Cette situation limite davantage la possibilité pour les chercheur.e.s africain.e.s à produire des connaissances scientifiques afin de contribuer efficacement à l'orientation des politiques publiques ou de produire et de publier des ouvrages ou des articles scientifiques au niveau international (Olivier de Sardan et Ridde, 2011).

Cette situation de dépendance financière persiste de nos jours. Au même moment, les acteurs.trices de la santé mondiale engagent des actions de plaidoyer en faveur des productions scientifiques et une prise en compte des données issues de ces productions afin d'améliorer les services de soins de santé publique et à la définition de meilleures politiques de santé en Afrique.

Pour contourner les obstacles liés à la recherche scientifique, financiers particulièrement, les chercheur.es africain.es ont de plus en plus recours à des alternatives externes aux

---

assujettis à l'intérieur des frontières des pays plus riches, de sorte qu'il existe des Suds économiques dans le Nord géographique et des Nords dans le Sud géographique. Alors que cet usage s'appuie sur une plus longue tradition d'analyse des Suds géographiques du Nord — où le Sud représente une périphérie interne et une position relationnelle subalterne — l'épithète « global » est utilisée pour désarticuler le Sud d'une relation biunivoque à géographie »

(What/Where is the Global South? By Anne Garland Mahler (2022), University of Virginia <https://globalsouthstudies.as.virginia.edu/what-is-global-south>, consulté le 12/03/2021).

milieux historiques de la recherche (universités, instituts, etc.) pour mener à bien leurs activités de recherche, incluant les activités de consultation. Généralement, certain.e.s chercheur.e.s universitaires, notamment ceux et celles des sciences sociales, créent des cabinets de consultation en dehors des universités en gardant tout de même leur poste universitaire (Waast, 2001). Au Niger, par exemple, les enseignant.e.s-chercheur.e.s de l'université sont très actifs dans le domaine de la consultation en dehors des périodes d'enseignement, et on assiste à une prolifération des cabinets d'études (Olivier de Sardan et Ridde, 2011). Du coup, « les recherches « opérationnelles » et « actions » constituent le « pain quotidien » du chercheur et de la chercheuse africains dans le domaine de la santé publique » (Wone et Dia, 2012, p. 3). Avec la globalisation économique des années 2000 suivie de ses principes d'ouverture, la recherche scientifique est soumise à la loi du marché. Les gouvernements africains sont donc contraints à ne pas faire de la recherche leur priorité bien que le besoin soit présent (Waast, 2001).

Ainsi, ouvert au marché, le terrain de la recherche scientifique est de plus en plus occupé par les ONG (locales et internationales) et les institutions financières internationales (Banque Mondiale, FMI, etc.). Cette ouverture de la recherche scientifique au marché est :

(...) la conséquence du retrait radical des États dans les années 1990 (qui ne financent plus ni équipement, ni maintenance ni soutien des programmes), et la vertigineuse dévaluation de la profession (dont les salaires sont devenus insuffisants pour nourrir une famille), y ont déterminé le passage des sciences nationales à un libre marché du travail scientifique (Waast et Gaillard, 2002, p. 5).

Mais cette fois-ci, la recherche qui est faite sous la forme de consultation s'est vue renforcée et a pris de l'ampleur en Afrique (Olivier de Sardan & Ridde, 2011). Il est de plus démontré que tout comme certains États africains, les institutions financières internationales qui interviennent en Afrique utilisent des données scientifiques selon les projets envisagés (exemple du FBP) pour influencer des politiques publiques (santé, éducation, etc) ou des programmes (voir les programmes d'ajustement structurel) (Ndiaye, 2009). Il y a ici un semblant d'engagement de vouloir mieux intervenir en faveur de certaines actions publiques en se fondant sur les résultats issus de la recherche. La recherche est ajustée en fonction des demandes des partenaires financiers, qui la finance à

travers des programmes considérés comme une politique publique dans les pays bénéficiaires (Ondo, 2004) dont le Niger par exemple.

Ladite recherche n'est-elle pas aussi orientée d'une certaine façon par le paradigme du bailleur? À cet effet, selon Waast (2001), la plupart des pourvoyeurs d'aide à la recherche ne sont pas du tout intéressés par la science en tant que telle. Plusieurs donateurs.trices s'en servent dans bien des cas pour créer des conditions propices au commerce. En revanche, d'autres font de la recherche pour des « raisons humanitaires » ou pour aider les « pauvres » à intégrer le marché. La recherche peut être utilisée pour remettre en question des idéologies générales et des hypothèses autant que pour informer des décisions spécifiques, notamment celles relatives aux politiques publiques de santé en Afrique (Greenhalgh et Wieringa, 2011a). Des bailleurs de fonds peuvent aussi financer la recherche dans le seul but de légitimer une intervention, l'implantation d'une politique, un projet ou un programme en santé, en éducation, en agriculture, etc. d'où, la forte instrumentalisation de la recherche et des chercheur.e.s pour légitimer certaines actions des bailleurs de fonds.

L'accès aux données scientifiques et leur transfert pour améliorer les services de santé n'est pas une chose aisée surtout dans un pays comme le Niger - où les acteurs.trices publics de santé (décideur.e.s, organismes internationaux, technicien.ne.s, ONG locales) ont accès aux résultats scientifiques de façon inégale (Dalglish, Rodríguez, Harouna, et Surkan, 2017). Selon Dalglish *et al.*, au Niger, les organismes d'aides au développement sont ceux qui ont le plus de possibilités d'accéder à des données scientifiques adéquates. Quant aux décideur.e.s politiques (gouvernement principalement), leur accès aux données scientifiques est très limité à cause des difficultés matérielles (difficultés d'accès à la connexion internet et à des articles scientifiques payants) et des barrières linguistiques (plusieurs articles scientifiques sont en anglais et non en français, la langue officielle du Niger). Les décideur.e.s se reposent généralement sur les partenaires au développement pour accéder aux articles scientifiques en lien avec une question de santé publique. C'est d'ailleurs, ce qui fait dire à plusieurs acteurs.trices que le gouvernement du Niger accède à des données scientifiques qui répondent aux normes internationales pour réfléchir sur des politiques publiques (Dalglish et al., 2017a). Cependant, Dalglish *et al.*, soulignent que des arguments fondés sur l'éthique, le sens commun, l'obligation morale d'agir, amènent

souvent des acteurs.trices publics nigérien.ne.s à prendre des décisions politiques de santé publique comme la lutte contre la mortalité infantile et maternelle. Ce constat n'est pas propre au Niger. En Afrique en général, les décisions politiques sont plus influencées par les connaissances issues de l'opinion publique, des histoires personnelles, des règlements juridiques que celles venant de la recherche scientifique (Lacouture, Le Garjean, Ridde, Dagenais, et Pommier, 2015). Donc, l'accès aux données scientifiques devrait faire partie de l'aide fournie par les bailleurs de fonds. Mais est-ce que c'est simplement l'accès aux données ou le fait que les données scientifiques elles-mêmes n'existent pas ou ne sont pas exploitées ou ne sont pas très nombreuses sur des sujets tels que la FBP? Et les programmes qui en font partie? Ou encore est-ce que ces données sont adaptées pour le Niger par exemple ?

Mais, en 2012, une idée originale fut expérimentée au Niger en matière de transfert des connaissances scientifiques et tacites. Pour la première fois, un processus délibératif est organisé de manière volontaire par les acteurs.trices de la politique de gratuité des soins au Niger—en faisant recours à des données scientifiques pour discuter sur les enjeux de la politique. Il s'agissait de la tenue d'un processus délibératif qui a regroupé tous les acteur.trices (chercheur.e.s, société civile, partenaires au développement, intervenant.e.s) de la santé publique pour faire un diagnostic de la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans. Les résultats d'études scientifiques portant sur la gratuité des soins furent présentés à l'occasion par des chercheur.e.s venant du Laboratoire d'Études et de Recherche sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local, de l'Université de Montréal, des représentants des organisations non gouvernementales, des chercheur.e.s de la sous-région ouest africaine et technicien.n.e.s du Ministère de la santé publique et des Finances (Moha et Ridde, 2014). Le processus délibératif est défini comme « (...) un processus permettant à un groupe d'acteurs de recevoir et d'échanger de l'information, de faire l'examen critique d'un enjeu et d'en venir à une entente qui guidera la prise de décision » (Gauvin, 2009, p. 1). Cette rencontre a eu le mérite à la fin de faire des recommandations pertinentes. L'objectif visé à travers les recommandations était d'améliorer les services de la gratuité des soins.

Cette expérience du Niger en matière de prise en compte des données scientifiques dans un forum délibératif pour éclairer les politiques publiques de santé a été appréciée par les acteurs de la santé (Moha et Ridde, 2014). Les recommandations (rechercher des nouvelles sources financières pour garantir le financement de la gratuité des soins, introduire une nouvelle façon d'établir les factures de la gratuité, mettre en place un mécanisme de suivi des prestations des centres de santé intégrés) issues de cette initiative ont été officiellement prises en compte dans l'agenda politique du Ministère de la santé publique sans forcément avoir les moyens financiers pour leur application (Hamani Souley et al., 2017). Mais, l'une des difficultés qui ont contribué à freiner, la mise en œuvre des recommandations de ce processus délibératif pour pérenniser les politiques de gratuité de soins au Niger est l'absence de financement adéquat (Hamani Souley et al., 2017). Il en est de même pour la recherche scientifique.

Ainsi, tel que souligné précédemment, les États africains consacrent de ressources financières dérisoires à la recherche scientifique (Ndiaye, 2009). Selon ce dernier, en Afrique, un grand nombre de recherches sont financées par les partenaires d'aide au développement, qui imposent des conditionnalités très ardues dont, entre autres, le montage de projet de recherche pertinent avec un plan d'actions détaillées et d'évaluation (gestion rigoureuse) du projet. Il souligne aussi que les chercheurs africains se sont adaptés à ces exigences - et ont finalement, une plus grande préférence pour les axes de recherche des partenaires d'aide au développement à cause des financements consistants qu'ils accordent, même si ceux-ci ne cadrent pas avec leur propre centre d'intérêt en matière de recherche. Par exemple, « (...) au Bénin, l'expression du besoin de faire une recherche et la décision de la mener viennent en général de l'extérieur » (Ndiaye, 2009, p. 38).

De ce fait, les Organismes de coopération (Agence Française de Développement, Coopération suisse, etc) et les institutions financières internationales (FMI, BM) sont non seulement les principaux financiers, mais aussi les requérants de ce type de recherches. Ils sont généralement à la base des grandes orientations concernant les enjeux de développement des pays bénéficiaires d'aides (Pérouse de Montclos, 2009a). Ils sont aussi incontournables et quotidiennement consultés par les décideurs africains sur des

questions de politiques publiques. En plus de cette réalité, on constate également qu'en Europe et en Amérique du Nord, les décideur.e.s ont de plus en plus confiance aux données produites par les organismes non gouvernementaux que celles venant des chercheur.e.s et des universitaires (Edelman, 2005). Selon Edelman (2005), cette confiance peut probablement s'expliquer par le fait que les organismes d'aides au développement (principalement les ONG internationales, Oxfam par exemple) interviennent sur des sujets divers, plus proche des citoyens et qui intéressent souvent les décideur.e.s publics – ou sont aussi peut-être plus « applicables » dans des contextes locaux. Mais comment s'assurer que le travail des ONG n'est pas lui-même orienté vers des intérêts particuliers? Ou ses propres intérêts? Souvent les ONG tendent à être critiques des politiques internationales ou nationales, elles peuvent agir en tant que « témoins » en cas de mauvaise gestion des politiques et surtout pour l'intérêt public. Mais évidemment toutes les ONG ne sont pas les mêmes, certaines sont les porte-paroles de certains états et ou d'intérêts privés ou religieux ou autres. De manière générale, les organismes d'aide au développement font usage des données scientifiques issues des études des sciences sociales et humaines, des données statistiques pour influencer des discussions portant sur des sujets publics comme la santé. Mais, de plus en plus, la participation de ces organismes aux discussions relatives aux thématiques de développement est généralement vue comme problématique dans la mesure où certaines informations que ces organismes partagent ne sont pas scientifiquement prouvées (Pérouse de Montclos, 2009b). Parce que, selon ce dernier, plusieurs organismes d'aide au développement se sont métamorphosés en des cabinets de consultant et s'adonnent à des recherches dites scientifiques qui ne respectent pas les protocoles appropriés ou ne sont pas adaptées au contexte dans lequel la recherche est menée. Néanmoins, même les organismes d'aides au développement sont plus que jamais déterminés à mener leurs actions de plaidoyer en fondant leurs arguments sur des données issues de la recherche surtout dans le domaine de la santé. C'est ce qu'ils appellent : le « plaidoyer fondé sur des preuves » (*evidence-based advocacy*) (Hunsmann, 2016). Hunsmann, rappelle à ce sujet que « la mobilisation de connaissances scientifiques n'est évidemment pas nouvelle dans l'action sanitaire internationale, une caractéristique centrale de cette nouvelle approche réside dans la mise en exergue systématique du « recours aux preuves » lors de la formulation des politiques de santé » (Hunsmann, 2016, p. 2).

Cependant, l'intrusion des organismes d'aide au développement dans le domaine de la recherche à travers les consultations, pose un véritable dilemme pour les chercheur.e.s sociaux.es de l'éthique et des exigences de la recherche scientifique. Dans des circonstances pareilles,

(...) les chercheurs ne peuvent guère se prévaloir d'un pouvoir de la connaissance, très fragile dans le domaine du développement où, vu les systèmes de financement internationaux, la décision et l'action priment très souvent sur la connaissance. Il est frappant, à cet égard, de constater que les sciences sociales du développement sont face à un choix élémentaire : soit elles produisent un discours critique sur les erreurs de stratégies passées et présentes, soit elles tiennent un discours technocratique épousant les postulats dominants formulés par les institutions multilatérales. Cette situation amène les chercheur.e.s à opérer un choix nécessairement trop radical. En participant à des programmes de développement, y compris avec des ONG, ils s'exposent à voir leurs travaux sous-estimés par leurs commissions d'évaluation. En restant à distance, les mains propres, du développement trivial, ils s'enferment dans une tour d'ivoire académique, qui n'est vivable que lorsqu'une recherche publique leur garantit un statut, avec de moins en moins de moyens (Hours, 1996, p. 207).

Ces inquiétudes soulevées par Hours (1996) corroborent la thèse selon laquelle « (...) les acteurs.trices économiques et sociaux.ales (administrations, industriels, ONG) tendent à instrumentaliser la science et l'expertise au service de leurs objectifs » (Godard, 2007, p. 12).

En effet, au fil du temps, les organismes d'aides au développement ont développé une grande capacité d'influence des discussions portant sur des questions d'intérêt public et de portée nationale et internationale. Ils participent donc à la mise en place des stratégies de plaidoyer fondées sur des données scientifiques pour contribuer à l'orientation de certaines politiques de santé en Afrique. À titre d'exemple, Hunsmann (2016), fait remarquer que le Département pour le Développement International du Royaume Uni qui s'occupe de l'aide au développement, a mis en place un programme dénommé « Evidence for Action (E4A) – Saving the lives of mothers and babies in Africa », dans six pays africains : l'Éthiopie, le Ghana, le Malawi, le Nigeria, la Sierra Leone, et la Tanzanie. Ainsi, selon Hunsmann, à travers des actions de plaidoyer, ce programme met en avant des données scientifiques pour illustrer la gravité de la mortalité maternelle et néonatale, intolérable et pour laquelle on

peut trouver une solution. Dans cette perspective, des données pertinentes sont mobilisées et mises à la disposition des acteurs.trices de la santé pour non seulement orienter les stratégies nationales, mais aussi d'apporte un appui à leur réalisation (Hunsmann, 2016b). Il faut cependant, souligner que dans des circonstances pareilles, les données scientifiques sont le plus souvent produites par des travailleurs.es des ONG, ou par des chercheur.e.s indépendant.e.s recruté.e.s pour un tel travail. Mais, selon Brabant (2013), être employé, bénévole d'une ONG, ou demander son assistance pour mener des recherches scientifiques a des conséquences néfastes sur les résultats de la recherche. Malheureusement, « le monde académique semble en revanche n'avoir jusqu'à présent fait preuve que d'une réflexivité timide sur les questions posées par les savoirs produits dans le cadre d'ONG ou avec leur appui » (Brabant, 2013, p. 42).

Ainsi, derrière la « volonté » d'aider les États africains à mettre en place des programmes politiques fondés sur des données scientifiques se camouflent des objectifs douteux qui ne répondent pas nécessairement aux besoins des pays bénéficiaires, mais plutôt ceux des pourvoyeurs d'aide et d'assistance (Chossudovsky, 2004b; Ndiaye, 2009, p. 2). D'ailleurs, il ressort des analyses des sciences sociales et politiques que les processus de prise de décision impliquent des compromis entre des intérêts et des valeurs concurrents (Lasswell, 2018). Par exemple, sous l'influence des bailleurs de fonds (Banque Mondiale, Fonds Monétaire International), au nom des principes de « bonne gouvernance » ou de « transparence », les pays africains sous ajustement structurel sont soumis à des mesures économiques et sociales rigides. La réalité est que la Banque Mondiale a « (...) inventé le concept de gouvernance simplement pour mieux contrôler les politiques de reformes en évitant d'être accusée d'ingérence » (Osmont, 1998, p. 20). Toutes ces mesures visent aussi à amener les États africains à rembourser les dettes contractées auprès de ces pourvoyeurs « d'aides ». Alors que, dans le discours officiel, la Banque mondiale fait croire que les mesures visent à stimuler la croissance économique, le développement des pays sous ajustement structurel comme le Niger (Tingui, 1990; Tizio, 2004). En observant ces mesures dans la pratique on peut être amener à se demander si réellement elles visent le développement des pays concernés. Au Niger, par exemple,

(...) les PAS ont induit la mise à la retraite d'un personnel expérimenté, réduit le nombre de cadres au profit d'emplois temporaires et de volontaires du service civique (les « civicards »), jeunes diplômés touchant une indemnité de l'ordre de 70 000 francs CFA par mois, soit environ 110 euros) (Delville, 2013, p. 144).

Cet état de fait a touché tous les secteurs sociaux en particulier l'éducation et la santé. En effet, les mesures d'austérité ont eu des conséquences très sérieuses sur ces secteurs sociaux notamment celui de la santé dont l'accessibilité aux médicaments et aux soins est devenue un luxe pour les populations locales vulnérables des pays sous ajustement structurel (Bélanger, 1992; Chossudovsky, 2004b). De manière générale, les organismes de développement soutiennent des politiques publiques dans les pays en développement pour augmenter leur pouvoir d'influence dans ces pays (Escobar, 1988).

De nos jours, de plus en plus, des études menées par des chercheur.e.s ou par des ONGs mettent en lumière l'importance des données scientifiques - prises en considération par les acteurs.trices des politiques publiques pour élaborer des politiques publiques de santé efficaces - quand il est question de sauver la vie des enfants et des femmes enceintes en Afrique principalement (Aaserud et al., 2005; Dalglish et al., 2017b; Liu et al., 2012; You et al., 2015). Ceci, parce que c'est le continent qui enregistre « 50 % de la mortalité maternelle et infantile : la mortalité des femmes enceintes qui accouchent bat les records, la mortalité par avortement y est la plus élevée au monde » (Kerouedan, 2012, p. 50). Cette situation a d'une manière ou d'une autre, incité les décideur.e.s politiques et certains organismes internationaux (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Banque Mondiale (BM), etc. à solliciter l'expertise scientifique pour l'acceptation et/ou la mise en œuvre de plusieurs programmes de financement afin d'améliorer la santé maternelle et infantile ou le système de santé publique de manière générale en Afrique le plus récent étant le Financement basé sur la Performance (FBP) évoqué précédemment. Ce nouveau programme de financement s'inscrit aussi, dans l'objectif global de mise en application d'une Couverture Sanitaire Universelle (CSU) qui permet d'améliorer l'usage et la qualité des services de santé (Basinga et al., 2011). En effet, tout comme pour la prise en compte des données scientifiques, dans la perspective de renforcer les stratégies de financement de la santé, plusieurs acteurs de la santé mondiale, se sont investis dans des actions de

plaidoyer en faveur du FBP (Turcotte-Tremblay et al., 2018a). Au même moment, le FBP est l'objet de plusieurs recherches pour, à la fois, évaluer les résultats de sa mise en œuvre (Mbaye et al., 2011), mesurer son impact sur le système de santé d'un pays bénéficiaire et étudier certains indicateurs de processus de qualité des soins, ou la motivation des agents de santé (Bertone et al., 2016).

#### 1.4. Question générale et objectifs de recherche

##### 1.4.1. Constat général qui ressort de la revue de la littérature et questions de recherche

L'aide publique au développement demeure un enjeu central dans l'orientation des politiques de santé publique en Afrique. Elle exerce une grande influence sur les choix stratégiques (sociaux et économiques) en matière de développement dans les pays africains. Derrière la question d'aide au développement s'engage un combat idéologique très marqué entre décideur.e.s politiques et partenaires au développement. Généralement, l'idéologie néolibérale, qui caractérise l'aide publique au développement dans les pays africains, impose une vision économique de libéralisation et politique de démocratisation de la gouvernance. Puisqu'on se demande qui en bénéficie et qui en profite réellement, tel que mentionné dans la partie précédente, le recours aux données scientifiques illustre clairement les aspects idéologiques qui caractérisent l'aide publique au développement. Le recours aux données scientifiques pour aider à l'orientation des politiques publiques de santé n'échappe pas à la logique de lutte d'intérêts stratégiques. Les données scientifiques sont aussi souvent produites et utilisées pour influencer ou imposer des politiques publiques en santé ou en éducation par exemple.

Le FBP est introduit par la Banque Mondiale pour améliorer la performance des systèmes de santé en Afrique. Ce programme est une autre façon d'influencer et/ou d'imposer une forme de gestion du système de santé publique. Par exemple, le FBP met un accent particulier sur une autonomie ferme des services de santé bénéficiaires et de la gestion des

ressources financières (Fritsche et al., 2014). Ces auteurs, ajoutent que cette dernière n'existe pas dans la plupart des pays qui expérimentent le FBP. Aussi, tel qu'il est ressorti dans la revue de la littérature, des recherches ont montré l'efficacité du FBP en Afrique de l'Ouest en même temps que des limites liées à son application. Cependant, la littérature illustre que les organismes d'aide publique au développement utilisent leur rôle de bailleurs de fonds et certaines connaissances scientifiques pour véhiculer leurs propres agendas dans les politiques publiques africaines en général et celle de la santé en particulier. Dans cette perspective, ces organisations ont souvent recours à des données scientifiques pour justifier la pertinence ou accepter de participer à la mise en œuvre d'une politique de santé publique telle que la césarienne ou la gratuité des soins de santé pour les enfants de 0 à 5 ans. Mais, cette participation véhicule les intérêts stratégiques de la part des organismes en question, sans forcément être ceux du pays concerné c'est-à-dire le Niger. Aussi, le choix et la stratégie de mise en œuvre de la politique ne sont pas toujours ceux volontairement choisis par le Niger. Ils sont plutôt ceux le plus souvent proposés par les spécialistes de ces organismes.

En outre, tel que mentionné plus haut, le Niger s'inscrit dans la dynamique des objectifs de développement durable 2030 « ODD2030 » adoptés par les Nations Unies. Dans cette perspective, le Niger « s'active » à travers le Ministère de la Santé publique pour améliorer la santé des populations en élaborant le plan stratégique national de développement sanitaire (PDS) 2017-2021. Ainsi, pour renforcer ce PDS, le ministère de la Santé publique du Niger s'est engagé dans des nouvelles réformes en collaboration avec ses partenaires techniques et financiers, dont celle de l'assurance maladie universelle et le Financement basé sur la Performance. C'est dans cette lancée que la Banque Mondiale et le ministère de la Santé publique ont expérimenté le projet pilote sur le FBP en 2015-2016 dans le district sanitaire de Boboye, qui a été évaluée positif.

À la lumière de la discussion sur les politiques récentes en matière de santé publique et du rôle des connaissances scientifiques dans la production de ces politiques, la présente recherche propose d'explorer le rôle des acteurs de la santé publique, incluant les ONG, chercheurs, institutions internationales financières (Fonds Monétaire international,

Banque Mondiale) et intervenant.es (les agents de santé) impliqués dans la production, la dissémination dans la production et l'usage de « connaissances scientifiques » pour améliorer le système de santé du Niger.

À cet égard, la question générale qui sous-tend notre étude est la suivante: comment les acteurs.trices de la santé publique perçoivent-ils-elles leurs rôles dans la production et l'utilisation des connaissances scientifiques en matière d'orientation des politiques publiques de santé dans le cadre du financement basé sur la performance du système de santé publique au Niger? Cette question générale vise aussi à soulever des questions spécifiques relatives aux types de savoirs mobilisés et à la légitimité de ces savoirs : quels autres types de savoirs (culturels, religieux, opinions publiques, histoires personnelles, règlements juridiques, intérêts personnels, claniques ou des calculs politiques, etc.) sont mobilisés dans l'élaboration des politiques publiques de santé dans le cadre du FBP? Comment ces savoirs sont-ils mobilisés ? Quels types de savoir possèdent le plus de légitimité ? Quels sont les critères qui légitiment les savoirs et pour quelles catégories d'acteurs ?

La question générale de recherche proposée permet d'aborder les enjeux des transferts de connaissance, d'appropriation des connaissances et de l'intégrité scientifique des chercheurs/es africains/es. Ces enjeux portent une signification centrale dans les débats sur la place des scientifiques et des savoirs scientifiques qui émergent dans les sociétés africaines, ainsi que dans le cadre des programmes et de politique d'aide au développement.

À la lumière de notre question de recherche et des constats faits dans la littérature, la présente recherche vise trois objectifs :

1. Comprendre les rôles des acteurs.trices (ONGs, chercheur.e.s, Fonds Monétaire International, Banque Mondiale, et intervenant.e.s) dans la production et l'utilisation des connaissances scientifiques en matière d'orientation des politiques publiques de santé dans le cadre du financement basé sur la performance du système de santé publique au Niger.

2. Identifier les types de connaissances scientifiques et autres formes de connaissances (culturelles, religieuses, opinions publiques, des histoires personnelles, des règlements juridiques, intérêts personnels, claniques, ou par des calculs politiques etc.) qui sous-tendent la contribution des acteurs.trices de la santé publique pour renforcer le système de santé publique au Niger sous Financement basé sur la performance de la Banque Mondiale et constituer une typologie de ces connaissances.

3. Décrire les processus de légitimation des connaissances mobilisées dans le cadre du Financement basé sur la performance du système de santé publique au Niger.

La majorité des études sur les politiques publiques en santé dans les sociétés du Sud global n'est pas abordées à travers l'angle critique du transfert des connaissances et du rôle des scientifiques africains/es dans ces transferts. En effet, notre étude permet de mettre en lumière les rôles et les savoirs sur lesquels repose la contribution des acteurs au développement (FBP) du Niger pour renforcer l'efficacité du système de santé afin de contribuer à l'amélioration des politiques de systèmes de santé (gratuité de la césarienne, des soins pour les enfants de 0 à 5 ans). Cette étude permet particulièrement de saisir non seulement les stratégies de production et de dissémination des savoirs autour du FBP mais aussi les savoirs qui sont avancés pour justifier le choix stratégique des indicateurs de santé comme la planification familiale, la gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans et la césarienne. Elle permet donc, de comprendre les enjeux stratégiques de l'intervention des partenaires du Niger ainsi que les marges de manœuvre dont disposent les décideur.e.s nigérien.ne.s pour efficacement participer à l'amélioration des politiques de santé en fonction de leurs propres agendas. En clair, à long terme, cette étude pourra avoir un effet positif sur la définition et la mise en œuvre d'une politique publique qui contribuera à améliorer efficacement la santé des femmes enceintes et celle des enfants au Niger. Enfin, elle apportera des éclairages scientifiques sur les enjeux et stratégies (entre acteurs) de transfert de connaissance autour d'une politique publique de santé dans un contexte africain et contribuer à l'avancement de la science.

## CHAPITRE II CADRE CONCEPTUEL : DE LA NOTION DE TRANSFERT À CELLE DE LA CIRCULARITÉ MUTILANTE DES CONNAISSANCES

Dans ce chapitre, nous procédons à une analyse critique de la notion de transfert et celui du modèle voyageur (forme de connaissance standardisée) en relation avec le FBP et le savoir comme moyen d'influence politique. Cette analyse nous amène à la proposition de deux nouveaux concepts que sont la circularité mutilante des connaissances et le modèle mutilant.

### 2.1. La notion de transfert de connaissance scientifique

Dans cette section nous allons mettre en lumière certaines caractéristiques du concept transfert de connaissance scientifique en nous appuyant sur les définitions les plus utilisées dans le monde de la recherche et celle de la pratique. Après cette analyse, nous aboutirons à un concept qui reflète le contenu de ce qui pourrait être la possibilité de rendre « utile » les données scientifiques aux politiques publiques principalement de la santé.

L'engouement autour de la question de transfert des connaissances, précisément dans le secteur de la santé, remonte aux années 1980 (Dagenais et al., 2013). Depuis quelques décennies, cet engouement anime davantage les acteurs de la santé. Comme souligné précédemment, déjà, en 2008, l'appel à l'action de Bamako annoncé lors du Forum ministériel mondial sur la recherche pour la santé, a exhorté les gouvernements africains et les bailleurs de fonds internationaux à promouvoir le transfert des connaissances scientifiques dans le secteur de la santé (El-Jardali et al., 2012b). Des chercheur.e.s ont, pour leur part, de plus en plus orienté leur centre d'intérêt de recherche sur la question du transfert des connaissances en santé publique qu'elle soit tacite et/ou scientifique.

Il est important de rappeler que les connaissances en santé publique sont classées en connaissances issues de la recherche (résultats de recherche fondamentale ou empirique, résultats d'évaluation), les connaissances issues de bases de données (données sur l'état de santé de la population, données administratives) et les connaissances issues de la pratique et de l'expérience (Lacouture et al., 2015b). Les connaissances issues de la recherche scientifique sont souvent « considérées ambiguës, incomplètes, partisans et soumises à des multiples interprétations et quant aux connaissances tacites et locales, elles peuvent être plus pertinentes pour une décision politique » (Greenhalgh et Wieringa, 2011b, p. 507). En effet, la pertinence de cette définition pour cette étude et qu'elle peut corroborer ou infirmer les perceptions des acteurs.trices du FBP sur les types de savoirs qu'ils-elles mobilisent et de comprendre ceux qui sont plus ou moins légitimes par rapport à d'autres et pour quelles raisons. Déjà, il faut noter que Blackburn, Bonaventure, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2013), faisant référence à Jacob (2005), rappellent que les connaissances tacites sont des :

(...) savoirs basés sur l'expérience pratique, qui sont contextualisés (développés et appris dans un contexte donné), non documentés, peu accessibles, souvent difficiles à décrire, et qui peuvent être inconscients (la personne a intériorisé une manière de faire qui marche bien et cela est devenu quasiment un réflexe de fonctionnement). Les connaissances tacites sont donc dans la tête des gens. Ce type de connaissances peut appartenir à une seule personne (connaissances tacites individuelles), comme il peut provenir d'un groupe partageant une même pratique professionnelle (connaissances tacites collectives) (Blackburn et al., 2013, p. 3).

En effet, au-delà des connaissances scientifiques, la recherche sur cette question montre que les décideurs prennent des décisions politiques en santé, sous l'influence d'une opinion publique, des histoires personnelles ou des règlements juridiques (Lacouture et al., 2015b) et/ou stimulées par des intérêts personnels, cliniques, ou par des calculs politiques (Wone et Dia, 2012). Ainsi, dans un processus d'orientation de politiques de santé, un dialogue complexe s'établit entre opinions publiques, connaissances scientifiques, non scientifiques (connaissances expérientielles : sur le changement climatique, la désertification, professionnelles etc..) (Piron, 2016) et souvent d'ordre religieux (dans un contexte où la religion a une grande influence sur une population), portées par différents acteurs.trices qui

incarnent ces connaissances et qui ont le pouvoir de décision. Ce qui dénote toute la complexité des types de savoirs menant aux politiques publiques et donc, du concept de transfert des connaissances. Dans cette perspective, plusieurs chercheurs se sont concentrés à définir le concept et/ou à concevoir des modèles théoriques d'analyse pouvant permettre d'étudier la question du transfert des connaissances.

Ainsi, dans un premier temps, il importe de souligner que plusieurs notions sont utilisées pour tenter de montrer la manière dont les données issues de la recherche sont prises en compte sur le terrain des actions politiques par les intervenant.e.s et les décideur.e.s. McKibbin et ses collaborateurs ont recensé à ce sujet plus de 90 notions qui qualifient un tel processus dont entre autres : traduction des connaissances (knowledge translation), mobilisation des connaissances (knowledge mobilization), mise en œuvre des connaissances (knowledge implementation), transfert des connaissances et échanges (knowledge transfer and exchange) (Graham et al., 2006a; McKibbin et al., 2010). Mais la notion qui a connu une certaine notoriété dans la sphère de la recherche scientifique est celle du *transfert des connaissances* (Graham et al., 2006). Selon Graham et al (2006), la notion « transfert de connaissance » a été depuis longtemps considérée comme le processus par lequel les acteur.trices d'une politique publique de santé, par exemple, accèdent aux connaissances. Ainsi, selon Graham et al, la notion « transfert des connaissances » désigne un caractère unidirectionnel, qui est d'ailleurs, fréquemment critiqué par des chercheur.e.s. À ce sujet, Meirieu (1994), souligne aussi que :

(...) l'expression transfert laisse penser à un "transport" et la métaphore désigne ici un objet qui passerait d'un point à un autre en restant identique ; or, nous savons bien qu'en matière de connaissances, il n'en est rien, puisque précisément, s'il en était ainsi, il n'y aurait jamais d'acquisition ni de progression. Enfin, l'expression suggère indéniablement que l'on acquiert d'abord et que l'on transfère après... (Meirieu, 1994, p. 1).

Autrement dit, la notion de transfert de connaissance place les utilisateur.trices de la connaissance au second plan. Dans cette circonstance, ils-elles ont un statut de receveurs des connaissances, et ont en charge leur mise en œuvre. Les

producteurs.trices sont placé.e.s au premier plan et ont le statut de fournisseur des connaissances (Cambon et Alla, 2013). En effet, le caractère unidirectionnel du terme transfert, lui confère un contenu sélectif et limité. Il ne permet pas de cerner les contours d'une dynamique complexe qui se rapporte aux dialogues entre des connaissances diverses.

Cependant, certain.e.s chercheur.es utilisent la notion de transfert dans les deux sens à savoir que le transfert se passe du producteur.trice à l'utilisateur.trice et de l'utilisateur.trice.trice au producteur (Cambon et Alla, 2013). À ce sujet, le terme « transfert de connaissance » est vu par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), comme un « (...) effort coopératif des chercheur.e.s et des décideur.e.s visant à résoudre des problèmes grâce à des activités de transfert et d'échange » (Instituts de recherche en santé du Canada, 2016 : <https://cihr-irsc.gc.ca/f/29418.html>, consulté le 03 octobre 2019). Cette conception coopérative de la notion de « transfert de connaissance » se démarque de celle précédemment évoquée qui lui confère un caractère unidirectionnel. Toutefois, dans cette conception multidirectionnelle du transfert de connaissance, la dimension coopérative se limite à seulement deux acteur.trices, soit les chercheur.e.s et les décideur.e.s. Alors que d'autres acteur.trices dont les partenaires au développement, la société civile (dont les ONG), les intervenant.e.s (agent.e.s ou technicien.e.ne.s, fonctionnaires du ministère de la Santé) et dans certaines circonstances les bénéficiaires nous semblent déterminant.e.s dans un tel processus.

Lavis et al. (2003), définissent le transfert des résultats de la recherche comme un processus par lequel les informations pertinentes tirées des résultats d'une recherche sont rendues disponibles d'une façon stratégique pour la pratique, la planification et la prise de décision politique. Ici, ils font allusion à un processus et non une coopération prédéterminée. Dans la conception de ces auteur.e.s, les résultats scientifiques utiles pour une politique publique sont identifiés et accessibles pour aider à l'orientation de cette politique publique. Cette définition introduit la question de la dimension politique du transfert de connaissance. Toutefois, elle nous semble stérile d'autant plus qu'elle ne mentionne pas comment les

données scientifiques intègrent une politique publique et ni les acteurs.trices qu'elles impliquent.

Les Instituts de recherche en santé du Canada vont un peu plus en profondeur dans la définition de la notion de transfert des connaissances. Ces derniers font allusion à l'*application des connaissances qui est* considérée comme « (...) un processus dynamique et itératif qui englobe la synthèse, la dissémination, l'échange et l'application conforme à l'éthique des connaissances dans le but d'améliorer la santé des Canadiens, d'offrir de meilleurs produits et services de santé et de renforcer le système de santé » (<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/29418.html#2>, consulté le 13 septembre 2019). Cette définition semble être la plus complète pour caractériser le terme transfert des connaissances. Elle a le mérite de mettre l'accent sur deux aspects fondamentaux, notamment les caractères dynamiques et itératifs attribués à la question de transfert des connaissances et la question d'éthique qui est un aspect important dans le domaine de la santé et de la recherche scientifique mais aussi l'aspect transactionnel et commercial (produits et services). C'est probablement ce qui explique son acceptation et son utilisation par certains organismes intervenants sur la santé notamment le Centre de diffusion de la recherche sur le handicap des États-Unis et l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) (Straus et al., 2009).

Cependant l'une des limites de cette définition est qu'elle n'évoque pas non plus clairement les acteurs.trices d'une politique de santé. Il a été question d'un.e seul.e acteur.trice que sont les bénéficiaires (les Canadien.ne.s) mais qui restent passif.ves. Ils-elles reçoivent la connaissance, il y a donc une hiérarchie de l'expertise (ceux-elles qui développent la connaissance, la traduisent, etc. et ceux-elles qui la reçoivent). Alors que tous les acteurs.trices d'une politique publique dans des circonstances pareilles sont des porteur.ses de connaissance. Ils-elles ont des intérêts qui sous-tendent leur participation dans un processus décisionnel - surtout si les acteurs.trices privé.e.s du système de santé sont impliqué.e.s dans la production des connaissances à visée commerciale et industrielle (industries pharmaceutiques, ordres médicaux, etc.). Autrement dit, ils-elles sont ceux.celles qui transmettent les connaissances et prennent des décisions destinées à

améliorer l'offre, le service et le système de santé en général. Ils.elles ont un rôle important à jouer dans un processus de transfert des connaissances, leur implication sous-tend la défense d'intérêts particuliers.

Ainsi, les acteurs.trices d'un système politique, qu'ils soient des représentant.e.s du gouvernement, des journalistes, des médecins ou des chercheur.e.s, sont souvent organisé.e.s en coalitions de plaidoyer qui se disputent l'influence sur les agences gouvernementales pour poursuivre leurs objectifs politiques (Buse et al., 2009). Dans cette perspective, il est mis en évidence en science sociale que les processus de prise de décision politique impliquent des compromis entre des intérêts et des valeurs (Liverani et al., 2013). À ce titre, une analyse sur l'orientation et l'élaboration des politiques doit porter une attention particulière à la façon dont une question donnée peut être politisée (Liverani et al., 2013). Il faut aussi comprendre les intérêts (des groupe et individus qui se mobilisent pour tirer bénéfice) et des idées (incluant les arguments et les évidences) (Buse et al., 2009). C'est pourquoi, Lin (2003) aussi conclut que la formulation des politiques de santé et leur mise en œuvre, toujours sélective, constituent un processus impliquant des compromis entre des logiques diverses et opposées. Donc, « (...) ce n'est pas parce qu'un savoir est produit et existe qu'il circule ou sert nécessairement l'entreprise de domination. Des conditions à la fois historiques et sociales sont nécessaires à la circularité entre savoir et pouvoir en place » (Rowell, 2013, p. 34). D'où, toute la pertinence de prendre en compte les réalités du milieu et les enjeux de pouvoir des acteurs.trices d'une politique publique ainsi que qui déterminent l'orientation, la production, et la mise en place de politiques publiques de santé au Niger.

En effet, l'identification des catégories d'acteurs.trices dans la définition du terme transfert des connaissances nous semble importante parce que, d'une part, elle permet en amont, de mieux situer les enjeux et défis que peut représenter un transfert des connaissances, et d'autre part, de comprendre les tendances convergentes et opposées qui peuvent apparaître lors d'une discussion entre des acteurs.trices (décideur.e.s, chercheur.e.s, institutions financières et coopération bilatérales, ONGs, intervenants.es, bénéficiaires) d'une politique de santé publique. Ainsi, les acteurs.trices suivant.e.s nous apparaissent

déterminant.e.s dans les dynamiques du transfert de connaissance qui affectent la mise en place de politiques de santé publique dans le Sud global, particulièrement en Afrique : une connaissance de ces acteurs.trices permet de « comprendre » les arguments qui sous-tendent leur implication dans l'orientation du FBP. Les principaux.les acteurs.trices sont entre autres :

Tableau 2.1 Acteurs.trices de politique publique de santé en contexte d'Afrique subsaharienne

Acteurs.trices	Caractéristiques
<b>Décideur.e.s</b>	Administrateur.trices : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise de décision,</li> <li>- Orientation,</li> <li>- Contrôle,</li> <li>- Officialisation</li> <li>- Mise en œuvre</li> </ul>
<b>Chercheur.e.s</b>	Producteurs.trices de données scientifiques : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultation,</li> <li>- Vulgarisation (articles, colloque, séminaire, réunion, processus délibératif, etc.),</li> <li>- Plaidoyer,</li> <li>- Influence.</li> </ul>
<b>Institutions financières et coopérations bilatérales</b>	Bailleurs de fonds : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accompagnement financier et technique,</li> <li>- Pourvoir d'influence,</li> <li>- Orientation,</li> <li>- Plaidoyer,</li> <li>- Contrôle.</li> </ul>

<b>Organisations Gouvernementales (nationales et internationales)</b>	<b>Non (ONGs)</b>	Participation régulière aux discussions qui portent sur une politique publique : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contrôle citoyen,</li> <li>- Implication des ONGs locales (représentant la société civile) est « obligatoire » de la conception à la mise en œuvre d'un programme de développement tel que le la stratégie de réduction de la pauvreté, le FBP,</li> <li>- Tout comme les institutions financières internationales, les ONGS internationales sont des partenaires techniques et financiers des ONGs nationales et des bénéficiaires.</li> </ul>
<b>Intervenant.e.s/Technicien.e.s</b>	Acteurs.trices :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En contact avec la réalité sur le terrain et les bénéficiaires d'une politique publique comme le FBP,</li> <li>- De mise en œuvre (agent.e.s ou fonctionnaires du ministère de la Santé).</li> </ul>
<b>Bénéficiaires</b>	Bénéficiaires directes des services des soins de santé des politiques publiques de santé, du FBP :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participation à des discussions aux niveaux local et national,</li> <li>- Appréciation des services rendus,</li> <li>- Participation à la mise ouvre d'une politique.</li> </ul>

- Les décideur.e.s politiques qui incluent les administrateur.trices et les technicien.n.e.s : ils.elles ont en charge de prendre des décisions et de veiller à leur application. Ils.elles peuvent au besoin consulter d'autres acteurs.trices afin de s'informer et de prendre des « bonnes décisions ». La consultation peut aussi être initiée de l'extérieur, notamment par certain.e.s acteurs.trices comme les

- organismes d'aide publique au développement. Les décideur.e.s sont des acteurs.trices qui peuvent aider à comprendre les priorités du gouvernement nigérien dans le cadre du FBP et en même temps d'identifier leur centre d'intérêt et les arguments, scientifiques ou d'autres natures, qu'ils ont avancés pour appuyer leur position. Tel que souligné précédemment, la participation des institutions financières internationales dans un processus d'orientation d'une politique (comme par exemple, les DSRP) en Afrique laisse peu de marge de manœuvre aux décideur.e.s (Signé, 2014). Les décideur.e.s politiques locaux.les adhèrent facilement aux suggestions des partenaires extérieurs pour accéder à des financements afin de satisfaire un intérêt direct - une situation favorable pour les institutions financières internationales pour imposer leur intérêt (Signé, 2014).
- Les institutions financières internationales et bilatérales sont des acteurs.trices important.e.s pour toutes les questions relatives aux politiques publiques en Afrique et au Niger en l'occurrence. Il s'agit précisément du Fonds Monétaire International (FMI), de la Banque Mondiale, l'Agence Française de Développement, l'Union Européenne, etc.,. Elles sont les principales pourvoyeuses d'aide au développement. Certaines institutions (FMI, Banque Mondiale) exercent une grande influence sur les choix des politiques et de leur orientation. Par exemple, « (...) les politiques d'ajustement structurel conçues par ces institutions se sont traduites par une dépossession d'un grand nombre de pays, en particulier d'Afrique subsaharienne, de la maîtrise de leurs orientations stratégiques » (Azoulay, 2011, p. 54). Dans le cadre spécifique de vulgarisation du FBP, « en 2014, la Banque mondiale a organisé en Argentine, un atelier d'échange d'une semaine sur le FBP qui a réuni plus de 200 personnes provenant de 50 pays » (Turcotte-Tremblay et al., 2018a, p. 266). Ces institutions financières internationales financent également le plus souvent des recherches et participent au choix des thématiques des pays bénéficiaires comme le Niger, tel que souligné dans les chapitres 1 et 2 de cette recherche. Les résultats issus de ces recherches sont souvent instrumentalisés comme le soulignent Boisivon et al., (2008). En effet, ces institutions ont une particularité unique du fait qu'elles participent non seulement au financement des projets ou des programmes

publics de santé et de recherches, mais aussi, elles appuient souvent financièrement les Organisations Non Gouvernementales (ONG) locales et internationales, qui sont deux acteurs importants des politiques publiques nigériennes. L'analyse des dynamiques des choix et des orientations des institutions financières permettra de percevoir les enjeux du financement basé sur la performance dans le contexte nigérien; ce qui aiderait à comprendre les motivations et les arguments scientifiques qui déterminent la participation de ces institutions internationales au FBP du système de santé nigérien. Selon Olivier de Sardan et al., (2017), les institutions internationales, de même que les ONG, sont des acteurs.trices très déterminant.e.s, principalement dans le secteur de la santé, en tant que « agences de voyages » pour les modèles de politique publique de santé.

- Les ONGs<sup>6</sup> (nationales et internationales) participent régulièrement à toutes discussions qui ont trait à une politique publique. Leur participation, en particulier celle des ONGs locales (représentant la société civile) a été rendue « obligatoire » en vue de décider ou valider un programme de développement dans le cadre de la mise en place des DRSP par les bailleurs de fond internationaux; ce qui est aussi le cas pour le FBP. D'ailleurs, l'originalité reconnue aux DSRP est d'avoir accordé une place importante aux acteurs.trices de la société civile dans le processus d'élaboration et de mise en œuvre des politiques qui étaient réservées aux seuls technocrates (Cling et al., 2002). Cependant, ces acteurs.trices jouent un rôle ambigu. Dans un processus de discussions portant sur une politique publique, elles

---

<sup>6</sup> Le terme ONG peut cacher toutes sortes d'intérêts privés et publics, commerciaux (des lobbies) et politiques. Une ONG est une organisation populaire indépendante, flexible, démocratique, laïque et à but non lucratif qui travaille généralement pour et/ou aider à l'autonomisation des groupes économiquement et socialement marginalisés. Les ONG peuvent être décrites de différentes manières selon leurs caractéristiques, ce qui a conduit à un certain nombre d'acronymes associés aux ONG : « BINGO (Business and Industry NGO), BONGO (Business Organized NGO), CBO (Community Based Organization), DONGO (Donor Organized Non-governmental Organization), ENGO (Environmental NGO), GONGO (Government Organized Non-Governmental Organization), NGDO (Non-Governmental Development Organization), NPO (Non-profit Organizations), etc. », <https://www.gdrc.org/ngo/ngo-ngdo-cbo.html> (consulté, le 31 juillet 2021).

- peuvent être partenaires des décideurs, des institutions financières internationales et/ou des chercheurs. De surcroît, les ONG sont devenues des lieux privilégiés de la production des connaissances dans le champ de l'aide publique au développement. Sur certaines questions, elles peuvent avoir leur propre position qui n'est toujours pas homogène. Donc, les ONG sont des espaces où se manifeste une diversité des intérêts.
- Les chercheur.e.s sont des producteurs.trices de données scientifiques vulgarisées à travers plusieurs canaux (articles scientifiques, colloques, séminaires, processus délibératifs, etc.). Ils.elles peuvent être invité.e.s à se prononcer sur la base de leur expertise lors des rencontres avec d'autres acteurs.trices (décideur.e.s, ONG, intervenant.e.s, médias etc.), pour analyser une question de politique publique de santé particulière. Ils.elles jouent généralement un rôle de plaidoyer et d'influence. Parmi les chercheur.e.s, il peut y avoir des chercheur.e.s d'organisations gouvernementales et non gouvernementales (Lacouture et al., 2015b), des chercheur.e.s indépendant.e.s (cabinet de consultation), des chercheur.e.s enseignant.e.s à l'université (Olivier de Sardan, 2011). Dans cette perspective, dans le cas spécifique du FBP du système de santé du Niger, on peut comprendre les stratégies, les motivations et la place des chercheur.e.s dans un tel processus et les arguments « scientifiques » qui sous-tendent leur implication.
  - Les intervenant.e.s ou technicien.ne.s sont les acteurs.trices qui sont quotidiennement en contact avec la réalité sur le terrain. Ce sont les acteur.trices de la mise en œuvre des programmes politiques en lien avec la santé. Dans cette recherche, les technicien.ne.s sont les détenteurs de connaissances techniques (pratiques, empiriques) sur une politique publique quelconque comme le FBP. Ils sont généralement invités à prendre part à des discussions concernant la santé publique afin de partager leurs expertises et donner leurs opinions. Tout comme les décideur.es, les chercheur.es et les acteur.trices de la société civile, les technicien.ne.s bénéficient d'une assistance technique des PTF. Dans le cadre du FBP une assistance technique continue est mise en place dès le début de sa

conception pour accompagner les acteurs impliqués dans le processus (Fritsche et al., 2014). Ces auteur.e.s soulignent également que dans le cadre du FBP, l'identification des champions du FBP (personnels nationaux, les techniciens principaux et les fonctionnaires de haut niveau du ministère de la Santé) est nécessaire pour accompagner sa mise en œuvre dans un contexte nouveau.

- Les bénéficiaires sont les acteurs.trices qui bénéficient des services des soins de santé des politiques publiques de santé en place. Ils participent souvent à des discussions qui portent sur les politiques publiques de santé aux niveaux local et national. Les bénéficiaires sont regroupé.e.s au sein des comités de gestion des centres de santé intégrés. À travers ces comités, les populations contribuent à l'orientation et à la gestion des questions de santé. Les bénéficiaires sont souvent représenté.e.s par certaines organisations de la société civile.

En effet, la pluralité des acteurs.trices qui sont impliqué.e.s dans l'orientation, la décision et la mise en œuvre des politiques publiques en matière de santé, amène certain.e.s auteur.e.s à considérer l'usage de la connaissance scientifique comme un moyen qui permet de guider les prises de décisions et qui a pour objectif d'améliorer l'efficacité des décisions de politique publique de santé (Lavis et al., 2006), de renforcer les systèmes de santé publique (Frenk, 2010) et d'assurer une couverture universelle de soins de santé (Chalkidou et al., 2013). À ce propos, l'Organisation Mondiale de la Santé désigne l'application des connaissances comme étant :

(...) synthèse, échange et application de connaissance par les parties prenantes concernées pour accélérer les avantages de l'innovation mondiale et locale, renforcer les systèmes de santé et faire progresser la santé des personnes (Organization Mondiale de la Santé, 2005, p. 2).

Il se trouve, cependant, que l'accélération des avantages de l'innovation mondiale et locale se base forcément sur un système d'innovation scientifique, sanitaire et médical culturellement situé. Même l'innovation locale se « décline » sur ces bases culturelles occidentales. Il y a aussi la notion de faire progresser la santé des personnes - d'où l'idée que seules les innovations scientifiques sont capables d'apporter des « progrès » en termes

de santé des personnes. Ici, la connaissance scientifique joue donc un rôle très pragmatique et dissuasif. Il s'agit d'apporter une contribution positive pour améliorer un système de santé publique. Aussi, la prise en compte des données scientifiques est conçue comme une décision volontaire venant de certain.e.s acteurs.trices d'une politique publique. Autrement dit, elle s'inscrit dans un processus réfléchi où sont créées les conditions facilitant la prise en compte des données scientifiques dans une décision politique publique de santé.

Mais qu'en est-t-il des discussions portant sur une politique de santé publique dans lesquelles les acteurs.trices se retrouvent sans que soit au préalable enclenché un processus visant à prendre en compte les connaissances scientifiques, mais qui peuvent surgir pendant des discussions? Ainsi, le terme transfert de connaissance ou application de la connaissance, tel que défini par plusieurs auteur.e.s, nous semble ambiguë comme l'ont souligné d'ailleurs Chalkidou *et al.* (2013). Pour ces auteur.e.s, le transfert de connaissance risque de devenir non inclusif et souvent discriminatoire au détriment des «besoins réels» ou de la réalité sur le terrain. De plus, le rôle pragmatique assigné aux données scientifiques dans un processus de transfert des connaissances, marginalise les autres formes de connaissances qui coexistent autour des politiques publiques. Cette situation prend de plus en plus des formes complexes d'autant plus que des politiques publiques expérimentées et réussies dans certains pays, sont considérées comme des modèles et font l'objet de transfert dans d'autres pays. C'est ce que plusieurs auteur.e.s appellent le « modèle voyageur » ou « traveling model » dont entre autres Rose (1991), dans *What is lesson-drawing?*, Dolowitz et Marsh (2000), dans *Learning from abroad: The role of policy transfer in contemporary policy-making*, Darbon (2009), dans *La politique des modèles en Afrique: simulation, dépolitisation et appropriation*, et Olivier de Sardan *et al* (2017), dans *Travelling models and the challenge of pragmatic contexts and practical norms: the case of maternal health*.

## 2.2. Le FBP : modèle voyageur ou modèle mutilant dans une circularité mutilante de connaissances

Tel que souligné dans la section précédente, l'orientation d'une politique publique notamment dans le domaine de la santé est généralement l'œuvre de plusieurs acteurs (nationaux, internationaux et transnationaux) qui gravitent autour de la politique en question. Ceci est d'autant plus réel, lorsque l'orientation politique concerne un pays du Sud Global, en particulier ceux de l'Afrique sub-saharienne. Le type de politique en question dans le processus d'orientation fait souvent objet de transfert et serait une forme de transfert de connaissances dans le sens de l'unidirectionnalité (Dolowitz & Marsh, 2000). Dans cette perspective, Dolowitz et Marsh (2000), soulignent que les organisations internationales gouvernementales (OIG), telles que l'OCDE, le G-7, le FMI, l'ONU et ses diverses agences, jouent un rôle extrêmement important dans la vulgarisation des idées, des programmes et des institutions à travers le monde. Elles utilisent leur pouvoir d'influence politique et économique (dont les conditions d'obtention de prêts) pour amener les décideurs d'un pays à se plier devant leurs exigences. Selon eux, les organisations internationales non gouvernementales (ONG) ont aussi un pouvoir d'influence conséquent sur les politiques publiques mondiales grâce à leur capacité à véhiculer des idées et des informations sur le plan international. Dans la même dynamique, des consultants internationaux sont généralement recrutés par un gouvernement en tant qu'agent d'une agence d'aide internationale. Le travail de ces consultants reste ambigu parce qu'il voile le caractère volontaire et/ou coercitif d'un transfert de politique. Puisqu'il arrive que ces consultants internationaux « imposent » par exemple un modèle uniforme de réforme du marché aux pays en développement (Dolowitz et Marsh, 2000). D'ailleurs, Ancelovici et Jenson (2012) corroborent cet état de fait, en appuyant que des modèles politiques sont souvent standardisés par des acteurs qui s'engagent à faire leur promotion. La standardisation est définie comme « un processus grâce auquel une pratique est identifiée dans son propre milieu par les décideurs, des ONG ou d'autres acteurs internationaux, puis reconfigurée en une sorte de « modèle standard » ou de matrice qui puisse être utilisée dans un autre contexte » (Ancelovici et Jenson, 2012, p. 39). Autrement dit, la standardisation est le fruit d'une dynamique interne à un pays, portée par des

acteurs.trices, où une expérience politique donnée est formalisée et est présentée comme un modèle normalisé à suivre et susceptible d'être exporté à l'extérieur.

En Afrique sub-saharienne, cette pratique (la standardisation) est plus marquée dans le domaine de la santé maternelle (de Sardan et al., 2017). Elle est l'œuvre des partenaires au développement (les organisations internationales, les coopérations bilatérales et les ONGs), qui l'utilisent selon Olivier de Sardan *et al.*, dans une perspective d'améliorer quelques limites d'un système de santé (incluant le manque de cadres qualifiés et d'infrastructures adéquates) et non pour une vulgarisation de grande envergure. Autrement dit, la finalité d'une standardisation en Afrique ne s'inscrit pas forcément dans une perspective de gestion efficiente, capable d'apporter une solution globale presque exhaustive à un système politique donné tel que la santé.

Cependant, dans le Sud Global, on assiste à une prolifération de programmes ou de politiques standardisés sous diverses terminologies : « transfert politique » (terme utilisé par (Dolowitz et Marsh (2000), « Lesson-Drawing » (Rose, 1991), « modèles voyageurs », ou « travelling model » en anglais (Rottenburg, 2007; Behrends et al., 2014), parmi d'autres.

Le transfert politique est considéré comme étant :

« (...) un processus par lequel les connaissances relatives aux politiques, aux arrangements administratifs, d'institutions et des idées d'un système de politique (passé ou présent) sont utilisées pour définir des politiques, des arrangements administratifs, d'institutions et des idées pour un autre système politique » (Dolowitz et Marsh, 2000, p. 5).

Le transfert politique est donc, un mécanisme à travers lequel des expériences politiques, administratives, institutionnelles et des idées d'un système politique spécifique sont partagées et appliquées à un autre système politique. Ainsi, selon Dolowitz et Marsh, le transfert politique renvoie à un processus qui repose sur quatre éléments : les politiques ; les institutions ; les idéologies ou justifications ; les attitudes et idées et les leçons négatives. La définition de Dolowitz et Marsh a le mérite de faire ressortir clairement les caractéristiques d'un transfert politique. Cependant, les caractéristiques de transfert

politique mentionnées par Dolowitz et Marsh, occultent le dispositif d'influence, notamment les ressources humaines et financières qui sont mobilisées par des acteurs précis.es dans le processus - dans le but de faire la promotion de la politique et faciliter ou imposer son entrée dans le nouveau système politique. À ce propos, Dumoulin et Saurugger, soulignent que :

(...) les processus de transferts de normes et de modèles juridiques et politiques sont en fait dépendants des stratégies et des rapports de force déployés par les acteurs nationaux – dans les pays exportateurs comme les États-Unis et dans les pays importateurs comme ceux d'Amérique latine (Dumoulin et Saurugger, 2010, p. 4).

Le cas des sociétés de l'Afrique subsaharienne pourrait être inclus dans les propos de Dumoulin et Saurugger. La définition de Dolowitz et Marsh, ne considère non plus la pertinence des deux contextes qui caractérisent la dynamique du transfert politique : le contexte de fabrication des expériences qui font objet de transfert et le nouveau contexte dans lequel ces expériences sont appliquées.

Pour ce qui est du concept *Lesson-Drawing*, Rose (1991) cherche à comprendre les circonstances et la manière dont un programme efficace dans un lieu peut être transféré dans un autre contexte. Cette question montre de manière délibérée la volonté de tenter à comprendre les circonstances dans lesquelles une politique ou un programme conçu dans un environnement (expérimenté et réussi) peut s'implanter dans un autre environnement et d'accepter les mêmes résultats. En répondant à cette question, (Rose, 1991), appuie que

« le processus de *Lesson-Drawing*, commence par la numérisation des programmes en vigueur ailleurs et se termine par l'évaluation prospective de ce qui se produirait si un programme déjà en vigueur ailleurs était transféré ici à l'avenir » (Rose, 1991, p. 3).

Il ajoute cependant, que la notion de *Lesson-Drawing* est très critiquée. Ainsi, sur quelles bases peut-on tirer des leçons de ces politiques transférées d'un contexte à un autre? Existe-t-il des mesures d'efficacité, d'applicabilité, etc. sont-elles appliquées par les gouvernements qui reçoivent ces politiques? Qu'en est-il des savoirs et des expériences locales (tant politiques que sur le terrain) lorsque ces politiques sont appliquées de cette manière? Par conséquent, il n'y a pas de certitude qu'une leçon (programme) peut-être à la

fois acceptée et applicable par un système politique extérieur au contexte du système qui a « accouché » de la leçon. Selon Rose, un programme est une création de droit public ; une loi identifie ses objectifs et les conditions dans lesquelles elle opère. L'argent destiné à financer un programme est inscrit au budget. Une agence publique spécifique et des employés sont responsables de l'administration d'un programme. En d'autres termes, un programme (une leçon) doit être officialisé afin qu'il devienne public. C'est-à-dire, une fois qu'un programme est entériné par une loi, les décideurs et leurs partenaires du système politique auquel relève ce programme ont le devoir moral et politique de son application. Sa réussite lui confère un statut de modèle qui peut être importé ou exporté. C'est ce qui est appelé à ce stade, par certains auteurs (Rose 1991 ; Dolowitz & Marsh 2000 ; Darbon 2009 ; Olivier de Sardan et al. 2017), un *modèle voyageur*.

Les *modèles voyageurs* sont réfléchis et conçus par des expert.e.s internationaux.les (Olivier de Sardan *et al*, 2017). Dans le cadre de cette étude, nous utiliserons le terme modèle voyageur qui nous semble plus approprié à la problématique du FBP. Ce dernier est actuellement en train de faire le tour du Sud Global. La Banque Mondiale est la principale actrice qui fait la promotion du modèle voyageur FBP, particulièrement en Afrique subsaharienne.

Le modèle voyageur est définie comme: toute intervention institutionnelle standardisée quels qu'en soient les échelles ou les domaines (une politique publique, un programme, une réforme, un projet, un protocole, selon les échelles ou les domaines), en vue de produire un quelconque changement social, à travers des changements de comportements d'une ou plusieurs catégories d'acteurs, et qui repose sur un 'mécanisme' et des 'dispositifs' censés avoir des propriétés intrinsèques permettant d'induire ce changement dans des contextes de mise en œuvre variés ( Olivier de Sardan et al., 2017, p. 74).

Nous partirons de cette définition de Olivier de Sardan et al, parce qu'elle reflète en pratique le contenu des modèles voyageurs. Elle reflète également les réalités d'application d'un modèle voyageur en contexte africain. Elle décrit bien, les différentes phases, les caractéristiques et le but d'un modèle voyageur. Ce qui est aussi pertinent dans cette définition, est qu'elle met en exergue, d'une part, les acteurs.trices qui sont visé.e.s par le

modèle et d'autres part, les enjeux liés au contexte de mise en œuvre d'un modèle voyageur.

Précisément, par rapport au contexte, Olivier de Sardan et al, mettent de l'avant deux réalités contextuelles auxquelles un modèle voyageur est confronté : les contextes structurels et les contextes pragmatiques. Ainsi :

(l)es contextes structurels (en général caractérisés comme étant liés à l'environnement économique, politique, social ou culturel) n'agissent sur l'importation d'un modèle voyageur que par l'intermédiaire des contextes pragmatiques, autrement dit du fait du jeu des acteurs et de leurs interactions. Les contextes structurels sont autant de contraintes et de ressources disponibles qui interviennent pour influencer les représentations et pratiques des groupes stratégiques impliqués par les modèles voyageurs en santé publique (expert.e.s et décideurs politiques nationaux, professionnels de santé publics et privés, ONG, autorités locales, bénéficiaires), qui constituent les contextes pragmatiques et sont au cœur de ce que nous appelons la revanche des contextes (Olivier de Sardan et al., 2017, p. 78).

Cependant, l'une des limites de la définition réside justement par le fait qu'elle ne fait pas ressortir directement les acteurs.trices qui se cachent derrière un modèle voyageur qui ont aussi des intérêts et des buts à atteindre. Tel que mentionné plus haut, il s'agit des principaux.les promoteurs.trices du modèle voyageur particulièrement des acteurs bilatéraux et multilatéraux, consultants, experts internationaux qui impulsent et financent le modèle. Leur participation et l'intérêt qu'ils accordent au modèle voyageur en question ne sont toujours pas neutre. Ils peuvent aussi avoir des discours et des conceptions complètement opposés sur un même modèle et qui peuvent compromettre sa réussite. À ce sujet, (Czarniawska, 2010), faisant référence à Richard Rottenburg, (2009), souligne qu'en matière de gestion de programme ou de projet de développement,

« (...) le principal problème réside dans les différents styles de communication des différents acteurs.trices impliqué.e.s dans le projet: les bailleurs de fonds occidentaux, les consultants engagés pour gérer le projet, les autorités locales et les praticiens locaux. Ils communiquent selon des codes différents, ce qui crée une véritable tour Babel dans laquelle tous les participants croient parler la même langue, sans toutefois parvenir à une compréhension. Lorsque deux parties partagent le code, elles ont encore plus tendance à négliger le fait que les autres ne le partagent pas. Les aides techniques - listes, calculs, tableaux,

programmes informatiques - ne font que contribuer à la confusion plutôt qu'à la rectifier » (Czarniawska, 2010, p. 96).

En effet, le modèle, tel qu'il est précédemment exposé, présente des caractéristiques très complexes, des enjeux contextuels et des sensibilités importantes qui animent les acteurs.trices impliqué.e.s dans un processus d'application. Ceux-ci doivent être pris en considération pour mieux appréhender un modèle voyageur en gestation ou en application.

En définitive, dans cette thèse, nous définissons le modèle voyageur comme étant une politique ou un programme normalisé (une connaissance, une théorie) développé et/ou choisi par un groupe d'acteurs.trices (organismes internationaux, expert.e.s internationaux.les, consultant.e.s, organismes bilatéraux, décideur.e.s nationaux.les) dans un contexte particulier. Ces acteurs.trices qui pilotent le modèle s'investissent pour l'exporter là où ils ont des intérêts spécifiques. Le modèle en question est nourri d'un package d'installation de connaissances, de logistiques, de ressources humaines et financières, qui couvrent plusieurs aspects d'une politique publique en matière de gouvernance - qui lui offrent plus de marge de manœuvre de pouvoir « s'imposer » dans un nouveau contexte. D'ailleurs, Falisse (2019), décrit le fait que le modèle voyageur est un genre de re-territorialisation d'un « appareil d'intervention » défini globalement mais mis en place localement.

En partant de cette définition, il ressort de manière claire que le FBP est un modèle voyageur idéal, d'autant plus qu'il répond aux caractéristiques du modèle voyageur. C'est d'ailleurs ce que corroboraient Olivier de Sardan et al. (2017) en montrant que le FBP est un modèle voyageur dont sa promotion est faite dans le Sud Global sous l'influence de la Banque Mondiale principalement dans le domaine de la santé. L'expérience réussie qui a conféré au FBP, le titre de modèle voyageur est originaire de la grande Bretagne selon Olivier de Sardan *et al* - par la suite, il est expérimenté dans plusieurs pays africains dont le Rwanda, le Burundi, le Benin, le Niger, etc. C'est pourquoi, « qualifier le FBP de modèle qui voyage est une évidence tant pour les chercheur.e.s que pour les promoteurs.trices et les praticien.ne.s du FBP » (Falisse, 2019, p. 87). En effet, le modèle voyageur (FBP) est une théorie, une connaissance mise en œuvre dans un pays et importée ou exportée pour être expérimentée dans un autre.

Ce qui précède, montre aussi que le modèle voyageur s'inscrit dans la dynamique globale et holistique de ce que nous dénommons la circularité mutilante des connaissances. Dans cette dynamique, le modèle voyageur est considéré dans cette thèse comme un modèle mutilant. De ce chef, nous utiliserons la notion de *circularité mutilante des connaissances* pour comprendre les types de savoirs mobilisés dans le cadre du FBP au Niger que nous considérons comme un *modèle mutilant*.

### 2.3. Qu'est-ce que nous entendons par la notion de circularité mutilante des connaissances en lien avec le modèle mutilant (FBP) ?

Ici, la circularité est assimilée à un mouvement de connaissances diverses, contradictoires, complémentaires, multidirectionnelles, qui est impliqué dans les dynamiques de définition, d'orientation et d'amélioration de politiques publiques de santé. La circularité implique aussi que les connaissances de différents ordres (scientifiques, pratiques, juridiques, personnelles, religieuses, culturelles, techniques, etc.) s'interpénètrent dans une logique de rapport de force pour accoucher d'une connaissance qui fera l'objet d'une prise de décision et, dans certains cas d'une mise en œuvre ou le renforcement de politiques en cours. Donc, la notion de circularité des connaissances dépeint une implication de tous les acteurs.trices - la « prise en compte des diversités », de toutes les formes de connaissances qui concourent à une prise de décision politique visant à répondre aux besoins ciblés. Ainsi, on assiste à un dialogue de connaissances portées par différents acteurs, qui vise à « enrichir » des connaissances existantes ou en « produire » de nouvelles et où la connaissance de départ (importé) dénommée dans cette étude connaissance ou modèle mutilant a tendance à s'imposer à travers ce que nous appelons *la mutilation des connaissances existantes*.

En effet, une *connaissance mutilante* ou un *modèle mutilant* est une connaissance qui s'impose de manière sournoise aux connaissances existantes (scientifiques, pratiques, empiriques, juridiques, personnelles, religieuses, techniques, etc.). Elle est produite à l'extérieur d'un pays - qui vise à la mettre en application sous la recommandation ou l'influence d'un(e) acteur.trice ou des acteurs.trices externes ou internes. Ces acteurs.trices

externes ou internes ont leurs propres objectifs en rapport avec cette connaissance qui peut devenir une politique publique dans le pays bénéficiaire. Une telle politique devient en conséquence une politique asservie. Parce qu'elle répond en partie à des besoins extérieurs et promue dans les pays bénéficiaires avec peu de rigueur comme le soulignent Turcotte-Tremblay et al. :

(...) les acteurs.trices de la santé mondiale, habité.e.s par leurs valeurs et idéologies, disposent rarement de données probantes conduisant à la certitude dans l'analyse des systèmes de santé des divers milieux. Depuis quelques années, des acteurs.trices de la santé mondiale semblent promouvoir le FBP dans les pays à faible et moyen revenu sur la base d'une efficacité théorique, postulée à partir de théories sous-jacentes, plutôt que d'évaluations empiriques menées dans les milieux d'intervention (Turcotte-Tremblay et al., 2018, p. 274).

En effet, la force mutilante d'une *connaissance mutilante* ou d'un *modèle mutilant* tel que mentionné précédemment, réside dans le dispositif qui l'accompagne, notamment le *package d'installation* de connaissances bien élaboré et expérimenté ailleurs, la logistique, les stratégies (formations, recrutement d'experts, projets pilotes, espaces de circularité des connaissances, etc.), les ressources humaines et financières. D'autant plus que ce package de connaissance et de ressources financières, humaines, et techniques prend en compte des aspects importants d'une politique publique de santé en matière de gouvernance et de livraison des services de soins de santé. Ici, *package d'installation* renvoie à un ensemble de moyens techniques, financiers, humaines, de connaissances, de stratégies préalablement prévues pour réaliser une réforme de politique publique en particulier dans le sud global. Ces éléments qui accompagnent la *connaissance mutilante* ou le *modèle mutilant* lui accordent plus de latitude à s'implanter dans son nouvel environnement. En plus, ce modèle mutilant (FBP), s'accompagne avec des mesures contraignantes qui renforce sa capacité mutilante. Par exemple,

(...) lors de son introduction dans un pays, le FBP s'appuie sur des principes qui le caractérise dont les plus visibles ou les plus litigieux sont principalement : l'autonomisation et la gestion monétaire par les établissements de santé; l'achat direct des intrants par les établissements de santé; la séparation des fonctions; l'implication de la société civile dans la gouvernance; l'accent dominant sur les résultats et nécessité accrue d'analyse des résultats (Fritsche et al., 2014, p. 264).

Aussi, ce modèle mutilant s'inscrit dans une dynamique de circularité de connaissances : *la circularité mutilante des connaissances*. Cette dernière est définie ici comme un espace social où interagissent des acteurs.trices de production et détenteurs.trices de connaissances (décideur.e.s, chercheur.e.s, intervenant.e.s, technicien.ne.s, partenaires financiers, bénéficiaires) afin de faciliter ou d'influencer l'orientation, la définition ou la mise en œuvre d'une politique publique. Ces acteurs.trices sont des porteur.s.e.s d'informations « pertinentes » diverses, complémentaires et d'intérêts communs ou divergents qu'ils mobilisent pour porter un regard « critique » sur un système de santé publique et/ou des services y afférents. La maîtrise ou le contrôle des connaissances relatives à une politique de santé est un atout pour les acteurs.trices qui visent à faire accepter leurs intérêts corporatistes. Mais, dans ce processus, les connaissances ne sont que les façades du pouvoir financier qui a une fonction de dissuasion et de motivation. Les acteurs.trices agissent dans un contexte (économique, politique, sécuritaire, sociale, organisationnel, structurel) spécifique qui a une influence sur les « meilleures décisions » politiques qu'ils prennent afin d'assurer des soins de santé de qualité et universels pour une population ou un groupe donné.

Cependant, la notion de circularité mutilante des connaissances que nous proposons ici, livre une définition plus holiste et synoptique des rapports complexes qui existent à l'intérieur d'un processus de production et de mobilisation des connaissances entre les différentes formes de connaissances, les acteurs.trices, le contexte, la politique de santé en question. En effet, la définition de la circularité mutilante des connaissances que nous proposons dans cette thèse est à la fois inspirée par les réalités empiriques du terrain de l'objet d'étude et la revue de la littérature. Autrement dit, elle est la caractéristique de la nature même du financement de la politique publique en question, notamment le FBP et la gouvernance du contexte dans lequel se réalise l'étude. D'ailleurs, l'un des apports de la définition que nous proposons, est le fait qu'elle mette en exergue trois éléments importants qui sont des pouvoirs dissuasifs à considérer, à savoir, le pouvoir de l'argent, le contexte dans lequel la politique se discute et celui de la connaissance/savoir.

#### 2.4. Le savoir : moyen d'influence politique et pouvoir dissuasif

Michel Foucault dans sa réflexion portant sur le rapport pouvoir/savoir met en lumière l'interdépendance qui existe entre les deux dimensions. Selon Foucault, le savoir « (...) se réfère à toutes les procédures et à tous les effets de connaissance qui sont acceptables à un moment donné et dans un domaine défini » (Foucault, 1990, p. 1978: 49). Autrement dit, dans tout domaine, comme dans celui d'une politique publique de santé, le savoir se manifeste dans les procédures propres à la politique. Tel que mentionné précédemment, le FBP est un modèle qui vient avec des principes fondamentaux (autonomisation des centres de santé bénéficiaires du FBP, paiement après avoir livré les services de soins de santé, etc.). Le FBP en cours d'expérimentation au Niger est donc caractérisé par des procédures et des pratiques que doivent connaître les acteurs.trices concerné.e.s et les mettre en pratique pour accéder à ce type de financement. Il faut noter aussi que la recherche-action (projet pilote), les recherches évaluatives pendant et après la mise en œuvre du FBP et les manuels de suivi et évaluations des indicateurs occupent une place capitale. En effet, la conception du savoir chez Foucault permet de porter un regard critique sur les procédures et toutes les formes de connaissances qui cimentent le FBP. Ce regard critique permettra d'analyser de manière approfondie l'impact de ces procédures et des dynamiques de la mobilisation des connaissances sur les relations qu'entretiennent les acteurs du FBP au Niger. Il nous permet aussi d'analyser la valeur ajoutée que ces procédures et savoirs peuvent offrir à un (e) acteur.trice de pouvoir faire passer ses idées dans un cadre comme celui du FBP.

Quant à la dimension du pouvoir, il « (...) ne fait rien d'autre que recouvrir toute une série de mécanismes particuliers, définissables et définis, qui semblent susceptibles d'induire des comportements ou des discours » (Foucault, 1990, p. 1978: 49). C'est également un espace stratégique où convergent et coexistent les rapports de force, pouvoir/savoir (Turkel, 1990). Dans cette perspective, le FBP dans son introduction et sa mise en œuvre peut être considéré comme un espace dans lequel des relations (formelles ou implicites) de pouvoir existent entre les différents acteurs.trices concerné.e.s et où le savoir peut jouer un rôle capital. Cette grille permet donc de mener une analyse critique sur la

façon dont le savoir des uns et des autres a constitué une sorte de pouvoir pour imposer directement ou indirectement leurs idées dans cet espace social qu'est le FBP, qui permet d'entrevoir comment se manifeste ce pouvoir? Quels types de savoir sont mobilisés? Et, dans quels intérêts? En effet, « la méthode de Foucault permet à tout moment de l'analyse, de donner un contenu déterminé et précis tel élément de savoir, tel élément de pouvoir » (<http://philocite.blogspot.ca/2009/07/savoir-et-pouvoir-chez-michel-foucault.html>, consulté le 23-03-2018), surtout qu'il souligne qu'il est impossible de les séparer (savoir/pouvoir) (Turkel, 1990). Autrement dit, selon Foucault, le savoir est dans le pouvoir et ne peut-être pensé sans le pouvoir. Et les relations de pouvoir existent à tous les niveaux.

Le FBP ne fait pas exception aux relations de pouvoir/savoir auxquelles se réfère Foucault. Ainsi, le FBP au Niger pourrait être considérée comme une sorte de biopolitique. D'autant plus que, le FBP étant un espace social où des relations de pouvoir peuvent se manifester à toutes les étapes notamment du processus de prise de décision, de sa mise en œuvre, de son évaluation, et où le savoir est déterminant etc. Bref, « dans la société, en général, il y a des milliers de relations de pouvoir, et, par conséquent, de rapports de forces, et donc, de petits affrontements, de micro-luttes en quelque sorte » (<http://libertaire.free.fr/MFoucault138.html>, consulté le 23-03-2018, consulté, le 04 septembre 2019).

En effet, « (...) le pouvoir est souvent fondé sur la supériorité en matière de savoir et non seulement sur la force physique » (Stehr, 2000, p. 3). Autrement dit, la maîtrise du savoir dans un domaine spécifique tel que la santé publique est un atout important pour se faire entendre – et de faire passer ses intérêts - à l'issue d'une discussion quelconque qui nécessite une prise de décision et un engagement de la part des acteurs.trices concerné.e.s. Comme mentionné précédemment, Stehr (1996) souligne aussi que plusieurs théoricien.ne.s des sciences humaines ont attiré l'attention sur l'usage possible de la science à des fins de manipulation politique. Puisqu'il estime que celui qui a le pouvoir peut l'utiliser pour la surveillance et l'assujettissement. Donc, un groupe social qui dispose un pouvoir spécifique peut se camoufler derrière le savoir pour atteindre ses objectifs. Ce groupe peut, par conséquent, utiliser le savoir pour faire la promotion d'une idéologie,

jusqu'à vouloir défendre l'indéfendable dans certaines circonstances. L'idéologie nazie qui est un exemple extrême de ce phénomène en inventant une science de la race en est une illustration parfaite, où la science a été utilisée à des fins purement politiques.

Le contraire aussi est possible, notamment dans des circonstances où, les résultats d'une recherche scientifique sont utilisés pour remettre en question des idéologies générales et des hypothèses autant que pour informer des décisions spécifiques (Greenhalgh et Wieringa, 2011a). Autrement dit, la science peut contribuer de manière très efficace au développement, à l'orientation et à l'amélioration d'une politique de santé publique. Dans des circonstances pareilles, la science est utilisée par un détenteur du pouvoir, responsable d'une action publique bien déterminée – et qui fait recours à la science pour maximiser ses chances de réussite dans un domaine politique spécifique comme la santé. Donc, il est maître de la production du savoir (choix de la thématique, le financement, l'usage des résultats) dont il a besoin pour ses activités. Sans quoi, le risque que le savoir soit orienté à des fins autres que celle de la politique pour laquelle il est destiné est très élevé. C'est d'ailleurs pourquoi Ela, en faisant référence au directeur de *Présence africaine*, mentionne :

(...) qu'il n'est pas certain que la sécurité de nos pays (africains) soit d'en abandonner la connaissance scientifique à des étrangers (quelle que soit par ailleurs l'amitié de ceux-ci pour l'Afrique). Ne pas chercher à posséder scientifiquement l'Afrique serait la meilleure formule pour laisser ruiner à jamais l'autorité africaine dans le monde (Ela, 2007, p. 22).

A ce sujet, la science coloniale en particulier l'anthropologie avec ses techniques de recensement, de cartographie et de mobilisation de connaissances ethnologiques, illustre parfaitement la place du savoir scientifique dans les stratégies de domination et de contrôle des populations (Rowell, 2013). En d'autres termes, la force dissuasive du savoir est très impressionnante pour convaincre ou dans certaines circonstances de rapport hiérarchique d'imposer (par exemple entre pays colonisé et pays colonisateur) de contraindre un État qui a des besoins en termes de ressources et d'infrastructures de base dans tous les domaines : santé, éducation, etc. dû à la dette à la soumission économique, politique,

l'exemple des PAS mentionné précédemment, est une parfaite illustration. Par exemple, « (...) l'échec des PAS, a conduit à une remise en question des Institutions financières de Washington » (Cling, 2002, p.4-5). Selon Chossudovsky (2004), cette remise en cause est la résultante d'une part des critiques de la Banque Mondiale et du FMI par plusieurs chercheurs indépendants par rapport aux conséquences néfastes des PAS sur les pays endettés et, d'autre part, la publication en 1987 d'une recherche réalisée par le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) sur le thème de « *l'Ajustement à un visage humain* ». Ainsi, les critiques et la publication de cette étude entraînent les Institutions Financières Internationales à exiger aux pays endettés (majoritairement africains) l'intégration de la dimension humaine dans les politiques de redressement économique dans l'élaboration du document de stratégie de réduction de la pauvreté (Chossudovsky, 2004). La nouvelle politique de redressement priorise les services sociaux de base dont l'éducation, la santé, la participation de la société civile et les communautés à la base dans la définition, le suivi et évaluation des politiques de développement, etc. Dans la même perspective Rowell, appuie que :

(...) la production et l'appropriation de connaissances sur les dominés permettent, en outre, aux dominants de prévoir à l'avance les effets probables de leur action et d'ajuster ainsi plus efficacement leur ligne de conduite. L'enjeu ici est de maîtriser les sources d'incertitude propre à tout gouvernement des hommes, ce qui suppose une accumulation de savoirs adaptés (Rowell, 2013, p. 30).

En effet, le savoir scientifique est une arme que peut utiliser un groupe qui a le pouvoir de décider, de financer ou de participer à l'orientation d'une politique publique pour élaborer des stratégies à long terme afin d'avoir un contrôle « permanent » sur un peuple. Il est donc impératif pour les États africains, en particulier celui du Niger, d'avoir une politique de production de savoirs scientifiques par le Niger et pour le Niger avec des moyens (ressources humaines, financières, institutionnelles, etc.) autonomes et indépendantes. Ceci désigne aussi le lien étroit qui existe entre le savoir et le pouvoir qui est d'ailleurs, largement abordé par Foucault, semble très déterminant dans les relations entre les acteurs d'une politique publique comme la santé au Niger dans le cadre du FBP.

Dans le cadre de cette thèse, l'analyse des relations de pouvoir autour du savoir sera portée sur celles qui ont prévalu et qui existent entre les acteurs du FBP du système de santé publique du Niger visant à améliorer les services des politiques de gratuité de soins pour les enfants de 0 à 5 ans, les femmes enceintes, etc. Mais qui agissent aussi en tant que politiques natalistes par le biais du FBP en contrôlant la fertilité (planification familiale) des femmes (double rôle). Ici, il s'agit de voir comment la détention d'un savoir sur le FBP pourrait légitimer les arguments d'un acteur sur les autres. L'analyse institutionnelle et organisationnelle du FBP et les procédures de gestions administratives et les sources financières, qui le sous-tendent, permettent de comprendre le rôle des acteurs. Ainsi, nous pourrions analyser l'influence du statut des acteurs dans la dynamique du FBP. Un statut qui fera que certains arguments (fondés sur des connaissances précises) puissent avoir plus de légitimité que d'autres.

En effet, puisque la circularité mutilante des connaissances telle que définie précédemment met l'accent sur le caractère complexe des relations qu'entretiennent les acteurs d'une politique publique comme le FBP. De ce chef, la relation pouvoir/savoir et savoir/pouvoir permet spécifiquement de porter un regard critique sur les mécanismes mis en place autour du FBP pour chercher à comprendre des réalités (processus de production des connaissances et de légitimation des connaissances) qui motivent les arguments de certains acteurs pour pouvoir faire passer leurs idées à certaines étapes du FBP (prises de décisions, mise en œuvre, évaluation, etc.). Ainsi, pour aller à la rencontre de cet objet d'étude pour des besoins d'observations, nous nous sommes dotés d'une méthodologie qui tient compte de sa spécificité et de la réalité du terrain.

### CHAPITRE III MÉTHODOLOGIE

La présente recherche s'est réalisée entre les 26 juin au 29 octobre 2018 à Niamey, capital du Niger. Elle a été possible avec l'adoption de la démarche qualitative. Cette dernière a été minutieusement préparée par le choix des techniques qui nous ont permis d'atteindre les objectifs de la recherche. Nous avons pris soin dans un premier temps, d'opter pour la technique d'identification et de sélection de la population d'étude basée sur l'effet de boule de neige. Cette technique nous a facilité d'atteindre tous(tes) les acteurs.trices clé.e.s susceptibles de répondre aux besoins de la recherche. Dans un second temps, nous avons utilisé l'entretien semi-directif à travers un guide d'entretien pour interviewer les acteurs.trices sélectionné.e.s (48 acteurs rencontrés avec 60 entretiens réalisés). Pendant cette étape d'entretiens, nous avons eu accès à des données très utiles notamment les « petites bibliothèques » que disposaient plusieurs acteurs.trices. Ces « petites bibliothèques » ont contribué à mieux appréhender deux objectifs de la recherche dont : identifier les types d'arguments qui sont mobilisés par les acteurs.trices et comprendre la légitimité de ces connaissances qui sont avancées par les acteurs.trices lors des entretiens semi-directifs. Ces deux sources de collecte des données (semi-directif, « petite bibliothèque ») ont été enrichies par l'observation et les entretiens supplémentaires menés lors de l'atelier technique d'évaluation du manuel de mise en œuvre du FBP et des réunions restreintes tenues au Ministère de la Santé publique. Dans un troisième temps, nous avons fait une transcription intégrale des données qui ont été codifiées et catégorisées de manière itératives. Ce qui nous a permis de faire une catégorisation et une codification qui intègrent toutes les données et par la suite, procéder à l'analyse. Pour aborder cette dernière, nous avons utilisé la méthode d'analyse de contenu avec la technique d'analyse thématique à travers le logiciel QD Miner. L'analyse thématique a pris en compte les données de la grille d'analyse de la documentation grise. Avant d'aborder ces différents points de ce chapitre, nous avons mis en exergue la notion de réflexivité en lien avec notre situation de chercheur et de notre militantisme sur les politiques publiques d'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest particulièrement au Niger, qui fait objet de cette recherche.

### 3.1. La réflexivité et le chercheur militant sur les politiques publiques de santé maternelle au Niger: un dilemme !

Il me semble important de souligner, en guise de rappel, que la réflexivité constitue pour le sociologue, une de ses armes efficaces de quête de connaissances sociologiques. Elle est une pratique fondamentale pour la recherche en sciences sociales. « Elle détient une place de choix dans une démarche épistémologique qui déconstruit des notions apparemment non problématiques comme le terrain, les objets de recherche ou l'écriture de l'article » (Bertucci, 2009, p. 43). Ainsi, la réflexivité est un processus continu qui se manifeste à toutes les étapes de la recherche. Elle consiste, pour le chercheur, à soumettre chaque objet, chaque concept, chaque instrument, chaque étape de la recherche à une interrogation et à une critique rigoureuse afin de mieux appréhender l'objet de recherche, le terrain, les concepts et aussi comme le dit Bertucci, la maîtrise de l'écriture.

L'un des soucis, ou du moins des difficultés, du chercheur demeure sa proximité avec son objet en particulier pour un jeune chercheur qui s'inscrit dans un processus d'apprentissage de la recherche, pour développer des habilités scientifiques lui permettant de questionner son objet et son terrain. En même temps, très souvent, le chercheur est un produit de son terrain où il entretient des liens (professionnels, militantismes, culturels, économiques, politiques, etc.) avec son objet d'étude. Il arrive aussi que le chercheur adopte une position subjective face à un phénomène. Dans des circonstances pareilles, il se trouve coincé entre son objet, ses propres expériences (connaissances pratiques), sa propre position sur l'objet, et la rigueur que lui impose sa pratique scientifique. Ainsi, la réalité subjective reste un enjeu majeur auquel le chercheur doit porter une attention particulière dans sa relation avec son objet et son terrain, et également pendant l'écriture. A ce propos, Bertucci, souligne que : « la subjectivité est un espace réflexif : celui de la représentation de soi. Elle est aussi le lieu de la prise de conscience par l'individu de ses représentations et de sa relation au monde » (Bertucci, 2009, p. 45).

En outre, il faut souligner que la santé des femmes dans le monde en général, et au Niger et au Mali en particulier, est une problématique autour de laquelle j'ai mené un combat

pendant des années en tant que militant engagé au sein du mouvement altermondialiste. Je garde toujours cette conviction qu'il est possible d'améliorer les conditions de vie des femmes et des enfants au Niger où tel que souligné précédemment, la mortalité maternelle est de 535 décès pour 100 000 naissances vivantes (Institut National de la Statistique, 2015). Selon l'Institut National de la Statistique, la mortalité néo-natale est estimée à 33 pour mille avant l'âge d'un mois.

En plus, je suis originaire du Niger, un pays qui m'a vu naître et grandir et où j'ai milité pendant des années en tant que défenseur des droits humains sur les questions de santé publique et la dette extérieure du pays. Donc mon attachement à mon objet et mon terrain demeure un grand défi à relever. Une posture qui me contraint d'observer une « distanciation » vis-à-vis de mon objet et de mon terrain pour les étudier.

En effet, dans cette section, en tant que jeune chercheur, je mettrai en lumière une partie de mon sujet de recherche portant sur les politiques publiques de santé notamment celle de la santé maternelle et infantile au Niger en lien avec mon militantisme en faveur d'une couverture universelle des soins de santé pour les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans. Ainsi, mon objectif principal est de mettre en exergue la notion de réflexivité en lien avec le chercheur et le militantisme en faveur des politiques publiques adéquates d'accès aux soins de santé en Afrique subsaharienne, particulièrement au Niger, qui fait objet de cette recherche. Dans la suite logique de cet objectif, je partirai de la notion selon laquelle, la réflexivité est une pratique scientifique qui permet au chercheur de remettre en question et d'interroger les choses qui lui semblent évidentes du début de sa recherche jusqu'à la fin. Aussi, son identité en tant que chercheur appartenant à la société qu'il observe peut exercer une influence positive ou négative sur sa recherche.

En effet, deux questions principales guideront ma réflexion : en quoi une posture réflexive peut aider le chercheur à aborder les politiques publiques de santé au Niger sous financement basé sur la performance ? L'identité du chercheur est-elle une valeur ajoutée ou un obstacle pour analyser une politique publique de financement des politiques de soins de santé basé sur la performance au Niger, son pays ?

La réflexivité est définie comme « (...) l'examen et la révision constante des pratiques sociales, à la lumière des informations nouvelles concernant ces pratiques mêmes, ce qui altère constitutivement leur caractère » (Giddens, 1994, p.49). Dans le cadre de ma recherche sur les politiques de soins maternels et infantiles et FBP, il reste évident qu'une telle posture de réflexivité va m'aider à confronter les différentes formes de connaissances qui gravitent autour de ce sujet. Je suis appelé à revisiter quotidiennement mes propres connaissances et celles développées sur cet objet (gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans, etc.) afin de répondre à mes exigences de chercheur. En guise de rappel, j'ai participé (en tant que militant) à des actions de plaidoyer au Mali, au Niger, etc., pour critiquer, dénoncer la privatisation du secteur de la santé et exiger son retrait pur et simple des programmes d'ajustement structurel en cours dans ces pays depuis les années 1990. Ainsi, j'ai développé une forme de connaissance, basée sur l'expérience militante, sur la question de l'accès aux soins de santé des femmes et des enfants de 0 à 5 ans. Ce parcours a eu des impacts significatifs sur ma perception quant à certains aspects du vivre ensemble, notamment sur le rôle et la responsabilité d'un État vis-à-vis de ses citoyens. Je milite particulièrement pour la cause de la santé des femmes enceintes au Mali et au Niger et les soins de santé pour les enfants de 0 à 5 ans. Manifestement, mon expérience militante a influencé le choix de mon sujet de recherche sur les politiques publiques de santé au Niger et sa problématique de financement. D'ailleurs selon des chercheurs comme De Lavergne,

La recherche est orientée par l'activité professionnelle, elle vise à accéder à de nouvelles compréhensions d'un monde professionnel connu, à mobiliser un ensemble de référents théoriques et de méthodes pour le regarder autrement, comme un monde étrange. Plus largement, il y a là une véritable demande adressée à la communauté scientifique, une demande de théories, de savoirs, que l'on retrouve chez beaucoup d'adultes reprenant des études universitaires, qui veulent se distancier d'un monde professionnel techniciste, stérilisant ou enfermant (De Lavergne, 2007, p. 30).

Et voilà que je me retrouve dans une nouvelle posture (statut de jeune chercheur) qui me contraint à une nouvelle façon de voir le monde en générale et d'aborder des

questions sociales (le financement des politiques de soins de santé basé sur la performance au Niger, dans le cas de cette recherche) en particulier et d'une manière très rigoureuse. Ici, je m'inscris dans une logique scientifique très différente de celle du militantisme, deux mondes différents dans la pratique. Les moyens et méthodes utilisés par la recherche et l'action militante, pour atteindre leurs objectifs, sont distincts. Mais, il m'arrive, dans le cadre de mon militantisme (en collaboration avec plusieurs acteurs de la société civile) d'utiliser le savoir scientifique pour appuyer mes prises de position. Il faut aussi noter qu'un chercheur peut être un activiste. En conséquence, le chercheur militant peut utiliser les résultats de sa recherche scientifique à des fins militantes.

Donc, il y a là, une interaction entre les deux pratiques : scientifique et militante. Aussi, à titre de militants, nous utilisons souvent le savoir local, empirique ou nos propres perceptions sur l'objet en question, comme la pratique de la césarienne pour tenter de convaincre les décideurs. En effet, et la conviction militante, le savoir local, le savoir empirique combinés au savoir issu de la recherche scientifique sont entre autres des moyens qui sont mobilisés pour revendiquer plus de justice sociale pour les femmes enceintes au Niger et les enfants de 0 à 5 ans.

Cependant, mon statut de chercheur m'invite à me démarquer de mes positions politiques sur les politiques de financement de soins de santé en cours au Niger pour l'étudier. Il sied de noter aussi que mon attachement à mon objet d'étude est une situation à laquelle plusieurs sociologues sont confrontés puisque « chaque chercheur, selon sa subjectivité, ses coûts, sa personnalité, ses valeurs s'intéresse à certaines dimensions du réel, plutôt qu'à d'autres » (Juteau-Lee, 1981, p.35).

En effet, dans le cadre de mon apprentissage en recherche sociologique, au fur et à mesure de mon cheminement, j'ai appris des méthodes, de techniques et adopté diverses approches théoriques. Il y a par exemple des approches qui prennent en compte des interprétations subjectives ou intersubjectives, et d'autres qui prônent une observation détachée de toute subjectivité. Cet apprentissage vise à renforcer mes capacités de

réflexion, d'analyse, à me remettre en cause et même à réfuter comme le suggèrent certaines approches sociologiques, mes interprétations subjectives de mon objet d'étude. Dans cette perspective, la réflexivité est un moyen qui aide le jeune chercheur que suis-je à m'émanciper de mon moi ou du moins de mes propres jugements militants. En effet, des stratégies bien élaborées sont nécessaires pour mener des enquêtes afin de contourner des jugements militants par exemple. D'abord, une méthodologie adoptée au contexte du milieu de la recherche est capitale. La sélection des interviewé.e.s doit être faite sur la base des exigences de la pratique scientifique notamment en prenant en compte tous (tes) les acteurs.trices qui sont impliqué.e.s. et même ceux-elles qui sont exclu.e.s ou marginalisé.e.s comme s'était dans le cas de ma recherche sur le processus du FBP. Je me suis rassuré que les participant.e.s. sélectionné.e.s. soient représentatifs. J'ai donné la latitude aux interviewé.e.s de se prononcer sur toutes les questions et souvent même au-delà. Ce qui m'a permis d'avoir des informations presque exhaustives sur le processus du FBP en lien avec les objectifs de la recherche. Aussi, ma participation à des réunions restreintes et à l'atelier de validation du manuel de suivi des indicateurs du FBP (observations, prises de notes, entretiens en marge de l'atelier) – de même que la codification, la catégorisation et l'analyse des données à travers le logiciel QDMiner ont été d'un apport important. Au moment de l'interprétation des données, je me suis retrouvé au milieu de points de vue très variés sur le processus du FBP au Niger qui ont presque submergé mes propres jugements. Et, ces différentes expériences, prouvent à suffisance l'observation de la rigueur scientifique durant tout le processus pour conduire une recherche.

(...) Une rigueur scientifique qui astreint le chercheur à une réflexivité et une perpétuelle remise en cause durant le processus de la recherche y compris sur sa position dans les relations de pouvoir auxquelles il participe et sur l'influence de son histoire personnelle dans le processus de recherche ; elle exige d'assumer l'absence de neutralité (Emmanuelle et Laniel, 2016, p. 207).

Ainsi, la crainte ou la tentative à tout prix de tuer le « je » du chercheur.e devient une condition nécessaire pour le sociologue à bien mener ses recherches scientifiques. Cependant, certain.e.s chercheur.e.s comme Jablonka soulignent que le « moi » c'est-à-dire la subjectivité a un rôle à jouer dans les pratiques des sciences sociales. Dans ces

conditions, ma double identité (jeune chercheur et militant) sera en confrontation avec mes expériences politiques et celle des exigences de la discipline (la sociologie). Mais, pour certain.e.s. sociologues, l'objectivité du chercheur.e demeure une condition nécessaire pour entreprendre une recherche scientifique. En revanche, selon d'autres auteur.e.s, pour que les sciences sociales atteignent leurs lettres de noblesses, il faut impérativement aller dans le sens contraire de la réflexion basée sur l'objectivité (Jablonka, 2014). En référence à Popper, Jablonka souligne aussi que :

Les scientifiques qui éludent la question du point de vue adoptent un point de vue sans en avoir conscience, et cette ignorance annule leurs prétendus efforts d'objectivité puisqu'il est impossible de porter un regard critique sur son travail si on n'est pas au clair avec son propre point de vue (Jablonka, 2014, p. 284).

Autrement dit, être conscient de sa subjectivité et la connaître est un aspect positif pour le chercheur. Cette prise de conscience renforce la capacité critique du chercheur dans sa quête de connaissance scientifique sur son objet et son terrain de recherche. Ainsi, cela voudrait dire que mes expériences précédemment soulignées sur la « situation » de la santé des femmes au Niger me seront utiles dans mon travail de recherche sur le FBP et la santé maternelle et infantile. Par exemple,

« (...) c'est en objectivant sa double carrière de sociologue et de danseur, et notamment la manière dont le monde de la danse valorise ses capitaux scolaires et culturels, que Pierre- Emmanuel Sorignet met en lumière le fonctionnement particulier de cet univers artistique » (Naudier et Simonet, 2011, p. 19).

En plus, il est important de souligner que dans le cadre précis du militantisme sur la santé maternelle et infantile, la mobilisation des arguments de plaidoyer est faite de manière responsable, judicieuse et rigoureuse. Puisqu'il est question en fait de convaincre des décideurs et des partenaires au développement du Niger. Du coup, nous nous reposons généralement sur des données issues de la recherche scientifiques (rapports du fonds monétaire international, de la Banque mondiale, l'organisation mondiale de la santé, de l'institut national des statistiques du Niger, etc.) ou sur des rapports du ministère de la santé, des finances, etc., Il s'agit donc, sur la base des données évidentes de défendre une position

liée à la santé maternelle et infantile et de présenter les faits tels qu'ils s'observent sur le terrain. D'ailleurs,

(...) il existe des militant(e)s qui pensent que les faits ne doivent être ni cachés ni sélectionnés, que l'ensemble du travail militant doit être soumis à une discussion et critique permanentes, que le réel doit être désenchanté quand les réalisations s'éloignent des principes. En ce sens, les militant(e)s peuvent pratiquer une forme de neutralité axiologique (Dunezat, 2014, p. 102).

L'objectif de la lutte militante (menée en collaboration avec certain.e.s acteurs.trices de la société civile) est d'influencer les décideur.e.s. politiques du Niger à observer plus de justice sociale à l'endroit des femmes enceintes. En effet, en me situant dans la réflexion de Jablonka et l'importance accordée par Naudier & Simonet, 2011 à l'expérience militante ou professionnelle et celle de la sociologie, revenir sur mes connaissances acquises sur le terrain de la lutte sur la situation de santé des femmes nigériennes et les enfants de 0 à 5 ans afin d'en être conscient, me permettrait d'être plus efficace dans le processus de ma recherche. En effet, les connaissances acquises m'aideront à aller plus en profondeur lors des entretiens avec les acteurs.trices du FBP. Elles me donnent donc un avantage supplémentaire qui me permet d'éviter des pièges venant des acteurs.trices du FBP qui peuvent répondre à des questions de manière superficielle en engageant des bonnes discussions autour de l'objet conformément aux objectifs de ma recherche.

Au passage, tel que souligné précédemment, mon terrain d'observation, le Niger, est l'environnement social dans lequel j'ai grandi. J'ai participé à plusieurs occasions, au Niger et au Mali, particulièrement en collaboration avec certaines structures de la société civile (Réseau national Dette et Développement Niger, Coalition des Alternatives africaines Dette et Développement Mali, etc.), à des actions de plaidoyer auprès des parlementaires (la commission santé et celle du bien-être de la population du parlement), de la commission de l'Union européenne basée au Mali, de la commission de l'Union européenne à Bruxelles, des parlementaires européen.n.e.s et britanniques, et des décideur.e.s. politiques (Ministre de la Santé, celui de l'éducation, des finances, des affaires étrangères) dans les années 2003 à 2012. Ces actions de plaidoyer sont menées pour exiger l'accès universel aux soins de santé au moins pour les femmes et les enfants de 0 à 5 ans et de manière

générale l'annulation de la dette extérieure des pays pauvres très endettés comme le Niger, le Mali, etc.

Aussi, dans le cadre de nos plaidoyers, étions-nous toujours convaincus de la coresponsabilité indirecte entre nos décideur.e.s. et ses partenaires techniques et financiers pour prescrire des mesures sociales qui peuvent affecter négativement la santé des nigériens-es en général et des femmes et des enfants en particulier ? Cette coresponsabilité est implicitement ou directement soulignés par plusieurs chercheurs (Chossudovsky, 2004, Tinguiri, 1990; Tizio, 2004) à travers par exemple les analyses faites sur les programmes d'ajustement structurel imposés aux pays africains dont le Niger, les années 1990. Une complicité qui cache un rapport de force disproportionnel à l'avantage des partenaires techniques et financiers sur nos gouvernements. Donc, pendant des années, nous avons construit des argumentaires pour défendre nos positions (acteurs .trices de la société civile) sur la question d'accès aux soins de santé universelle. Dans une telle posture, je suis amené à concilier trois conditions. Il s'agit notamment, de mes connaissances acquises sur le terrain du militantisme, dans le cadre de nos actions de plaidoyers en faveur de l'établissement d'un système public de santé qui favorise un accès juste et équitable aux soins de santé au Niger - de ma position de militant et les contraintes liées à la quête de la connaissance sociologique. En d'autres termes, je dois être conscient de cette subjectivité et mon statut d'activiste (qui plaide pour un accès universel aux soins de santé au Niger), pour pleinement assumer mon rôle de jeune chercheur afin d'aborder mon objet auquel je suis familier. Une situation pareille n'est pas exceptionnelle – car :

(...) tout chercheur est en situation, mais le rappeler ne suffit pas. Il faut encore qu'il assume son moi, son enracinement spatio-temporel, sa catégorie sociale, ses intérêts, sa philosophie, sa position dans le champ, c'est à dire calcule la distance qui sépare son point d'ancrage et l'objet d'étude qu'il s'est donné (Jablonka, 2014, p. 286).

Dans ces circonstances, le.la chercheur.e est convié.e à faire un examen de son expérience, son environnement et son statut social afin d'éviter une naïveté de certaines réalités qui l'incarnent. Ainsi, ma posture militante, ma relation avec l'objet et le terrain de la recherche, la volonté de développer un autre regard sur l'objet de recherche pour mieux l'appréhender restent un défi majeur pour moi en tant que chercheur. Ainsi, « l'engagement

n'est pas l'ennemi de la rigueur scientifique. Cette dernière exige non pas de nier sa propre subjectivité, mais bien de la reconnaître et de la nommer, deux étapes trop souvent laissées pour-compte » (Breault, 2014, p. 24), à cause de l'objectivité scientifique soulignait Emmanuelle et Laniel, (2016) . Ainsi, la connaissance (militante ou professionnelle) qu'incarne un chercheur peut positivement alimenter une recherche scientifique. En même temps, cette dernière dans sa quête de connaissance met en place des exigences rigoureuses (méthodologie) qui permettent de dépoussiérer tout ce qui peut entraver l'accès à une connaissance scientifique. C'est pourquoi par exemple,

(...) dévoiler les rapports sociaux et politiques pris dans le voile de la neutralité a notamment conduit l'épistémologie féministe à remettre en question le paradigme universaliste du savoir et à situer la connaissance dans son contexte de production. Le savoir est toujours politique, ne serait-ce que parce que le savant est toujours situé socialement, nous disent les féministes. De l'imbrication des engagements féministes et scientifiques découle alors une pratique de réflexivité des chercheur-e-s qui prend place au cœur du processus de production de la science (Delphine et Maud, 2011, p. 10).

Cependant, dans la section précédente, plusieurs auteur.e.s que j'ai évoqués s'accordent à dire que le chercheur doit récuser sa subjectivité pour comprendre et découvrir la réalité d'un objet. Mais ici, Jablonka montre l'importance de cette subjectivité pour le/la chercheur.e. En effet, en tant que jeune chercheur et militant, je me trouve dans une situation qui peut donc m'aider à la construction d'une connaissance approfondie sur mon objet. Mais ce type de dilemme ne constitue pas un obstacle à la recherche, car selon Jablonka,

(...) en dévoilant la position biographique, familiale, académique, sociale d'où le chercheur parle (avant d'indiquer le cheminement de son enquête), il organise les conditions de sa propre critique : c'est parce qu'il est doté d'un point de vue qu'un discours est critiquable, donc scientifique (Jablonka, 2015, p. 288).

À l'évidence, cette réflexion de Jablonka fait ressortir le caractère positif pour un chercheur d'être capable, dans un premier temps, de connaître ses représentations subjectives sur son objet et son terrain et dans un deuxième temps, de les prendre en considération pour mieux aborder son sujet de recherche. Parce que selon lui, le « moi » oriente et donne de la

substance au travail du chercheur qui n'est pas forcément mentionné dans la narration sous la forme « je ». Dans des circonstances pareilles,

(...) la réflexivité devient alors un instrument de la scientificité, c'est-à-dire d'une *forme d'objectivité qui n'a rien à voir avec une vérité intemporelle*. Selon notre position, à la fois militante et sociologique, l'objectivité ne peut surgir sans le dévoilement de l'engagement du « savant (Dunezat, 2014, p. 101)

En outre, mon étude porte sur la politique de santé maternelle et infantile en relation avec le programme de financement basé sur la performance. Mais, la limitation de la recherche sociologique à une couche sociale en tant que jeune chercheur pour comprendre notre objet demeure un grand défi. À ce propos, Juteau-Lee (1981), dans son texte intitulé « visions partielles, visions partiales visions des minorités en sociologie », souligne la dimension arbitraire de l'usage de la minorité partielle et impartiale, et rappelle également que :

Les tenants des visions partielles ont souvent prétendu à la neutralité. N'importe qui peut étudier les pauvres, les « ethniques », les femmes, etc.; peu importe qui étudie les pauvres, les « ethniques », les femmes, etc., le résultat doit être le même. La position du chercheur ne doit pas influencer sur sa vision, il doit se situer au-dessus de la mêlée (Juteau-Lee, 1981, p. 36).

Autrement dit, pour les partisans de la vision partielle, le principe de la neutralité du chercheur.e lui permet de conduire une étude scientifique sur un phénomène et aboutir à un résultat. Cette neutralité, selon Juteau-lee, renvoie à ce que le/la chercheur.e rompe avec ses racines, se laisser mourir. Mais Juteau-lee souligne que la vision partielle et partielle est arbitraire. D'autant plus que selon elle, « adopter le point de vue d'une minorité, c'est reconnaître qu'être minoritaire, c'est être mineur, sous tutelle, dominé » (Juteau-Lee, 1981, p. 37).

Dans ces conditions, mon choix (la santé maternelle et infantile et FBP) me place dans une position partielle et partielle. Une position partielle parce que, je mets l'accent sur les femmes et les enfants et pas toutes les femmes et tous les enfants, seulement les femmes en état d'accouchement et les enfants de 0 à 5 ans. Je suis partial, parce qu'en suivant le raisonnement de Juteau-Lee, je reconnais de fait que cette catégorie de femmes et d'enfants traversent une situation particulière. Selon Juteau-Lee, le mode partiel et partial de la

pratique scientifique peut avoir des effets pervers inattendus sur l'analyse d'un phénomène social. Pour étayer une telle affirmation, elle prend l'exemple d'une analyse faite par Barbara Robert dans laquelle elle montre qu'en sociologie et en histoire, on continue à percevoir avec insistance la féminité et l'ethnicité comme caractéristiques naturelles. Juteau-Lee qualifie ces caractéristiques d'a-sociales. Selon elle, ils ont servi à un moment donné de l'histoire de la sociologie, à « expliquer le comportement des individus ainsi que de leur place au sein des rapports sociaux » (Juteau-Lee, 1981, p. 38). Ainsi, il revient d'adopter un esprit critique pour ne pas glisser dans une analyse qui tend vers une explication généralisée qui peut conduire à une forme de discrimination d'un groupe confronté à un phénomène social précis.

D'ailleurs, Juteau-Lee, mentionne que « le statut minoritaire n'est pas lié à un ordre naturel, ni à une culture, ni à un certain type de personnalité (...) mais se repose sur un rapport social objectif entre dominants et dominés » (Juteau-Lee, 1981, p. 42). Autrement dit, dans la pensée de cette auteure, la question minoritaire en recherche se lit dans la structure sociale à l'intérieur de laquelle des groupes sociaux entretiennent des relations sociales qui se caractérisent par l'existence de groupes dominants et dominés. Ainsi, Juteau-Lee récuse l'explication de la minorité relative à la féminité et à l'ethnicité, par exemple, à des attributs naturels ou culturels. En plus, mon statut de jeune chercheur et d'homme, dans un contexte nigérien où certaines survivances culturelles considèrent toujours le sexe masculin comme le responsable du foyer, reste un enjeu épistémologique de taille. Ainsi, je dois non seulement être conscient de cette réalité mais aussi maximiser l'esprit critique pour mieux appréhender mon objet en tant que jeune chercheur et activiste. Aussi mon intérêt pour la cause des femmes en général en tant que chercheur (homme) peut conduire à des questionnements, dans mon environnement social nigérien. Un milieu social dans lequel, la tradition continue à guider certaines conduites, notamment celles qui se manifestent dans la relation homme femme.

En conclusion, la recherche pour un chercheur, qui est en même temps un militant, représente un défi majeur de conciliation entre l'attitude scientifique et l'expérience militante. Du coup, dans l'analyse sociologique, la réflexivité est un moyen

particulièrement efficace lui permettant de mieux aborder son objet durant tout le processus de sa recherche. L'affirmation de son identité de chercheur et de militant dans le cadre de sa recherche est loin d'être un obstacle dans la production d'une connaissance sociologique. Pour certains auteur.e.s. comme Jablonka, (2014), cette première est un atout pour le chercheur d'avoir un regard plus original sur l'objet d'étude. « Parfois, l'implication politique du chercheur dans l'actualité permet d'ouvrir ses perspectives de recherche, pointant les limites d'une approche spécifique pour comprendre certains faits sociaux » (Naudier et Simonet, 2011, p. 14). En effet, il ressort que mes connaissances de l'intérieur sont loin d'être un problème, un risque, etc. mais bien un atout majeur dont je dispose pour ma recherche de doctorat. Je n'ai pas besoin de passeur, de traducteur, d'immersion, etc. Je suis déjà cela, au regard de mes connaissances et de mon engagement militant sur mon objet d'étude. C'est une force et un atout méthodologiquement parlant, cela ne peut que m'aider à la réussite de mon projet de connaissance. Ensuite, mon engagement ne m'aveugle pas plus que l'apathie d'un autre chercheur qui se dira plus « objectif » et distancié... Surtout que l'autocensure est chimérique (Dunezat, 2014) parce que tout « savant est politique » (Fassin, 2009). Mon engagement a, au contraire, le mérite de clarifier ma position, à une prise de conscience des valeurs qui m'incarnent par rapport à l'objet et le milieu d'étude, à me distancier de mes valeurs et à m'obliger à une plus grande réflexivité afin de mieux appréhender l'objet de recherche.

### 3.2. Approche méthodologique et méthodes d'enquête

Dans cette étude, nous avons utilisé une démarche qualitative. C'est une démarche qui aide à communiquer avec un terrain en observation - pour collecter des données, qui feront l'objet de traitement, d'analyse. Cette dynamique méthodologique exige d'observer les dynamiques sociales en mettant en avant des bonnes questions et non des bonnes réponses (Kohn & Christiaens, 2014). À ce sujet, il y a une unanimité selon laquelle, la recherche qualitative doit se faire dans un cadre naturel où le chercheur est juste un outil de collecte de données de toutes sortes (images, verbatims, etc.) soulignent (Kohn & Christiaens, 2014).

Ainsi, contrairement à la recherche quantitative,

(...) dans la démarche qualitative, l'enquête est de caractère plus exploratoire, avec un fort accent sur la description, une focalisation sur la compréhension des phénomènes et le développement de théories visant à comprendre de la manière la plus complète possible les données recueillies (Bühlmann et Tettamanti, 2007, p. 196).

C'est effectivement, ces caractéristiques de l'approche qualitative qui expliquent notre intérêt pour cette méthode. Ce choix est l'inspiration des questions, du cadre conceptuel et des objectifs de notre recherche. En guise de rappel, dans le cadre de cette recherche, nous avons exploré la question suivante : comment les acteurs.trices de la santé publique, incluant les ONG, les chercheur.e.s, les institutions financières internationales (Fonds Monétaire International, Banque Mondiale, et autres intervenants) perçoivent-ils leurs rôles dans la production et l'utilisation des connaissances scientifiques en matière d'orientation des politiques publiques de santé dans le cadre du financement basé sur la performance du système de santé publique au Niger? Cette question générale vise aussi à soulever des questions spécifiques relatives aux types de savoirs mobilisés et à la légitimité de ces savoirs : quels autres types de savoirs sont occultés ou invisibilisés dans l'élaboration des politiques publiques de santé dans le cadre du FBP? Comment ces savoirs sont-ils mobilisés ? Quel type de savoir possède le plus de légitimité ? Qu'est-ce qui légitime ce savoir, comment et pour qui ?

En effet, comme toute recherche scientifique, nous avons circonscrit le milieu (le terrain) dans lequel l'enquête s'est déroulée. « Le terrain est défini, pour un groupe, comme « espace de vie », c'est-à-dire le groupe, plus l'environnement tel qu'il existe pour ce groupe » (David, 2000, p. 4). Ici, le terrain est Niamey (Niger), situé en Afrique de l'Ouest, ayant ses propres valeurs comme toute société humaine, qu'il faut certainement prendre en considération. D'ailleurs, Kane, faisant référence à Pratt (1992), souligne que « (...) la recherche en terrain africain se doit d'être attentive aux spécificités culturelles des pays africains, notamment à travers la mise à l'avant des valeurs fondamentales des Africains (...)» (Kane, 2012, p. 160). Compte tenu de cette réalité, nous avons estimé que l'approche qualitative nous permet d'atteindre les objectifs de notre étude. Elle nous permet donc de

comprendre le rôle des acteurs.trices, d'identifier les types de connaissances (scientifiques, culturelles, religieuses, opinion publique, des histoires personnelles, des règlements juridiques, intérêts personnels, claniques, ou par des calculs politiques etc.) que mobilisent les acteurs de la santé publique au Niger, de constituer une typologie de ces connaissances et de décrire les processus de la légitimation des connaissances mobilisées. L'usage de cette approche qualitative permet aussi d'établir un lien entre les objectifs de la recherche et le cadre conceptuel dont la conclusion s'articule autour de la notion de circularité *mutilante* des connaissances et le FBP. En effet, l'approche qualitative nous semble appropriée pour mieux appréhender notre objet de recherche dans le contexte particulier du Niger. Ainsi,

(...) une fine connaissance des contextes locaux et le recours aux études de cas, permet d'assurer cette « rigueur du qualitatif » nécessaire à la mise en évidence empiriquement fondée des représentations et des stratégies des acteurs. Elle permet aussi l'étude de leurs interactions, la description des institutions, l'analyse de la diversité des logiques sociales (Ridde et Olivier de Sardan, 2012, p. 96).

Cette illustration de Ridde et Olivier de Sardan par rapport à la pertinence d'une étude de cas et de la connaissance parfaite du contexte dans lequel se déroule une enquête, est une raison de plus qui justifie notre choix porté sur l'approche qualitative, pour précisément explorer le cas du FBP en relation avec la problématique de transfert de connaissance scientifique dans le domaine de la santé au Niger. Le cas du FBP est pertinent pour cette étude, d'autant plus qu'il nous permet de cerner les enjeux de transfert de connaissances et d'investiguer la place et les rôles des acteurs.trices qui sont concerné.e.s par ce type de financement. Pour ce qui est de la connaissance du contexte nigérien, il est important de notifier que nous sommes originaires du Niger et notre recherche menée en 2015, sur les politiques de gratuité de soins intitulée : Transfert de connaissances et politiques publiques, le cas de la politique de gratuité des soins au Niger (Hamani Souley, 2016), constitue un atout important pour la présente étude. Cette recherche était menée dans le cadre de maîtrise de sociologie. Les résultats de la recherche sont publiés dans la revue francophone sur le transfert et l'utilisation des connaissances dans le domaine social (TUC) (Hamani Souley, Mc Sween-Cadieux, Moha, Calvès, et Ridde, 2017).

Nous avons donc une expérience en matière de recherche avec les acteurs.trices de la santé publique du Niger. De ce chef, notre connaissance du terrain, en particulier celui du secteur de la santé, nous permet, comme l'ont souligné Ridde et Olivier de Sardan, de maintenir la « rigueur du qualitatif » afin de mieux appréhender notre objet d'étude (FBP) et d'avoir un contact ouvert et sincère avec la population du terrain concernée par l'étude.

Ainsi, avant de démarrer la collecte des données, nous avons circonscrit notre terrain en deux territoires, c'est-à-dire en deux regroupements. Ce regroupement est fait sur la base des caractéristiques et du positionnement géographique des groupes d'acteurs.trices qui sont concerné.e.s par la recherche. Il s'agit précisément du territoire :

- des instituts de recherche dont le Laboratoire d'Études et de Recherche sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local (LASDEL) et de l'Université Abdou Moumouni de Niamey,
- des institutions en dehors du milieu académique au nombre desquelles le ministère de la Santé publique, de la primature, les partenaires au développement du Niger et les acteurs de la société civile.

Ces regroupements nous ont permis d'avoir une idée plus précise des groupes d'acteurs.trices à rencontrer et à saisir leur positionnement géographique dans la ville de Niamey, lieu de l'enquête. Après la circonscription, nous nous sommes rendu compte que tous les territoires de collecte de données étaient approximativement dans le même rayon à Niamey. Ceci nous a facilité nos déplacements à l'intérieur de cette ville et d'un territoire à un autre. En effet, le choix porté sur la méthode qualitative, nous a conduit à construire un échantillonnage qui répond aux exigences d'une telle approche.

### 3.3. La technique d'identification de la population d'étude

La population de cette étude est composée de toutes les personnes qui sont impliquées soit directement ou indirectement dans le financement, les discussions et/ou la mise en œuvre

des politiques de santé au Niger notamment celle de la césarienne et pour les enfants de 0 à 5 ans et le renforcement du système de santé publique dans le cadre du FBP, etc., Il s'agit précisément, des décideur.e.s, des chercheur.e.s, des acteurs.trices des Organisations Non Gouvernementales (ONGs), des institutions financières internationales, des intervenant.e.s (technicien.ne.s) et des bénéficiaires. Ces acteurs.trices répondent aux besoins de la collecte d'informations liées aux questions et aux objectifs de la recherche. Ils/elles sont soit des producteurs.trices de connaissances (chercheur.e.s, ONG nationale et internationale, intervenant.e.s), des producteurs.trices de politique (décideur.e.s), des acteurs.trices de mise en œuvre (décideur.e.s, intervenant.e.s, ONG nationale), ou encore des acteurs.trices de plaidoyer (ONG nationale et internationale, chercheur.e.s). Avec l'aide de certain.e.s acteurs.trices qui ont participé au processus du projet pilote FBP de Boboye et qui participent au processus des FBP en cours (un(e) chercheur.e, un(e) technicien.ne du ministère de la santé publique, un PTF), nous avons pu dresser la liste des acteurs.trices qui interviennent sur la question du FBP.

Tableau 3.1. Listes des acteurs.trices du FBP au Niger

Acteurs.trices
UNICEF
OMS
Coopération Allemande
Agence Française de Développement
Banque Mondiale
Coopération Technnique Belge CTB
HELP
Save The Children
Présidence de la République du Niger
Assemblée Nationale
Premier Ministre
Ministère de la santé publique MSP/SG
Ministère de la santé publique /DEP
Ministère de la santé publique/DGSR
Préfectures
Communes
Conseils régionaux
Structures de participation communautaire
Leaders religieux

Tel qu'il est ressorti dans la revue de la littérature et le cadre conceptuel, dans le Sud Global, l'orientation des politiques de santé est généralement l'œuvre de plusieurs acteurs.trices (internationaux.les, bilatéraux.les et nationaux.les). En effet, les acteurs.trices participent et contribuent aux réflexions se rapportant à la politique du FBP, en fonction de leurs rôles et objectifs (décideur.e.s, Banque Mondiale, Organisation Mondiale de la Santé, Coopération allemande, Coopération Belge, Agence française de développement, technicien.ne.s, chercheur.e.s, société civile).

Cependant, les facteurs temporels et les moyens financiers limités de notre recherche nous ont conduit à considérer un nombre réduit, mais représentatif (tous les groupes stratégiques sont représentés) de cette population qui a constitué notre groupe d'étude/population. La population mère est composée de tous les groupes stratégiques (PTF, société civile, technicien.ne, décideur.e., chercheur.e) qui sont impliqués directement ou indirectement dans la dynamique du FBP. La constitution de la liste des acteurs, présentée précédemment, nous a aidé à cibler les services et les personnes impliqués au niveau de chaque catégorie d'acteurs.trices : décideur.e.s, institutions financières internationales (Banque Mondiale, Fonds Monétaire International, etc.), institution internationale de santé (Organisation Mondiale de la Santé), coopérations bilatérales (coopération allemande, coopération Belge, agence française de développement), technicien.ne.s, chercheur.e.s, acteurs.trices de la société civile. Ceci nous a permis de constituer notre population en fonction du degré d'implication (direct ou indirect) de chaque groupe d'acteurs.trices en vue de mener des entretiens semi-directifs. Nous avons aussi identifié des acteurs.trices qui étaient impliqué.e.s dans le processus de gestation du FBP, mais qui étaient exclu.e.s chemin faisant. Nous les avons pris en compte sur la liste des acteurs.trices sélectionné.e.s. Ces acteurs.trices exclu.e.s ont été d'un apport capital dans la compréhension des types de connaissances qui sont mobilisés et du processus de légitimation de ces connaissances autour du FBP .

Nous avons donc interviewé des acteurs.trices dans chaque groupe stratégique. En effet, lorsque le chercheur aborde son objet, il se confronte à deux réalités intimement liées avant de constituer sa population. Il s'agit de faire une sélection et d'échantillonner. Nous n'avons pas fait exception à la règle au cours de cette recherche. L'échantillon est un nombre très réduit de quelque chose qui permet de comprendre globalement certaines réalités d'un objet d'étude (Pires, 2007). C'est l'une des caractéristiques importantes de la recherche qui déterminent la suite et la fiabilité de la recherche. A ce sujet, Savoie-Zajc souligne que « (...) le type d'échantillon retenu va guider, colorer, encadrer le processus d'interprétation des résultats de la recherche et ce, autant en puissance explicative qu'en richesse et en crédibilité » (Savoie-Zajc, 2006, p. 101-111).

Pour procéder au processus de recrutement des participant.e.s, nous avons utilisé la technique d'échantillonnage d'effet de boule de neige. Cette technique a « une visée exhaustive sur un territoire donné (...) et procède le plus souvent par entretiens semi-directifs. Il suppose que le premier groupe de personnes interrogées ait été sélectionné à partir d'autres critères » (Combessie, 2007, p. 53). En effet, nous avons choisi cette technique, à cause surtout de la nature de notre objet d'étude, qui est d'explorer l'orientation d'une politique publique de santé, qui implique tous les acteurs susceptibles d'être associés à préparer, organiser, réfléchir et décider de l'application d'une politique publique de santé basé sur le FBP. Donc, pour accéder à des acteurs.trices (élites) qui se situent à un tel niveau de décision de politique publique, cette technique nous a aidé à sélectionner et atteindre les acteurs.trices qui sont directement ou indirectement impliqué.e.s dans les projets du FBP au Niger et d'atteindre les objectifs de la recherche. Surtout que la technique d'effet de boule de neige aide à sélectionner des personnes qui répondent au profil nécessaire à la recherche pour qu'à partir d'elles on puisse trouver d'autres personnes "identiques" (Dufour et Larivière, 2016).

En effet, nous avons dans un premier temps, pris contact individuellement avec trois acteurs.trices (un chercheur, un acteur de la société civile, une technicienne de ministère) pour nous familiariser avec les réalisations accomplies dans le cadre du projet pilote FBP de Boboye (Niger), les deux projets en gestation et d'identifier les acteurs.trices qui sont

impliqués. Ces acteurs.trices que nous avons rencontré.e.s participent activement au processus de réflexions et de discussions sur le FBP au Niger. Cette rencontre a été d'un apport important pour la suite de la recherche. Elle nous a non seulement permis de dresser la liste des acteurs.trices impliqué.e.s sur la question du FBP précédemment présentée, mais aussi d'identifier les différents projets en cours de préparation sur le FBP et les principaux.les acteurs.trices qui sont les promoteurs.trices. Il s'agit de :

- l'expérience du projet pilote du FBP à Boboye, financé par la Banque Mondiale : des réflexions sont en cours sur la suite à donner à cette expérience qui a été évaluée positive;
- du projet pilote FBP ENABEL (Coopération Belge) à Gaya et Gothèye : les discussions et les réflexions sur les outils de mise en œuvre de ce projet étaient en cours, pendant nos enquêtes. Nous avons une occasion idoine pour avoir coïncidé avec les préparatifs de ce projet pilote;
- du projet pilote du KFW FBP (Coopération Allemande) dans la région de Tillabéry : Tout comme le projet pilote ENABEL (Coopération Belge), le projet pilote sur le FBP du KFW (Coopération Allemande) était en préparation durant notre enquête. Nous avons fait une présentation sommaire de ces trois projets pilotes du FBP au Niger que vous verrez dans le *chapitre contexte général sur la revue de la littérature*.

Notre première rencontre avec les acteurs.trices qui travaillent sur ces projets, nous a permis aussi de collecter les différents rapports des ateliers, les termes de références du FBP, procès-verbaux de réunions sur le FBP. Nous reviendrons en détails sur ces rencontres dans la section déroulement du terrain et collecte des données.

En outre, la technique par effet de boule de neige nous a permis de prendre en compte tous les acteurs.trices du FBP et en même temps de pouvoir sélectionner un nombre qui répond aux objectifs de la recherche. En réalité, « (i)l s'agit alors, idéalement parlant, d'assurer la présence dans l'échantillon d'au moins un représentant (de préférence deux) de chaque groupe pertinent au regard de l'objet de l'enquête » (Pires, 1997, p.68). Ainsi, nous avons sélectionné (48) acteurs.trices parmi les différentes catégories précédemment mentionnées et impliquées directement ou indirectement dans le FBP du système de santé publique du

Niger. Les 48 acteurs.trices nous semble suffisants d'autant plus qu'« (...) il devient difficile de traiter qualitativement les informations au-delà de 40 ou 50 entrevues en profondeur (...) » (Pires, 1997, p.68).

Il faut aussi rappeler que, lors de la collecte des données, nous avons élaboré des critères de sélection afin de mieux choisir les personnes susceptibles de répondre aux besoins de la recherche à travers les questions et les objectifs. Ainsi, le premier critère de recrutement des personnes à interroger est lié à toutes les personnes qui ont participé au processus du FBP au Niger. À ce stade, nous avons analysé la liste des acteurs.trices obtenue, lors de l'échantillonnage pour identifier les acteurs.trices qui participent au processus du FBP. Nous avons regroupé la liste par groupe stratégique (PTF, société civile, technicien.n.e.s, décideur.e.s, chercheur.e.s) pour choisir les acteurs.trices à interviewer. Nous avons pu effectuer ce travail d'identification avec l'appui de deux acteurs.trices qui sont directement impliqués dans le processus du FBP au Niger. Parmi les personnes sélectionnées, il y a des ancien.ne.s coordonnateurs.trices du projet pilote du FBP de Boboye, des administrateurs.trices des partenaires financiers, des chercheur.e.s, des expert.e.s internationau.x.ales, des technicien.ne.s, des personnes-ressources.

Le deuxième critère consiste à recruter toutes les personnes qui ont participé au processus du FBP au moins à une ou plusieurs activités, mais qui sont exclues du processus au moment de la collecte des données et/ou qui ont changé de milieu de travail qui ne leur permet plus de participer au processus du FBP. En revanche, toutes les personnes qui ne participent pas et/ou qui n'ont jamais participé au processus du FBP, sont exclues du recrutement de cette collecte de données. Ce sont des personnes qui n'ont aucune information sur le FBP. Donc, elles sont exclues des entretiens.

### 3.4. Les entretiens semi-directifs, collecte et l'analyse du contenu des petites bibliothèques

#### 3.4.1. Les entretiens semi-directifs

« L'entretien en tant que technique de collecte des données revêt un caractère incontournable dans le cadre de l'enquête » (De Bloganqueaux et Sagbo, 2012, p. 6). Il demeure donc impératif pour un chercheur de se munir d'une technique qui lui permet de communiquer avec son objet de recherche. Notre objet de recherche ici est la compréhension des types de connaissances qui sous-tendent l'orientation des politiques publique de santé au Niger et le rôle des acteurs.trices, en nous focalisant sur le cas du FBP. Pour aborder cet objet, nous avons utilisé l'entretien semi-directif, centré comme technique de collecte des données. Ce dernier est :

(...) un mode d'entretien dans lequel le(la) chercheur(e) amène le(la) répondant(e) à communiquer des informations nombreuses, détaillées et de qualités sur le sujet lié à la recherche, en l'influençant très peu et donc avec des garanties d'absence de biais qui vont dans le sens d'une bonne scientificité (Romelaer, 2005, p. 102).

Autrement dit, l'utilisation de cette technique offre l'opportunité au chercheur d'aborder son objet de recherche avec rigueur pour collecter des données diverses lui permettant de répondre aux objectifs de la recherche scientifique en évitant le maximum d'informations erronées. En plus de cette caractéristique de l'entretien semi-directif très capitale pour la recherche scientifique, tel qu'énoncé plus haut, l'entretien est souvent sous influence du contexte dans lequel l'étude se réalise. D'autant plus que l'entretien n'est pas seulement une collecte d'informations, c'est aussi une relation sociale (De Bloganqueaux et Sagbo, 2012). Évidemment, dans le cadre de cette recherche, nous avons pris contact avec des acteurs.trices qui interagissent autour du FBP qui se connaissent bien avec lesquels nous nous sommes familiarisés. Ainsi, il s'avère important pour le chercheur de prendre en considération ce contexte dans lequel se déroule l'entretien, afin de contourner les informations biaisées. Nous avons particulièrement constaté sur le terrain de l'existence d'un réseau informel d'acteur.trice. Les discussions et les réflexions sur le FBP sont menées par les acteurs.trices (décideur.e.s, technicien.ne.s, expert.e.s internationaux.les,

chercheur.e.s, représentant.e.s société civile, personnes ressources, partenaires au développement) qui forment ce réseau.

En effet, pour mener l'entretien semi-dirigé avec ce réseau identifié, nous avons fait usage du guide d'entretien (voir Annexe B) comme outil de collecte des données avec un dictaphone pour les enregistrements. L'entretien semi-directif s'est donc réalisé autour des thèmes suivants : FBP et connaissances scientifiques, types de connaissances mobilisés, rôles des acteurs.trices, stratégies de production des connaissances, processus de légitimation des connaissances. Le guide d'entretien nous a permis de mieux orienter les entretiens conformément aux objectifs et au cadre théorique de la recherche. Nous avons donné la latitude aux interviewé.e.s de se prononcer sur les différents thèmes et les sous questions du guide d'entretien. Ainsi, l'entretien semi-dirigés vise à répondre les questions suivantes: comment les acteurs.trices du FBP perçoivent leurs rôles dans le transfert des « connaissances scientifiques »? Comment les savoirs sont mobilisés? Quels types de savoirs sont mobilisés? Quels savoirs ont plus de légitimité?

Il faut noter que l'enquête se déroulait au même moment que des réflexions (élaboration de terme de référence, recrutement de consultants, organisation d'atelier de partage de connaissance sur le FBP) sont faites entre les acteurs.trices d'un même foyer (coopération belge, allemande) en groupe restreint entre techniciens du Ministère de la Santé publique. Celles-ci ont été dans un apport très important pour la collecte des données. Nous avons assisté (juste pour quelque temps) à deux rencontres restreintes. Nous avons saisi, ces occasions pour nous présenter et montrer notre intérêt à la dynamique du FBP. Certain.e.s étaient très ouvert.e.s et intéressé.e.s par notre recherche. Nous avons été mis au courant des discussions à l'ordre du jour et de l'organisation d'un atelier de validation du manuel de mise en œuvre du FBP. A de telle occasion, nous profitons pour prendre des notes. Nous avons aussi pris le contact téléphonique de certaines personnes travaillant pour les organismes d'aide au développement (Coopération allemande, Coopération belge) et pour le ministère de la Santé publique (technicien.n.e.s et décideur.e.s). Nous les avons appelées pour organiser des rendez-vous. Nous avons donc, eu des échanges approfondis avec les acteurs.trices sur le FBP.

Ainsi, lors des différents entretiens, nous avons remarqué que les acteurs.trices se connaissent bien sur la question du FBP. Puisque chaque fois que nous rencontrons un acteur, il nous demande si nous avons rencontré tel ou tel acteur qui travaille pour tel organisme sur le FBP. Tel que mentionné plus haut, c'est la preuve de l'existence d'un cercle d'acteur.trice informel diversifié avec des profils différents (experts internationaux, chercheurs, économistes en santé publique, analystes des questions de politiques publiques, bailleurs de fonds) qui s'est formé autour du FBP. Ces acteurs.trices se trouvent presque dans le même rayon (le centre-ville de Niamey). Cette proximité nous a facilité les déplacements pour non seulement mener tous les entretiens mais aussi de participer à l'école d'été du LASDEL et à l'atelier technique de validation du manuel de mise en œuvre du FBP.

En outre, pour participer à l'atelier technique de validation du manuel de mise en œuvre du FBP précédemment mentionné, nous avons formulé une demande officielle adressée au foyer FBP de la Coopération Belge, un des partenaires d'aide au développement du Niger. L'ouverture d'esprit des acteurs.trices et l'intérêt qu'ils accordent à notre recherche, nous ont permis d'obtenir une invitation officielle à participer à cet espace de partage de connaissance sur la validation technique du manuel de mise en œuvre du FBP dans les districts sanitaires de Gothèye et Gaya. Ainsi, nous avons participé du 13 au 15 septembre à Niamey à l'atelier de validation technique du manuel. L'objectif de l'atelier était précisément de valider le draft du manuel. Ce dernier a été élaboré et revu par les acteurs.trices à tous les niveaux du système de santé nigérien. Une fois validé par cet atelier, le manuel serait soumis pour avis de non-objection à Enabel-Bruxelles (un autre niveau de partage de connaissance sur le FBP), puis au comité de pilotage du Programme d'Appui au Système de Santé (PASS) du Niger. Les participants à cet atelier sont les acteurs.trices du niveau centrale et régional du ministère de la Santé publique, du PASS et certains partenaires au développement (Coopération Allemande, Agence Française de Développement, Organisation Mondiale de la santé) et des personnes ressources expertes du FBP. Nous avons participé pendant trois jours aux discussions en plénières et celles des groupes thématiques.

L'atelier nous a permis de mieux saisir les enjeux (gestion efficace des finances, le suivi et évaluation de la mise en œuvre) et défis (couverture universelle de la santé au Niger) du FBP. Il nous a permis également de comprendre les motivations de certain.e.s acteurs.trices du FBP, les approches des acteurs.trices par rapport aux projets pilotes en cours de préparation. Par exemple, l'approche du projet pilote du FBP financé par la coopération allemande se repose sur une évaluation externe et autonome (recrutement d'un cabinet indépendant) du FBP et intervient sur la santé de la reproduction. Quant au projet pilote du FBP Belge, il prône une évaluation interne dite participative ou communautaire du FBP et vise à renforcer les plateaux techniques des localités bénéficiaires du programme afin d'assurer une couverture universelle de santé. Ainsi, sur ces aspects du FBP, on constate une différence dans l'approche de ces acteurs.trices d'aide au développement et aussi dans les types d'arguments que chaque groupe d'acteurs.trices avance pour justifier sa démarche ou le choix des indicateurs d'évaluation.

Nous avons utilisé la période des pauses café et déjeuner pour échanger en profondeur avec certains acteurs sur des idées avancées pendant les discussions en plénière. Pendant chaque échange, nous avons pris le soin de prendre des notes qui sont organisées en fonction des thèmes centraux du guide d'entretien. Nous avons surtout profité de l'atelier pour organiser des rendez-vous avec les acteurs que nous n'avons pas encore interrogés sur notre objet de recherche. Les rendez-vous ont été acceptés et respectés. Nous avons également pris des rendez-vous avec des acteurs.trices que nous avons déjà rencontrés. Après l'atelier, nous avons donc eu des entretiens très ouverts avec ces acteurs.trices. L'objectif était d'approfondir certaines questions qu'on avait abordées et de poser des nouvelles à ces acteurs.trices.

En définitive, nous nous sommes entretenus avec 48 acteurs.trices du FBP de la santé au Niger. Mais nous avons réalisé 60 entretiens au total. Nous avons donc, en plus des 48 interviews, réalisé 12 entretiens (3 de plus avec une personne et 2 de plus avec 4 personnes et de 1 de plus avec une autre personne).

Les entretiens sont repartis comme suit :

Tableau 3.2. Liste des entretiens réalisés

Acteurs.trices	Nombre d'interviewés	Nombre d'entretiens réalisés
Chercheur.e	7	11
Organisation Non Gouvernementale Nationale	4	6
Organisme international d'aide au développement	8	10
Coopération bilatérale	10	12
Ministère de la santé :		
- Décideur.e	6	6
- Technicien.ne	13	15
Total	48	60

Durant les entretiens, nous avons constaté que la majorité des acteurs disposent d'un fichier portant sur le FBP sur leurs ordinateurs. Dans le cadre de cette recherche, nous avons dénommé les fichiers : « petites bibliothèques ».

#### 3.4.2. Collecte et analyse des « petites bibliothèques »

Les « petites bibliothèques », contiennent différents types de documents portant sur le FBP (articles scientifiques, rapports de l'OMS, des rapports d'études, des procès-verbaux de réunions, des termes de références, des décrets ministériels, travaux de groupes, des rapports d'ateliers de pays ayant expérimentés le FBP). Ces documents constituent des « sources » d'informations pour les acteurs.trices du FBP interviewé.e.s. Nous avons donc dans un premier temps, recenser la « petite bibliothèque » de chaque acteur.trice qui l'a à sa disposition. Nous les avons parcourues pendant l'enquête afin d'avoir une idée sur les types de documents que chaque acteur.trice dispose pour « s'informer » sur le FBP. Ensuite, nous avons analysé le contenu des petites bibliothèques : articles scientifiques,

rapport d'étude, évaluation, etc. Et, puis, nous avons identifié les articles qui sont lus, non lus et ceux qui sont mis en avant pendant les entretiens ou au cours des discussions de l'atelier de validation. Ainsi, trois objectifs sont visés à travers la collecte des « petites bibliothèques » pendant l'enquête :

- analyser les « petites bibliothèques » et identifier les différents types de documents qu'elles contiennent;
- identifier les articles lus, non lus et ceux qui sont mis en avant pendant les entretiens ou au cours des discussions de l'atelier de validation en fonction des groupes d'acteurs;
- analyser les catégories et codes des petites bibliothèques avec ceux des verbatims en lien avec les types de connaissance qui sous-tendent les arguments des acteurs du FBP.

Après notre retour du terrain, nous avons fait la liste complète de chaque « petite bibliothèque » sous la suggestion de nos deux directrices de recherche. Aussi, la constitution de cette liste conformément aux objectifs de la recherche, a été suggérée par un des chercheurs du LASDEL notamment Olivier de Sardan, qui a souligné la pertinence de ces « petites bibliothèques » pour la suite de la recherche. Nous avons donc, élaboré un tableau pour chaque petite bibliothèque avec la liste complète des documents qu'elle contient. Nous avons donc, contacté chaque acteur.trice qui dispose d'une « petite bibliothèque » au téléphone pour solliciter un entretien. Nous leurs avons expliqué les objectifs de l'entretien tout en les rassurant, une fois de plus, l'anonymat. Nous avons cette fois aussi obtenu le consentement éclairé des personnes contactées. Les listes des documents organisées dans les tableaux sont envoyées à chaque acteur.trices à travers des courriels électroniques pour la collecte des données pour comprendre en profondeur les types de connaissances que les acteurs.trices mobilisent (document lu non lu et la source d'accès aux connaissances). Les « petites bibliothèques » collectées sont jointes en annexe. Les documents sont listés tels qu'ils se trouvent dans les « petites bibliothèques ». Certains documents sont des brouillons de rapports de réunions ou de termes de référence, des parties d'articles scientifiques copiées et collées sur une page Word sans référence; d'autres sont des articles scientifiques, des rapports d'études d'évaluations, etc.

En somme, en plus des 60 entretiens réalisés, nous avons administré les 30 tableaux relatifs aux « petites bibliothèques » collectées lors de nos entretiens sur le terrain. Les petites bibliothèques ont été adressées aux acteurs.trices concerné.e.s. Parmi les 30 acteurs, 20 seulement ont répondu aux questions contenues dans le tableau.

En effet, l'analyse de contenu des « petites bibliothèques » nous a permis d'organiser manuellement les catégories et les codes en lien avec les objectifs de la recherche. Nous les avons organisés par acteur.trice afin de mieux saisir les types de documents dont disposent les acteurs.trices. Ce qui nous a permis par la suite d'établir un lien entre les verbatims et le contenu des « petites bibliothèques » par acteur.trices et par groupe d'acteurs.trices par rapport aux types de connaissances qu'ils-elles mobilisent et leurs rôles dans le processus du FBP. L'établissement de ce lien a été déterminant pendant l'interprétation des résultats. En somme, le but de la codification et de la catégorisation est de mettre à l'épreuve les objectifs et le cadre théorique de la recherche. Les catégories et les codes des « petites bibliothèques » sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau 3.2 .Catégories et codes des "petites bibliothèques"

Les « petites bibliothèques » comme moyen de « ressourcement » sur le FBP
<u>Catégorie</u> : Articles scientifiques <u>Codes</u> : - Lus - Non lus - source d'obtention du document - Reference du document
<u>Catégorie</u> : Rapports d'études <u>Codes</u> : - Lus - Non lus - source d'obtention du document - Reference du document
<u>Catégorie</u> : Échanges à travers les emails <u>Codes</u> : - Nature des échanges

- Raisons des échanges

Catégorie: Échanges dans les communautés de pratiques

Codes :

- Collecter des informations sur différents aspects du FBP

Catégorie : Procès-verbaux de réunions

Les différentes sources de collecte de données (entretiens semis-directifs, observations, « petites bibliothèques ») ont été d'un apport important dans l'analyse et l'interprétation pour appréhender notre objet de recherche conformément aux objectifs de la recherche et au cadre théorique. En outre, il est important de signaler que lors de notre séjour à Niamey, après les entretiens, nous avons remarqué que certain.e.s acteurs.trices nous donnent plus de détails dans les coulisses sur le FBP, notamment par rapport à leur propre perception du FBP et non celle du foyer ou de l'organisme auquel ils appartiennent. Nous profitons à chaque occasion d'écouter et de noter de ce qu'ils disent. Chemin faisant, nous retranscrivons ces notes au propre. Nous les avons organisées en fonction des objectifs de la recherche, à partir des thèmes centraux du guide d'entretien. Ces notes sont versées dans le processus d'analyse et d'interprétation des données. Nous avons aussi fait la retranscription des verbatins pour les besoins de l'analyse.

### 3.4.3. Éthique de la recherche

Lorsqu'on décide de mener des recherches scientifiques, il reste évident que les enjeux éthiques méritent une attention particulière. En effet, compte tenu de la sensibilité des sujets qu'on aborde en matière de recherche, les chercheur.e.s sont tenu.e.s à prendre des précautions qui permettent de protéger ceux et celles qui acceptent de participer. Le(la) chercheur.e est tenu.e d'être sûr de trois choses avant de commencer un entretien. Il s'agit d'obtenir le consentement libre et éclairé, le respect de la dignité du sujet, et le respect de la vie privée et de la confidentialité de l'interviewé.e (Van der Maren et Ettayebi, 1999) . En effet, durant chaque entretien, nous avons pris le soin d'expliquer aux interviewé.e.s les

objectifs de l'étude tout en les rassurant l'anonymat. Nous avons donc fini par obtenir le consentement éclairé de toutes les personnes contactées.

### 3.5. Retranscription, stratégie d'analyse, codage et catégorisation des données

#### 3.5.1. Retranscription et stratégie d'analyse des données

Le travail de retranscription des verbatims est très fastidieux et crucial. Nous avons donc, pris suffisamment de temps pour effectuer ce travail qui nous permet d'avancer dans notre recherche. D'autant plus que :

(...) (1) la transcription exploite les ressources de l'écrit pour produire une intelligibilité de l'oral fondée sur des opérations de filtrage des « bruits » ou d'autres aspects jugés non significatifs, de discrétisation du continuum sonore, d'homogénéisation dans le cadre de conventions systématiques. Ces processus contribuent à structurer l'oral en l'intégrant dans un ordre spatio-visuel et en facilitant la saisie perceptive par l'œil (Mondada, 2000, p. 1-2).

Compte tenu de l'importance de la transcription et de son impact sur la suite de la recherche, nous avons fait une retranscription intégrale de toutes les données collectées. Ceci, dans un souci de prendre en compte tout ce qui apparaît dans les propos des interviewés. Ainsi, nous avons revu dans les moindres détails tous les entretiens réalisés. Dans cette perspective, nous avons pu relever au fur et à mesure qu'avance la transcription, les thématiques centrales (types de connaissance, stratégie de production et de légitimation des connaissances, les types d'acteurs.trices) qui ressortent dans chaque verbatim. Après la transcription, nous avons fait une lecture attentive de tous les transcrits avant le codage. Ce qui nous a permis d'avoir un aperçu général sur le contenu de l'ensemble des verbatims. À ce stade, nous avons identifié un certain nombre de catégories et codes (voir tableau des codes et catégories dans la section suivante) en lien avec les objectifs de la recherche et le cadre théorique. Cet exercice nous a permis de dégager les premiers codes et catégories pour les besoins de l'analyse. D'ailleurs, l'une des caractéristiques de la transcription est qu'elle « permet d'éviter, d'écarter trop vite de l'analyse des parties de l'entretien qui

seraient jugées a priori inintéressantes, ce qui pourrait se révéler inexact au fil de l'analyse» (Van Campenhout & Quivy, 2011, p. 199). Dans ce cas précis, grâce à la transcription nous avons pu dégager les prémisses de l'analyse des données à travers les premiers codes et catégories recensés. En effet, la transcription est « un artefact momentané qui conduit à la production du codage, qui, lui, va être le support des analyses » (Détienne et al., 2009, p. 3).

Tout comme la transcription des informations recueillies, nous avons consacré assez de temps pour l'analyse des données. L'analyse des données qualitatives n'est pas une chose aisée et exige l'endurance et la patience (Kohn et Christiaens, 2014). Cette phase de la recherche nécessite des efforts supplémentaires pour y parvenir. En effet, pour aborder la problématique des transferts des connaissances en lien avec le FBP, nous avons opté pour la méthode d'analyse de contenu. Cette méthode est reconnue comme étant une manière de traiter des données de toute sorte : communication, discours image (Picard, 1992). Elle permet précisément de « lire un corpus, fragment par fragment, pour en définir le contenu en le codant selon des catégories qui peuvent être construites et améliorées au cours de la lecture (...) » (Fallery et Rodhain, 2007, p. 9). Pour atteindre cet objectif, nous avons utilisé l'analyse thématique qui est une technique de l'analyse de contenu. C'est une technique très efficace permettant « d'identifier les unités sémantiques qui constituent l'univers discursif de l'énoncé » (Negura, 2006, p. 11).

Elle a deux fonctions principales : une fonction de repérage et une fonction de documentation. La première fonction concerne le travail de saisie de l'ensemble des thèmes d'un corpus. La tâche est de relever tous les thèmes pertinents, en lien avec les objectifs de la recherche, à l'intérieur du matériau à l'étude. La deuxième fonction va plus loin et concerne la capacité de tracer des parallèles ou de documenter des oppositions ou divergences entre les thèmes. Il s'agit en somme de construire un panorama au sein duquel les grandes tendances du phénomène à l'étude vont se matérialiser dans un schéma (l'arbre thématique) (Paillé et Mucchielli, 2012, p. 232).

En effet, il est important de souligner que nous avons commencé l'analyse de contenu, pendant la deuxième phase de la collecte des données sur le terrain. À ce stade, nous avons fait un premier travail de transcription des premières interviews réalisées. L'analyse de ces interviews transcrites, nous a aidé à appréhender, les enjeux politiques (type de politique

publique efficace pour une prise en charge de la santé au Niger), sociaux (souci de couverture universelle de soins de santé, par exemple) et financiers (type et source du financement de la santé) autour du FBP. Nous avons également identifié des informations pertinentes sur la place de la recherche scientifique en matière d'orientation des politiques publiques de santé et certains types de connaissances qui sont mobilisés dans le cadre du FBP. Ainsi, dans un processus itératif, nous faisons régulièrement recours aux verbatims qui sont à notre disposition et les prises de notes pour analyser le contenu des entretiens. Au même moment, nous dégagons des constats et questionnements qui sont énumérés dans la section précédente. Ces derniers ont fait l'objet d'approfondissement par la suite avec les acteurs.

Aussi, la documentation grise collectée lors de l'enquête de terrain, a fait objet d'analyse. En effet, nous avons eu recours à la documentation grise disponible sur tout ce qui concerne les activités du FBP. Cependant, pour collecter les documents, nous avons exclu, tout document qui n'est pas directement lié au FBP. Seulement, les documents qui sont produits dans le cadre du FBP au Niger ou qui l'abordent en partie sont sélectionnés. Nous avons donc, sélectionné des documents au ministère de la Santé publique (rapports d'études, procès-verbaux des rencontres, comptes rendus, rapports d'activités, d'évaluation, etc..) qui portent sur le FBP et les politiques publiques de santé au Niger. Les mêmes types de documents sont collectés auprès des organisations de la société civile locales, des organismes internationaux et des chercheur.e.s. Ces documents sont analysés en lien avec les principales thématiques du guide d'entretien élaboré précédemment énumérées, pour répondre aux questions et aux objectifs de l'étude. Nous avons fait une analyse de contenu de ces documents en adoptant l'analyse thématique. Avant de procéder à l'analyse en question, nous avons organisé les documents en catégories conformément aux objectifs de la recherche tout en sélectionnant des codes. Pour mieux exploiter la documentation grise issue de la collecte, nous avons élaboré la grille d'analyse ci-dessous :

Tableau 3.3. Grille d'analyse de la documentation grise/FBP/NIGER

Grille d'analyse de la documentation grise/FBP NIGER
Titre du document
Source
Type de document (type de connaissance)
Espace de circulation de connaissance sur le FBP Niger
Processus de mise en œuvre du FBP
Types et rôles des acteurs.trices

La documentation grise a été une donnée supplémentaire qui a contribué à mieux appréhender certaines catégories (stratégie de production des connaissances, processus de légitimation des connaissances, « petites bibliothèques », moyen de « ressourcement », etc.) et codes (source des documents, type de documents, etc.) qui apparaissent dans les verbatims des entretiens avec les acteurs.trices et ceux sur les petites bibliothèques.

En effet, les données collectées à travers les « petites bibliothèques », mentionnées plus haut, nous ont permis d'analyser de manière approfondie, la place de certains types de connaissances (scientifiques, techniques) en fonction de l'acteur et/ou du groupe d'acteurs. Nous avons organisé les « petites bibliothèques » par groupe d'acteurs pour mieux comprendre les contenus. Nous avons donc établi un lien entre les verbatims (des entretiens semi-dirigés) et les observations faites lors des ateliers en plénière, les travaux en groupes thématiques et pendant les réunions restreintes et les « petites bibliothèques ».

Pour analyser les « petites bibliothèques » en lien avec les autres données collectées, nous avons recensé un certain nombre de codes et de catégories (tableau 4) conformément aux objectifs de la recherche. Par exemple, les code : types de documents, lus, non lus et source du document, des petites bibliothèques permettent de comprendre de manière approfondie, si les documents ont constitué des sources d'information ou non, et faire le lien avec les verbatims qui relatent les types de connaissances qui sont utilisés par différent.e.s acteurs.trices. De façon globale, ceci a permis une analyse de contenu efficace de toutes les données collectées (entretiens semi-directifs, notes, « petites bibliothèques »).

Nous avons utilisé le logiciel QDMiner, pour analyser les verbatims et les notes. Ce logiciel est destiné à l'analyse qualitative assistée par ordinateur. Comme tout autre logiciel de cette nature, il permet de venir à bout des problèmes liés à la précision et à la standardisation en matière d'analyse qualitative (Hamel, 2010). Cependant, l'usage de logiciel d'analyse qualitative par ordinateur a certes des avantages inestimables sur le plan de la gestion du temps, de l'organisation des données et de la qualité de l'analyse, mais il demeure muet par rapport à l'interprétation des données, puisque cette étape de la recherche reste exclusivement l'œuvre du chercheur (Bourdon, 2000).

### 3.5.2. Codage et catégorisation des données

La qualité et la pertinence d'une analyse, quelle que soit la technique utilisée, dépendent de la qualité du codage (Baribeau, 2009). Conscients de l'importance du codage et de la catégorisation, nous avons procédé, durant tout le processus de la collecte des données sur le terrain jusqu'à la phase de l'analyse, au choix des codes et des catégories. Ces derniers ont été améliorés chemin faisant. Il faut noter aussi qu'avant d'intégrer les codes et les catégories dans le logiciel d'analyse qualitative, QD Miner, nous avons fait une relecture des données transcrites. L'objet de cette relecture est de recenser de nouveaux codes de nouvelles catégories ou, en modifiant d'autres conformément aux objectifs de la recherche.

En effet, lorsque les transcrits (les cas) sont intégrés dans le logiciel, nous avons adopté à une technique de codification itérative en faisant des allers et retours sur les différents cas, afin de nous assurer que la codification tienne compte des objectifs et du cadre théorique de la recherche. Le codage nous a permis de faire des comparaisons des segments de réponses liées à des codes. Le logiciel nous a permis de regrouper chaque type de réponses lié à un code spécifique et en connaître le nombre de réponses par code, catégorie et aussi par acteurs.trices. Il nous a permis également de regrouper les réponses par catégorie et par code en fonction de chaque groupe d'acteurs.trices ou par l'ensemble des groupes d'acteurs.trices. Toutes ces possibilités de regroupement nous ont permis d'analyser les

données sur la base des questions, les objectifs et le cadre conceptuel de la recherche et de dégager les spécificités, les similarités, les contrastes et la généralité.

En guise de rappel, pour un souci de préserver l’anonymat des interviewé.e.s, nous avons donné un nom fictif à chaque cas traité dans le logiciel. Compte tenu du rôle central que représente le codage dans le processus d’analyse des données collectées sur le terrain. Nous avons fait une codification exhaustive des données qui sont soumises à l’analyse. Faisant référence à Grawitz, (1996), Allard-Poesi, (2003, p. 1), souligne que « le codage consiste à découper les données (observation directe, discours, textes, images) en unités d’analyse, à définir les catégories qui vont les accueillir, puis à placer (ranger ou catégoriser) les unités dans ces catégories ». Autrement dit, le codage organise de façon harmonieuse, cohérente, dynamique et compréhensible des données collectées à l’état naturel sur un terrain de recherche. Ainsi, il « permet au chercheur.e de transformer le monde empirique, brut et désordonné de l’expérience, en un monde organisé d’idées et de concepts, passant ainsi du monde « des sens » au monde « du sens » (Allard-Poesi, 2003, p. 1). En effet, pour passer au monde des sens, le codage réalisé avec le logiciel QDMiner, nous a permis d’organiser de manière efficiente les verbatims autour des variables (différents groupes d’acteurs), des catégories et les des codes assortis des questions et des objectifs de la recherche. Ce travail nous a permis de dégager des tendances par acteurs.trices par rapport aux objectifs de la recherche.

Les catégories et les codes des verbatims sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau 3.4. Catégories et codes des verbatims analysés à travers le logiciel QD Miner

<u>Groupes stratégiques</u>
Décideur.e.s
Organismes internationaux
Coopération bilatérale
Techniciens (es)
Chercheur.e.s
ONGs Nationales
<b>1. Un réseau informel d’acteurs.trices autour du FBP (décideur.e.s, technicien.ne.s, ONGs, Organismes internationaux Coopération bilatérale, chercheur.e.s)</b>
<u>Catégorie :</u>

## Rôles des acteurs.trices dans la production et l'utilisation des connaissances scientifiques

Sous-catégorie : Les « mentors » du FBP

Codes :

- Bailleurs de fonds
- Décideur.e.s
- Concepteurs.trices, initiateurs.trices
- Pouvoir d'influence
- Formateurs.trices

Sous-catégorie : Les « incontournables » du FBP

Codes :

- Voyages d'études
- Formations
- Informations Techniques
- Plaidoyer pour la cause du FBP

Sous-catégorie : Les « curieux » du FBP

Codes :

- Intervenant.e.s de la santé : connaissances pratiques
- Posture d'appropriation du FBP

Sous-catégorie : Les « contrariés » du FBP

Codes :

- Voyages d'études
- Formations
- Bonne connaissance du FBP
- Rester en marge du processus du FBP
- Favorables au FBP et très critique vis-à-vis de la stratégie

## 2. Les stratégies de production, de légitimation de connaissances et la construction des arguments sur le FBP

Catégorie :

Processus de légitimation et stratégies de production des connaissances

Codes :

- Voyages études
- Étude de faisabilité
- Projets pilotes
- Évaluation
- Ateliers
- Espaces et réunions restreintes
- Formation
- Recherche
- Influence

- Gestion de proximité
- Accompagnement technique

Catégorie :

Légitimité des types de connaissances mobilisées en fonction des acteurs.trices

Sous-catégorie : Technique

Codes :

- Amélioration de l'efficacité des services de soins de santé
- Sauver des vies
- Conditions de travail adéquat
- Maîtrise du fonctionnement du système de santé

Sous-catégorie : Données basées sur les évidences

Codes :

- Recherche scientifique, objective
- Convaincantes
- Des chiffres statistiques

Sous-catégorie : Réalité empirique

Codes :

- Voyage d'étude
- Vivre la réalité
- Expériences des exemples réussis

Sous-catégorie : Redevabilité

Codes :

- Responsabilisation des bénéficiaires
- contrôle des bénéficiaires
- Gouvernance participative

3. Les types de connaissances qui sous-tendent les arguments des acteurs.trices du FBP

Catégorie :

Types de connaissances mobilisées

Sous-catégorie : Connaissances scientifiques

Codes :

- Références à des données scientifiques
- Raison du recours souvent aux données scientifiques

Sous-catégorie : Connaissances techniques

Codes :

- Connaissances pratiques

- Contact avec les bénéficiaires

Sous-catégorie : Connaissances expérimentales

Codes :

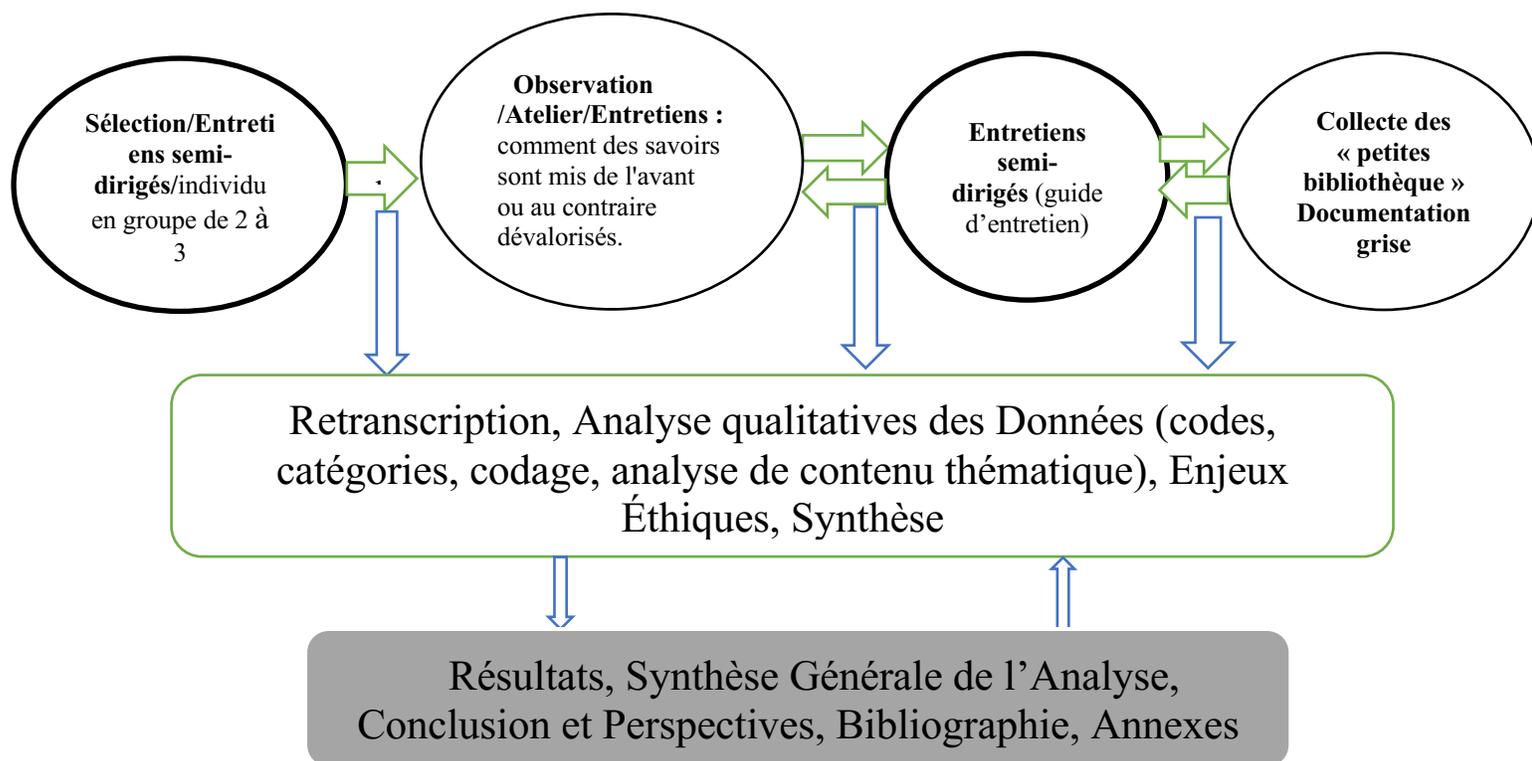
- Connaissances observées
- Connaissances vécues

Sous-catégorie : Connaissances religieuses

Codes :

- Recours au leaders religieux sur certains indicateurs de santé : planification familiale

Les catégories et codes inscrits dans les tableaux (4, 5 et 6) constituent la matière grise sur laquelle l'analyse des données a été possible. Ils sont matérialisés et interprétés dans le chapitre qui présente les résultats et le chapitre synthèse ainsi que la conclusion. L'ensemble de ce travail est fait dans l'observation strictes des règles d'éthiques de la recherche scientifique. En somme, la figure ci-dessous présente la méthodologie utilisée dans le cadre de cette étude portant sur le FBP au Niger.



**Figure 3.1. Sommaire de la méthodologie adoptée au contexte FBP/NIGER**

## CHAPITRE IV RÔLES DES ACTEURS.TRICES, STRATÉGIES DE PRODUCTION ET DE LEGITIMATION DES CONNAISSANCES

Les données qui sont exposées dans ce chapitre sont tirées des entretiens que nous avons menés avec les acteurs.trices du FBP au Niger. Elles viennent également des observations que nous avons faites lors de l'atelier technique de validation du manuel de mise en œuvre du FBP. Il faut rappeler que cet atelier a réuni pendant trois jours les acteurs.trices principaux.les du FBP autour du manuel de mise en œuvre du FBP. Ce dernier présente les orientations et les indicateurs de mesure du FBP. Ainsi, dans un premier temps, nous mettrons en exergue les points des acteurs interviewés (es) sur leurs rôles dans le processus de production des connaissances autour du FBP et aussi la perception d'un acteur sur le rôle d'un autre acteur vis-versa. Dans un second temps, nous aborderons la perception des interviewés sur les stratégies de production de connaissances développées dans le cadre du processus du FBP pour renforcer le système de santé publique du Niger. Tel que mentionné dans la section les enjeux éthiques de la recherche, nous avons attribué un pseudonyme à chaque interviewé afin de garantir l'anonymat. Autrement dit, tous les noms qui sont présentés dans cette thèse sont des noms fictifs. L'objectif de ce chapitre est de faire ressortir sur la base des données collectées, les rôles des acteurs.trices dans le processus de production et d'utilisation des connaissances scientifiques en matière d'orientation des politiques publiques de santé dans le cadre du financement basé sur la performance du système de santé publique au Niger. Ainsi, le chapitre présente successivement le réseau informel d'acteurs.trices qui'est formé autour du FBP. Il s'agit des « mentor.e.s » du FBP (initiateurs, bailleurs de fonds du FBP et décideurs), des « incontournables » du FBP au service du FBP (défenseurs.es, promoteurs.trices, techniciens.es, personnes ressources du ministère de la santé publique), des « curieux.ses » du FBP qui sont dans une attitude d'appropriation et en faveur du FBP, les « contrariés » du FBP qui sont exclus ou qui se sont retirés et très critiques du processus du FBP. Ce chapitre met également en exergue le processus de légitimation, de collecte et types de connaissances mobilisées par les acteurs.trice du FBP et la Synthèse du chapitre.

#### 4.1. La constitution d'un réseau informel d'acteurs.trices autour du FBP avec des rôles spécifiques

Il faut d'abord préciser que les groupes d'acteurs.trices interviewé.e.s dans le cadre de cette thèse sont officiellement repartis en bailleurs de fonds (PTF), décideur.e.s, technicien.ne.s, chercheur.e.s, société civile, bénéficiaires. Tel que présentées dans le chapitre II, ces dénominations reflètent en même temps les rôles de ces groupes d'acteurs.trices dans le processus du FBP au Niger. Pour contourner les rôles traditionnels et formels de ces acteurs.trices dans la production de connaissances autour du FBP, nous nous sommes basé sur nos observations de l'atelier technique de validation du manuel de mise en œuvre du FBP, du message et de l'explication du terrain à travers les entretiens réalisés pour appréhender leurs rôles. Ainsi, le message et les explications du terrain (à travers les entretiens et observations) nous ont permis de faire une typologie des acteurs.trices et de comprendre les rôles de ces mêmes acteurs.trices dans le processus du FBP. La détermination des rôles des acteurs nous a donc conduit vers l'emploi de nouvelles catégories pour décrire chaque groupe d'acteurs.trices. Ces termes reflètent les rôles empiriques des acteurs interviewés dans le cadre du FBP au Niger. L'identification de ces catégories d'acteurs.trices nous a permis particulièrement de comprendre leur degré d'implication et d'influence dans le processus de définition des orientations du FBP et les stratégies des différents groupes d'acteurs.trices. Chaque catégorie d'acteurs.trices a des caractéristiques spécifiques qui sont le reflet de leur vision sur le FBP.

En effet, nous avons observé sur le terrain, l'existence d'un réseau informel d'acteurs.trices autour du FBP. Les acteurs.trices de ce réseau constituent de manière informelle le noyau dur (décideur.e.s, technicien.ne.s, société civile, partenaires techniques et financiers (PTF), chercheur.e.s) du FBP. Ils sont souvent sollicités en fonction des besoins du moment à participer à des réflexions sur le FBP. Ces acteurs sont les véritables vecteurs de transmission et d'accumulation des connaissances sur le FBP. La confrontation des connaissances de ces acteurs.trices lors des échanges sur le FBP aboutit à une prise de décision quelconque ou non sur le FBP. Ils sont dans une dynamique complexe de production et de circulation de connaissances sur le FBP avec des tâches différentes. Donc,

il n'y a pas seulement des connaissances qui circulent. Des perceptions du rôle d'un.e acteur.trice sur un autre aussi circulent. La circulation se passe aussi dans un environnement où des relations professionnelles et sociales se construisent. Ainsi, comme souligné précédemment, quatre catégories d'acteurs.trices se manifestent sur le terrain autour du FBP notamment les « mentor.e.s » du FBP, les « incontournables » du FBP, les « curieux.ses » du FBP et les « contrarié.e.s » du FBP.

#### 4.1.1. Les « mentor.e.s » du FBP : initiateurs.trices, bailleurs de fonds du FBP et décideur.e.s

La perception de la majorité des interviewé.e.s sur les rôles des acteurs.trices dans le processus de production de connaissances révèle que les partenaires techniques et financiers (PTF), les décideur.e.s et les expert.e.s internationaux.les recruté.e.s par les PTF, forment ce que nous avons nommé ici les « mentor.e.s » du FBP. Autrement dit, selon cette majorité d'acteurs.trices (PTF, décideur.e.s et expert.e.s internationaux.les), ces « mentor.e.s » sont les principaux.les initiateurs.trices et concepteurs.trices (orientations stratégiques), décideur.e.s et financiers du FBP. À ce propos, sur la question de l'élargissement du FBP à tout le système de santé du Niger et de son financement, Monsieur Santos, un PTF, fait ressortir leur rôle en tant que bailleur de fonds en soulignant que :

*« Actuellement, nous avons 130 millions de dollars américains pour élargir le FBP sur le plan national. Mais, j'ai comme l'impression que le FBP ne bouge pas. Donc, dans ces conditions, on ne peut pas hypothéquer notre argent, c'était ça ma proposition. Parce que si les dirigeants avaient dit que cet argent de 130 millions de dollars américains ne serait pas pour le FBP, on ne l'aurait pas. Même si on a négocié, on a signé l'accord, on ne pourra rien décaisser. On sera peut-être un moment donné obligé de l'annuler ou de réduire une partie. Alors que maintenant la solution que j'ai trouvée est de couper le montant à deux. J'ai dit : on va prendre 66 millions de dollars américains et on va acheter des résultats avec, mais, à un niveau beaucoup plus global. Maintenant comment ils vont faire pour arriver à ces résultats, c'est leur*

*business* » (Santos<sup>7</sup>, technicien PTF, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018)<sup>8</sup>.

Monsieur Dembélé, acteur de la société civile, fait ressortir le pouvoir décisionnel des décideur.e.s politiques et des « mentor.e.s » (PTF, décideur.e) sur le processus du FBP :

*« Oui ! le dernier mot revient à l'État et aux bailleurs de fonds (PTF). Parce que.... si vous prenez la contraception au Niger que certains PTF considèrent comme un indicateur du FBP. Les gens, certaines classes au Niger, ne vont jamais l'accepter, pendant que vous voyez que l'État est en train d'œuvrer sur cette question de dividende démographique. C'est pour dire que l'État a aussi un pouvoir de décision dans ce processus du FBP de même que les PTF qui sont les principaux financiers » (Dembélé, acteur de la société civile, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Les propos de Samaké, technicien, PTF, corroborent le pouvoir décisionnel et financier des « mentor.e.s » sur le FBP en appuyant que :

*« L'année qui suivait, l'évaluation du projet pilote FBP de Boboye, on avait de l'argent destiné pour le Niger pour faire un projet santé. Mais à l'interne, au niveau de notre institution, on s'est dit: OK! on a fait un projet pilote FBP qui a réussi. Est-ce qu'on peut le généraliser au Niger avec l'argent de ce nouveau projet? Avec les discussions techniques que nous avons eues à l'interne, je peux dire que mes cadres étaient pour le FBP. Mais, nous attendons voir l'évolution des choses avant d'agir » (Samaké, PTF, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018 Niger).*

Les PTF recrutent des expert.e.s internationaux.les (chercheur.e.s, expert.e.s en économie de la santé, en analyse des politiques publiques, spécialiste du FBP, etc.) dans le processus de production de connaissances et de mise en œuvre du FBP. Après le projet pilote FBP de Boboye, un PTF utilise un instrument qu'on appelle paiement sur les résultats pour acheter des résultats. Avant de payer les résultats, il procède à des vérifications des indicateurs

---

<sup>7</sup> Les noms qui sont utilisés dans l'analyse ne sont pas des noms locaux. Nous avons procédé ainsi par souci de confidentialité. Les noms étrangers employés, puisque ne sont familiers au Niger, permettent donc de préserver l'anonymat des acteurs.trices interviewé.e.s.

<sup>8</sup> NB : Tous les entretiens ont été menés en Français.

concernés (planification familiale, accouchements assistés, prise en charge de la femme malnutrie) en faisant recours à des expert.e.s externes comme le souligne Sami, technicien, PTF :

*« (...), même dernièrement, Euh ! en fin mai, sur la base des résultats que le Ministère a produits en 2017. Après la vérification du vérificateur indépendant. Parce que nous faisons intervenir un vérificateur indépendant sur les 8 indicateurs que nous payons par rapport au projet de notre institution. C'est la planification familiale, les accouchements assistés, la prise en charge de la femme malnutrie, au niveau-conseil, mais pas au niveau de l'alimentation. Ce sont ces aspects que nous regardons. Parce qu'on a une composante pour payer les résultats. On a un instrument qu'on appelle paiement sur les résultats pour payer les résultats. C'est un instrument que nous utilisons comme les autres instruments de prêts. Puisse qu'on a des instruments de financements des projets d'investissement classique ou on fait des avances comme on finance les plans d'action. Les gens exécutent, ils rendent compte. Ou on peut dire le paiement sur la performance. Vous mettez en œuvre une activité avec des ressources propres. A la fin du trimestre ou à la fin de l'année on vérifie. Si ce qu'on a convenu est atteint, on rembourse et paie sur la base du montant sur lequel on est convenu. Donc quand on a vérifié les résultats de 2017, on a décaissé au niveau de la santé 66 millions de dollars américains d'un coup. Donc 66 millions de dollars dans un compte bancaire c'est beaucoup d'argent » (Sami, un technicien, PTF, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Savadogo, décideur, ministère de la santé publique, corrobore le recrutement d'experts techniques pour faciliter la mise en œuvre du projet pilote FBP :

*« Avant de lancer le projet pilote FBP de Boboye en collaboration avec notre partenaire, nous avons préparé le manuel, et tous les documents qu'il faut. Le démarrage a été difficile. Une équipe technique a été recrutée avec un accompagnement technique d'un expert international de la République Démocratique du Congo » (Savadogo, décideur, ministère de la santé publique, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Quant - à Romande, ses propos soulignent le rôle des PTF dans le processus du FBP au Niger :

*« Si tu prends la Banque Mondiale, elle a pensé son FBP là-bas. Je ne sais pas où. Elle est venue. Elle a mis ça en œuvre à travers la coordination intersectorielle de lutte contre le sida qui est l'organe logé à la présidence de*

*la République du Niger avec la participation de l'unité sectorielle de lutte contre le sida qui est la cellule gouvernementale qui est au niveau du ministère de la Santé publique. Donc le FBP a été mis en œuvre par la coordination intersectorielle de lutte contre le sida et l'unité sectorielle de lutte contre le sida. Ils ont monté le projet du FBP. Ils ont recruté une unité de mise en œuvre du projet. Qu'ils ont installé à Boboye. Ils ont travaillé. Mais dans le processus, comme c'est une étude pilote, ils ont essayé de produire de la connaissance. Mais ils ont aussi utilisé des connaissances pour monter le projet et pour le mettre en œuvre » (Romande, chercheur, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Madame Sandrine du ministère de la santé publique corrobore le rôle d'initiateur et de concepteur des mentors notamment des décideurs :

*« Le Ministère a mis en place une équipe qui a fait une réflexion, qui a décliné l'architecture d'une couverture sanitaire universelle et ce qu'il faut faire en lien avec le FBP » (Sandrine, Décideuse, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Un technicien travaillant pour un PTF, Monsieur Santafé, coordonnateur d'un projet pilote FBP en cours de préparation, précise les propos de Madame Sandrine en appuyant que :

*« Le FBP n'est qu'une porte d'entrée pour aller à la couverture universelle des soins de santé. Le FBP est un projet dans un programme. Et, c'est le début de ce programme » (Santafé, PTF, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

En effet, à propos toujours du rôle de concepteur et d'initiateur (orientation stratégique du FBP) des PTF, Monsieur Konté, chercheur d'une institution académique souligne le caractère contraignant de la démarche de certains des PTF en stipulant :

*« (...) Certains partenaires sont dans la perspective de coercition, c'est-à-dire elles viennent avec des idées préconçues qu'ils cherchent à valider et elles veulent pousser encore à aller dans le sens de leur idéologie. Si tu vois l'expérience de la Banque mondiale, c'est-à-dire le projet pilote FBP/Boboye, c'est le modèle Rwandais copie conforme, qu'on a imposé au Niger » (Konté, chercheur, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Cependant, Konté, explique qu'il y a des PTF qui ne sont pas dans une logique coercitive mais plutôt dans une perspective de prendre en considération le contexte local :

*« (...) Il y a des institutions qui sont dans une autre perspective que coercitive.*

*Elles ont leurs idées. Mais elles ne sont pas figées. Puisque, de toutes les façons, les PTF viennent avec leurs idées. Mais des idées qui ne sont pas figées. Elles mènent des recherches. Et, à travers les résultats de la recherche, ils essaient de développer leurs idées; de les contextualiser et les adapter pour changer les modèles en place » (Konté, chercheur, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Pour corroborer ces propos de Konté, un technicien, Monsieur Kasko explique que:

*« Les Belges, oui, ils sont pour le FBP, mais ils cherchent à modérer leur façon de voir le FBP, donc, pas à la façon Rwandaise, mais en tenant compte des réalités du Niger. C'est la même chose chez les Allemands qui ont un projet FBP au Niger. Les Allemands disent, nous, on ne fait pas du FBP. Mais, on fait une autre manière d'achat des performances. On achète des performances, mais pas avec le FBP rigoureusement conçu. Tu vois » (Kasko, technicien, ministère de la Santé publique, FBP, juin-octobre 2018).*

En outre, les « mentors » (PTF) prennent en charge la formation des technicien.e.s locaux sur le contenu, les principes et l'esprit du FBP pour mieux comprendre son fonctionnement. Ils sollicitent les décideur.e.s de garder permanemment les agent.e.s formé.e.s à leur poste de travail pour la stabilité de la mise en œuvre du FBP :

*« On a envoyé une bonne partie de technicien.e.s et décideur.e.s du Ministère au Bénin pour se former. On a demandé au Ministère de ne pas les bouger de leur poste. Parce qu'avec la forte mobilité des agent.e.s, ça peut avoir un impact négatif sur le projet. Ensuite ils ont fait des formations en cascade dans les centres de santé. Ils ont finalisé le manuel de mise en œuvre du FBP et on a démarré le projet pilote à Boboye » (Django, technicien PTF, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Paul, chercheur indépendant souligne au sujet de la formation qu'en général, la formation des cadres du pays est assurée par un PTF dont certains sont au centre du FBP. Un réseau de cadres formés par le PTF occupe des fonctions au ministère de la Santé qu'il utilise dans le projet FBP :

*« Tu vois ce PTF, sa démarche, c'est le noyautage. Il est le principal formateur des cadres de conception des politiques pour le ministère de Santé publique et pour la zone Afrique. Il est le plus grand pourvoyeur de cadres pour les institutions internationales et les ministères en Afrique. Les agents formés par ce PTF, sont des conseillers techniques au niveau du ministère de la Santé publique. Il y a certains qui sont directement impliqués dans le projet pilote*

*FBP/Boboye » (Paul, chercheur, indépendant, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

En effet, plusieurs interviewé.e.s soulignent que les « mentors » disposent d'un grand pouvoir d'influence. Ils utilisent ce dernier, dans le cadre du processus de la production des connaissances et de la mise en œuvre ou de l'élargissement du FBP sur tout le système de santé du Niger. Cette influence des « mentor.e.s » ressort dans les propos de Thomas, PTF, qui stipule que :

*« Le projet pilote FBP/Boboye a été évalué positif, mais les gens hésitent et c'est ça le paradoxe. On a voulu imposer le FBR pour que ça soit une mesure au niveau du gouvernement avant que notre institution n'aide le pays. Mais bon, on l'avait même inscrit dans un projet d'appui budgétaire. Mais bon ! arrivé à bout de ligne on a dit non! il faut enlever ça. En tout cas cette fois, on n'allait pas imposer des conditions pour dire, en tout cas, de maintenir le FBP. On n'allait pas l'inscrire comme conditionnalité » (Thomas, PTF, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Il ressort également dans les mots de Monsieur Eliot, technicien d'un PTF, le pouvoir d'influence des PTF dans le processus de production des connaissances et de l'acceptation du FBP :

*« Quand le Président actuel est venu, les gens l'ont mal conseillé. Si je peux le dire, il a trouvé que le FBP, ce sont des charges supplémentaires, donc, il n'en veut pas. Parce que les gens lui ont juste montré eh! le côté bonus (argent) de la chose, qu'on donnait aux personnels. Au lieu de lui dire, effectivement, comment le bonus est calculé et comment il est déterminé. Et de lui dire que les bonus permettent de motiver les gens à pouvoir rester dans leur structure sanitaire. Donc ils ont pensé que c'étaient des compléments de salaire qu'on donnait aux gens. Et, donc, il a dit, ça, je n'en veux pas. Bon il a fallu que les gens lui expliquent vraiment comment ça marche. Avant de s'embarquer même dans la phase pilote » (Eliot, PTF, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Catherine, une technicienne, ministère de la santé publique, corrobore les propos de Eliot sur le pouvoir d'influence des PTF en mentionnant :

*« (...) Ils ont confirmé que le projet pilote de Boboye a bien marché. Ensuite, une mission de la banque mondiale est venue pour dire que sur la base de l'évaluation que le projet pilote FBP de Boboye a très bien réussi. Ils ont donc, poussé l'État à vouloir l'adopter au niveau national. Au lieu de l'appliquer à*

*l'échelle nationale, le gouvernement à demander aux autres partenaires de venir faire le FBP. Tu vois l'État a reculé un peu. Mais l'État a donné à certains partenaires de faire du FBP » (Catherine, technicienne, ministère de la Santé publique, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Monsieur Bangal, chercheur, met en lumière la capacité d'influence des mentors en particulier les PTF en stipulant que :

*« (...) Et, eux, ce qu'ils veulent, c'est de transférer le modèle FBP. Ils viennent déjà avec leur modèle. Toutes les connaissances qui vont être produites dans le processus de transfert, elles ont pour rôle de légitimer le modèle pour encore influencer le gouvernement » (Bangal, chercheur, FBP, Niger, juin-octobre 2018).*

Bintou, technicienne, ministère de la Santé publique, va plus loin sur le rôle influent des PTF qui financent le FBP au Niger surtout lors des discussions sur cette politique. Pendant les rencontres, les PTF utilisent leurs réseaux composés d'acteurs bien formés sur le FBP pour persuader les participants-es :

*« Pendant tout le processus du FBP, ils font des trafics d'influences explicites et implicites permanents, je vais dire les bailleurs de fonds (PTF). Explicite, lorsqu'ils prennent la parole pour dire pendant les ateliers ce qu'ils veulent. Implicite lorsqu'ils passent par leur petit noyau là, bien formé sur le FBP » (Bintou, technicienne, ministère de la santé publique, FBP Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

En somme, les « mentor.e.s » sont les principaux bailleurs de fonds du FBP. Dans le cadre du FBP au Niger, ces bailleurs de fonds sont principalement la Banque mondiale qui a financé le projet pilote FBP réalisé à Boboye; la coopération belge avec le projet pilote FBP à Gaya et Gothèye et la coopération Allemande qui travaille sur un autre projet pilote dans la région de Tillabéry : Tout comme le projet pilote ENABEL (Coopération Belge), le projet pilote sur le FBP du KFW (Coopération Allemande) était en préparation durant notre enquête. Les « mentor.e.s » du FBP dessinent les premières orientations et stratégies (conceptions) et les productions des connaissances autour du FBP. Ils/elles sont donc, les initiateurs.trices et les idéologues du FBP. C'est d'ailleurs, pourquoi Bergamaschi et al., (2007), Paul et al. (2018), insistent sur le fait que les réflexions politiques en lien avec le

développement des pays receveurs d'aides sont généralement guidées par les donateurs.trices. Ainsi, dans le processus des orientations stratégiques, de production des connaissances et de mise en œuvre du FBP, ils se font entourer par des expert.e.s internation.a.ux.les (chercheur.e.s, expert.e.s en économie de la santé, en analyse des politiques publiques, spécialiste du FBP, etc.) et par plusieurs autres acteurs.trices (technicien.n.e.s et décideur.e.s, personnes ressources). Ils/elles disposent d'un grand pouvoir d'influence, décisionnel et financier. Ces pouvoirs d'influence leur permettent de véhiculer et de passer leur vision du FBP pour le Niger. Ainsi, les mentor.e.s sont composé.e.s de PTF, d'expert.e.s internation.a.ux.les, de technicien.ne.s, de décideur.e.s, de personnes ressources. Ils se reposent particulièrement sur les « incontournables » pour produire des connaissances et faire la promotion du FBP.

#### 4.1.2. Les « incontournables » du FBP au service du FBP

Le point de vue d'un nombre important des interviewé.e.s indique l'existence des « incontournables » du FBP. Ce sont des technicien.ne.s et des personnes ressources du ministère de la Santé publique. Ils/elles ne sont pas nombreux.ses et constituent le noyau dur dans le processus de production des connaissances, de promotion et de la mise en application du FBP au Niger. Ils/elles sont bien formé.e.s sur le FBP à travers des voyages d'études<sup>9</sup> au Rwanda, Burundi, Benin, etc. L'objectif de ces formations et voyages d'études est de leur permettre de s'approprier de la démarche et le sens du FBP, et de les appliquer au Niger. A ce propos Sandrine, une technicienne d'un PTF, souligne que :

*« Au Niger on a eu à organiser beaucoup de formation sur le FBP. On a amené des gens au Rwanda, au Burundi, au Benin, au Cameroun, c'est-à-dire, partout où il y a eu une expérience du FBP, ils sont partis. Si c'est allé à des ateliers*

---

<sup>9</sup> Les voyages d'études consistent à envoyer un certain nombre d'acteurs.trices nigérienn.ne.s (décideur.e.s, technicien.ne.s du ministère de la Santé publique ) dans des pays (Rwanda, Burundi, etc.) ayant mis en œuvre le FBP afin qu'ils/elles puissent s'inspirer de leurs expériences. Et, une fois de retour, ces acteurs.trices sont sollicité.e.s à participer à l'expérimentation du FBP au Niger en partageant les expériences vécues dans les pays visités. Dans cette étude, ce sont principalement les incontournables et contrarié.e.s qui ont bénéficié des voyages d'études. Les voyages d'études sont des moyens de mobilisation et d'acquisition de connaissances sur le FBP

*ça s'était facile. Au retour, nous avons dit ok! vous avez appris ce qui se passe là-bas, essayez de voir comment vous allez l'appliquer au Niger » (Sandrine, PTF, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Santos, un chercheur indépendant, corrobore les propos de Sandrine par rapport aux formations et voyages d'études qu'ont bénéficié certain.e.s technicien.e.s du ministère de la Santé publique sur le FBP. Il souligne que c'est une façon de construire une vision sur le FBP. Cette vision est donc portée par les bénéficiaires de la formation au Niger. Santos fait ressortir le cas d'un technicien :

*« Par exemple tu vois ce gars, il est allé au Benin, il a fait un voyage d'étude sur le FBP, d'autres sont partis au Sénégal, au Rwanda, Burundi, etc. Il se sont imbibés des discours sur le FBP. Il y a tout un truc de voyage d'étude, des connaissances, des documents qu'on leur donne lors des formations pour construire une vision sur le FBP » (Santos, chercheur indépendant, FBP, Niger) (Santos, chercheur indépendant, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Ils participent à des discussions dans certaines communautés de pratiques (communauté des pratiques financement de la santé en Afrique de l'Ouest). Ils occupent les espaces de production et de circulation de connaissances sur le FBP (ateliers de formation et d'échanges, de restitutions des résultats de recherche, des réunions restreintes techniques). Ils sont acquis à la cause du FBP même si par ailleurs, certain.e.s sont convaincu.e.s et d'autres ne le sont pas. Ils interviennent dans le processus du FBP en faisant la promotion de la vision du FBP dessinée par les « mentor.e.s ».

À ce sujet un technicien du ministère de la Santé publique, Monsieur Thomas déclare que :

*« Le FBP est un modèle qu'on nous a amené de la Banque mondiale. Donc, les débats dans les comités même si ce sont des nationaux qui sont porteurs de ça. Ce sont des débats des partenaires entre les cadres nationaux. Chaque cadre national porte le discours de son camp, le partenaire pour lequel il travaille. Tu vois non. Ha! Ha! Ha! Parce que ce qui est intéressant à documenter qu'est ce qui est faite pour que les cadres nationaux soient porteurs des discours des partenaires. Et tout cela est lié au dispositif de formation, d'expérience de pilotage, de voyage d'étude organisé et financé par les partenaires » (Thomas, technicien, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

En effet, Gratia, chercheur d'une institution académique, ajoute qu'

*« On assiste un formatage des cadres locaux à travers les formations et la récupération des meilleures cadres de l'État dans l'administration des projets de politique publique de santé. Donc, il y a une fuite de cerveau à ce niveau. Donc, vous voyez qu'ils créent une adhésion de plusieurs cadres aux projets que proposent les partenaires même s'ils ne sont pas convaincus de la pertinence ou qu'ils ne marchent pas. Ils sont plus attirés par les conditions de travail et salariales qui accompagnent les projets » (Gratia, chercheur académique, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Un incontournable convaincu, technicien du ministère de la Santé publique, Monsieur Kim, donne ses impressions sur son voyage d'étude au Rwanda en ses termes :

*« Moi je suis parti au Rwanda. J'ai vu de mes propres yeux les réalités du FBP. La recherche-action donne des évidences, les évidences donnent des arguments et les arguments nous permettent de combattre avec conviction. Mais, si on n'a pas d'élément d'appréciation qui sous-tend des valeurs d'où la nécessité de continuer la recherche et les voyages d'études qui nous permettent d'avoir le bouton du changement » (Kim, technicien, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

En effet, les incontournables sont les principaux.les acteurs.trices qui travaillent pour la promotion du FBP à travers des plaidoyers pour montrer son efficacité pour le système de santé publique du Niger. Ce sont les relais stratégiques pour les PTF en passant par les « mentor.e.s » dans le processus du FBP. À ce sujet, Konaré, chercheur indépendant, souligne :

*« Qu'il y a eu plus de 40 personnes du système de santé nigérien qui ont été formées, qui au Rwanda, qui au Bénin, qui au Sénégal parce qu'il y a des pays qui offraient la formation sans avoir fait le FBR. Donc ces personnes sont utilisées par les promoteurs.trices du projet FBP. Ils se cachent derrière ces personnes bien formées, qui s'approprient des données produites par la recherche pour influencer les autres acteurs.trices pour aller de l'avant sur le projet. Les arguments recensés lors des formations et des voyages sont utilisés pour convaincre l'auditoire lors des discussions avec les acteurs.trices de la santé publique. Le centre d'intérêt est préconçu et maquillé par le résultat d'une recherche » (Konaré, chercheur indépendant, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Un décideur, formé et convaincu de l'efficacité du FBP, tente d'illustrer sa compréhension du fonctionnement et de sa capacité de l'expliquer aux autres pour convaincre :

*« Si on prend le premier pays en Afrique avoir réussi le FBP et qu'on cite le plus souvent c'est le Rwanda. Ce pays a compris qu'il faut changer d'approche. Au lieu de donner l'argent avant les services de santé, ils ont choisi de le donner après le service. Je te donne un exemple concret. Si vous travaillez de 8 h à 12 h et vous avez 4 heures de temps de travail qu'on ne vous paie pas. 4 h de temps, si vous êtes dans une usine où on met les poulets en boîtes, tu mets dix (10) poulets en boîtes et chaque poulet mis dans une boîte coûte 20\$. Donc, si vous mettez 10 poulets dans des boîtes, vous aurez 200\$. Si quelqu'un vient entre 8h à 10h, il fait 2 heures de temps, et il met 40 poulets en boîtes, il aura 800\$. Pourtant, il est venu 2 heures avant celui qui est arrivé depuis 4 heures. Donc ils sont payés sur la base des résultats. Donc c'est le même système qui est passé du privé pour arriver sur la santé parce qu'il y a le terme du commerce qui est acheté les résultats, vendeur, acheteur, etc. Ce sont des logiques du commerce qui sont venues dans le système de santé. Le processus était ancien. Il a été enclenché depuis 2011, je crois, chez nous » (décideur, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Un autre technicien incontournable bien formé explique la pertinence et le pragmatisme qu'incarne le FBP en soulignant que :

*« Le FBP est une logique, simple. Tellement qu'il est simple et pratique, les gens avec le temps se demandent pourquoi depuis tout ce temps on n'a pas pensé à ça. Puisque dans notre vie courante c'est ce que nous faisons. Quand madame va au marché, pour acheter les condiments et biens quand elle vient par exemple pour acheter une tomate, elle regarde la couleur, le poids, et si elle lui convient, elle achète. Donc, c'est le résultat qu'elle paie. Elle ne s'occupe pas de comment le résultat a été produit. Elle ne finance pas le fermier ni l'engrais, non! elle vient juste acheter le résultat. Toute notre vie c'est comme ça, on achète les résultats. Tu vois que c'est simple non! Et c'est ça le FBP » (Dota, technicien, FBP, Niger, juin-octobre 2018).*

En revanche, un incontournable, Monsieur Gabriel n'est pas convaincu de la pertinence du FBP pour renforcer le système de santé publique, à cause, selon lui du contexte politique et économique du Niger. Il convient de noter que, Gabriel fait partie des acteurs.trices qui font la promotion du FBP au Niger. Pour appuyer sa propre perception sur le FBP, il stipule :

*« Qu'ils ont par exemple piloté le FBP au Burundi et au Rwanda, qui ont des contextes complètement différents des nôtres parce que là-bas, il y a des régimes despotiques. Ce sont des petits pays où tu as une perfusion financière. Tu as un accompagnement technique très fort. Et ici, ils viennent, ils veulent le mettre à l'échelle nationale dans des démocraties anarchisantes comme le Niger, le pays le plus pauvre au monde » (Gabriel, Technicien, ministère de la Santé publique, FBP, Niger, juin-octobre 2018).*

Un expert d'un PTF qui finance le FBP au Niger, Monsieur Philippe – un acteur très actif dans la promotion du FBP reste aussi très sceptique par rapport à l'efficacité du FBP d'assurer un accès aux soins de santé adéquats, en soulignant que :

*« (...) Je veux dire s'il faut mettre la barrière un peu haut pour permettre à une structure d'atteindre cette barrière et dire après qu'elle a été très performante et lui donner un bonus. Ça, je suis absolument d'accord. Mais faire du FBP et croire que les gens vont accéder aux soins, ça je ne crois pas. Il n'y a pas de modèle dans le monde qui le prouve » (Philippe, Expert PTF, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

En définitive, les « incontournables » sont des acteur.trices peu nombreux.ses, bien formé.e.s sur le FBP à travers des voyages d'études au Ruanda, Burundi, Benin, etc. La majorité des incontournables est favorable au FBP et partage la même vision sur le FBP avec les « mentor.e.s ». En revanche, certains « incontournables » qui travaillent pour la promotion du FBP ne sont pas convaincus de sa pertinence pour résoudre les problèmes d'accessibilité aux soins de santé au Niger. Ils ont une obligation de respect de contrat de travail qui les lie avec le PTF pour lequel ils travaillent. Ils sont aussi engagés à cause de leur compétence technique et d'une bonne connaissance sur la question de santé publique en général et le FBP en particulier.

Les incontournables sont donc des technicien.n.e.s, décideur.e.s du Ministère de la Santé publique et/ou qui travaillent pour les PTF, des personnes-ressources de la santé et des expert.e.s internationa.ux.les, chercheur.e.s. Ils-elles ont des compétences qui couvrent différents aspects du secteur de la santé publique. Ainsi, parmi les incontournables, il y a un expert international en coopération technique financement de la santé, un(e) spécialiste de la santé, un consultant international en analyse, suivi et évaluation de projets/programmes de santé publique et/ou à composante sociale (protection de l'enfance)

dans la coopération au développement, un conseiller en économie de la santé, un *Policy and health systems advisor*, un spécialiste en recherche action/qualité, un conseiller technique international sur le FBP. La majorité de ces incontournables sont recruté.e.s et payé.e.s par les PTF porteurs des projets pilotes FBP au Niger notamment la Banque mondiale, la coopération belge et la coopération allemande. Certain.e.s sont recruté.e.s par les PTF à l'international et d'autres au Niger (des fonctionnaires de l'État nigérien). Cette pratique de recrutement des agent.e.s locaux.les par différents partenaires au développement autour d'une action de politique publique de santé comme le FBP ressort dans les dires de Lavigne Delville (2013). Lavigne Delville (p.135) estime que « la multiplication des bailleurs et des agences, ayant chacun leurs procédures, mobilisait les administrations nationales au détriment de leur travail quotidien et aboutissait à une action publique éclatée, contradictoire, en mosaïque ». Il y a aussi des incontournables qui sont des employés du ministère de la Santé publique – donc, directement payé.e.s par l'État nigérien. Certain.e.s incontournables ont fait leurs études en Espagne, en Belgique, au Niger et d'autres dans la sous-région ouest africaine notamment au Mali, au Burkina Faso et au Togo.

Les incontournables participent à l'écriture des termes de référence, des connaissances qui sont produites (études évaluatives, grille de suivi technique, etc.) dans le processus du FBP et aux ateliers de restitutions des résultats des recherches sur le FBP. Ils/elles sont sélectionné.e.s et pris.e.s en charge par les « mentors » du FBP en question – pour participer à des ateliers de formations et des voyages d'études au Rwanda, Burundi, Benin, etc. Ils/elles ont donc été bien formé.e.s sur le FBP et donc se sont approprié.e.s des principes et fonctionnement du FBP. Ce qui corrobore ce que soulignent Paul et al. (2018), en disant que les concepteurs (les « mentor.e.s ») du FBR choisissent et forment un nombre important de ce qu'ils appellent les « champions du FBR » qui participent à la propagation du FBP dans les pays qui l'expérimente (Paul et al., 2018). Les incontournables constituent les vecteurs du FBP. Ils/elles ont une vision précise de ce que doit être le FBP au Niger qui reflète celle des « mentor.e.s » tel que mentionné plus haut. Certain.e.s ont l'opportunité de participer à des discussions dans certaines communautés de connaissances telles que la communauté des pratiques sur la santé/FBP pour la zone Afrique de l'ouest. Ils sont éloquents, articulés et convaincants lorsqu'ils prennent la parole pour exposer leurs points

de vue sur une question. Lorsqu'ils-elles interviennent, ils-elles font toujours référence aux expériences de certains pays. Les incontournables disposent non seulement d'un pouvoir d'influence et constituent pour plusieurs acteurs.trices des références sur la question du FBP et régulièrement consulté.e.s, notamment par les « curieux.ses » du FBP. Ils-elles représentent la troisième catégorie que nous abordons dans les lignes qui suivent.

#### 4.1.3. Les « curieux.ses » du FBP : posture d'appropriation et d'engagement

Plusieurs acteurs.trices du FBP, particulièrement des technicien.n.e.s et décideur.e.s du Ministère de la santé publique du Niger qui participent au processus du FBP sont très « intéressé.e.s » et passionné.e.s par le FBP. Certains de ces acteurs.trices travaillent dans les centres de santé intégrés (techniciens) et d'autres au Ministère de la Santé publique (décideurs, techniciens). Ils-elles participent au processus du FBP à cause de leurs expériences en matière des services de soins de santé ou à cause de leur position de décideur.e. Mais, ils-elles ont peu de connaissances sur le FBP, comme le souligne Monsieur Kabako, chercheur indépendant :

*« La plupart des acteurs.trices ne connaissent pas grand-chose sur le FBP. Tout ce qu'ils connaissent c'est ce qu'on leur a présenté à la formation à Kigali au Rwanda » (Kabako, chercheur indépendant, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Les propos de Kabako sont corroborés par Madame Hadjo, une technicienne qui stipule ceci :

*« J'avoue que je n'ai pas beaucoup lu sur le FBP, je suis aussi une apprenante du FBP, j'ai eu l'occasion de participer à une formation sur le FBP à Cotonou, où j'ai pu lire un document que je vais te donner ainsi que le rapport de formation » (Hadjo, Technicienne, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Certain.e.s acteurs.trices notamment les « curieux.eses » font recours aux « incontournables » pour s'imprégner des principes et du fonctionnement du FBP. À ce sujet, Monsieur Tchokoroba, un décideur, souligne ceci :

*« Avez-vous eu un entretien avec Monsieur X ? Oui. Oh ! Lui aussi ! Monsieur X est une personne-ressource parce qu'il est invité à plusieurs de nos activités. Il est*

*vraiment notre personne-ressource. Non! il est très bien. C'est lui qui est en train de nous appuyer. En tout cas, c'est lui la mémoire des politiques de gratuité des soins et du FBP. Nous nous inspirons beaucoup, beaucoup de lui » (Tchokoroba, décideur, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Paul, un technicien fait ressortir leur volonté de mieux saisir les principes du FBP en s'approchant des incontournables. À ce propos, il témoigne ceci :

*« Monsieur X qui a pris la place de Monsieur Y fait partie de nos personnes-ressources. Monsieur Y peut confirmer ça, Monsieur X est aussi un expérimenté du FBP. On l'invite aussi à toutes nos activités dans les formations sanitaires, il y a même des détails pour lesquels je vais voir Monsieur Y pour qu'il me les explique. Avec sa qualité d'enseignant, il a cette façon facile de faire comprendre. Avec lui, il n'y a pas de question taboue. Il est très ouvert. Il a cette manière d'expliquer terre à terre. Et il est très bien. Je suis surtout impressionné par certains principes du FBP, la question de motivation, la vérification indépendante (grille d'évaluation technique) du paiement des services après les résultats vérifiés » (Paul, un technicien, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Cependant, certain.e.s acteurs.trices s'intéressent à comprendre le FBP pas parce qu'ils/elle sont acquis.e à la cause, mais plutôt parce qu'ils/elles sont attiré.e.s par les opportunités d'emploi bien rémunéré qu'offre le FBP ou tout autre projet. C'est ce qu'explique Samari, chercheur indépendant :

*« (...), les gens vont voir leur collègue qui sont dans des meilleures conditions de travail, salariales, parce que même s'ils sont payés par l'État, ceux qui travaillent dans les projets comme ceux des FBP, se trouvent dans des conditions de travail et salariales meilleures que ceux qui travaillent juste pour l'État, mais pas dans un projet. Donc, il y a une fuite de cerveau à ce niveau. Donc, vous voyez qui ils créent une adhésion de plusieurs cadres aux projets que proposent les partenaires mêmes s'ils ne sont pas convaincus de la pertinence ou qu'ils ne marchent pas. Ils sont plus attirés par les conditions de travail et salariales qui accompagnent les projets (Samari, chercheur indépendant, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

En somme, les curieux.ses sont des acteurs du FBP qui se trouvent à cheval entre les « incontournables » et les « mentor.e.s ». Tel que souligné précédemment, ils/elles participent activement aux discussions sur le FBP à cause de leurs expériences en matière des services de soins de santé ou à cause de leur position de décideur.e. Ils/elle sont

impressionné.e.s par certains principes du FBP notamment la vérification de la quantité et la qualité des services de soins de santé qui sont accompagnés de primes, la motivation financière. Ils-elles ont des connaissances professionnelles dans le domaine des soins de santé et du fonctionnement du système de santé au Niger. Ils-elles n'ont pas une vision claire du FBP, mais tout comme les « incontournables » et les « mentors », connaissent bien le fonctionnement du système de santé publique du Niger. Cependant, ils-elles ont des connaissances très limitées sur les principes et le fonctionnement du FBP. D'ailleurs, contrairement aux « mentor.e.s » et aux « incontournables », l'analyse des petites bibliothèques des « curieux.ses » du FBP montre qu'ils/elles n'ont pas suffisamment de documents (articles scientifiques, les expériences des FBP réalisées dans d'autres pays africains et ailleurs, etc.) qui leur permettent de saisir de manière approfondie les contours du FBP. Ce manque de connaissance suffisante des « curieux » sur le FBP s'est révélé pendant l'atelier technique de validation du manuel de mise en œuvre du FBP. En effet, lors des échanges sur le manuel d'évaluation de la mise en œuvre du FBP, les interventions des « curieux.ses » du FBP se reposent essentiellement sur des connaissances empiriques en matière de soins de santé publique (connaissances techniques, organisationnelles et souvent institutionnelles). Ils/elles interviennent très peu pendant l'atelier en particulier lorsque les discussions portent sur des positionnements d'approche, de vision sur le FBP. Cependant, ils/elles posent très souvent des questions de compréhension comme celle posée par Monsieur Sankora, un « curieux » du FBP, technicien du Ministère de la Santé publique :

*« Deuxième point c'est par rapport aux primes, les 50% dont on a parlé. Est-ce qu'il y aura de prélèvement d'impôts sur les primes des agents? Pour moi, c'est une question très pertinente parce que, comme il a été dit hier par quelqu'un ici, par rapport à certaines expériences du FBP de certains pays, où les agents qui perçoivent les primes disent qu'ils ont eu beaucoup d'argent avec le FBP, mais qu'ils ont peur à ce qu'on leur demande de rembourser de l'argent en relation avec les impôts. Ils ont peur à ce que ça leur rattrape quelque part. Un autre jour la question va être soulevée. Donc, qu'est-ce qu'il faut faire concrètement pour éviter des problèmes? » (Sankora technicien du ministère de la Santé publique, curieux, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Un incontournable, technicienne, PTF, Madame Yani, répond à cette question pour mettre fin à la discussion :

*« Par rapport aux impôts, il y a une loi qu'on applique lorsqu'on fait les ristournes, de façon générale elle est applicable à toutes les revenus à 7%. Maintenant, on a ramené ça à 5%. Compte tenu de la pertinence de la question, il faut qu'on se renseigne à la source » (Yani, technicienne, PTF, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Un autre incontournable donne des réponses par rapport à la question : pourquoi 50% pour les primes? en s'appuyant sur des expériences observées dans certains pays :

*« C'est une excellente question. Bon, il n'y a pas de réponse formelle. Mais ce sont des pratiques qui existent. Mais je connais à gauche et à droite, des pays qui ont expérimenté le FBP, je connais un pays où c'est 80% pour les primes, ça je trouve que c'est exagéré. Dans certains pays c'est 30 ou 50%, ici on a préféré 50%. Je connais dans des pays des gens qui ont utilisé les primes pour améliorer la qualité de l'environnement de travail » (Patrick, incontournable, PTF, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

En somme au cours de l'atelier technique de validation du manuel de mise en œuvre du FBP, tenu à Niamey du 13 au 15 septembre 2018, les discussions se font généralement entre des incontournables et les expert.e.s internationaux.les qui partagent la même conception du FBP. Elles se passent également de façon très tendue entre deux promoteurs du FBP au Niger avec des approches différentes. En guise de rappel, il y a deux partenaires au développement au Niger qui tentent de lancer des projets pilotes sur le FBP et un autre, qui a déjà mis en œuvre un projet pilote, qui a été évalué positive. Tous ces partenaires ont des incontournables qui épousent leur approche. Ils/elles ont chacun engagé des expert.e.s internationaux.les qui travaillent pour eux sur le FBP.

Cependant, il y a des acteurs.trices qui ont pris part aux voyages d'études et à des formations sur le FBP mais qui, chemin faisant, ont été exclu.e.s du processus. Il s'agit des acteurs.trices que nous avons nommés les « contrarié.e.s » du FBP.

#### 4.1.4. Les « contrarié.e.s » : acteurs.trices très critiques en marge du processus du FBP

Les « contrarié.e.s » ont bénéficié des formations, des voyages d'études et des visites dans des pays qui ont réussi la mise en œuvre du FBP ou qui assurent une formation sur le FBP. Donc, ils/elles faisaient partir du groupe des « incontournables » au départ du lancement de l'idée du FBP au Niger. Mais, ils-elles ont été vite écarté.e.s et certain.e.s se sont retiré.e.s du processus du FBP pour des raisons diverses. Selon certain.e.s interviewé.e.s, l'une des raisons pour lesquelles, certains acteurs.trices formé.e.s au départ sur le FBP au Niger se sont retiré.e.s est liée à la démarche « non participative » de la Banque Mondiale comme le souligne Monsieur Kassoké, un technicien du Ministère de la Santé publique :

*« On a formé un grand nombre de cadres. Mais, ç'a éclaté après. Parce que la Banque Mondiale, à un moment, je pense, a amené des consultants. Ils les ont mis dans un bureau. Ils ont soutiré un parmi nous, c'est-à-dire parmi les gens qui ont été formé.e.s. Ils ont conclu des choses à huis clos. Ils viennent après qu'ils veulent appliquer le FBP au Niger. Et, après, ils ont fait deux rencontres. À la deuxième rencontre, un de nos collègues a tapé sur la table. Et, c'est de là, tout le monde était d'accord que ça ne valait pas la peine. Chacun a rejoint son bureau. Et depuis lors, ça n'a jamais repris. Parce que tout le monde avait à l'esprit ce qui s'est passé à la deuxième réunion. Nous, on voulait implémenter le FBP à notre manière et on nous amène un consultant qui n'est au courant de rien, qui ne nous a pas consulté, qui impose les choses. C'est comme ça que les choses ont cassé. Donc, ils ont suivi le cheminement dicté par la Banque mondiale. Comme ça, nous, on observait. Ça va se faire sans nous. Si on ne peut pas l'arrêter, nous, on ne va pas participer » (Kassoké, technicien, ministère de la Santé publique, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Monsieur Thomas, technicien du ministère de la Santé publique, corrobore les propos de Kassoké sur la stratégie de soutirer un acteur parmi ceux-elles qui ont bénéficié des formations et des voyages d'études sur le FBP, pour imposer la démarche de la banque Mondiale au Niger en stipulant ceci :

*« Monsieur X, faisait partie de ceux que nous avons considérés comme traitres. Parce que c'est lui qui a été compté par la Banque Mondiale. On a su ça, lorsqu'on voyait les décisions parachutaient sur le FBP. C'est après qu'on a compris que les réunions se faisaient avec lui, le traître. Il nous a déçus. Il savait qu'il y a des gens avec lesquels ils sont allés au Rwanda qui peuvent*

*être utile pour les discussions sur le FBP. Donc, lui il est resté seul avec le secrétaire général et le représentant de la Banque Mondiale pour décider. Le traître était resté seul, il n'y avait pas quelqu'un qui pouvait être un contre-pouvoir réel sur les discussions concernant le FBP. Seul le consultant de la Banque Mondiale a réussi à s'imposer. Il ne s'est pas imposé sur la base des arguments scientifiques, mais par la force de l'argent. Ça, c'est plus que scientifique ha! ha! ha! ha! Il n'y a pas d'argument scientifique, c'est l'argent. L'argument le plus solide c'est celui de celui qui va financer » (Thomas, technicien du Ministère de la Santé publique, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Un autre technicien du ministère de la Santé répondant au nom de Monsieur Keina, ajoute qu'au départ le gouvernement ne s'intéressait pas trop au FBP. Mais par la suite, ils ont cherché à comprendre comment il est appliqué dans certains pays. Selon lui, le vrai problème qui a poussé plusieurs des personnes formées à se retirer est la non-prise en compte de la stratégie proposée par certain.e.s technicien.nes du ministère aux bailleurs de fonds pour mettre en œuvre le FBP qui est la sensibilisation d'abord de tous les acteurs.trices concerné.e.s par le FBP. À ce propos Keina, souligne que :

*« Le gouvernement n'a pas voulu du FBP. Moi à mon retour du Rwanda, j'ai eu des échanges avec mes décideurs sur le FBP. Et, le secrétariat du gouvernement voulait aller voir au Rwanda comment ça marche. Mais, c'est la volonté qui a manqué. Nous, on voulait procéder à une sensibilisation au niveau national pendant une année afin de partager l'information avec tout le monde sur les avantages et les inconvénients du FBP. On a cherché les financements pour effectuer ce travail de sensibilisation, mais on n'a pas trouvé. C'est après qu'on a compris que la Banque mondiale veut aller directement faire un test pilote. Mais, nous, on ne voulait pas. Mais comme tu le sais. Ceux qui ont l'argent ont toujours raison. Donc, la Banque mondiale a pris le devant, elle voulait aller vite comme d'habitude, en amenant des consultants sans nous nous consulter pour dire que c'est faisable. C'est un phénomène à la mode vous savez comment ça se passe. On prend un consultant, il va démontrer que ça marche. C'est ce qui fait aussi que nous nous sommes retirés, parce quand on a appris ça, au moins, moi, j'ai incité une petite révolution au sein de l'équipe formée et on est parti » (Keina, technicien, ministère de la Santé publique, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Monsieur Gaskiya, Technicien en santé publique a été formé au moment de la gestion du FBP au Niger. Mais Gaskiya ne connaît pas la raison pour laquelle, il n'est jamais contacté au processus du FBP après sa formation en témoignant ceci :

*« Je faisais partie de l'équipe qui était partie en 2010 pour voir qu'elle est la*

*possibilité d'implémenter le FBP au Niger. À propos du FBP, actuellement, je ne sais pas ce qui se passe. C'est dommage quoi ! J'ai regretté cela. Qu'est-ce qui a motivé le lancement du FBP? Pour te dire la vérité au Niger, la majorité des gens qui ont été formés sont mis à l'écart même le secrétaire général. Donc, mon cher, le FBP est un programme des partenaires et non celui du gouvernement » (Gaskiya, Technicien en santé publique, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Samia ajoute que le fait que le gouvernement a pris du temps pour appliquer le projet pilote de Boboye montre que plusieurs technicien.e.s du Ministère n'ont pas adhéré à la démarche de la Banque Mondiale qui l'a financé. C'est ce qui ressort dans les propos de Samia ci-dessous :

*« Il a fallu en 2016 pour qu'il y ait une première approche de Boboye sans les 9 personnes formées et qui ont visité l'expérience du Rwanda. Après les 9 personnes, on a envoyé 15 autres personnes en formation. Mais s'était du gâchis. Je ne sais pas comment ils l'ont implémenté, le FBP à Boboye. Mais il y a plusieurs partenaires qui veulent faire une forme d'extension du FBP » (Samia, technicienne en santé publique, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

En somme, les contrariés sont des acteurs.trices qui faisaient partie du premier lot des technicien.e.s et personnes-ressources de santé publique au Niger, ayant bénéficié des formations, des voyages d'études et des visites dans des pays (Rwanda, Burundi) qui ont réussi la mise en œuvre du FBP ou qui assurent une formation sur le FBP. Donc, ils-elles faisaient partir du groupe des « incontournables ». Mais, certain.e.s ont été écarté.e.s du processus du FBP pour des raisons diverses et d'autres l'ont boycotté. Ils/elles ne participent plus aux échanges sur le FBP. Cependant, ils/elles sont favorables aux principes du FBP mais demeurent très critiques en ce qui concerne la démarche du FBP au Niger notamment celle de Boboye financé par la Banque Mondiale. Ils-elles ne partagent pas la stratégie de la banque mondiale fondée sur les projets pilotes pour produire des connaissances et de promouvoir le FBP. Ils-elles pensent que les débats autour du FBP sont biaisés. À travers les témoignages des contrariés, il ressort finalement que, l'utilisation des consultants internationaux pour les études évaluatives ou de faisabilité du projet, a des effets d'intimidation et de mystification des connaissances. Elle crée une forme de frustration chez certain.e.s acteurs.trices qui voit une telle pratique comme un moyen pour un PTF, de justifier et d'imposer une théorie ou une démarche de financement comme le

FBP. Ces constats corroborent les propos de Kerouedan et Eboko, (1999) qui font ressortir que les pays bénéficiaires d'aide au développement n'ont pas de marge de manœuvre pour discuter ou modifier le choix des donateurs lorsqu'il est question d'intervenir dans un domaine de santé publique. D'autant plus que dans plusieurs pays africains, la lutte contre le sida est une politique publique de santé dont le choix, la conception sont l'œuvre de l'OMS et la Coopération française (Kerouedan & Eboko, 1999). Ce qui nous amène à aborder dans le chapitre suivant le processus de légitimation et les stratégies de production de connaissances dans le cadre du processus de mise en œuvre du FBP au Niger.

#### 4.2. Processus de légitimation, collecte et types de connaissances mobilisées par les acteurs.trices du FBP

Dans cette section, nous mettrons en lumière les points de vue des acteurs.trices sur le processus de légitimation et de production des connaissances sur le FBP au Niger. Ainsi, pour analyser le processus de légitimation et de production des connaissances sur le FBP au Niger, nous nous sommes d'abord reposés sur les différents types de connaissances recensées notamment les connaissances scientifiques, techniques (basées sur la pratique et les expériences) et les connaissances religieuses auprès des acteurs interviewés dans le cas du FBP. Les observations faites lors de l'atelier technique de validation du manuel de mise en œuvre du FBP et de l'analyse des « petites bibliothèques » collectées auprès des interviewé.e.s nous ont aussi servi de matériels pour comprendre le processus de légitimation et de production des connaissances sur le FBP. Ensuite, nous avons fait le lien entre les connaissances recensées et la façon dont ces savoirs sont mobilisés et avec quels moyens pour analyser de manière approfondie le processus de légitimation et de production des connaissances.

En effet, les points de vue des acteurs.trices sur le processus de légitimation et de production des connaissances du FBP), nous ont aidé non seulement à comprendre la façon dont les acteurs.trices sont amené.e.s à s'approprier du contenu, le fonctionnement et les perspectives du FBP, mais aussi les types de connaissances qui sont produits et mobilisés

en amont autour du FBP et à avec quels moyens et comment. Dans ce processus, la réalisation de projet pilote, les évaluations et la recherche constituent des outils de production et d'utilisation de connaissances scientifiques sur le FBP. La tenue des ateliers et réunions restreintes représentent des lieux d'influences de production, de validation et d'usages des connaissances Enfin, les formations et les voyages d'études sont des moyens d'acquisition de connaissance sur le FBP.

#### 4.2.1. Les formations et les voyages d'études : moyen de mobilisation et d'acquisition de connaissance sur le FBP

À l'unanimité, les acteurs.trices interviewé.e.s ont fait ressortir deux activités principales sur lesquelles, les PTF ont mis l'accent pour mobiliser des connaissances autour du FBP. Il s'agit de la formation et de l'organisation des voyages d'études pour les technicien.e.s et décideur.e.s du ministère de la Santé publique.

En effet, Madame Doumbia, technicienne, PTF, explique la façon dont son institution, la Banque mondiale, s'est engagée à lancer une dynamique sur la question du FBP afin de l'expérimenter au Niger. L'institution a organisé des séries de formations et de voyage d'études à l'endroit des cadres du ministère de la Santé publique :

*« Sur la base de ce que les gens ont entendu de ce qui se passe dans certains pays, autour du FBP sur le plan international, on est allé même visiter pour voir ce que ces pays ont fait. Eh! On a vu que c'est une bonne chose. C'est ça qui a motivé les gens à l'inscrire dans le Programme de Développement sanitaire (PDS) comme réforme. Quand ils l'ont inscrit dans le PDS. On a dit OK! on va le piloter au Niger pour voir si ça va marcher. Et si ça doit marcher quels sont les éléments d'amélioration qu'il faut apporter pour que ça marche mieux au Niger. C'était ça l'idée, c'était une des raisons qui a conduit même à envoyer des cadres du Ministère de la Santé publique dans certains pays pour se former sur le FBP » (Madame Doumbia, technicienne, PTF, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Le choix porté sur le ministère de la Santé pour l'expérimentation du FBP s'explique par l'expertise qu'il a développée dans le domaine de la gestion axée sur les résultats, dans l'élaboration des plans d'action, des plans stratégiques et des évaluations trimestriellement et semestriellement qu'il fait dans les régions. Ainsi, certain.e.s cadres du Ministère ont bénéficié d'une série de formation et de voyage d'études en particulier au Rwanda pour apprendre ce qui se passe sur la question :

*« Au Ministère de la Santé publique, nous sommes dans une approche de la gestion axée sur les résultats. Et, les cadres du Ministère du plan pensent que nous détenons le leadership au niveau sectoriel à cause de certaines pratiques qui se passent au ministère de la Santé notamment l'élaboration des plans d'action, des plans stratégiques en fonctions des orientations données par la politique nationale de santé et de les évaluées trimestriellement et semestriellement au niveau des régions tout ça. Donc, ils disent que cela constitue déjà une base pour expérimenter le FBP. Par rapport à cela, nous, aussi, ont été très déterminés. Et, nous avons entendu qu'il y a le Rwanda qui a réussi beaucoup de choses en utilisant cette approche du FBP, précisément dans le domaine de la vaccination, de la qualité des soins en général. Et, on s'est dit, pourquoi ne pas aller au Rwanda pour s'inspirer des bonnes pratiques en matière de mise en œuvre du FBP pour l'implémenter au Niger. Comme on était dans l'approche Gestion axée sur les résultats (GAR), on a trouvé ça intéressant c'est pareil en fait. Mais la différence est qu'il y a une motivation avec le FBP, il n'y a pas ça dans la Gestion Axée sur les Résultats » (Monsieur Gérard, décideur, ministère de la Santé publique, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

En effet, Gaoussou, technicien au ministère de la Santé publique, décrit à travers une formation offerte par la Banque mondiale, comment ils ont été amenés à s'intéresser et à comprendre certains principes du FBP en stipulant que :

*« Quand j'étais responsable de la direction des études et de la planification du ministère de la Santé publique, nous avons été invités par la Banque mondiale à participer à une formation portant sur l'incitation à la performance. Il y a deux types à l'incitation soit en passant par le centre de santé comme levier pour que les gens améliorent la qualité ainsi créer une attractivité de la population pour qu'elle vienne utiliser les soins, ou l'autre voie qui consiste à mettre tous les ingrédients nécessaires, la construction des centres de santé, amélioration de la qualité des soins, peinture, matériel, formation, et puis la motivation financière, et, ça, c'est le vrai FBP, aujourd'hui, c'est ça qui paie hé! » (Gaoussou, technicien du ministère de la Santé publique, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Monsieur Samba, technicien travaillant pour un PTF qui finance le FBP au Niger, corrobore les propos de Gaoussou en expliquant que les objectifs visés par son institution à travers les formations et les voyages d'études étaient de mieux les outiller sur le FBP afin qu'ils puissent comprendre et appliquer au Niger en mentionnant que :

*« En réalité nous avons mis en place tout un dispositif avec des moyens financiers pour envoyer des techniciens et des décideurs du ministère de la Santé publique à se former au Benin, au Sénégal, au Rwanda, Burundi, etc. pour prendre connaissance des expériences de ces pays sur le FBP. Ils retournent bien informer et bien documenter sur le FBP et donc capables de l'expérimenter au Niger » (Samba, technicien, PTF, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

C'est d'ailleurs, cet objectif qui vise à comprendre comment fonctionne le FBP dans d'autres pays, qui a conduit les décideur.e.s du ministère de la Santé publique à sélectionner les cadres qui ont bénéficié des formations afin qu'ils s'imprègnent de ses principes et de ses avantages notamment en insistant sur l'intérêt du FBP pour les décideur.e.s, les usager.e.s, et les politiciens :

*« Quand on voulait faire la réforme autour du FBP, on a commencé à identifier certains postes, certaines personnes qui sont importants à former ou à sensibiliser. C'est pour ça qu'il est prévu des séminaires de formation pour les décideurs auxquels peuvent assister les directeurs généraux, les directeurs centraux des ministères. Ce sont des formations de courte durée qu'on fait sur le FBP, assez souvent, ça dépend des cas. Mais c'est autour de 3 semaines, le temps de la formation. Il est difficile souvent pour un secrétaire général de suivre une formation de plusieurs semaines. Donc, il est prévu des formations de 3 jours pour eux. Et, il y a des modules qui sont développés pour eux qui leur permettent de comprendre un peu pourquoi insister sur l'intérêt du FBP, l'intérêt du FBP pour les décideurs, l'intérêt du FBP pour les usagers, l'intérêt pour les politiciens. À la limite, c'est quelque chose que le politicien lui-même peut utiliser » (Monsieur KONE, décideur au ministère de la Santé publique, FBP, Niger, juin-octobre 2018).*

C'est pourquoi Allaye, chercheur indépendant, pense que les formations et les voyages d'études qu'organisent les PTF sur le FBP sont juste des moyens leur permettant de former des cadres de la santé publique. Une fois formé.e.s, ces cadres seront donc disposé.e.s et prêt.e.s à mettre en œuvre cette forme de financement de la santé telle qu'ils/elles ont appris – qui n'est rien d'autre qu'un programme des PTF, en soulignant

que :

*« Tu sais, des techniciens sont formatés. Et parmi eux, d'autres sont payés par le projet FBP, pour piloter exactement ce que les gens là, veulent. (...)»  
(Allaye, chercheur indépendant, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

En résumé, pour collecter des connaissances sur le FBP, les PTF et certain.e.s décideur.e.s et technicien.ne.s du ministère de la Santé publique, ont dans un premier temps procédé à une sélection des agent.e.s du ministère. Ces dernier.è.s ont ensuite, bénéficié de formations et des voyages d'études dans les pays (Rwanda, Burundi, Benin, Sénégal) qui ont expérimenté et/ou qui offrent des formations sur le FBP. Selon plusieurs acteurs.trices interviewé.e.s, l'objectif des formations et des voyages d'études est de mobiliser suffisamment de connaissances sur le FBP, qui guidera son application au Niger. En revanche, certains acteurs, précisément un chercheur et un acteur de la société civile pensent que les formations et les voyages d'études visent seulement à outiller les cadres du Ministère avec des connaissances qui répondent aux agendas des PTF - qui font la promotion du FBP au Niger. Outre la stratégie basée sur la formation et les voyages d'études, les PTF incitent les cadres du Ministère à appliquer le FBP au Niger conformément aux objectifs qu'ils se sont assignés dans le processus. Après l'étape de mobilisation et d'appropriation des connaissances sur le FBP (principes, approches et fonctionnement) à travers les formations et les voyages d'études, les acteurs.trices du FBP ont mis en route une démarche afin de démarrer le processus de son expérimentation au Niger. Ils ont d'abord créé des espaces tels que les ateliers et les réunions restreintes pour faire circuler et produire des connaissances.

#### 4.2.2. Ateliers et réunions restreintes : espace de production, de circularité, d'influences et de validation des connaissances

La majorité des interviewé.e.s pense que des espaces d'échanges sont créés pour favoriser une implication des acteurs.trices concerné.e.s par le processus du FBP. Selon cette majorité, ces espaces constituent un moyen pour produire ou faire circuler des

connaissances. Monsieur Bolt, technicien au ministère de la Santé publique, souligne à ce propos que :

*« De manière générale, il y a des espaces de discussions et de partage de connaissances au Ministère. Il y a plusieurs comités d'échanges. Et même quand les comités sont pléthoriques, ils créent des petits comités, des sous-comités et des noyaux durs comme ils l'appellent. C'est-à-dire s'il y a un travail à faire, il faut lire les documents pour faire des synthèses » (Bolt, technicien au ministère de la Santé publique, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Cette majorité des interviewé.e.s souligne également qu'en plus, des espaces de circulation de connaissances qui existent déjà au ministère de la Santé publique, d'autres sont spécifiquement créés pour le FBP. Les principaux sont le comité de pilotage (orientation politique du FBP) et le comité technique (partage de connaissances et discussions sur les aspects techniques, organisationnels et de réalisation du FBP) :

*« Dans les projets sur le FBP plusieurs espaces de partages de connaissances sont constitués – qu'on trouve dans les différents projets du FBP. Il y a par exemple, le comité de pilotage qui est le niveau dialogue politique. Il y a le comité technique, où les aspects techniques de la mise en œuvre du projet sont discutés. C'est à ce niveau que tous les documents qui feront objet de prise de décision au niveau du comité de pilotage seront élaborés. Ce sont deux espaces d'échanges. Tous ces projets comptent créer des espaces de dialogue au niveau local. Mais à mon avis, la chose la plus compliquée et la plus destructive pour notre système de santé c'est le FBP. Parce que les agents de santé sont pour ça » (Konté, chercheur indépendant, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

En effet, il existe une diversité d'espaces qu'utilisent les acteurs.trices pour vulgariser le FBP, particulièrement, ceux en cours de mise en œuvre auprès des localités bénéficiaires et des décideur.e.s et technicien.ne.s :

*« Pour ce qui est de notre projet, FBP, il y a le comité technique et le comité de pilotage qui se sont déjà réunis. Et lors des différentes réunions du ministère dont par exemple les revues semestrielles et annuelles qu'organise le ministère de la Santé, et les réunions à différents niveaux on essaie un peu de vendre cette stratégie de FBP. Par exemple, là où il y a eu le test pilote, Boboye, on a prévu une réunion avec tous les maires, avec les préfets, avec les départements de la région et même avec le ministère, rien que pour parler du FBP. Et après, il y a des réunions régionales par exemple, le comité régional de santé, un lieu*

*aussi où on peut parler du FBP et les réunions du comité national de santé aussi. En dehors de tout ça, on va organiser des réunions avec les partenaires techniques et financiers qui sont censés accompagner l'État dans cette stratégie de FBP » (Diaby, technicien PTF. FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

En outre, quelques acteurs.trices interviewé.e.s (technicien.n.e.s et chercheur.e.s, société civile) pensent qu'en plus du rôle de circulation de connaissances et de lieux de rencontres pour les acteurs.trices (décideur.e.s, FBP, technicien.ne.s, acteurs.trices de la société civile), les espaces du FBP sont particulièrement des lieux d'influences des décisions et des actions à entreprendre. Pour ces acteurs.trices, les PTF et leurs expert.e.s s'arrangent toujours à ce que les conclusions des échanges s'alignent à leurs objectifs. Tankara, technicien du ministère de la Santé publique, souligne à ce sujet que :

*« Il y a des comités qui sont mis en place. Tu vois ces espaces, nous les utilisons pour convaincre. Par exemple, pour tout le FBP, on a des comités de pilotage et comité technique. Les expert.e.s du FBP utilisent par exemple, le comité de pilotage qui réunit tous les intervenant.e.s, y compris l'État, les décideur.e.s pour parler de la stratégie mise en œuvre et montrer les résultats positifs de la stratégie auxquels ils ont abouti. Dans cet espace, chacun cherche à défendre des positions sur la base des connaissances qu'ils ont produites pour faire avancer leur stratégie » (Tankara, technicien, Ministère de la santé publique, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Dans la dynamique des actions d'influence dans les espaces de circularité de connaissances sur le FBP, Sankara, décideur, ministère de la Santé publique, pense que la façon dont les discussions sont organisées dans ces espaces (choix des participants, le temps d'intervention limité et des sujets à discuter), constitue un obstacle à la diversité des points de vue :

*« Moi, à mon retour de Rwanda, nous avons opté pour une approche basée sur la sensibilisation pour montrer aux gens que le FBP est quelque chose de faisable sur la base de ce qu'on a observé. Mais, pendant les réunions, on ne te donne pas le temps de développer tes idées. J'ai pu convaincre des gens sur cette question de proche en proche, de bouche à oreille, parce que, j'ai vu que c'est une approche qui marche très bien pour montrer aux gens les avantages et les inconvénients du FBP et qu'est-ce qui est possible de faire. Et en même temps, moi j'écris. Je fais des propositions écrites. Je fais des canevas. Mais lors des réunions, l'arsenal d'expert.e.s de ceux qui ont l'argent a un grand*

*poids sur les décisions à prendre. Il est difficile d'avoir des discussions franches » (Sankara, décideur, ministère de la Santé publique, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Abdoulkader, chercheur, corrobore ce qui précède en soulignant que les réunions dans les espaces de circularité de connaissances (ateliers et comités) sont simplement des lieux de discussions de façade. Autrement dit, ce sont juste des espaces pour valider l'ordre du jour soigneusement préparé et non pas d'engager des vraies discussions sur le FBP :

*« Le débat est fait, les discussions sont faites, mais le choix des options ne reflète pas souvent les conclusions des réunions. Chaque acteur.trice a sa propre conception sur le FBP, lorsque cette conception n'est pas considérée dans la démarche, cet acteur.trice devient un opposant très critique au processus du FBP. Des tendances se dégagent au sein des acteurs.tices. Ils poussent l'État à s'embarquer dans le FBP. Mais, la réalité est que l'État qui n'a pas été capable de financer la gratuité qui est un mécanisme très simple. Donc, il ne peut pas faire le FBP qui est une grosse machine bureaucratique » (Abdoulkader, chercheur, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

De plus, quelques acteurs.trices interviewé.e.s pensent que l'accompagnement technique du processus du FBP qu'offrent les PTF, constitue une stratégie pour eux.elles de promouvoir le FBP dans la perspective de leur vision :

*« Ils ont créé ce qu'on appelle les cellules de coordination avec les points focaux. Les points focaux, ce sont des gens de l'administration, mais qui sont intégrés dans l'administration centrale en bas et dans ses démembrements. Mais à qui on donne plus de moyens et qui sont formatés pour défendre la stratégie du PTF. (...). En plus, ils ont un appui technique d'une expertise internationale permanente ou ad hoc. Tu vois non! c'est-à-dire ici, ils pilotent toutes ces choses-là en recrutant par exemple un Burundais pour participer à la gestion du FBP. Ils recrutent toujours deux conseillers: un conseiller international et un conseiller national. Un conseiller international qui est là, pour appuyer le Ministère et un conseiller national qui est là, pour travailler au niveau opérationnel. Donc, tout ça, ce sont des outils pour faire les choses en fonction des agendas des bailleurs. Et, eux, ce qu'ils veulent. C'est de transférer le modèle parce qu'ils viennent déjà avec leur modèle. Toutes les connaissances qui vont être produites, elles ont pour rôle de légitimer et d'influencer le gouvernement » (Sow, chercheur, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Cependant, Omar, technicien, PTF, pense le contraire sur le but de l'accompagnement technique international et national, considéré par certains acteurs.trices, comme un véhicule d'objectifs des PTF. Selon lui, c'est plutôt, une pratique qui permet d'aider à débiter et d'accompagner le projet:

*« Même pour démarrer le projet pilote FBP de Boboye et à cause de la lenteur des cadres du ministère de la Santé publique, j'ai fait venir au Niger, au moins deux fois ou trois fois par an un expert de la banque mondiale sur la question, pour les aider à comprendre comment avancer là-dessus. Mais je me suis rendu compte qu'il faut quelqu'un de permanent. C'est pourquoi, nous avons recruté un assistant technique. Mais finalement, l'assistant technique, quand il est venu, c'est lui qui faisait presque tout seul ? On a même accompagné le FBP testé à Boboye avec un expert technique international dont le principal expert venait de la République Démocratique du Congo, un des pays qui a fait le FBP » (Omar, technicien, PTF, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

En définitive, le processus du FBP au Niger est accompagné par plusieurs espaces de circularité de connaissances, qui existent déjà au sein du ministère de la Santé publique, ou qui sont créés pour la circonstance dont le comité technique et celui de pilotage. Ces espaces sont considérés par les acteurs du FBP comme des endroits d'implication de tous les groupes stratégiques de la santé dans le processus du FBP; de production, de circulation des connaissances sur le FBP; d'influence, de plaidoyer et de prise de décision. Au-delà de toutes ces caractéristiques des espaces de circulation de connaissances du FBP, certains acteurs.trices pensent qu'ils sont animés (les espaces sur le FBP) pour juste valider les orientations et les lignes directrices des financiers du FBP.

En plus, des espaces de circularité des connaissances sur le FBP, il y a les accompagnements techniques du processus. Pour certains acteurs.trices (chercheur.e.s, technicien.ne.s), l'accompagnement technique du FBP est un moyen de plus pour les PTF de promouvoir leur vision du FBP au Niger. Pour d'autres (PTF, décideur.e), l'accompagnement technique permet d'assister le FBP afin qu'il puisse bien démarrer et mise en œuvre. Dans les espaces de circularité de connaissances, plusieurs formes de connaissances sont mises en avant par les acteurs.trices dans le processus du FBP. Ces connaissances sont le fruit d'une stratégie qui s'est reposée sur un certain nombre d'actions

que sont la mise en œuvre d'un projet pilote, les évaluations interne et externe du projet et la conduite de recherche sur certains aspects du FBP.

#### 4.2.3. Projet pilote, évaluation et recherche : outils de production, de mobilisation et d'utilisation de connaissances scientifiques sur le FBP

Les acteurs.trices interviewé.e.s estiment à l'unanimité qu'après les voyages d'études, les formations et les espaces de circularité de connaissances, les projets pilotes, les évaluations, et les recherches sont les principales activités sur lesquelles reposent la production et l'appropriation des connaissances sur le FBP dans le processus de sa mise en application au Niger. Dans cette perspective, selon la majorité des interviewé.e.s, ces activités visent à démontrer l'efficacité du FBP et à convaincre les autorités de la pertinence de la mettre en œuvre au Niger en vue de renforcer le système de santé publique au Niger. Cependant, certain.e.s des chercheur.e.s et technicien.e.s pensent que les projets pilotes, les évaluations et les recherches permettent normalement de mesurer la faisabilité du FBP.

En effet, au début des discussions sur l'expérimentation du FBP au Niger, certain.e.s acteurs.trices ont suggéré de commencer par une recherche scientifique avant de lancer le projet pilote. Mais le PTF a préféré commencer directement avec le projet pilote pour des raisons de difficulté financière comme le souligne Monsieur Konda technicien, PTF, financier du FBP:

*« Au début, c'était prévu qu'on fasse, une recherche approfondie, mais on n'avait pas l'argent nécessaire pour ça, parce qu'il fallait, avoir un site témoin. Mais on s'est rendu compte qu'on ne peut pas le faire. Si on veut aller sur des aspects scientifiques, on ne pourra pas parce que l'argent ne suffisait pas. C'est pourquoi on a opté pour la réalisation d'un projet pilote » (Konda, Technicien, PTF, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Togola, décideur au ministère de la Santé publique, abonde dans le même sens que Konda, en démontrant la pertinence de débiter directement par un projet pilote FBP qui est en soi une recherche. Donc, il ne voit pas la nécessité d'effectuer une recherche avant le projet

pilote :

*« Quand on parle de projet pilote, cela veut dire que c'est une recherche. Quelque chose a peut-être marché quelque part, peut-être c'est la première fois ... donc, c'est une recherche. Même quand cela a été déjà expérimenté ailleurs, vu que ce n'est pas le même contexte, il faut l'appliquer ici pour voir ce qui marche et ce qui ne marche pas. En ce sens, on parle de recherche. Et, en recherche, on aboutit à des résultats et ces résultats sont utilisés pour améliorer le quotidien en quelque sorte. Donc, c'est la même chose » (Togola, décideur au Ministère de la Santé publique, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Cependant, Sanata, technicienne au ministère de la Santé publique, a la conviction ferme que la conduite d'une recherche scientifique avant le lancement du projet pilote FBP de Boboye était nécessaire, car selon elle :

*« Ce qu'on ne nous dit pas, les politiques sont conçues ailleurs et mises en œuvre ici. Mais on ne peut pas mettre des politiques de santé sans se fonder sur des données probantes avant son lancement. Parce que, l'un des arguments forts qui nous animent ici et qu'on compte faire, est qu'avec un FBP fondé sur la recherche-action, la capitalisation et le suivi scientifique, on peut réduire la barrière financière. » (Sanata, technicienne, ministère de la santé publique, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

En outre, la majorité des acteurs.trices interviewé.e.s ont souligné l'importance et l'existence, en amont, d'un mécanisme de suivi (manuel de mise en œuvre du FBP) et organisationnel (création des comités FBP) pour les projets pilotes FBP (Boboye déjà réalisé, et les deux en cours de réalisation). Ces acteurs.trices pensent que ces outils permettent de rassurer les partenaires sur la démarche du projet FBP en particulier les décideur.e.s et les technicien.n.e.s du Ministère de la Santé publique. C'est ce qui ressort dans les propos de Monsieur Camara, décideur au ministère de la Santé publique :

*« Pour convaincre, les acteurs du FBP, il y a d'abord le système de suivi pour les évaluations qui a été élaboré. Il y a des comités qui sont mis en place. Par exemple, pour tout le FBP de Boboye, on a des comités de pilotage et comité technique. Le comité de pilotage permet de réunir tous les intervenants, y compris l'État, les décideurs pour leur parler de la stratégie et leur montrer à la fin, la stratégie du projet, les résultats auxquels on a abouti. Pour les deux*

*projets aussi en cours, c'est ça, on est en train de faire » (Camara, décideur, ministère de la Santé publique, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

En effet, la majorité des acteurs.trices particulièrement les PTF, soutiennent que le projet pilote FBP/Boboie a été une réussite. D'autant plus, selon eux, il a permis, après une évaluation, aux centres de soins de santé bénéficiaires de Boboie, d'avoir suffisamment des moyens financiers et matériels pour offrir des services de santé en quantité et de qualité. Ce qui n'était pas le cas, selon Santos, avant la mise en œuvre du projet pilote :

*« Avec la réalisation du FBP, piloté au niveau de Boboie, on a vu ce que ça a donné comme résultats. Même la question de gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans, où le ministère de la Santé publique avait des difficultés de remboursement des arriérés liés aux services de soins de santé a été résolue. Le Ministère n'avait donc, pas rencontré des difficultés de remboursement des factures à Boboie pendant ce projet pilote FBP. Tout le monde a eu des ressources financières et matérielles pour faire fonctionner les structures de santé. Et voilà là, où on est » (Santos, technicien, PTF, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Ainsi, selon plusieurs acteurs.trices, notamment les techniciens et décideurs du ministère de la Santé publique et les PTF, le ministère se sert actuellement des résultats positifs du projet pilote de Boboie pour rencontrer d'autres PTF du Niger afin de les orienter vers le FBP. A ce sujet, Sandrine, technicienne, ministère de la Santé publique, stipule que :

*« Maintenant, c'est le résultat de l'évaluation interne et l'évaluation externe qu'on est en train de montrer aux bailleurs de fonds, aux décideurs pour quand même continuer le FBP. Et avec les résultats de Boboie, déjà, ç'a donné une stimulation à d'autres partenaires qui s'intéressent de plus en plus au FBP » (Sandrine, technicienne, ministère de la Santé publique, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Comlan, technicien travaillant pour un PTF, abonde dans le même sens que Sandrine. Il appuie que les résultats satisfaisants obtenus à la suite de l'évaluation du projet pilote FBP/Boboie, permettent aux décideurs et aux PTF de prendre des décisions conséquentes pour élargir le FBP sur le tout le système de santé publique au Niger en mentionnant que :

*« Les décideurs sont convaincus (...), parce que, quand vous prenez par exemple, le test pilote de Boboie, on a eu des résultats encourageants (...). Et,*

*c'est ça, nous mettons sur le marché pour discuter avec les partenaires de santé publique du Niger, surtout les décideurs. Ils sont convaincus par rapport aux acquisitions, aux réalisations... » (Comlan technicien, PTF, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Cependant, quelques acteurs.trices particulièrement, des PTF et des techniciens trouvent que le gouvernement est très timide vis-à-vis de la continuité du FBP au Niger. Alors qu'il a reçu toutes les preuves (rapport de l'évaluation positive du projet) de la réussite du FBP de Boboye :

*« Ils ont fait le FBP pendant une année à Boboye, on a vu les résultats que ça a produit. Ils ont fait un rapport. On a fait une évaluation finale. Les documents ont été présentés au Ministre. On a dit : on fait quoi. Le projet était fini. Le projet fini, le Ministère n'arrive pas à décider » (Moustapha, technicien d'un PTF, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Un autre technicien, PTF, Monsieur Zombi, corrobore l'hésitation du gouvernement dont faisait allusion Moustapha précédemment, en disant que :

*« Quand on présente un projet, il y a toujours l'aspect suivi-évaluation en mi et mi-parcours que ce soit en fin de projet. Les résultats sont présentés au ministère. Et la plupart du temps ce sont des recherches. Ce sont des choses que nous sommes en train d'expérimenter. Donc nous avons plus de moyens, plus de temps, plus d'expérience que le ministère. Donc, on suit le projet de bout en bout pour s'assurer que sa mise en œuvre a été bien faite, que les moyens n'ont pas manqué, l'encadrement n'a pas manqué. Et, à la fin, voilà les résultats que nous présentons au ministère. Bien que le ministère soit déjà dans le processus, de façon officielle; nous lui présentons les résultats ; voici, ce que tel projet ou telle intervention a eu comme résultat, voilà, voilà, comme le résultat du projet pilote FBP/Boboye. On les donne au ministère. Maintenant, c'est au ministère de décider s'il faut le vulgariser partout ou s'il faut le mettre en œuvre partout. Ou bien ce sont des résultats qui ne sont pas satisfaisants et qu'il ne faut pas retenir. Il y a toujours cet aspect dans les projets. Jusqu'ici on attend » (Zombi, technicien, PTF, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

En effet, par rapport à cette indécision du gouvernement d'étendre le FBP à tout le système de santé du Niger, Kadabra, technicien au ministère de la santé publique s'interroge si le FBP n'est finalement pas une politique des partenaires (chaque PTF avec son projet FBP) et non celle du gouvernement (absence d'harmonisation du FBP) :

*« Maintenant c'est vrai qu'il y a deux bailleurs de fonds qui ont des projets*

*FBP. C'est la coopération belge et allemande. Chacun veut faire un FBP dans sa zone d'intervention. La coopération belge est dans la zone de Dosso et les Allemands dans la zone de Tillabéry. Mais j'avoue que, on rencontrera des difficultés, parce qu'on n'arrive pas à harmoniser ce qu'ils veulent faire en termes de FBP. C'est pourquoi je me demande : est-ce que réellement le FBP est un programme du ministère du ministère de la Santé publique ? J'ai l'impression que c'est un programme des partenaires. Mais normalement ce n'est pas un programme des partenaires » (Moustapha, technicien d'un PTF, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Par ailleurs, quelques acteurs.trices du FBP (chercheur.e.s et technicien.n.e.s du Ministère de la Santé publique) pensent que les évaluations (interne et externe) du projet FBP/Boboye sont biaisées. Même si par ailleurs, celui-ci a été jugé satisfaisant par la majorité des acteurs.trices. Ils pensent que ceux qui ont fait l'étude évaluative du projet étaient en même temps juges et partis :

*« Par rapport à l'évaluation du projet, il n'y a même pas de débat. On connaît les résultats d'avance. Ce que le consultant dit. C'est ce qui est validé. Il y a très peu de consultants qui sont ouverts. Qui peut dire, oui, je suis d'accord avec ça. Mais, il y en a quand même. Mais ils sont rares. C'est toujours, c'est moi le consultant. Alors qu'un consultant ce n'est pas celui qui sait le plus. Mais non, il est là pour faciliter, un consultant. Mais non, il vient se montrer, c'est lui le consultant (...), il fait sortir des connaissances, souvent trop théoriques, et avec ça il va démontrer la faisabilité de la chose, le projet quoi. C'est comme ça ils imposent les choses. Mais dans l'application ça pose des problèmes. Celui qui a amené le consultant, c'est lui qui va financer l'initiative. Donc, la parole-là, notre parole, ne pèse pas beaucoup. Tant qu'on ne met pas la main à la poche, ça ne marche pas. Et ça, c'est un des problèmes de ce qu'on appelle, l'utilisation des connaissances. Moi, ce concept, je ne le connais pas » (Boucar, technicien du Ministère de la Santé, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Sanogo, chercheur, universitaire, abonde aussi, dans le même sens que Boucar en précisant que les évaluations des projets pilotes notamment celui du FBP/Boboye ne sont pas claires. Selon lui, toutes les conditions sont réunies pour que la production des connaissances à travers les évaluations s'oriente vers la vision du promoteur :

*« Le processus des évaluations des projets n'est pas transparent. Certains partenaires choisissent les chercheurs qu'ils veulent pour évaluer un projet comme celui du FBP de Boboye, compte tenu de leur position par rapport à*

*l'idéologie ou par rapport à des intérêts, Ça peut-être une collision idéologique par exemple quelqu'un comme Monsieur X, qui est un pro FBP aveugle. Si on lui demande d'évaluer le FBP, les partenaires ont plus de garantie avec ce dernier pour chercher les bienfaits du FBP. Ils ne trouveront pas des choses pareilles avec des chercheurs indépendants. Pour quelqu'un qui a travaillé avec les Belges qui est un pro FBP au Congo comme notre gars-là, qui est un acteur de mise en œuvre du FBP au Niger et vous voulais qu'il évalue celui du Niger. Vous voyez, ici, la banque mondiale fait une utilisation sélective de la connaissance » (Sanogo, chercheur, universitaire, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

En effet, selon Kassoum, technicien ministère de la santé publique, très souvent, les promoteurs.trices de projet pilote comme celui de Boboye sur le FBP, s'assure à ce que celui qui fera l'évaluation soit acquis à la cause. Par la suite, le commanditaire de la recherche, utilise les résultats de l'évaluation pour la promotion du projet en question :

*« Lorsque des PTF, qui financent un projet pilote FBP, obtiennent la garantie que le chercheur en charge de l'évaluation du projet va produire des connaissances qui sont utilisables par eux pour valider leurs interventions dans le sens d'utiliser les résultats pour faire du plaidoyer. Et par cette stratégie, ils imposent au Niger ou d'autres pays, de généraliser leurs interventions au niveau national comme l'expérience de Boboye financée par la Banque Mondiale. Par exemple au Niger, avec cette expérience évaluée positive, ils ont poussé le gouvernement du Niger à accepter d'influencer d'autres partenaires à financer d'autres FBP. Tu vois non. Donc, ça, c'est de la coercition. C'est-à-dire, ils utilisent les connaissances pour plaider, en fait pour imposer une politique. Et ce processus d'imposition machin se fait dans plusieurs sens » (Kassoum, chercheur indépendant, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

En conclusion, la mise en œuvre d'un projet pilote/FBP à Boboye, les résultats de l'évaluation du projet et les recherches menées ont constitué, une troisième étape importante dans le dynamique qui a conduit à comprendre la pertinence pratique du FBP au Niger. En effet, les connaissances mobilisées autour de ces actions alimentent toujours les discussions entre les acteurs.trices.

Certains partenaires techniques et financiers (la coopération belge et allemande) se sont approprié.e.s des résultats positifs issus de l'évaluation du projet pilote FBP de Boboye. Ainsi, ces deux partenaires techniques et financiers avec l'accord des décideur.e.s ont lancé respectivement deux projets pilotes FBP à Tillabéry et à Dosso. Donc, la mise en œuvre

du FBP au Niger, reste toujours à l'état de projet pilote ciblé. Les partenaires l'appliquent en fonction des objectifs de leur champ d'intervention au Niger. D'ailleurs, certain.e.s technicien.e.s, décideur.e.s et partenaires techniques et financiers (particulièrement la Banque mondiale), continuent à se demander pourquoi le gouvernement hésite de prendre la décision d'élargir le FBP au plan national avec un seul FBP - surtout que selon eux, les évaluations interne et externe ont montré sa pertinence à Boboye.

Mais, certain.e.s acteurs.trice (technicien.n.e.s et chercheur.e.s) ont émis des réserves sur les conditions dans lesquelles se sont réalisés ces derniers aspects (évaluation interne et externe et les recherches) et sur la démarche globale du FBP piloté à Boboye. Ces acteurs.trices s'appuient sur le fait que par tradition le FBP commence par un projet pilote. Ensuite, des évaluations ciblées sont organisées et ceux-elles qui sont recruté.e.s pour mener les études évaluatives sont acquis à la cause du projet. Certain.n.e.s technicien.n.e.s notamment les « contrarié.e.s » du FBP, ont surtout souhaité qu'il ait une sensibilisation générale sur le FBP et une recherche scientifique indépendante avant sa mise en œuvre. Selon, eux, le Niger n'a pas besoin de projet pilote puisqu'ils/elles ont visité des pays dans lesquels le FBP est appliqué. Ils/elles ont donc pu constater comment il fonctionne. En effet, pour ces acteurs.trices, les promoteurs.trices du projet FBP se cachent derrière les données produites à travers les études évaluatives pour influencer à ce que le projet continue. Les arguments issus de la recherche évaluative sont utilisés pour convaincre l'auditoire lors des discussions avec les acteurs.trices de la santé publique. Le centre d'intérêt est préconçu et maquillé par les résultats de la recherche. Des espaces de circularité de connaissances (ateliers, comités et réunions restreintes) sont créés pour la production et la promotion des connaissances mobilisées à travers les évaluations, le projet pilote de Boboye, les recherches, les voyages d'études et les formations. En somme, le processus de légitimation et de production des connaissances sur le FBP au Niger est caractérisé par quatre grandes étapes.

La première étape consiste à identifier et à sélectionner des agents du ministère de la Santé publique nigérienne qui sont par la suite formés à travers des ateliers de formations et des voyages d'études au Rwanda, Burundi, Benin, Sénégal, etc. Ces pays ont déjà mis en œuvre le FBP et/ou assurent des formations sur le FBP. Selon plusieurs acteurs.trices

interviewés.es, l'objectif de cette première étape consiste à réunir assez de connaissances sur le FBP afin de faciliter sa mise en œuvre au Niger. Cependant, certains acteurs (chercheur et acteur de la société civile) estiment que cette première étape vise uniquement à armer les cadres du ministère de la Santé publique de connaissances orientées vers la vision des PTF (Banque mondiale, coopération allemande et belge) qui portent des projets FBP au Niger. Cette première étape est donc considérée par les interviewés.es comme celle de la mobilisation et d'appropriation des connaissances sur le FBP (principes, approches, fonctionnement et pertinence) et le formatage des agents du ministère de la Santé publique qui participent aux discussions sur le FBP.

La deuxième étape est l'accompagnement technique par des expert.e.s nationaux.les et internationaux.les du processus du FBP. Cette étape joue un rôle crucial dans le processus de production et de légitimation des connaissances sur le FBP. D'ailleurs, certain.e.s acteurs.trices (chercheur.e.s, technicien.ne.s) soulignent que l'accompagnement technique du FBP est un moyen par lequel les PTF vulgarisent leur vision du FBP au Niger. Pour d'autres (PTF, décideur.e), cet accompagnement technique a pour objectif de favoriser une bonne compréhension des avantages et des inconvénients du FBP, un bon démarrage et une bonne mise en œuvre du FBP.

La troisième étape du processus de légitimation et de production des connaissances sur le FBP au Niger est caractérisée d'abord par l'usage de plusieurs espaces de circularité de connaissances qui existent déjà au ministère de la Santé publique (ateliers et réunions restreintes, etc.), ou qui sont créés pour faciliter la mise en œuvre du FBP (comité technique, comité de pilotage). Ces espaces sont considérés par les acteurs.trices du FBP comme des endroits d'implication de tous les groupes stratégiques (les « mentor.e.s », les « incontournables », les « curieux.ses » et les « contrarié.e.s » du FBP) de la santé dans le processus du FBP; de production, de circulation des connaissances sur le FBP; d'influence, de plaidoyer et de prise de décision. Cependant, tout comme l'accompagnement technique, certain.e.s acteurs.trices pensent que ces espaces créés pour faire circuler et produire des connaissances sur le FBP sont simplement des moyens mobilisés pour valider les orientations et les lignes directrices des bailleurs de fonds du FBP.

La quatrième étape du processus de production et de légitimation des connaissances sur le FBP se manifeste par la mise en œuvre d'un projet pilote/FBP à Boboye, l'évaluation (interne et externe) du projet et la recherche à chaque étape du processus. L'objectif de cette étape est de permettre aux acteurs du FBP de comprendre la pertinence pratique du FBP pour le Niger. En revanche, tout comme les formations, les voyages d'étude, les espaces de circularité, l'accompagnement technique, la majorité des interviewé.e.s souligne que les connaissances mobilisées pendant cette étape servent à enrichir et à influencer les discussions au sein des espaces de circularité et de production des connaissances sur le FBP. D'ailleurs, selon les interviewé.e.s certains partenaires techniques et financiers (la coopération belge et allemande) se sont appropriés des résultats positifs issus de l'évaluation du projet pilote FBP de Boboye et en harmonie avec leur champ d'intervention au Niger, pour respectivement lancer les projets pilotes FBP à Tillabéry et à Dosso. D'autres interviewé.e.s (technicien.n.e.s et chercheur.e.s), remettent en cause la validité scientifique des évaluations du projet pilote/FBP (interne et externe et les recherches) et la stratégie globale du projet pilote/FBP de Boboye.

#### 4.3. Synthèse : Une typologie des acteurs.trices du FBP dans un processus controversé de production de connaissance

L'analyse des résultats révèle quatre types d'acteurs.trices qui ont formé un réseau informel avec des caractéristiques spécifiques, de degrés d'implication, de pouvoir d'influence inégale dans le processus de production des connaissances sur FBP au Niger. Il s'agit successivement des « mentor.e.s » du FBP, des « incontournables » du FBP, des « curieux.ses » du FBP et des « contrarié.e.s » du FBP.

##### 4.3.1. Les « mentor.e.s » du FBP : « architectes » conceptuels et financiers du FBP au Niger

Dans un premier temps, tel que souligné plus haut, il ressort de l'analyse des données que les « mentor.e.s » sont les principaux.les bailleurs de fonds du FBP. Ils-elles esquissent les

premières orientations et stratégies (conceptions) et les bases de production des connaissances scientifiques en particulier (étude de faisabilité, projet pilote, évaluations) autour du FBP. Ils-elles sont donc, les initiateurs.trices et les idéologues du FBP au Niger. Ce rôle des bailleurs de fonds en tant que « mentor.e.s » s’aligne sur les propos de Pérouse de Montclos (2009) qui appuie que les Organismes de coopération (Agence française de Développement, coopération suisse, etc.) et les institutions financières internationales (FMI, BM, etc.) sont les principaux financiers et demandeurs de recherches sur une politique publique - et sont souvent à la base des grandes orientations concernant les enjeux de développement des pays bénéficiaires d’aides (Pérouse de Montclos, 2009a). Dans le processus des orientations stratégiques, de production des connaissances et de mise en œuvre du FBP, l’analyse des résultats révèle aussi que les bailleurs de fonds se font entourer par des expert.e.s internationa.ux.les (chercheur.e.s, expert.e.s en économie de la santé, en analyse des politiques publiques, spécialiste du FBP, etc.) pour promouvoir leur vision du FBP. Ceci corrobore l’assertion selon laquelle les organisations internationales gouvernementales et leurs diverses agences, jouent un rôle déterminant dans la diffusion des idées, des programmes et des institutions à travers le monde (Dolowitz et Marsh, 2000), tel que par exemple le FBP. Donc, selon Dolowitz et Marsh (2000), ces organisations utilisent leur pouvoir politique et économique pour influencer les décideur.e.s d’un pays bénéficiaire d’aides à s’incliner face à leurs exigences. Ils soulignent également que dans cette perspective, des consultants internationaux sont souvent mobilisés sous la bannière d’une agence d’aide internationale.

Il faut aussi noter que les bailleurs de fonds se font entourer par plusieurs autres acteurs.trices (technicien.ne.s et décideur.e.s, personnes-ressources) dans la dynamique de production et de diffusion des connaissances sur le FBP au Niger. Ces acteurs.trices ont aussi un grand pouvoir d’influence, décisionnel. Ces pouvoirs d’influence leur permettent de véhiculer et de passer la vision des bailleurs de fonds du FBP au Niger. D’ailleurs l’utilisation de décideur.e.s et autres acteurs.trices loca.ux.les (les « incontournables » du FBP) par les PTF est corroborée par Signé (2014), qui souligne qu’en Afrique, des décideur.e.s acceptent aisément des idées véhiculées par des partenaires internationaux afin

d'obtenir des financements pour résoudre un intérêt direct. Ce qui, par conséquent, selon lui fait lit aux institutions financières internationales pour prescrire leurs arranges.

En somme, les « mentor.e.s » du FBP sont composé.e.s de PTF (Organismes internationaux, bilatéraux), d'expert.e.s internationaux.les, de technicien.ne.s, de décideur.e.s, de personnes-ressources qui s'engagent (mobilisation des moyens financiers, techniques, matériels et humains) à introduire le FBP au Niger. En effet, en plus des organisations internationales et des expert.e.s internationaux.les, l'analyse fait ressortir également la présence de décideur.e.s, des personnes-ressources locales et des technicien.ne.s notamment les « incontournables » du FBP qui accompagnent la volonté des « mentor.e.s » dans la conception et la mise en application du FBP au Niger.

#### 4.3.2. Les « incontournables » : fer de lance de la production et de la promotion des connaissances autour du FBP au Niger

Le point de vue d'un nombre important des interviewé.e.s montre l'existence d'un groupe restreint d'acteurs.trices appelé.e.s les « incontournables » du FBP. Ces acteurs.trices dénommés.es « incontournables » par les interviewé.e.s (décideur.e.s, technicien.ne.s et des personnes-ressources du Ministère de la Santé publique, des expert.e.s internationaux.les, chercheur.e.s), bien formé.e.s, se sont familiarisé.e.s avec le concept FBP, son fonctionnement et sa démarche à travers les moyens de circularité des connaissances (formations, voyages d'études dans des pays où le FBP est expérimenté et réussi tel que le Rwanda, Burundi, Benin, etc. ). Ces moyens de circularité des connaissances sont très déterminants dans le processus de production des connaissances (projet pilote, évaluations interne et externe, conception du FBP), de promotion et de la mise en application du FBP au Niger. La majorité des « incontournables » épouse la vision des « mentor.e.s » du FBP sur le FBP et travaille pour sa vulgarisation à travers les espaces de circularité et de production des connaissances (comité de pilotage, comité technique, réunions restreintes, ateliers, conférences). Ces différentes caractéristiques des « incontournables » sont corroborées à travers ce que Fritsche et al. (2014), appellent champions ou agents de changement (Walt, 1994). Fritsche et al. (2014), appuient que les

champions ou agents de changement sont indispensables pour mettre en pratiques les réformes qui accompagnent le FBP. Selon eux, les agents de changement sont sélectionnés parmi les plus vigoureux personnels, techniciens et fonctionnaires de haut niveau du ministère de la Santé du pays bénéficiaire du FBP. Ainsi, l'analyse des résultats fait ressortir, une forme de relation qui s'est créée entre les « mentor.e.s » et les « incontournables » dans le processus de production et de vulgarisation des connaissances sur le FBP au Niger. Cette relation se manifeste dans les espaces de circularité des connaissances (ateliers, réunions restreintes, comités techniques, comités de pilotage, conférences). La relation qu'entretient les « incontournables » avec les « mentors » demeure un niveau important de circulation de connaissances (articles scientifiques, rapports d'études notes techniques sur le FBP, etc.) entre les deux groupes d'acteurs.trices sur les principes du FBP (paiement après résultats, autonomie de gestion, évaluation externe et interne), les indicateurs de santé (santé de la reproduction, gratuité de soins de santé pour les enfants de 0 à 5 ans, la césarienne, VIH-Sida) concernant l'expérimentation au Niger. En effet, l'analyse des résultats montre que les « incontournables » sont les relais des « mentor.e.s » du FBP au sein des espaces de circularité et de production des connaissances pour influencer et promouvoir les connaissances produites sur le FBP (projet pilote, études évaluatives).

Aussi, l'observation de l'atelier technique de validation du manuel de mise en œuvre du FBP met en lumière le degré d'influence des « incontournables » lors des discussions pour faire adopter des principes du FBP qui correspondent à leur perception du FBP telle que l'autonomie de gestion des centres de santé bénéficiaires du FBP, en particulier celle liée au compte bancaire autonome. Aussi, l'analyse des « petites bibliothèques » illustre que les « incontournables » sont les mieux documentés (articles scientifiques, rapports d'études évaluatives sur le FBP de différents pays, etc.). Il faut le rappeler que l'analyse des données montre que ces « incontournables » travaillent en étroite collaboration avec les « mentor.e.s » du FBP qui sont les principaux bailleurs de fonds et concepteurs du FBP. Tel que souligné précédemment, ces « incontournables » du FBP ont par conséquent eu le privilège d'être bien formé.e.s et de participer à des voyages d'études dans des pays qui ont expérimenté le FBP (Rwanda, Burundi). Donc, ils/elles ont eu accès à une

documentation variée sur le FBP, en particulier des articles scientifiques et des rapports d'étude de certains projets pilotes réalisés ailleurs sur le FBP. Cet état de fait confirme ce que soulignent Dalglish, Rodríguez, Harouna, et Surkan, (2017). Selon ces derniers, au Niger les bailleurs de fonds sont les acteurs.trices qui accèdent le plus aux données scientifiques fiables. Et, le plus souvent des décideurs s'appuient sur ces PTF pour avoir accès aux articles scientifiques crédibles sur une question de santé publique comme le FBP par exemple. En effet l'accès aux données scientifiques fiables donne un avantage supplémentaire incontestable aux « incontournables » du FBP par rapport aux autres acteurs.trices en particulier les « curieux.ses » du FBP pendant les débats et aussi les « contrarié.e.s » du FBP. D'ailleurs, l'analyse des données montre aussi que les « incontournables » du FBP sont les acteurs.trices qui se sont mieux approprié.e.s des documents qu'ils ont à leur disposition sur le FBP. En effet, l'observation des discussions pendant l'atelier technique de validation du manuel de mise en œuvre du FBP montre que les « incontournables » participent plus aux débats et parviennent à les influencer.

Cependant, certain.e.s interviewé.e.s notamment les « contrarié.e.s » et chercheur.e.s indépendant.e.s soulignent que dans le cadre du projet de pilote FBP réalisé à Boboye, certaines recherches (les études évaluatives) ne sont pas fiables à cause du choix non transparent des chercheur.e.s pour conduire une étude indépendante et crédible. Elles sont donc biaisées. Ainsi, il ressort de l'analyse des résultats que quelques « incontournables » (expert.e.s internationaux.les, quelques contrarié.e.s et chercheur.e.s) qui participent à la production des connaissances et à la promotion du FBP ne sont pas convaincu.e.s de sa pertinence à renforcer le système de santé publique au Niger. Ils/elles pensent que le contexte politique nigérien n'est pas favorable, parce que l'État est faible, comparé au Rwanda où il y a un État fort qui a réussi à mettre en œuvre le FBP. En plus, ils/elles soulignent qu'au Niger on est dans une démocratie anarchisante contrairement au Rwanda où on est dans un système despotique. A cela s'ajoute un contexte économique précaire (insuffisances des ressources financières) au Niger – donc dépendance financière et technique vis-à-vis des PTF. L'analyse montre également que certains PTF ne comprennent pas les hésitations des agent.e.s du Ministère de la santé publique nigérien, en particulier ceux de la direction des études et de la planification, d'inciter l'application

le FBP à l'échelle du pays - malgré les résultats positifs de l'évaluation du projet pilote de Boboye. A ce sujet, les « contrarié.e.s » du FBP qui étaient parmi les « incontournables » au moment de la gestation du FBP pensent que le processus du FBP a été forcé et précipité. Ces « contrarié.e.s » ont plaidé pour un FBP qui doit d'abord passer par une large campagne de sensibilisation de tous les agents du secteur de la santé (expliquer les enjeux de prestations et de gestion de la santé à travers le FBP, collecter leurs avis et identifier leurs besoins) sur le plan national avant sa mise en œuvre pour tenir compte du contexte nigérien et non de le camoufler dans un projet pilote précoce. Cette critique des « contrarié.e.s » corrobore les observations de Olivier de Sardan, (2014) qui font ressortir :

« Qu'une introduction massive standardisée (et coûteuse) du paiement basé sur la performance dans le domaine de la santé devrait être précédée par un bilan sérieux des expériences passées et par une prise en compte fine du contexte nigérien actuel, autrement dit des normes pratiques des agents. Sinon, la mise en œuvre d'une telle politique, qui a été en fait élaborée hors de ce contexte, risque d'être fortement compromise » (Olivier de Sardan, 2014).

En outre, à cause de leur maîtrise des principes fondamentaux du FBP et de son fonctionnement, les « incontournables » du FBP sont souvent consulté.e.s par les « curieux.ses » du FBP.

#### 4.3.3. Les « curieux.ses » du FBP : principaux.les pourvoyeu.r.s.es de connaissances techniques et passionné.e.s du FBP

Le point de vue de la plupart des acteurs.trices interrogé.e.s montre la présence d'un type d'acteurs qui participe au processus d'expérimentation du FBP, dénommé dans cette étude les « curieux.ses » du FBP. Ces acteurs.trices sont principalement des technicien.n.e.s du secteur de la santé publique nigérien qui participent aux discussions sur le FBP. Ils/elles chevauchent entre les deux autres types d'acteurs.trices les plus actifs du processus du FBP au Niger précédemment exposé. Il s'agit des « mentor.e.s » du FBP et des « incontournables » du FBP. L'analyse des résultats révèle qu'ils/elles sont très enthousiasmé.e.s (les « curieux.ses » du FBP) et attiré.e.s par certains fondements du FBP particulièrement les principes liés à la vérification de la quantité et la qualité des services

de soins de santé et les primes. L'analyse des résultats montre que les primes c'est-à-dire les motivations financières sont avancées par tous les interviewé.e.s pour justifier la pertinence du FBP. La motivation financière est donc considérée comme étant l'élément principal qui garantirait le succès du FBP. Cette attitude vient corroborer ce que souligne Olivier de Sardan, (2014) sur la question de motivation financière ou prime :

« Tout travail supplémentaire demandé à un agent public au Niger, quel que soit son niveau de travail réel, est considéré comme devant entraîner le versement d'une prime ; en l'absence de celle-ci, l'activité concernée sera le plus souvent « mal exécutée » ou boycottée de fait » (Olivier de sardan, 2014, p.63).

En outre, l'analyse des données fait ressortir que les « curieux » du FBP n'ont pas une vision précise sur le FBP. Ils participent en tant qu'agent du secteur de la santé publique et donc porteurs.teuses de connaissances techniques (pratiques et expérimentales) sur les délivrances des services de soins de santé et du fonctionnement du système de santé au Niger. Ce sont les acteurs.trices de mise en œuvre. Ce sont les gestionnaires du secteur de la santé publique au Niger. Cependant à l'inverse des « mentor.e.s » et des « incontournables » du FBP, l'analyse des « petites bibliothèques » des « curieux.ses » du FBP montre qu'ils/elles ne sont pas bien documenté.e.s sur le FBP. Donc, ils ont peu de connaissances sur les principes, démarches et fonctionnements du FBP. Cette réalité s'est manifestée lors de l'atelier technique de validation du manuel de mise en œuvre du FBP. Ainsi, la participation des « curieux.ses » du FBP est plus limitée à expliquer le fonctionnement du système de santé nigérien et parler de leurs expériences en matière d'offre des services de soins de santé pour apporter des précisions ou des clarifications sur ces questions. Ils posent très souvent des questions de compréhension par exemple sur la gestion des primes prévues par le FBP, le lien entre primes et prélèvement d'impôts, l'évaluation indépendante du FBP. Ils/elles sont dans une posture de comprendre le FBP et non de contribuer efficacement pour sa contextualisation au Niger.

En marge des trois acteurs.trices (les « mentor.e.s », les « incontournables » et les « curieux.ses ») du FBP, il y a ceux que l'analyse des résultats de l'étude révèle et dénomme les « contrariés » du FBP. Tout comme les « incontournables » du FBP, ces acteurs.trices ont bénéficié des voyages d'études, des formations et participaient à des

réunions restreintes au début de la gestation des réflexions relatives au projet FBP.

#### 4.3.4. Les « contrarié.e.s » du FBP : porteurs.teuses d'une démarche contraire à celle des « mentor.e.s » du FBP

L'analyse fait ressortir des acteurs.trices qui ont aussi bénéficié des moyens et des espaces de circularité de connaissances notamment des formations, rencontre restreinte, atelier, des voyages d'études et de visites dans des pays qui ont réussi la mise en œuvre du FBP ou qui assurent une formation sur le FBP (Ruanda, Burundi, Benin). Cependant, ces acteurs.trices et actrices désignées dans cette étude les « contrarié.e.s » du FBP, se sont retiré.e.s et/ou délogé.e.s et boycottent le processus d'expérimentation du FBP au Niger. L'analyse des données montre que ces acteurs.trices sont ignoré.e.s ou ne participent pas à la dynamique du FBP telle que mentionnée plus haut, parce qu'ils s'opposent à la démarche (projet pilote-évaluation-mise à échelle) de mise en œuvre du FBP imposée par le partenaire qui finance. Par contre, les « contrarié.e.s » du FBP ne sont pas contre les principes du FBP. Mais ils/elles sont plutôt très critiques sur la stratégie de la Banque Mondiale pour lancer le FBP au Niger. Une stratégie qu'ils jugent non participative basée sur les projets pilotes pour produire des connaissances et de promouvoir le FBP sans tenir compte des avis contraires. L'analyse révèle aussi que les débats autour du FBP sont biaisés. À travers les témoignages des « contrarié.e.s » et certain.e.s chercheur.e.s, il ressort finalement que, l'utilisation des consultant.e.s internationaux.les pour les études évaluatives ou de faisabilité du projet, a des effets d'intimidation et de mystification des connaissances produites par lesdits consultants ou experts sur les autres acteurs.trices. Elle crée une forme de frustration chez certain.e.s acteurs.trices qui voient une telle pratique comme un moyen pour un PTF, de justifier et d'imposer une théorie ou une stratégie de financement comme le FBP. Cette révélation corrobore ce que soulignent successivement Dolowitz & Marsh, (2000), et Ancelovici & Jenson, (2012), le travail des chercheur.e.s ou expert.e.s dit consultant.e.s demeure ambigu parce qu'il masque le caractère volontaire et/ou coercitif d'un transfert de politique. D'ailleurs, l'analyse des résultats montre la mise en route d'une stratégie

« cohérente » de la production des connaissances au lancement et aux évaluations du projet pilote FBP/Boboie au Niger.

#### 4.3.5. Un processus mitigé de production et de légitimation des connaissances sur le FBP

Il faut noter que le processus de production et de légitimation des connaissances sur le FBP, des stratégies sont mises en œuvre qui favorisent ce qui est décrit dans cette étude comme la circularité mutilante des connaissances locales (techniques). En effet, l'analyse des résultats de l'étude montre que le processus de production et de légitimation des connaissances passe par quatre grandes étapes.

La première étape, consiste à identifier un groupe restreint de cadres du ministère de la santé publique nigérien, de personnes-ressources et de les former sur le FBP. Tel que souligné plus haut, ce groupe (les « incontournables » et les « contrarié.e.s » du FBP) a reçu des formations et effectué des voyages d'études sur le FBP dans certains pays d'Afrique notamment au Rwanda, Benin, Burundi, Sénégal. L'analyse révèle que le but de cette étape est de mobiliser le maximum de connaissances sur le FBP et de permettre au groupe de s'approprier de ses principes fondamentaux et surtout d'observer le cas des pays qui ont appliqué et réussi le FBP (Rwanda, Burundi, etc.). Ce qui leur permet d'expérimenter le FBP au Niger. Cependant, le point relatif aux « incontournables » du FBP faisait déjà ressortir que les formations et les voyages d'études ont servi à formater certain.e.s cadres du Ministère en particulier les « incontournables » du FBP sur des connaissances qui répondent aux exigences des PTF ou du moins à la vision du PTF qui a financé le projet pilote FBP/Boboie. Cette étape est donc, celle pendant laquelle les espaces de circularité des connaissances se multiplient et sont multiformes - où circulent le maximum de connaissances sur le FBP tel qu'indiqué précédemment.

La deuxième étape se manifeste par un accompagnement technique (recrutement d'expert.e. international.e. et de consultant.e. national) inséré dans le processus du FBP au Niger. Ce constat, est conforme à ce que Fritsche et al. (2014), soulignent à savoir que de manière générale l'accompagnement technique est fait de manière continue dès le début de

la conception du FBP pour aider les acteurs.trices impliqué.e.s dans le processus (Fritsche et al., 2014). L'analyse des résultats montre que cet accompagnement technique présente deux faces. La première est celle qui s'arrime avec la perception des « mentor.e.s » et des « incontournables » du FBP qui expose l'accompagnement technique comme un moyen qui permet de bien conduire le processus d'expérimentation du FBP en renforçant les compétences techniques autour de la politique. La deuxième face est celle que les « contrarié.e.s » et certain.e.s chercheur.e.s désignent comme un moyen (accompagnement technique) efficace des PTF pour promouvoir leur vision du FBP au Niger et qui biaise les discussions dans les espaces de circularité des connaissances. En effet, cette étape (formations, voyages d'études, accompagnements techniques) de mobilisation de connaissances sur le FBP a permis de lancer le processus d'expérimentation du FBP au Niger.

La troisième étape concerne les espaces de circulation de connaissances sur le FBP. Ainsi, pour faciliter la mise en preuve du FBP, l'analyse révèle la création d'espaces de circularité de connaissances (comité technique et de pilotage) et l'utilisation des espaces qui existent au ministère de la Santé publique (Direction des Études et de la Planification, comités restreints de réunions, les foyers des PTF logés au ministère de la Santé publique, les bureaux du fonds commun pour la santé, etc.). Ces espaces sont stratégiquement utilisés pour mobiliser et impliquer tous les groupes stratégiques de la santé dans le processus du FBP, la production et la circularité des connaissances sur le FBP; l'influence, le plaidoyer et la « prise de décision ». D'ailleurs, il ressort que ces espaces sont utilisés par certain.e.s acteurs.trices (PTF, décideur.e) pour favoriser le démarrage et la mise en œuvre du FBP au Niger. En revanche, l'analyse indique que tout comme les formations, les voyages d'études, les accompagnements techniques, ces espaces de circularité de connaissances du FBP, sont surtout des moyens pour juste entériner les orientations et les lignes directrices des bailleurs de fonds du FBP. Ces constats sont aussi corroborés par l'étude de Lavigne Delville, intitulée : « Déclaration de Paris » et dépendance à l'aide : Éclairages nigériens.

J'ai parfois mal, en tant qu'à la fois Nigérien et personnel d'une agence de coopération à laquelle je m'identifie, quand je vois la façon dont on aborde certaines problématiques avec les institutions de l'État. On parachute certaines

idées qui sont à prendre ou à laisser. Aujourd'hui, si on conçoit un projet, la participation du gouvernement nigérien est insignifiante. Tout au plus, vous avez une personne qui participe contre neuf à dix experts expatriés au nom du gouvernement du Nord, et finalement, évidemment, la décision est majoritairement celle du pays du Nord... (Lavigne Delville, 2013, p. 144).

Dans cette dynamique, la recherche scientifique est l'une des formes de connaissance qui « caractérise » le processus du FBP.

En effet, la quatrième étape qui se repose sur la recherche scientifique (évaluations, projets pilotes, recherches) est généralement réalisée pour comprendre une action politique publique telle que la santé dans le cadre du FBP, pour l'orienter et/ou le renforcer (Davies & Nutley, 2008; Schryer-Roy, 2005). Elle sert donc, à alimenter des réflexions et discussions et vise à améliorer les conditions d'existence de l'homme (alimentation, travail, santé et hygiène) (Morin, 1982). Pour ce qui est du FBP, l'analyse des résultats montre qu'elle est justement utilisée pour comprendre sa faisabilité en vue de son application pour renforcer le système de santé publique du Niger. Cette observation confirme ce que soulignent certain.e.s chercheur.e.s à savoir que l'usage de la connaissance scientifique vise à guider les prises de décisions dans le but d'améliorer l'efficacité des décisions de politique publique de santé (Lavis et al., 2006), de renforcer les systèmes de santé publique (Frenk, 2010) et d'assurer une couverture universelle de soins de santé (Chalkidou et al., 2013).

D'ailleurs, dans le processus d'expérimentation du FBP au Niger, une recherche-action (projet pilote/ Boboye) fut réalisée à Boboye (troisième étape). À la fin de ce projet, des recherches scientifiques (évaluative interne et externe) sont menées pour comprendre son impact sur le renforcement des services de soins de santé (gratuits des soins pour les enfants de 0 à 5 ans, de l'accouchement, de l'accouchement, de la césarienne, de la planification familiale, etc.), de l'accessibilité et de la qualité des soins. Les résultats des études évaluatives du projet pilote sont jugés positifs. En effet, l'analyse des données de l'étude montre que ces connaissances (rapports d'évaluation interne et externe du projet pilote FBP) sont ensuite utilisées dans les espaces de circularité des connaissances (réunions restreintes, ateliers, conférence, comité de pilotage et technique du FBP,

Direction des Études et de la Planification du ministère de la Santé publique) pour sustenter des discussions portant sur la suite à donner au FBP au Niger. Elles ont donc constitué des arguments « solides » pour les promoteurs.trices du FBP (les « mentor.e.s » et les « incontournables » du FBP) pour tenter de convaincre les autres acteurs.trices impliqué.e.s dans le processus (les « curieux.ses » du FBP, les « contrarié.e.s » du FBP et autres techniciens du ministère de la santé et partenaires techniques et financiers qui ne se sont pas encore engagés sur un projet FBP et certain.e.s décideur.e.s). Ainsi, l'occupation des espaces de circularité des connaissances par les « mentor.e.s » et les « incontournables » du FBP avec ces connaissances (les résultats des études évaluatives), a permis d'inciter deux autres partenaires techniques et financiers (coopération belge et allemande) à lancer le processus de mise en œuvre de deux nouveaux projets sur le FBP dans les régions de Tillabéry et de Dosso.

Il ressort aussi de l'analyse des données qu'au-delà de la conception utilitariste de la recherche dans le processus de mise en œuvre du FBP au Niger, demeure une autre réalité. Celle-ci est voilée par les résultats de la recherche qui sont utilisés pour expliquer et démontrer les atouts du FBP pour le Niger. Les actions réelles des acteurs.trices du FBP, observées sur le terrain dévoilent un usage de façade des résultats de la recherche. Certain.e.s acteurs.trices ont mis en avant le manque de transparence dans la sélection des chercheurs pour conduire les recherches évaluatives précipitées dans le cadre du projet pilote FBP de Boboye. À ce sujet, l'analyse des données indique que les chercheur.e.s (consultant.e.s) qui sont acquis.es à la cause du FBP sont ceux qui ont bénéficié des contrats des recherches durant le processus de mise en projet pilote FBP de Boboye. Et, les connaissances assorties de ces recherches se clouent avec la vision des « mentor.e.s » sur le FBP. C'est que Boisivon et al. (2008), qualifient d'instrumentalisation de la connaissance scientifique. L'étude de Olivier de Sardan (2014), intitulée : La routine des comportements non-observants au sein des services publics nigériens - connaître la culture bureaucratique pour la réformer de l'intérieur, corrobore le caractère biaisé de certaines études évaluatives (externes) basées sur la consultation et financées par les PTF. Il précise à ce sujet que :

De nombreux consultants se contentent de quelques entretiens, quelques « focus group », et font beaucoup de plagiat de travaux existants (le LASDEL en sait quelque chose, pour avoir été vu souvent ses travaux pillés par des consultants!). Beaucoup d'enquêtes quantitatives menées par des cabinets d'études sont exécutées par des enquêteurs peu motivés, qui n'hésitent pas à remplir seuls les questionnaires à l'ombre d'un arbre. La censure et l'auto-censure sont fréquentes, pour ne pas déplaire au bailleur de fonds ou à l'institution commanditaire (Olivier de Sardan, 2014, p. 83-84).

Ainsi, l'analyse révèle que cette étape est très capitale pour les « mentor.e.s » et les « incontournables » pour produire et faire circuler des connaissances en faveur du FBP. En effet, sur cette base, ils construisent des preuves autour de la pertinence du FBP et du choix des indicateurs de santé en jeu (santé de la reproduction, gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans, de la césarienne, renforcement technique, humain et financier des centres de santé bénéficiaires du FBP etc.). Ce processus constitue de facto une force argumentaire pour les « mentor.e.s » et les « incontournables » pour convaincre et influencer les connaissances techniques (pratiques, basées sur les expériences) qui présentent d'autres formes de connaissances alternatives ou locales liées à la gestion quotidienne des activités de santé publique au Niger. Les acteurs.trices porteurs.teuses des connaissances pratiques, basées sur les expériences font face à la puissance argumentaire issue de cette connaissance produite par des chercheur.e.s souvent favorables à la vision du FBP sous le couvert de résultats scientifiques. Cette connaissance issue de la recherche est promue par les acteurs.trices bien outillés et accompagné.e.s par des expert.e.s internationaux.les notamment les « mentor.e.s » et les « incontournables » du FBP. D'ailleurs l'analyse montre que ces acteurs.trices sont les plus éloquent.e.s et convaincant.e.s lors des échanges sur le FBP. Ils ont aussi un pouvoir financier important (bailleurs de fonds). Ils/elles envahissent tous les espaces de circularité de connaissances avec ces trois pouvoirs – c'est-à-dire le pouvoir de la connaissance scientifique, celui de l'assistance technique internationale (usage des expert.e.s internationaux.les et nationaux.les) et celui de l'argent. Ainsi, il ressort de l'analyse que ces différents pouvoirs dont disposent ces acteurs.trices exercent une pression forte sur les autres acteurs.trices du FBP et limitent leur participation qualitative au processus du FBP : *« Je fais des propositions écrites. Je fais des canevas. Mais lors des réunions, l'arsenal d'experts de ceux qui ont l'argent a un grand poids sur les décisions à prendre. Il est difficile d'avoir des discussions franches »* (Sankara,

*décideur, ministère de la Santé publique, FBP, Niger*). Cependant, ces acteurs.trices, principalement les « contrarié.e.s » et les « curieux.ses » du FBP ne sont pas dépourvu.e.s de pouvoir. Ces deux groupes d'acteurs du FBP ont des connaissances techniques (pratiques, basées sur l'expérience) et leur propre perception sur le fonctionnement du système de santé nigérien. Ils/elles sont au centre des activités sur le terrain. Ainsi, l'analyse des résultats montre qu'ils/elles disposent du pouvoir tranquille. Ce dernier se manifeste par une adhésion passionnée des « curieux.ses » et une résistance passive au FBP des « contrarié.e.s » du FBP à travers des actions de boycottage (décourager certain.e.s acteurs.trices, refus catégorique de participer à toutes activités du FBP). Ce mélange d'adhésion passionné et de résistance passive constitue le pouvoir tranquille. Ces constats confirment ce que de Olivier de Sardan et al., (2017), qualifient *de revanche du contexte*. Selon eux, les effets des contextes structurels (économique, politique, social, culturel) d'une délocalisation d'un modèle voyageur tel que le FBP ne se manifestent qu'à travers ce qu'ils ont appelé les contextes pragmatiques (l'épicentre de la revanche du contexte) - c'est-à-dire par les agissements souvent voilés des acteurs.trices et de leurs interactions.

En effet, certain.e.s acteurs.trices en particulier les « contrarié.e.s du FBP et chercheur.e.s, jugent que cette réalité (la force des trois pouvoirs des « incontournables » et des « mentor.e.s » du FBP) réduit la force des connaissances techniques et expérimentales pour faire dégager des réalités internes afin d'orienter le FBP vers une perspective adaptée à une vision moulée dans les besoins locaux en matière de pratique politique publique dans le domaine de la santé. Donc, cette possession de ces trois pouvoirs (pouvoir de la connaissance scientifique, de l'assistance technique internationale et de l'argent) par les PTF, sont des capacités impressionnantes qui accompagnent le FBP. Dans cette dynamique, l'analyse des résultats révèle que les connaissances issues de la recherche, le soutien technique international, et le statut de bailleur de fonds appuyé par la capacité argumentaire des « incontournables » du FBP livrent une force dissuasive aux « mentor.e.s » du FBP. Cette force dissuasive est utilisée pour influencer les connaissances existantes (pratiques, basées sur l'expérience) à travers les cadres organisationnels et institutionnels (espaces de circularité des connaissances) mis en place dans le cadre du FBP (comité de pilotage du FBP, les comités techniques, les ateliers de validation des recherches

évaluatives, des documents techniques, etc.) ou déjà existants (DEP, les réunions restreintes, etc.). Ces observations corroborent le fait que le pouvoir dans des circonstances pareilles « (...) ne fait rien d'autre que recouvrir toute une série de mécanismes particuliers, définissables et définis, qui semblent susceptibles d'induire des comportements ou des discours » (Foucault, 1990, p. 1978: 49). En effet, dans ces cadres institutionnels de circularité des connaissances, ces forces (pouvoir de la connaissance scientifique, du soutien technique international et de l'argent) participent à une forme de mutilation des connaissances qui ne s'inscrivent pas dans la vision des connaissances produites par les promoteur.trices du FBP. Tel qu'il a été souligné précédemment les mutilations s'effectuent au fur et à mesure que le projet évolue dans ces espaces de circularité des connaissances où coexistent toutes les formes (projets pilotes du FBP, évaluations du FBP, techniques locales) de connaissances qui s'invitent autour du FBP. L'analyse des observations (atelier technique de validation du manuel de mise en œuvre du FBP et réunions restreintes) et des entretiens faits lors de l'atelier technique de validation du manuel de mise en œuvre du FBP, montre que la mutilation des connaissances se manifeste principalement autour de trois principes fondamentaux du FBP. Il s'agit précisément des questions relatives à l'autonomie, à la prévision des intrants ou non et aux comptes bancaires autonomes pour les centres de santé bénéficiaires du FBP. Ces caractéristiques du FBP, en particulier les deux dernières, ont été adoptées lors des discussions techniques sur le manuel de mise en œuvre du FBP par les acteurs. Les « mentor.e.s » et les « incontournables » ont réussi à maintenir celles-ci dans la démarche globale du FBP malgré la résistance d'une grande majorité des participant.e.s, notamment certain.e.s technicien.ne.s et décideur.e.s du Ministère de la Santé publique, en particulier, les « curieux.ses » du FBP. La position des « mentor.e.s » et des « incontournables » du FBP confirme ce que soulignent Meessen et al., (2011) : le soubassement du FBP est bâti sur les principes de séparation des fonctions, de l'autonomie de gestion (exemple de l'ouverture de compte bancaire autonome pour les centres de santé) et de la participation communautaire. Subséquemment, il est tout à fait « logique » que les « mentors » et les « incontournables » du FBP s'obstinent à maintenir ces principes. Et ce, bien que par exemple, certain.e.s technicien.ne.s et décideur.e.s estiment que les centres de soins de santé sont publics. De ce chef, ils trouvent presque impossible d'appliquer le système de

compte bancaire autonome pour les centres de soins de santé. Pour ces acteurs.trices, le FBP au Niger est une stratégie dissimulatrice d'une privatisation de la santé. Selon eux/elles, il est teinté d'une idéologie libérale qui met l'argent au centre de tout en mettant en avant la question de bonne gouvernance. L'illustration parfaite de cette tendance idéologique libérale est, selon ces acteurs.trices, la tentative du FBP de remplacer les comptes bancaires uniques qu'a instauré le gouvernement nigérien, aux comptes autonomes pour les centres de santé qui bénéficient du FBP. En un mot, il s'agit selon eux/elles, d'une autonomisation des centres de santé qui sont sous le contrôle du ministère de la Santé publique – donc une forme de privatisation des centres de santé intégrés. C'est d'ailleurs ce qu'essaient de souligner Remme et al., (2012) - en mentionnant que certains principes qui accompagnent des politiques publiques (séparation des fonctions, de l'autonomie de gestion et de la participation communautaire, etc.) se consignent dans la perspective conceptuelle de bonne gouvernance que les donateurs d'aides exigent souvent aux pays receveurs (Remme et al., 2012). Pour d'autres chercheurs.e.s, précisément Dolowitz et Marsh (2000), et Ancelovici et Jenson (2012), ce sont des politiques élaborées avec des contenus claires et qui sont proposées où imposées à certains pays – qu'ils qualifient de modèles voyageurs. À ce sujet Olivier de Sardan et al. (2017), considère le FBP comme un modèle voyageur dont sa promotion est faite dans le Sud Global sous l'injection de la Banque mondiale surtout dans le domaine de la santé. En effet, l'analyse des données illustre qu'au-delà de sa nature de *modèle voyageur*, le FBP, est aussi ce qui est qualifié dans cette étude *un modèle mutilant* se manifeste à travers le package de connaissances (projet pilote, recherches évaluatives), de logistiques et équipements (moyens de déplacement pour les cadres, amélioration des plateaux techniques), de ressources humaines (recrutement d'expert.e.s internationaux.les et nationaux.les, de chercheur.e.s, de technicien.ne.s locaux.les compétent.e.s) et financières (disponibilité des fonds nécessaires pour l'expérimentation du FBP) qui accompagnent le modèle FBP qui lui donne cette force mutilante et de s'imposer dans le contexte nigérien qui est différent des pays dans lesquels il a été initialement expérimenté. De ce chef, tel qu'il ressort de l'analyse, ces packages qui viennent avec le modèle, lui confère la capacité d'affaiblir (mutiler) les connaissances (techniques, expérimentales, ou mêmes scientifiques existantes sur la santé publique au Niger) qui circulent dans son nouveau contexte nigérien. En effet, l'analyse montre qu'avec

ces packages, le modèle mutilant se retrouvent dans un espace de circularité de connaissances où les rapports de force se déclinent à sa faveur pour s'imposer. Les propos de Dumoulin et Saurugger corroborent cette analyse en soulignant que « (...) les processus de transferts de normes et de modèles (...) politiques sont en fait dépendants des stratégies et des rapports de force déployés par les acteurs.trices nationa.ux.les – dans les pays exportateurs comme les États-Unis et dans les pays importateurs comme ceux d'Amérique latine » (Dumoulin et Saurugger, 2010, p. 4).

En outre, tel que présenté précédemment, ce modèle mutilant (FBP) est officiellement mis en application en vue d'améliorer les pratiques des acteurs.trices et les services de santé publique afin d'aboutir à des changements profonds qui permettront de renforcer le système de santé publique. Ainsi, dans cette perspective, plusieurs types de connaissance sont mobilisés : scientifiques, techniques (pratiques, basées sur l'expérience), religieuses.

## CHAPITRE V SAVOIRS MOBILISÉS, INCLUANT L'ANALYSE DES « PETITES BIBLIOTHÈQUES » ET LÉGITIMATION DES CONNAISSANCES

Ce chapitre met en exergue les avis des acteurs.trices sur les types de connaissances qu'ils-elles mettent en avant lors des discussions sur le FBP pour justifier la mise en œuvre de ce nouveau modèle de financement de la santé au Niger. Dans cette perspective, nous mettons en lumière les types de connaissances mobilisés par les acteurs.trices en lien avec les types de documents que contiennent les « petites bibliothèques » des acteurs.trices.

En guise de rappel, les « petites bibliothèques » sont des fichiers qui portent sur le FBP que la majorité des acteurs.trices ont enregistré sur leurs ordinateurs. Il faut ainsi noter que les « petites bibliothèques » sont d'une importance stratégique capitale pour cette étude en tant que base de connaissances sur lesquelles les décisions sont justifiées même si d'autres enjeux (savoirs) peuvent déterminer la décision finale. Les fichiers des « petites bibliothèques » contiennent des documents portant sur le FBP organisés en thématiques (articles scientifiques, rapports d'évaluation du FBP, Expériences du FBP en Afrique, procès-verbaux de réunions sur le FBP, etc.). Nous avons organisé les « petites bibliothèques » par acteur dans un tableau (voir Annexe C). Nous les avons par la suite adressées aux acteurs.trices pour avoir leur avis sur les documents lus, non lus et la source aussi. Ainsi, l'objectif de ce chapitre est de répondre à l'objectif 2 de cette thèse. Il s'agit dans un premier temps, d'identifier les types de connaissances scientifiques et autres formes de connaissances (culturelles, religieuses, opinions publiques, des histoires personnelles, des règlements juridiques, intérêts personnels, claniques, ou par des calculs politiques etc.) qui sous-tendent la contribution des acteurs de la santé publique pour renforcer le système de santé publique au Niger sous financement basé sur la performance et constituer une typologie de ces connaissances. Dans un second temps, l'objectif visé est d'identifier les savoirs qui possèdent le plus de légitimité, ce qui les légitime, et/ou dévalorisés.

Nous mettons également, en lumière les types de connaissances qu'avancent les acteurs.trices pendant l'atelier technique de validation du manuel de mise en œuvre du FBP auquel, nous avons participé pendant trois jours lors de la collecte des données. Ce qui nous a permis de comprendre d'une part les types de documents qu'ils/elles ont lus et qu'ils/elles mobilisent pendant les discussions sur le FBP. Ainsi, l'analyse des « petites bibliothèques », des verbatims et la participation à l'atelier technique de validation du manuel de mise en œuvre du FBP nous ont permis d'une part de comprendre quels savoirs circulent et comment ceux-ci sont mobilisés et d'autre part de faire ressortir des types de savoirs qui sont indirectement invisibilisés, dévalorisés ou bien carrément ignorés.

### 5.1. « Petites bibliothèques » : lieu de circularité de connaissances et de « ressourcement » pour les acteurs.trices du FBP

Tel que mentionné dans le chapitre sur la méthodologie, la majorité des acteurs.trices interviewé.e.s ont à leur disposition des fichiers contenant des documents que nous avons dénommée : « petite bibliothèque ». Ces « petites bibliothèques » contiennent différents types de documents portant sur le FBP (articles scientifiques, rapports de l'OMS, des rapports d'études, des procès-verbaux de réunions, des termes de références, des décrets ministériels, travaux de groupes, des rapports d'ateliers de pays ayant expérimentés le FBP). Ces documents constituent des « sources » d'informations pour certain.e.s des acteurs.trices. Les « petites bibliothèques » nous ont donc permis d'identifier les types de documents que les acteurs.trices disposent sur le FBP; de comprendre l'usage qu'ils en font ; ceux qu'ils utilisent le plus, et pourquoi, leurs sources, comment circulent ces documents entre les acteurs.trices du FBP.

#### 5.1.1. Circularité de rapports et d'articles scientifiques sur les expériences du FBP entre « incontournables » et « mentor.e.s »

L'analyse de contenu des « petites bibliothèques » collectées lors des entretiens auprès des interviewé.e.s montre que les « incontournables » sont les mieux documentés sur la

question du FBP. Ainsi, à l'intérieur des « petites bibliothèques » de la majorité des acteurs.trices en particulier celles des « incontournables », les documents sont organisés en thématiques dans des fichiers. Il existe un fichier relatif aux différentes expériences du FBP réalisées en Afrique.

Nous avons donc interviewé les acteurs.trices (PTF, décideur.e.s, technicien.n.e.s, chercheur.e.s, société civile) du FBP pour comprendre les documents qu'ils/elles ont lus et ceux/celles qu'ils/elles n'ont pas lus dans les « petites bibliothèques ». À ce sujet, il ressort que la majorité des « incontournables » (décideurs, techniciens consultants internationaux et nationaux) et les « mentors » du FBP (décideur.e.s, technicien.ne.s consultant.e.s internationaux.les et nationaux.les) ont lu ou parcouru certains documents qui portent sur les expériences réalisées dans certains pays d'Afrique, précisément au Burundi et au Rwanda, au Bénin, au Cameroun, en République Démocratique du Congo, en république démocratique du Congo, en Gambie. En effet, il y a plus de documents sur les expériences réalisées en Afrique dans les petites bibliothèques des « incontournables » du FBP dont par exemple :

- Le financement basé sur les résultats communautaires dans le domaine de la santé. Un document de réflexion sur la mise en œuvre récente des programmes et des politiques soutenues par la banque mondiale au Bénin, au Cameroun, en république du Congo, en république Démocratique du Congo, en Gambie et au Rwanda;
- Contribution des Agences de Contractualisation et de Vérification à l'amélioration de la gouvernance des formations sanitaires au Burkina Faso ;
- Projet pilote du Financement basé sur la performance au Sénégal ;
- Le FBP dans la région : survol des expériences du Rwanda, Burundi et RDC.

Ainsi, les documents portant sur les expériences du FBP réalisées dans certains pays d'Afrique (Rwanda, Burundi, et République Démocratique du Congo, Benin, Burkina Faso, Gambie, Cameroun) circulent entre les « incontournables » et les « mentor.e.s » du FBP qui ont eu l'occasion d'effectuer des voyages d'études et/ou de participer à des formations sur le FBP dans des pays africains comme le Rwanda, le Benin, le Burundi, le Congo ou le Sénégal. Certain.e.s « incontournables » du FBP soulignent avoir obtenu la plupart des documents qui traitent du FBP dans des espaces de circularité de connaissances

(ateliers, séminaires). La participation aux espaces de circularité sur le FBP est financée par les PTF notamment la Banque mondiale pour ce qui est du projet pilote FBP de Boboye et la coopération allemande et belge qui travaillent successivement sur celui de Dosso et Tillabéry au Niger. Ces espaces constituent des lieux de mobilisation et d'acquisition des connaissances sur le FBP. D'autres « incontournables » du FBP ont obtenus certains documents à travers l'assistant technique international (consultant international), un Congolais recruté pour accompagner le Projet pilote FBP de Boboye au Niger. En parcourant les petites bibliothèques, il ressort que dans la majorité des pays africains précédemment cités, l'expérimentation du FBP a porté sur le renforcement du système de santé, en optant pour une couverture sanitaire universelle ou ciblée (les politiques de gratuité pour enfants, les femmes enceintes).

En effet, les « incontournables » du FBP sont les mieux informé.e.s à cause du lien privilégié qu'ils entretiennent avec les « mentors » du FBP pour bénéficier des formations sur le FBP et d'effectuer des voyages d'étude. Ainsi, lors de l'atelier technique d'évaluation du manuel de mise en œuvre du FBP, nous avons remarqué que les « incontournables » du FBP ont une grande influence sur les débats. Ce qui illustre la richesse de leurs « petites bibliothèques » en documents sur le FBP - qui leur offre un avantage supplémentaire lorsqu'ils/elles prennent la parole sur des questions spécifiques du FBP. Au demeurant, nous avons observé lors de l'atelier de validation technique du manuel de mise en œuvre du FBP que certain.e.s acteurs.trices, précisément « incontournables » du FBP font recours à des données collectées dans des rapports d'étude, d'évaluations en lien avec différents pays ayant expérimenté le FBP et précédemment mentionnées. Les incontournables font aussi souvent recours à des articles scientifiques pour défendre des positions et/ou d'influencer les discussions sur le FBP. Par exemple, la question de l'autonomie des centres de santé bénéficiaires du FBP notamment celle liée au compte bancaire autonome a été largement discutée lors de l'atelier technique de validation du manuel de mise en œuvre d'un projet FBP au Niger. Pendant cet atelier, chaque fois que les acteurs abordent une question qui suscite des débats dont celle liée à l'autonomie de gestion des centres de santé ou l'approche du FBP, les « incontournables » ont en général le dernier mot. Ils/elles sont éloquent.e.s, articulé.e.s et convaincant.e.s lorsqu'ils/elles prennent la parole pour donner

leurs points de vue sur une question. Lorsqu'ils/elles interviennent, ils/elles font toujours référence aux expériences de certains pays, particulièrement celle du Rwanda, du Burundi, souvent du Congo. Par exemple, sur le débat portant sur les trois approches du FBP au Niger (FBP banque mondiale, FBP coopération belge, FBP coopération allemande), certain.e.s se demandaient pourquoi ne pas se concentrer sur une seule approche au lieu d'avoir une approche FBP par PTF. À ce sujet, un incontournable, Monsieur Kelety prend la parole pour expliquer la pertinence de cette stratégie d'avoir plusieurs approches FBP au Niger :

*« Quand tu prends le Congo, il y a 5 à 6 approches et ça c'est normal. Parce que le FBP reste quand même quelque chose de relativement nouveau pour lequel, toutes les vérités ne sont pas connues. Si on veut réellement avoir des évidences scientifiques, il faut tester beaucoup de choses. Pour moi c'est tout à fait normal. Au Burundi, ils sont arrivés à la suite d'une grosse bagarre, en 2010 où il y a eu beaucoup de réunions, plusieurs consultants sont venus finalement l'État a tranché donc, il y a un manuel autour duquel tous les bailleurs de fonds se sont alignés. C'était une grosse bagarre. Bon! Burundi reste un petit pays. Le Burundi est le seul pays où l'État est le premier bailleur de fonds du FBP, 52%. Au Congo, l'État met combien? Donc, le Burundi peut taper sur la table. Quand tu sors dans ce cadre, l'État ne peut pas faire ce qu'il veut. C'est ça. Si tu veux avoir droit à la parole, il faut banquer (Kelety, un incontournable, PTF, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Aussi, les discussions portant sur la question de prévoir ou pas des intrants pour les centres de santé qui vont bénéficier du FBP, ont été largement discutées. Il était difficile de parvenir à un consensus sur cette question. Mais l'intervention d'un incontournable a permis de clore les discussions et d'avancer. Il s'agit de Monsieur Frédéric, un incontournable, technicien du ministère de la Santé publique qui souligne à ce sujet que :

*« L'expérience qu'on a eue avec le FBP à Boboye (Niger), on a vu qu'il y eut des intrants. Alors que, avec le FBP, par principe, les intrants ne sont pas pris en compte. Est-ce qu'on a besoin cette fois-ci de prévoir des intrants ? Oui il n'y a pas d'intrants dans certains FBP appliqués dans d'autres pays. Mais il y a des pays qui ont pris en compte les intrants dans la mise en œuvre du FBP. C'est le cas où moi-même j'étais impliqué dans sa réalisation. En matière de FBP, il n'y a pas d'unanimité, croire que ce qu'un courant fait est une vérité indiscutable, ça, c'est faux. Il n'y a pas de règle mondiale à la matière. Il y a des intrants qu'on donne après une évaluation ce qu'on fait au Congo dans le cadre de l'expérience du FBP, on donnait une partie en intrants et une autre partie par achat des services. Il n'y a pas de règle universelle. Chaque pays*

*adopte le FBP à ses règles. Donc, avançons. » (Frédéric, un incontournable, technicien du ministère de la Santé publique, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Aussi, plusieurs « incontournables » (décideur.e, technicien.ne, consultant.e international.e et national.e) et « mentor.e.s » disposent également certains d'articles scientifiques sur le FBP dans leurs « petites bibliothèques » qu'ils/elles ont lu ou parcouru<sup>10</sup>

Il ressort que les documents qui sont en anglais ont fait l'objet de traduction de l'anglais en français en utilisant le logiciel *Google translation*. On lit par exemple dans une « petite bibliothèque » d'un « incontournable » sur l'article suivant qui a été traduit : Traduction de l'article en français : Performance-Based Financing in Low- and Middle-Income Countries: Isn't it time for a re-think? *BMJ Global Health* 2018 vol. 3 no. 1. doi: 10.1136/bmjgh-2017-000664. Les deux premiers documents ont été directement obtenus par certain.e.s « incontournables » auprès d'un des auteur.e.s de l'article notamment György Béla Fritsche ("Récompenses financières" et "autres approches" pour de bons rendements ou résultats : une visite guidée des concepts et termes et un glossaire court.) et Dr Willy Janssen (*The Future of Healthcare in Africa*). Ces « incontournables » du FBP avaient donc, eu l'opportunité d'avoir des contacts directs avec des auteurs de certains articles sur le FBP. D'autres ont intégré des communautés des pratiques FBP à savoir Performance Based Financing [performance-based-financing@googlegroups.com](mailto:performance-based-financing@googlegroups.com). Ils/elles participent à des discussions qui traitent du FBP en Afrique. Nous avons identifié des conversations de la communauté des pratiques dans la « petite bibliothèque » de certain.e.s « incontournables » du FBP. Une des conversations portait sur la question de l'autonomie

---

<sup>10</sup> (*The future of Healthcare in Africa : A report from the Economics Intelligence Unit sponsored by Janssen; (Document octroyé par un des auteurs: Dr Willy Janssen); "Récompenses financières" et "autres approches" pour de bons rendements ou résultats : une visite guidée des concepts et termes et un glossaire court. (Document octroyé par György Béla Fritsche); Performance-Based Financing in Low- and Middle-Income Countries: Isn't it time for a re-think? Developing a national health financing strategy: a reference guide / Joseph Kutzin, Sophie Witter, Matthew Jowett, Dorjsuren Bersanian (Health Financing Guidance Series No 3); Producing policy relevant systematic reviews: navigating the policy-research interface)*)

des centres de santé et les comptes bancaires autonomes trouvée dans la petite bibliothèque d'un incontournable en est une illustration :

*« Chers membres de la communauté de pratique PBF, nous travaillons actuellement avec le gouvernement du Gabon à l'introduction d'un programme PBF pilote robuste à partir de janvier 2018 et financé par le gouvernement. Au cours des négociations avec le ministère de l'Économie et des Finances, il a été question de la façon de renforcer l'autonomie des structures de santé - ce qui est un principe clé dans le PBF. Actuellement, le principe de « l'Unicité de la Caisse » est appliqué au Gabon pour la consolidation de l'argent du Trésor Public. Cela signifie qu'il est impossible pour les structures de santé d'ouvrir leurs propres comptes bancaires et de gérer l'argent public de façon autonome à moins qu'ils recrutent un comptable du ministère des Finances. Ceci dans le PBF constitue une hypothèse fatale parce que cela signifierait de créer des procédures lourdes et la nécessité de recruter des responsables décisionnels d'un autre ministère dans des structures de santé autonomes. Il serait en plus difficile de recruter des centaines de comptables de la ministère des Finances ou d'appliquer ce mécanisme dans les structures de santé privées. L'expérience au Cameroun avec les hôpitaux appliquant le même principe de « Unicité de la Caisse » montre que ce système ne fonctionne pas. Nous savons que des problèmes semblables ont également existé dans d'autres pays pendant leur mise en échelle du FBP, comme au Rwanda, au Burundi, en RCA, au Cameroun, au Bénin, etc. Nous aimerions savoir comment ces pays ont résolu ce problème et ont évolué de la logique de l'unicité de caisse pour dépenser les fonds publics vers des paiements basés sur la performance vers des structures de santé autonomes qui gèrent les fonds publics d'une manière autonome. Nous serions ravis de recevoir vos exemples et conseils » (échanges entre acteurs du FBP, Communauté des pratiques, « petite bibliothèque », incontournable FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Les « incontournables » du FBP ont également des contacts privilégiés avec des agents des « mentors » du FBP en particulier ceux de la Banque mondiale, de la coopération belge et allemande. D'ailleurs, il ressort des entretiens que tous les « mentor.e.s » et les « incontournables » ont deux documents identiques qui sont utilisés pour de besoins de formation et/ou pour comprendre les principes et le fonctionnement du FBP (Financement basé sur la performance en action Théorie et Instruments : Guide de cours avec 17 modules; Boîte à Outils: Financement Basé sur La Performance, Banque Mondiale). Les incontournables du FBP ont eu ces documents soit directement de l'auteur ou du « mentor » en charge du financement du FBP au Niger en particulier la banque mondiale pour ce qui est du projet pilote FBP réalisé à Boboye. En effet, la Boîte à Outils: Financement basé sur La Performance, Banque Mondiale, explique les principes et la démarche du FBP de

manière générale du FBP. Cette boîte à outils se trouve presque dans toutes les « petites bibliothèques » des « incontournables ». Cet état de fait leur a permis de s'informer sur le processus du FBP en général, et sur les expériences réalisées en Afrique en particulier.

Cependant, d'autres « incontournables » (décideur.e.s, technicien.ne.s) non pas lu la majorité des documents qui se trouve dans leurs « petites bibliothèques ». En plus, ces « incontournables » ne se rappellent pas la manière dont ils/elles ont eu accès à certains documents (*Developing a national health financing strategy: a reference guide* / Joseph Kutzin, Sophie Witter, Matthew Jowett, Dorjsuren Bayarsaikhan (Health Financing Guidance Series No 3); Contribution des Agences de Contractualisation et de Vérification à l'amélioration de la gouvernance des formations sanitaires au Burkina Faso ; *Implication des Coges dans la Mise en Œuvre du Financement Base sur les Résultats (FBR) pour une Amélioration de la Fréquentation des Fosa*).

#### 5.1.2. Circularité de rapports d'évaluations, d'étude de faisabilité, d'ateliers entre « curieux », « contrariés » et « incontournables » du FBP.

A l'intérieur des « petites bibliothèques », il y a un fichier dans lequel sont organisés les rapports (des comptes rendus des réunions, des rapports ateliers, des termes de références, des études évaluatives du FBP projet/Boboye au Niger et ailleurs) et un fichier qui contient des échanges entre certain.e.s « incontournables » et d'autres expert.e.s internationaux.les sur le FBP et un autre fichier portant sur le FBP au Niger notamment celui de Boboye financé par la banque mondiale et ceux encours de préparation pilotés par la coopération allemande et belge dans la région de Tillabéry et de Dosso.

Ainsi, la majorité des « curieux.ses » du FBP avait dans leur « petite bibliothèque », les rapports de l'évaluation (interne et externe) du projet pilote FBP de Boboye/Niger, l'étude de faisabilité du FBP. Ils ont également l'étude intitulée : Processus de mise en forme et mise en œuvre de deux projets pilotes au Niger Initiative Solidarité et Santé au Sahel (I3S)

Le Financement Basé sur les Résultats (FBR) dans leurs « petites bibliothèques ». Cette étude a été financée par l'Agence Française de Développement.

D'ailleurs, ces différents rapports d'études circulent dans toutes les « petites bibliothèques » de tous les acteurs.trices notamment les « mentor.e.s », les « incontournables », les « curieux.ses » et les « contrarié.e.s » du FBP. Ils/elles les ont obtenus lors des échanges dans les espaces de circulation de connaissance (réunions restreintes sur le FBP, ateliers d'échanges et de validation des études sur le FBP ou des manuels de suivi de sa mise en œuvre) et souvent à travers des contacts interpersonnels.

Aussi, l'analyse des « petites bibliothèques » montre que certain.e.s acteurs.trices surtout les « incontournables » disposent plus de documents importants sur le FBP (des comptes rendus des réunions, des rapports ateliers, des termes de références, des études évaluatives du FBP projet/Boboye au Niger et ailleurs et aussi des articles scientifiques). Il s'agit, par exemple des documents suivants :

- Rapport d'évaluation externe du projet pilote 'Financement basé sur les résultats'(FBR) Dans le district sanitaire de Boboye;
- Étude faisabilité FBP dans le secteur de la santé au Niger ;
- Résultat Évaluation Interne du pilote FBR Boboye, ministère de la Santé publique Niger;
- Indicateurs, Primes liées aux résultats quantitatifs et Bonus qualité, Rapport, ministère de la Santé publique Niger;
- Manuel des procédures FBR pour le projet 'PSR' au Niger juin 2018;
- Grille Césarienne (Gratuite);
- Rapport de l'étude des coûts des prestations des soins aux niveaux de la case de santé, du centre de santé intégré et des hôpitaux de districts sanitaires Niamey V et Gaya.

Cette étude a été financé par l'OMS/Niger avec l'appui des cadres du ministère de la Santé Publique en collaboration avec l'expert en économie de la santé de l'OMS et de deux consultants nationaux.

En effet, la majorité des « incontournables » et les « mentor.e.s » ont en plus des documents portant sur les FBP expérimentés dans certains pays d’Afrique (Burundi et au Rwanda, Congo) lu ou parcouru ceux qui traitent des projets FBP en cours au Niger et celui de Boboye mentionnés plus haut. Ils ont recours donc à des données scientifiques souvent et rapports d’études pendant l’atelier de validation technique du manuel de mise en œuvre du FBP, afin de convaincre les participants pour faire adopter des principes (autonomisation des centres de soins de santé bénéficiaires du FBP, les études évaluatives, le compte bancaire autonome) du FBP qui cadre avec leur vision du PTF qu’ils représentent.

Par contre, tel que mentionné dans la section les « curieux.ses » du FBP, l’analyse des « petites bibliothèques » montre que les « curieux.ses » du FBP ne sont pas aussi documenté.e.s comme les « incontournables ». Ce sont des acteurs.trices qui sont attirés par les principes du FBP et s’inscrivent dans un processus d’apprentissage sur le FBP. Pendant l’atelier technique de validation du manuel de mise en œuvre du FBP, ils posent plus de questions de compréhension sur le fonctionnement du FBP et sur des techniques du système de santé publique du Niger (pour plus de détails, voir section les « curieux »).

Certain.e.s « curieux.ses » du FBP affirment avoir obtenu des documents à travers les « incontournables » du FBP comme celui intitulé le financement basé sur les résultats communautaires dans le domaine de la santé. Un document de réflexion sur la mise en œuvre récente des programmes et des politiques soutenues par la banque mondiale au Bénin, au Cameroun, en République du Congo, en République démocratique du Congo, en Gambie et au Rwanda; *le FBR dans la région : survol des expériences du Rwanda, Burundi et RDC ; Financement basé sur la performance en action Théorie et Instruments : Guide de cours avec 17 modules.*

Cependant, d’autres « curieux » du FBP n’ont aucun document portant sur les expériences du FBP réalisées en Afrique. Lorsqu’ils ont besoin de s’informer sur le FBP, ils font recours aux « incontournables ». Ils n’ont pas beaucoup lu sur le FBP :

*« J'avoue que je n'ai pas beaucoup lu sur le FBP, je suis aussi une apprenante du FBP. J'ai eu l'occasion de participer à une seule formation sur le FRB à Cotonou, où j'ai pu lire un document ci joint ainsi que le rapport de formation. Mais quand je ne comprends quelque chose, je demande à Monsieur X qui un expert du FBP. Il est bien informé. » (Madame Sonia, technicienne, Ministère de la santé publique, Niger, juin-octobre 2018).*

5.1.3. « Petites bibliothèques » : lieu de circularité des connaissances sur le FBP entre « mentor.e.s » et « incontournables », et « incontournables » et « curieux.ses »

L'analyse des « petites bibliothèques » fait ressortir la circularité d'un certain nombre de documents entre les acteurs.trices du FBP (les « mentors », les « incontournables » et les curieux.ses). La circularité se passe à trois niveaux. Il y a une circularité qui s'effectue entre les « mentor.e.s » et les « incontournables ». À ce niveau, les « incontournables » (technicien.ne.s, décideur.e.s, consultant.e.s internationaux.les et nationaux.les) reçoivent auprès des « mentor.e.s » (PTF, décideur.e.s, technicien.ne.s) qui ont des contacts avec les auteurs de documents portant sur les modules de formation et de fonctionnement et des principes du FBP (Financement basé sur la performance en action Théorie et Instruments : Guide de cours avec 17 modules ; Boîte à Outils: Financement basé sur La Performance, Banque Mondiale).

La relation privilégiée qu'entretiennent les « incontournables » avec les « mentor.e.s » du FBP offre aux « incontournables » l'opportunité d'avoir accès à des documents « pertinents » sur le FBP dont certains sont financés par des bailleurs de fonds comme la banque mondiale (Boîte à Outils: Financement basé sur La Performance). Le document intitulé : - Financement basé sur la performance en action Théorie et Instruments : Guide de cours avec 17 modules a été élaboré par Robert Soeters, PhD - SINA Health. SINA Health participe à la conceptualisation des réformes en santé publique. Pour ce faire, SINA conduit des recherches scientifiques sur les ménages et la recherche-action, la rédaction d'articles scientifiques. SINA, élabore également des outils techniques du FBP. Elle offre des formations sur le FBP et s'active dans la promotion du FBP dans les pays du Sud global ([https://www.sina-health.com/?page\\_id=11&lang=fr](https://www.sina-health.com/?page_id=11&lang=fr)).

Les « incontournables » reçoivent et collectent également de la documentation qui porte comme indiqué précédemment, sur des expériences réalisées sur le FBP dans d'autres pays d'Afrique. Ces documents sont obtenus et collectés lors des ateliers de formation et des voyages d'études dans les pays ayant expérimenté le FBP. Il faut noter que l'analyse du contenu des petites bibliothèques montre que ces ateliers de formation et les voyages d'études sont organisés et financés par les agences d'aides au développement telles que la Banque mondiale, SINA-Health, Cordaid, en collaboration avec les ministères de la santé publique des pays bénéficiaires du FBP. Cependant, certain.e.s « incontournables » ont obtenu des documents en ligne sur l'internet en faisant leur propre recherche, avec des auteurs de documents sur le FBP et à travers les communautés de pratique auxquelles, ils appartiennent. Les incontournables sont des vecteurs de vulgarisation des documents qu'ils reçoivent lors des formations et des voyages d'étude ou avec des auteur.e.s ou des « mentor.e.s » du FBP.

En effet, la circularité des documents s'observe aussi entre les « incontournables » et les « curieux.ses » du FBP. La majorité des « curieux.ses » du FBP ont reçu certains documents auprès des « incontournables » du FBP notamment ceux se rapportant aux expériences réalisées en Afrique précédemment mentionnée. Mais, les « curieux.ses » du FBP ont obtenu les rapports de l'étude de faisabilité du FBP, des études évaluatives (interne et externe) du projet FBP de Boboye, des termes de référence sur la réalisation d'étude, d'atelier, de manuel de suivi du FBP dans les espaces de circularité de connaissances (ateliers de formation, de validation de rapports d'étude, des réunions restreintes sur le FBP) et souvent avec des « mentor.e.s » du FBP.

En somme la circularité de certaines connaissances sur le FBP (expériences FBP au Rwanda, Burundi, Congo, articles scientifiques, etc.) se passe dans un premier temps, entre les « mentors » et incontournables. Dans un second temps, cette circularité des connaissances (expériences FBP au Rwanda, Burundi, Congo, articles scientifiques, rapports d'études d'évaluations du projet pilote FBP Boboye, etc.) s'observe entre « incontournables » et « curieux.ses » du FBP. Dans un troisième temps, la circularité (expériences FBP au Rwanda, Burundi, Congo, articles scientifiques, rapports d'études

d'évaluations du projet pilote FBP Boboye, etc.) s'effectue quelque rare fois entre « mentor.e.s » et « curieux.ses » du FBP. Ces différents niveaux de circularité de connaissances s'insèrent dans une seule dynamique de circularité sur les FBP au Niger.

## 5.2. Typologie/catégorie des savoirs mobilisés

L'analyse des données révèle un certain nombre de types de connaissances mobilisés par les acteurs.trices interviewé.e.s dans le processus du FBP au Niger. Il s'agit des connaissances scientifiques, les connaissances techniques (basées sur la pratique et les expériences) et les connaissances religieuses. L'objectif de cette section est d'établir une typologie des connaissances mobilisées par les acteurs.trices du FBP et à quelles fins chaque catégorie de connaissance est destinée.

### 5.2.1 Des connaissances scientifiques timidement mobilisées orientées à des fins justificatives du FBP

La majorité des acteurs.trices reconnaît que des connaissances scientifiques sont produites au Niger mais qu'elles sont peu exploitées dans le processus de mise en œuvre de certaines politiques publiques de santé ou de son financement comme le FBP. Dans le cadre du FBP, elle souligne que l'initiative même de la production des connaissances est généralement l'œuvre des partenaires techniques et financiers :

*« Les partenaires sont demandeurs de la production des connaissances. Mais, les connaissances ne sont pas utilisées. C'est la formule à laquelle on est habitué. Moi, je vous produis la connaissance, maintenant c'est à vous d'utiliser la connaissance » (Santos, technicien, ministère de la Santé publique, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Moustapha, chercheur indépendant, appuie également que les partenaires au développement du Niger financent des recherches qui ne sont pas exploitées par les cadres des projets. Cette inexploitation des connaissances scientifiques est soit liée au fait que les cadres ne saisissent pas le contenu ou parce qu'ils n'ont pas le temps de les lire :

*« Nous faisons des recherches pour aider les gens à se poser des questions. Mais malheureusement, les études n'aident pas les gens à se poser des questions. Ils ne lisent pas les recherches ou ne les comprennent pas. Le problème est que les gestionnaires de projet au Niger ne lisent pas les données qui sont produites dans le cadre de leur projet, dont les évaluations, les enquêtes, les rapports d'étude, ils ne lisent pas. Et ils ne se posent pas des questions à partir des données probantes qui sont produites. Ils disent. Ils ne savent pas. Soit par ce qu'ils ne lisent pas. Soit par ce qu'ils ne comprennent pas » (Moustapha, chercheur indépendant, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

En effet, certain.e.s interviewé.e.s estiment que la non-utilisation des connaissances issues de la recherche s'explique aussi par le fait que certain.e.s acteurs.trices qui participent directement ou indirectement à sa production et de son usage sont fortement imbibés par la crainte de prendre position sur une question en discussion comme le FBP lorsqu'un responsable administratif (secrétaire général, ministre) décline sa vision des choses. Autrement dit, ces acteurs.trices de la santé publique ont peur de donner un avis qui peut contredire les propos ou la vision d'un responsable administratif sur une question aussi importante qu'est le FBP - même s'ils.elles disposent des données basées sur la recherche scientifique :

*« Pour utiliser les connaissances, il faut du courage, de l'engagement. Il faut respecter ce qu'on a décidé de faire. L'intégrité n'existe pas. Il n'y a pas de courage. Il y a la corruption. On a peur de dire les choses telles qu'elles sont. Avec tout ça, les connaissances vont toujours être suspendues » (Bocar, un technicien du Ministère de la Santé publique, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Cependant, quelques acteurs.trices reconnaissent que les recherches ne sont pas exploitées. Mais, ils pensent qu'il y a de plus en plus des efforts qui se déploient pour recourir aux chercheur.e.s tel que le souligne Yacou, chercheur, indépendant:

*« Nous, nous produisons de la connaissance avec nos moyens sous notre propre initiative sans que ça ne soit demandé par l'État. Mais l'Organisation mondiale de la Santé a poussé le ministère de la Santé publique à créer des espaces de dialogue. Et, nous sommes membres de ces espaces de dialogue. Moi, je suis membre des comités là. Il y a par exemple, le comité couverture universelle de la santé, le comité politique de gratuité. C'est un arrêté ministériel qui a créé ces comités. Nous sommes dedans en tant que chercheur. Ce qui nous permet de dire ce qu'on pense sur certaines politiques de santé. Mais cela n'a pas été facile. Tu sais les gens de l'intervention là, ils sont dans*

*leur logique. Quand on a commencé à faire de la recherche, à inciter les débats publics sur des problèmes de politique de santé, les gens nous insultaient. Maintenant, c'est eux qui nous appellent. Les choses ont évolué. Avant quand on faisait nos restitutions, les gens nous recusaient » (Yacou, chercheur, indépendant, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Sacko, technicien, ministère de la Santé publique, abonde dans le même en soulignant que de plus en plus le ministère oriente ses activités sur la recherche-action :

*« Dans la dynamique actuelle du ministère, un accent est mis sur la recherche-action. Donc il y aura des comités techniques, des groupes techniques qui font avoir accès à des évidences, des résultats qui viennent du terrain pour travailler. Tu vois non, eh! C'est-à-dire, ils vont effectuer des recherches au niveau des districts. Ceci demande des compétences en matière de recherche scientifique. Il faut donc un encadrement continu des cadres. C'est pour quoi, tu vois. Ils ont recruté au niveau du projet FBP en cours quelqu'un qui s'occupe de la recherche-action (Sacko, technicien, ministère de la Santé publique, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Diallo, technicien, PTF, corrobore la prise en compte de la recherche-action dans la mise en œuvre du projet pilote FBP sur lequel il travaille :

*« Pour notre projet FBP, on a un conseiller technique, pour la recherche et la qualité, plus les coordinateurs. Au niveau des districts, on a recruté des assistants techniques nationaux à Gaya et à Gothey, qui s'occupent de la mise en œuvre de tous les projets. Et maintenant, parmi ces personnes-là, tu vois ici dans le projet, la description de leur tâche comme celui qui s'occupe de la recherche-action. « Il apporte sa contribution en termes de recherche, de la capitalisation des meilleures pratiques. Il a pour tâches de promouvoir, coordonner les activités de recherche et favorisées leur intégration dans la routine des services. Il participe aux réunions des comités pour partager les informations de bonnes pratiques. Tu vois ici, ils participent aux réunions et aux discussions pour partager les connaissances. Ça, c'est le cadre normal. Mais dans la pratique, généralement, c'est autre chose » (Diallo, technicien, PTF, FBP, Niger, juin-octobre 2018).*

Yacou, chercheur, indépendant, explique aussi que les PTF font recours à des consultant.e.s pour produire des connaissances (études évaluatives, études de faisabilité) :

*« Il y a des partenaires qui participent à l'expérimentation du FBP au Niger. Ils passent par des recherches soit par l'évaluation ou par des études qu'ils font faire par des consultants - pour développer leurs idées, les contextualiser et les adapter pour changer les modèles politiques » (Yacou, chercheur,*

*indépendant, FBP, Niger, juin-octobre 2018).*

En effet, l'ensemble des acteurs interviewés pensent que, en ce qui concerne le FBP, les connaissances basées sur la recherche-action et les études évaluatives sont celles qui sont mobilisées pour montrer l'efficacité ou la non-pertinence du FBP au Niger :

*« Quand on parle, de projet pilote, cela veut dire que c'est une recherche-action. Quelque chose a peut-être marché quelque part, peut-être c'est la première fois ...c'est une recherche. Même quand cela a été déjà expérimenté ailleurs, vu que ce n'est pas dans le même contexte, il faut l'appliquer ici pour voir ce qui marche. Et qu'est-ce qui ne marche pas ? En ce sens, on parle de recherche. Et, avec la recherche, on aboutit à des résultats et ces résultats sont utilisés pour améliorer le quotidien en quelque sorte. Et, c'est ça, l'objectif du projet pilote FBP » (Paul, PTF, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Thomas, chercheur, montre qu'effectivement, le projet pilote/FBP et les recherches évaluatives qui l'accompagnent, produisent des connaissances qui sont utilisées à des fins de plaider pour influencer certains acteurs.trices en particulier les décideur.e.s.

*« À travers le projet pilote FBP de Boboye de la Banque Mondiale, ils ont produit des connaissances. Et, toutes les études évaluatives internes et externes qu'ils ont faites dans le cadre de ce projet pilote sont des connaissances produites qu'ils utilisent pour faire du plaider afin d'amener le gouvernement nigérien à mettre en œuvre le FBP à l'échelle nationale » (Thomas, chercheur, FBP, entretien réalisé en Français, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Maria, technicienne, PTF, appui aussi que le FBP se repose sur la recherche action pour contribuer à des prises de décisions politiques :

*« Le FBP est une stratégie de financement qui s'appuie sur deux pratiques en matière de recherche notamment le mécanisme de capitalisation des expériences c'est-à-dire, de documenter tout ce qui est fait afin de pouvoir orienter les décisions futures. Et la deuxième est la mise en place d'un mécanisme de suivi du programme. Donc, on fait un suivi scientifique du programme. En somme, le FBP s'inscrit dans une dynamique de recherche-action. On fait donc la recherche-action pour enclencher des discussions autour du FBP. » (Maria, technicienne, PTF, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Par contre certains.e.s pensent que la production des connaissances à travers le projet pilote FBP et les études évaluatives sont des moyens qui permettent de justifier un modèle

politique déjà planifié pour être mis en application :

*« Donc, vous voyez la banque mondiale passe par le biais de la coordination intersectorielle de lutte contre le sida qui elle-même désigne avec le Ministère de la Santé, une unité de mise en œuvre et contractualise avec des consultants des ceci-cela, pour produire de la connaissance, des évidences sur le projet et faire des plaidoyers. Mais ici vous prenez ce cas, nous, ça nous a permis de comprendre comment la banque mondiale produit de l'évidence. En fait la production de la connaissance n'est qu'une mise en forme. Ils ont leur idée de départ, et la recherche est faite pour confirmer ces idées. Pour dire oui ! oui! on a fait ça. Et, comme c'est des gros parleurs, les idées passent. Tu vois non. En réalité, ces agences internationales c'est des mises en scène qu'elles font. En fait c'est pour guider des prises de décisions pas en fonction des agendas des pays qui reçoivent leur aide, mais plutôt en fonction des agendas des institutions financières internationales (Boris, chercheur, indépendant, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

En effet, Sanko, technicien ministère de la Santé publique, souligne que les connaissances qui sont produites n'apportent pas des solutions aux priorités pour lesquelles, elles sont produites. Il n'existe de stratégie appropriée pour les utiliser. Il conteste la pertinence des réformes que proposent des PTF pour renforcer le système de santé au Niger :

*« La manière dont les politiques sont menées chez nous est très compliquée. Les connaissances en elles-mêmes sont inertes. (...). Si L'homme ne cherche pas un bon mécanisme pour tirer profit des connaissances ça ne sert à rien. Chaque fois des nouvelles réformes. Mais juste qu'à présent ça ne va pas. Est-ce que réellement ceux qui nous aident sont là pour nous aider. Ils ne sont pas notés en termes de performance dans leur aide pour voir s'ils sont efficaces. On ne le fait pas. On doit avoir un mécanisme pour les noter aussi » (Sanko, technicien ministère de la santé publique, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

En définitive, la majorité des acteurs.trices interviewé.e.s souligne que des connaissances scientifiques sont produites (la recherche de faisabilité des projets FBP, la recherche action à travers le projet pilote, les études évaluatives interne et externe) au Niger dans le processus de mise en œuvre de politique de financement basée sur la performance (FBP). Les recherches faites autour du projet pilote FBP de Boboye sont financées par la Banque mondiale. En effet, ceci confirme que les PTF sont généralement les instigateurs et ceux qui financent la production de ces connaissances scientifiques (Pérouse de Montclos, 2009) à travers des appels offres à candidature. Les recherches sont menées par des consultants internationaux ou nationaux. Cependant, plusieurs acteurs.trices notamment des

technicien.ne.s, chercheur.e.s et PTF indiquent que les recherches produites ne sont pas ou sont peu exploitées par les agent.e.s qui sont censé.e.s les utiliser. Cette situation de non-exploitation des connaissances produites s'explique par l'absence de transparence et d'honnêteté des bailleurs de fonds et des agents pour lesquels elles sont destinées. Même ceux ou celles qui lisent les données n'ont pas souvent le courage de se prononcer sur certaines questions à cause de l'influence de certaines personnes. Et, ceux et/ou celles qui veulent en faire usage lors des discussions sont le plus souvent marginalisés -es ou écartés-es du processus. Ces constats viennent appuyer le fait qu'il devient de plus en plus évident que certaines institutions financières internationales qui interviennent en Afrique utilisent des données scientifiques pour simplement influencer des politiques publiques (santé, éducation, etc.) afin de faire la promotion d'un objectif précis autour de la politique en question (Ndiaye, 2009).

En revanche, de plus en plus les chercheur.e.s sont sollicité.e.s pour enrichir les réflexions sur des politiques de santé publique (politiques de gratuités, FBP, etc.). Aussi, le ministère de la Santé publique intègre ses actions dans une perspective de recherche-action. Dans cette dynamique, les PTF du ministère de la santé publique Nigérienne utilisent davantage des consultant.e.s (nationaux.les et internationaux.les) pour produire des connaissances scientifiques à travers des études évaluatives, des études de faisabilité. Ainsi, les connaissances basées sur la recherche-action (projet pilote FBP) et les études évaluatives (évaluations interne et externe) sont stratégiquement mobilisées pour engager des actions de plaidoyer afin de convaincre certain.e.s acteurs.trices notamment les décideur.e.s, les technicien.ne.s et souvent les PTF sur l'efficacité ou la non-pertinence du FBP au Niger. La recherche-action est aussi utilisée pour inciter des prises de décisions politiques en faveur du FBP au Niger.

Par ailleurs, certain.e.s pensent que les connaissances scientifiques qui sont produites n'ont pas d'effets escomptés sur les politiques qu'elles visent à initier, à améliorer ou à mettre en œuvre comme le FBP. Donc, ils.elles remettent en cause la pertinence des réformes que proposent des PTF. Et pourtant, ces dernier.e.s donnent l'impression de fonder leur aide sur des données scientifiques non exploitées ou biaisées pour répondre aux objectifs

qu'ils.elles se sont eux-mêmes fixé.e.s pour participer au renforcement d'un aspect du système de santé au Niger. Ces affirmations s'arriment avec le constat selon lequel, la recherche est ajustée sur les besoins des partenaires au développement, qui la finance à travers des programmes considérées comme une politique publique dans les pays bénéficiaires comme par exemple le Niger (Ondo, 2004). En effet, les connaissances mobilisées à travers la recherche action (projet pilote FBP, Boboye), les études évaluatives (interne et externe) du projet pilote circulent dans les espaces de circularité des connaissances (comité technique, comité de pilotage, comité restreint, ateliers, conférence, séminaires). Ces connaissances sont obtenues sous l'influence des « mentor.e.s » du FBP – et leur vulgarisation est assurée par les « incontournables » du FBP (consultant.e.s internationaux.les, nationaux.les, technicien.ne.s et décideur.e.s du ministère de la santé publique) dans les espaces de circularité de connaissances. La circulation des rapports des études évaluatives du projet pilote FBP de Boboye à travers les espaces de circularité des connaissances a permis aux autres acteurs.trices du FBP en particulier les « curieux.ses » de se procurer ces rapports. Mais la majorité des interviewé.e.s souligne que l'objectif principal de l'usage des études évaluatives (interne et externe) réalisées dans le cadre du projet pilote de Boboye est de convaincre les décideur.e.s nigérien.ne.s à élargir le FBP à l'échelle nationale. Il convient de préciser que le projet pilote FBP de Boboye est financé par la Banque mondiale. Ce projet a pour objectif de renforcer l'efficacité du système de santé publique Niger en mettant un accent particulier sur l'amélioration des services de soins de santé notamment ceux liés à la gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes, la césarienne. Ainsi, les données issues de la recherche scientifiques sont manifestement utilisées pour encourager la mise en œuvre du FBP au Niger afin d'apporter des solutions aux difficultés liées à l'accessibilité aux soins de santé. D'ailleurs, plusieurs interviewé.e.s sont convaincus-es que le FBP permet particulièrement d'assurer une continuité des politiques de gratuité en cours au Niger dont la gratuité soins de santé pour les enfants de 0 à 5 ans, celle de la césarienne, la femme enceinte, etc., L'évaluation externe montre par exemple que la réalisation du projet pilote FBP de Boboye a eu comme résultat une forte augmentation du taux de fréquentation des services de consultation curative, de l'usage des contraceptifs de longue durée d'action (Ministère de la santé publique, 2016). Tels sont entre autres des arguments mobilisés par des interviewé.e.s

(« incontournables » et « mentor.e.s » du FBP) pour montrer l'importance du FBP pour le système de santé publique nigérien.

### 5.2.2. Des connaissances techniques issues de la pratique au service des réflexions sur le FBP pour valider les projets pilotes

La majorité des acteurs.trices en particulier les PTF, les décideur.e.s et les technicien.ne.s, s'appuient plus sur les connaissances pratiques pour expliquer les raisons du lancement du processus du FBP au Niger. Ils se fondent sur les difficultés liées au fonctionnement du système de santé pour apprécier le changement de pratique qui relève du FBP : le paiement après les services de soins de santé livrés et vérifiés, et non le contraire. Ces acteurs.trices interviennent directement ou indirectement dans la mise en œuvre pratiques des politiques publiques de santé au Niger. Par rapport aux connaissances qui ressortent dans leurs propos, ils ont plutôt mis l'accent sur les connaissances liées au mécanisme organisationnel et de livraison des soins de santé. Il faut noter que ces connaissances ont été obtenues par ces acteurs.trices à travers les expériences qu'ils ont vécues dans la gestion du système de santé nigérien (les difficultés de gestion, de rétention des cadres de la santé, de couverture sanitaire) et appuyer par des études comme l'Enquête démographique et de Santé du Niger qui est réalisée chaque cinq ans. Cette étude est généralement financée par les PTF du Niger notamment la banque mondiale, l'UNICEF, le PNUD, la coopération allemande, l'OMS, etc.

Coulibaly, technicien, ministère de la santé publique, reste convaincu que la seule alternative qui s'offre au système de santé du Niger pour parer aux difficultés de prestation, de gestion et de pérenniser les politiques gratuité de soins (césarienne, soins pour les enfants de 0 à 5 ans, accouchements) est d'appliquer le FBP :

*« Les gens estiment qu'en faisant le FBP, on va améliorer la qualité de l'offre, étant donné que c'est l'output qu'on finance. Les gens pensent qu'en finançant l'input comme on le faisait avant, c'est à dire l'approvisionnement en médicament, la formation du personnel, l'achat du matériel et les placer dans les formations sanitaires. Cela a montré ses limites. Maintenant il faut acheter les outputs, les indicateurs de résultats, le nombre de consultation de qualité*

*menée, le nombre d'accouchement assisté fait, en achetant des indicateurs vérifiables au niveau des centres de santé permet de motiver le personnel à faire des soins de qualité. Avec le FBP, on améliore l'offre dans les districts sanitaires et cette stratégie pourrait être une stratégie à privilégier parmi toutes les stratégies qui existent au niveau du ministère de la Santé » (Coulibaly, technicien, ministère de la santé publique, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Ami, PTF, abonde dans le même sens que Coulibaly, technicien du ministère de la Santé publique en soulignant que malgré les investissements (financiers, matériels, humains) importants dans la santé au Niger, les résultats ne sont pas satisfaisants. Donc, pour lui le FBP est une « alternative efficace » pour une gestion efficace de ces ressources destinées à la santé:

*« On sait que depuis toujours on est en train de faire le financement basé sur l'Input. C'est-à-dire les entrants. Dès la planification on se dit toujours, je veux faire telle activité, je veux faire de la vaccination, et, j'ai besoin de quoi ? J'ai besoin des motos pour aller dans les forêts, j'ai besoin de véhicule pour faire la santé mobile, j'ai besoin de vaccin, j'ai besoin d'argent pour la restauration, pour le déplacement, pour la formation, ainsi de suite. Et à la fin malgré qu'on ait mobilisé tous ces moyens on se rend compte que les résultats sont presque toujours en deçà de nos attentes. Et donc après, on a plutôt dit : est-ce qu'il n'y a pas d'autres façons de financer, d'où le FBP » (Ami, PTF, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Sandra, PTF, met plus l'accent sur les exigences du FBP en matière de gestion des ressources financières. Des exigences (critères d'évaluation, choix des indicateurs) qui, selon lui, permettent une gestion rigoureuse des services de soins de santé (accouchement assisté, gratuité des soins de santé pour les enfants de 0 à 5 ans). Il pense que ces exigences peuvent favoriser une maîtrise et un contrôle efficace du fonctionnement global du système de santé:

*« On n'a pas abordé la question de comment les dépenses vont être effectuées? Pour améliorer le fonctionnement d'un CSI et son fonctionnement, il faut aussi comprendre comment l'argent sera utilisé? Là aussi, il y a différentes conceptions : il y a une conception extrême qui dit moi je vous donne l'argent, vous êtes autonome, faites ce que vous voulez, moi, ce qui m'intéresse, c'est d'améliorer les prestations et je vous donne l'argent. Entre cette position extrême, il y a une autre qui dit que moi, je vous donne l'argent, mais pour que ça soit utilisé à des fins utiles, et on va fixer un certain nombre de critère sur lesquels on va s'entendre. Ça c'est l'option que nous, on a dit, on va prendre.*

*Par exemple nous, on achète l'accouchement assisté et la gratuité des soins de santé pour les enfants de 0 à 5 ans » (Sandra, PTF, FBP, Niger, juin-octobre 2018).*

Certains acteurs en particulier les « mentor.e.s » et les « incontournables » du FBP (PTF, technicien.ne.s, consultant.e.s internationaux.les et nationaux.les) pensent que le FBP permet de résoudre un problème fondamental qui bloque le bon fonctionnement du système de santé nigérien. Il s'agit selon eux.les, le non-respect des normes en vigueur. Par rapport à cette assertion, Paola, technicienne ministère de la santé publique, souligne que :

*« Au Niger, l'autorité administrative est très faible pour amener les travailleurs de la santé à respecter les procédures et les normes d'un service de santé par exemple. Donc, le FBP à travers la gestion autonome qu'il prône, peut contribuer à améliorer le respect des normes » (Paola, technicienne ministère de la santé publique, FBP, Niger, juin-octobre 2018).*

Mathieu, PTF, est aussi convaincu qu'il y a un dysfonctionnement du système de santé en particulier au niveau de la Direction des Études et de la Planification (DEP). L'inefficacité de cette DEP constitue un obstacle pour toute réforme comme le cas du FBP :

*« (...) Tu as une structure dorsale au niveau du ministère qui ne marche pas, c'est la Direction des études et de la planification (DEP). Cette direction-là, a perdu toute sa rigueur dans le travail etc., Ce qui fait que bon! il y a beaucoup de choses que les gens veulent faire mais tant qu'elle-même qui est chargée de porter au Ministère, elle ne bouge pas, les choses ne vont jamais bouger. C'est ce que j'ai compris quoi. Parce que la cellule FBP était rattachée à la DEP. C'était la DEP qui portait la réforme. L'équipe a même préparé les textes pour pouvoir poursuivre le FBP. Ils ont fait des projets, d'arrêté ministériel, des projets, des trucs ils ont soumis les documents à l'interne. Mais ces documents n'ont jamais abouti. Pourquoi ? Bon ça on ne sait pas. Surement quelque part quelqu'un ne veut pas que ça bouge, c'est ce que j'ai compris. On est dans cette situation d'attente » (Mathieu, PTF, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Sansalo, PTF, pense aussi que le FBP permet de renforcer la discipline à l'intérieur du système pour aboutir à une bonne gestion :

*« La mission de notre institution c'est d'aider à réduire la pauvreté. Si on amène une réforme qui amène toutes les exigences dans la gestion des centres santé à travers les évaluations indépendantes, est-ce que réellement les gens vont accepter de le faire. Parce que l'année dernière quand on a fait la*

*validation du plan d'action, la maternité centrale de Niamey, nous a dit qu'elle est d'accord, qu'elle est prête pour faire du FBP. A la date d'aujourd'hui, il n'y a rien. Et pourtant, le directeur était pour. Je ne sais si c'est parce qu'il n'arrive pas faire bouger les cadres à l'intérieur qui fait ça ne démarre pas » (Sansalo, PTF, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Valmo, décideur, ministère de la santé, estime également que l'introduction du FBP permet non seulement une gestion efficace des ressources humaine mais aussi un suivi rigoureux des activités des centres de soins de santé et surtout la rétention des agents de santé à leur poste :

*« (...) Avec le FBP, vous convenez d'un certain nombre d'indicateurs avec les prestataires sur le terrain. Ces indicateurs là que vous pouvez faire vérifier par un vérificateur indépendant. Une fois qu'on a les résultats, on paie. On a non seulement l'amélioration de l'offre des services mais aussi, on a l'amélioration de la qualité et même les prestataires, toutes les questions liées à la gestion des ressources humaines. Parce que les gens travaillent. Il y a moins de mobilité des agents. Donc qui ne sera pas en faveur de cette option? Personne! » (Valmo, décideur, ministère de la santé, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Valmo ajoute que le financement traditionnel de la santé au Niger manque de transparence et est flou. Mais, le FBP est une opportunité pour garantir une gestion transparente des ressources financières affectées à la santé :

*« (...) Alors ce qu'on est en train de faire actuellement, ce qu'on fait une réunion en fin d'année, par exemple en décembre, on valide l'ensemble des plans d'action des structures (districts sanitaires). Le 1<sup>er</sup> janvier ou le 30 janvier, le premier décaissement des fonds intervient, Chaque district reçoit l'avance de fonds pour son plan d'action. Ils mettent en œuvre le plan d'action. C'est bon ou ce n'est pas bon ils font un rapport qu'ils envoient au niveau central, c'est-à-dire au ministère de la santé. Donc, il n'y a aucune amélioration, il n'y a pas de rigueur. Alors qu'on sait que si réellement on dit aux gens d'aller sur la lancée du FBP, je suis sûr que les gens vont mieux travailler par rapport à ce qu'on est en train de faire aujourd'hui. Donc, Ils ne peuvent pas nous dire que c'est parce qu'il n'y a pas d'argent. Il y a l'argent suffisamment » (Valmo, décideur, Ministère de la santé, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Par ailleurs, quelques acteurs.trices qui sont en faveur du FBP précisément des décideur.e.s, pensent que l'introduction du FBP au Niger est une manière intelligente de privatiser la

santé. Une privatisation de la santé qui a été l'objectif des programmes d'ajustement structurel depuis très longtemps comme tente de l'expliquer Donald, décideur, ministère de la santé publique :

*« (...) Mais à côté de tout ça, il y a les fondements, des arguments non-dits du FBP. Il y a des gens qui disent que les partenaires au développement, que depuis la mise en application des programmes d'ajustement structurels visait une privatisation de la santé, mais les gouvernements ont résisté face à ça. Il y a eu des problèmes et maintenant, ces partenaires au développement ramènent ça sous une autre forme avec le FBP. Les gens ont dit ça, tout simplement parce qu'ils ont vu dans le dispositif, à un moment qu'il faut parler d'autonomisation de la formation sanitaire. La formation sanitaire qui est d'accord pour être financée sur la base des résultats, on doit lui garantir une certaine autonomie, une indépendance dans la gestion financière, etc. Comme si elle est une structure privée. Vous voyez un peu. Comme si on a privatisé la formation sanitaire bien qu'elle appartienne à l'État. Donc, les gens ont commencé à s'inquiéter pour dire que : est-ce que ce n'est pas la privation du secteur de la santé qui revient à travers le FBP via la Banque Mondiale qui est un des promoteurs des programmes d'ajustement structurels. Même si c'est le cas, je pense que c'est une bonne chose. L'essentiel est que le système de santé marche. L'essentiel que la population ait accès aux soins de santé et de qualité. Si c'est par-là qu'il faut passer et bien c'est formidable. Ça ne sert à rien de mettre l'argent dans les inputs et il n'y a pas de résultats » (Donald, décideur, ministère de la santé publique, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Un expert international, PTF, Moustapha, fait ressortir également le caractère idéologique libérale du FBP qui consiste à mettre l'argent au centre de tout. Il est convaincu que l'assurance maladie universelle est la solution qui permet d'assurer un accès aux soins de santé pour tous et non pas le FBP :

*« Le FBP est une option d'achat des services, il ne peut pas nous permettre d'atteindre les objectifs de développement durable (ODD). La philosophie diffère d'un PTF à un autre. Par exemple la banque mondiale est animée d'une idéologie de dépenser de l'argent au maximum, c'est-à-dire comment endetté les pays mais les résultats ne sont pas le problème de la banque mondiale c'est ça l'idéologie libérale. Pour être honnête avec toi, avec mon expérience sur la santé, je crois seulement à une assurance maladie universelle et non un FBP. » (Moustapha, expert international, PTF, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Santamaria, technicien du ministère de la Santé publique appui aussi l'idée selon laquelle le FBP est une stratégie qui remet en cause de manière subtile certaines décisions de l'État

dans la gestion de la santé. Il prend l'exemple sur le compte unique que le gouvernement nigérien a mis en vigueur pour gérer les dépenses globales de l'État :

*« Le FBP est un moyen pour contourner des décisions politiques publiques en cours. La coopération allemande conditionne le 2e décaissement de ses fonds avec l'autorisation de permettre aux centres de santé intégré d'avoir leur propre compte bancaire. Une autonomie de gestion. Alors que le gouvernement nigérien à instaurer un compte unique comme de gestion des finances » (Santamaria, technicien du Ministère de la Santé publique, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Pendant, l'atelier technique de validation du manuel de mise en œuvre du FBP, cette question de compte unique en vigueur au Niger a suscité des discussions tendues entre les acteurs.trices du FBP. Le compte unique est contraire au principe d'autonomisation des centres de santé intégrés (CSI). Autrement dit, le compte unique est contraire au principe de compte autonome que prévoit le FBP pour les CSI. À l'issue des débats Sanata, technicienne, PTF, constate que le gouvernement nigérien s'oppose à l'ouverture de compte autonome pour les CSI :

*« Nous constatons actuellement, une forme de résistance du politique, des décideurs de la santé face à un des principes du FBP, l'autonomie de gestion, surtout par rapport à l'ouverture de compte bancaire pour chaque CSI qui bénéficieront du FBP » (Sanata, technicienne, PTF, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Ousmane, technicien, ministère de la Santé publique, corrobore les propos de Sandrine en insistant sur le risque que le compte unique en vigueur au Niger pose à la réalisation du FBP:

*« Effectivement, l'ouverture des comptes autonomes là, pour les CSI qui vont bénéficier du FBP, pose beaucoup de problèmes aujourd'hui. Ce n'est pas comme avant. Puisqu'avant le recouvrement avait prévu qu'on choisisse ce qu'on veut. Par exemple, les districts dans lesquels j'ai évolué, si on faisait le FBP là-bas, il n'y aurait même pas de problème puisque chacun avait son propre compte. Mais aujourd'hui, le problème est lié au compte unique du trésor. C'est là le problème. Parce qu'il y a des formations sanitaires de Niamey même, des CSI dont leurs comptes ont été fermés à cause des comptes uniques. Et ce débat a eu lieu au niveau de la santé. Mais effectivement c'est un problème » (Ousmane, technicien, ministère de la Santé publique, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Maria, technicienne PTF, explique les enjeux de gouvernance liés à l'autonomisation des CSI bénéficiaires du FBP.

*« Lors d'une de nos missions, en présence du secrétaire général du Ministère de la Santé et du premier ministre on a posé la question de l'autonomie. La première des choses, dès qu'on a parlé d'autonomie, ils ont cherché à comprendre la définition du concept autonomie. Parce que pour eux, on ne peut pas parler d'autonomie, lorsqu'on traite avec une structure étatique. Et pourtant, il a bien compris qu'on parle d'une certaine autonomie, peut-être de gestion. Donc, peut-être il faut que nous-même, on cherche à donner notre propre définition de l'autonomie. Parce que si on dit autonomie, c'est clair que l'État ne va pas accepter. Un CSI qui est le bâtiment de l'État et dont les agents travaillent pour l'État et on parle d'autonomie, ça ne marche pas. Donc, l'ouverture des comptes propres au CSI qui vont bénéficier du FBP est un problème sérieux qu'il faut prendre en compte » (Maria, technicienne PTF, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Siaka, technicien, PTF, précise que la question d'autonomie est une condition sine qua non pour réaliser le FBP :

*« Le principe du FBP c'est l'autonomie. S'il n'y a pas d'autonomie, il n'y a pas de FBP. Et certains partenaires qui financent le FBP exigent qu'il y ait un compte autonome pour les CSI pour signer le deuxième financement et c'est clair. Et ce n'est pas seulement les fonds de la santé puisqu'il y a d'autres secteurs qui bénéficient de ce financement. Donc c'est un problème très sérieux qui est en train de venir. Mettons cette discussion dans les travaux de groupe » (Siaka, technicien, PTF, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

En somme, la majorité des acteurs.trices en particulier les PTF, les décideurs.e.s et les techniciens.e.s s'appuient plus sur les connaissances pratiques pour expliquer les raisons du lancement du processus du FBP au Niger. Ils.elles se fondent sur les difficultés liées au fonctionnement du système de santé nigérien pour apprécier le changement de pratique qui relève du FBP principalement son principe de paiement après les services de soins de santé livrés et vérifié et non le contraire. Ces acteurs.trices interviennent directement ou indirectement dans la mise en œuvre pratique des politiques publiques de santé au Niger. Dans le processus du FBP, ils ont plus mis l'accent sur les connaissances liées au mécanisme organisationnel, de livraison des soins de santé et les difficultés financières qui

entravent la mise en œuvre effectives des politiques de gratuités de soins (césarienne, soins pour les enfants de 0 à 5 ans, etc.). En effet, certain.e.s acteurs.trices demeurent convaincu.e.s que l'application du FBP est la seule alternative qui s'offre au système de santé du Niger pour parer aux difficultés de prestation et de gestion des ressources financières, de mobilisation des ressources financières et matérielles destinées à la santé. Il permet selon eux.elles de favoriser une maîtrise, un contrôle efficace du fonctionnement global du système de santé et le renforcement de la discipline à l'intérieur du système pour aboutir à une bonne gestion administrative. Par conséquent, pour d'autres acteurs, le FBP favorisera le respect des normes en vigueur sur la santé en panne actuellement. Ils pensent aussi que l'introduction du FBP permet de gérer efficacement les ressources humaines et de faire un suivi rigoureux des activités des centres de soins de santé bénéficiaires du FBP, la rétention des agent.e.s de santé à leur poste et d'assurer une gestion transparente des ressources financières affectées à la santé.

Par ailleurs, quelques acteurs.trices notamment les « contrarié.e.s » (technicien.ne.s, décideur.e.s) du FBP et chercheur.e.s avancent que le FBP au Niger est une façon dissimulée de privatiser la santé. C'est pourquoi, d'autres acteurs pensent que le FBP est une idéologie néolibérale qui met les questions financières au centre du système de santé. L'illustration parfaite de cette tendance idéologique néolibérale est selon ces acteurs, la tentative du FBP de remplacer les comptes bancaires uniques qu'a instauré le gouvernement nigérien, aux comptes autonomes pour les centres de santé qui bénéficient du FBP. En un mot, il s'agit selon eux une autonomisation des centres de santé qui sont sous le contrôle du Ministère – donc une forme de privatisation de ses centres de santé intégré.

En outre, tel que souligné précédemment, les « contrarié.e.s » du FBP, se sont retiré.e.s et/ou délogé.e.s et boycottent le processus d'expérimentation du FBP au Niger. Ils.elles sont ignoré.e.s ou ne participent pas à la dynamique du FBP et s'opposent à la stratégie (projet pilote-évaluation-mise à échelle) de mise en œuvre du FBP exigée par le bailleur de fonds. Une stratégie qu'ils jugent non participative basée sur les projets pilotes pour produire des connaissances et de promouvoir le FBP sans tenir compte des avis contraires. Ils.elles estiment aussi que, l'utilisation des consultant.e.s internationaux.les pour les

études évaluatives ou de faisabilité du projet, a des effets d'intimidation et de mystification des connaissances produites par lesdit.e.s consultant.e.s ou expert.e.s sur les autres acteurtrices. Elle crée une forme de frustration chez certain.e.s acteurs.trices qui voient une telle pratique comme un moyen pour un PTF, de justifier et d'imposer une théorie ou une stratégie de financement comme le FBP.

### 5.2.3. Usage du statut des leaders religieux pour fédérer les bénéficiaires du FBP

Il faut noter que Boboye (lieu d'expérimentation du projet pilote FBP au Niger) est une région où la majorité de la population se réclame de la confrérie Tidjaniite. Le père fondateur de cette confrérie est Ahmed al-Tijani Tidjaniya (descendant du Prophète Mohamed). Elle a été fondée à la fin du XVIII (1737-1815) (Triaud, 2010).

(...) Une confrérie, en Islam, est un réseau de fidèles réunis autour d'une figure sainte, ancienne ou récente, autour de son lignage et de ses disciples. Cette figure charismatique, dont le tombeau devient lieu de pèlerinage, est réputée détenir et transmettre la baraka, une « bénédiction » d'origine divine qui confère à son détenteur, et à ses successeurs, des pouvoirs particuliers de protection, de clairvoyance, de guérison, etc. (Triaud, 2010, p. 831).

Dans la région de Boboye, en particulier dans la commune rurale de Kiota qui est le fief de la confrérie Al-Tijani au Niger, les responsables religieux.ses sont très influent.e.s et écouté.e.s. Ainsi, il ressort de nos observations, l'usage du statut des leaders religieux.ses dans le processus de mise en œuvre du projet pilote/FBP de Boboye au Niger. L'analyse révèle aussi qu'une stratégie a été mise en place pour mobiliser les connaissances religieuses. Cette stratégie se manifeste à travers la constitution d'un cercle de leaders religieux (Cheikhs, marabouts, et disciples influents) autour du projet FBP de Boboye pour développer des connaissances religieuses autour de certains indicateurs du FBP dont la planification familiale, l'accouchement assisté et la contraception. Les connaissances mobilisées sont ensuite utilisées pour faciliter la sensibilisation des bénéficiaires sur l'importance de ces indicateurs pour leur santé. Donc la mobilisation de certaines

connaissances religieuses vise à favoriser la réalisation de certains indicateurs (la planification familiale, la contraception, l'accouchement assisté, l'arrêt du mariage précoce, l'espacement des naissances).

Ainsi, quelques acteurs.trices (PTF, chercheur.e.s et acteurs.trices de la société civile) soulignent que des connaissances religieuses (musulmanes) ont été mobilisées dans le cadre de la mise en œuvre du projet pilote FBP/Boboye. Selon ces acteurs.trices, les leaders religieux sont souvent consultés pour non seulement construire des arguments religieux avec des Cheikhs<sup>11</sup>, marabouts<sup>12</sup>, et disciples influents désignés par les cheikhs autour de certains indicateurs (planification familiale, contraception, espacement des naissances, accouchements assistés, lutte contre le VIH Sida) du FBP, mais aussi pour participer aux campagnes de sensibilisation des bénéficiaires. À ce sujet, Kounta, chercheur indépendant, stipule que les leaders religieux sont de plus en plus impliqués de manière générale pour

---

<sup>11</sup> Le Cheikh est un guide spirituel charismatique. « (...) Autour du cheikh, on trouve un premier cercle de disciples directs (talibés, au Sénégal) désireux de recueillir les enseignements et d'atteindre des « états » mystiques de proximité avec la Personne divine, par des exercices d'abstinence, de récitation, d'isolement. Une confrérie est, à cet égard, une méthode, une voie (tarîqa) d'accès au divin, et ces moyens sont multiples. Il y a ensuite d'autres cercles, correspondant à une appartenance plus sociologique : sans se consacrer assidûment aux exercices pieux, des groupes font de leur affiliation un élément de leur identité. Ces fidèles rendent périodiquement visite à leur cheikh local pour recevoir ses conseils et ses bénédictions, et bénéficier ainsi de l'influx surnaturel de la baraka. L'établissement qui les accueille sert à la fois de résidence au cheikh, de lieu d'enseignement et d'hôtellerie dotée de chambres. On l'appelle zaouïa. Au Sénégal, on parle aussi de dahira, au sens plus précis de regroupement local de fidèles autour d'un cheikh, ou de son envoyé. En aucune manière, ces zaouïas ou dahira ne peuvent être comparées à des monastères. En dehors de périodes de retraite temporaire pour les adeptes, il n'y a ni clôture permanente, ni vœux de célibat. Le cheikh fait, de son côté, des tournées périodiques (ziyâra) parmi ses fidèles, qui sont autant d'occasions d'augmenter son capital charismatique et économique » ((Triaud, 2010, p. 832-833).

<sup>12</sup> « (...) Le « marabout », assume dans bien des cas et notamment dans les villages musulmans, des fonctions à la fois mystiques et sociales, occupe une place de choix dans de nombreux romans. Ce personnage, tel que le roman négro-africain, se situe aux frontières ambiguës de l'Islam, et des religions africaines. Il assume les fonctions sociales de sorcier dans la société africaine traditionnelle et celles du « faki », ou homme de religion, dans la société musulmane » (Wafa, 2019, p. 299).

amener les bénéficiaires des services de soins de santé à s'approprier des politiques publiques de santé à travers des prestations :

*« Je pense que dans les politiques de santé et dans le plan stratégique, il y a de plus en plus l'utilisation des marabouts pour engager la population. Donc il y a et de plus en plus, vous voyez, maintenant des politiques qui essaient d'aller vers les marabouts pour élaborer des argumentaires religieux autour de certaines informations, des versets du Coran qui favorisent la contraception ou l'accès au service ou l'accompagnement des maris et donc ça. Il y a aussi de plus en plus des organisations, des ONG des grandes institutions des Nations unies qui mènent de plus en plus des politiques vers les marabouts; c'est-à-dire les leaders religieux pour un changement de normes, de mentalité des populations » (Kounta, chercheur indépendant, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

L'utilisation des leaders religieux (marabouts, imams,) pour mobiliser des connaissances religieuses est une action importante de sensibilisation visant à des changements de comportements vis-à-vis de certains indicateurs de santé comme la planification familiale :

*« (...) Sinon les ONG se basent sur une documentations avec les compétences à tous les niveaux et ils ont trouvé également que l'utilisation de ces marabouts là en faisant des argumentaires et élaborer des éléments autour du Coran et si ce sont des chrétiens autour de la bible et donc des arguments en faveur de la planification familiale par exemple et discuter avec la population, ça pourrait augmenter l'utilisation de la contraception. Et, permet comme je le dis d'alimenter l'explication du processus de la planification. Donc, en utilisant des marabouts pour discuter avec les populations on peut changer des comportements. Les ONG documentent ces arguments. Et cette documentation-là, est une preuve scientifique qui permet de dire que tel argumentation permet d'aboutir à tel changement voilà » (Sandrine, PTF, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Ainsi, dans le processus de mise en œuvre du projet pilote FBP à Boboye, un réseau de leaders religieux a été constitué pour l'accompagner afin de favoriser la réalisation de certaines prestations telles que la planification, la contraception. Les leaders religieux sont les cheikhs de la confrérie Tidjaniite de la région de Boboye. Ces Cheikh sont des personnalités très respectées et disposent d'une autorité religieuse et morale importante au sein de la communauté. Ils sont généralement représentés dans le réseau et lors des discussions sur le FBP par des personnes de confiance et influentes avec lesquelles les gestionnaires du FBP collaborent pour impliquer les populations :

*« À Boboye dans le cadre du projet pilote/FBP, on a mis en place ce qu'on appelle les confréries, les cercles religieux. Il y a ceux qu'on appelle les cheikhs religieux. Il y'en a beaucoup ici. Il y a plus d'une dizaine de chefs religieux qui sont dans le département de Boboye et qui influencent certaines prestations comme la contraception, par exemple. Souvent, il y a des problèmes qui sont évoqués. Les gens disent ah... « Notre marabout nous a dit : une femme qui fait la contraception, si jamais elle meurt elle n'ira pas au paradis, quelque chose comme ça. C'est ce qui fait que souvent des femmes peuvent refuser de faire la contraception. Quand même, nous utilisons l'argument religieux selon lequel l'espacement des naissances est autorisé lorsque les accouchements rapprochés nuisent à la santé de l'enfant et de la mère pour contrecarrer les arguments qui s'opposent à la contraception. [Interruption de l'interview par une intruse]. Donc, il y a beaucoup de courants, beaucoup de pensée... » (Soul, technicien, projet pilote FBP/Boboye, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Des arguments religieux en lien avec l'accouchement ont été utilisés pour inciter les femmes enceintes à aller accoucher dans les centres de santé bénéficiaire du FBP :

*« A boboye, les confréries à travers les cheikhs, influencent les décisions comme la contraception, planification familiale, l'accouchement assisté, la lutte contre le VIH Sida. Ces Cheikhs ont des représentants influents avec lesquels on a collaboré pour impliquer les populations. Par exemple, certains pensent que les accouchements peuvent se passer naturellement. D'autres, les experts pensent qu'un accouchement mérite une assistance. Pour convaincre, les populations, des arguments religieux communs sont utilisés : une femme enceinte a un pied sur terre et un autre dans la tombe » (Maigari, Coordinateur du projet pilote FBP/Boboye, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

En effet, en plus des leaders religieux, les autorités administratives, les chefs traditionnels des cantons sont sensibilisés sur les accouchements assistés, la contraception, la lutte contre le sida et la planification familiale. Il s'agit d'impliquer ces leaders dans le développement des arguments religieux autour de ces prestations de soins de santé dans le cadre du projet pilote FBP :

*« Lorsque le problème est aigu, pertinent, il y a les tours de sensibilisation que nous faisons. Les chefs de cantons sont là, les leaders religieux sont là, l'autorité administrative est là, les maires sont là pour faire de la sensibilisation. On fait des séances de plaidoyer pour qu'eux-mêmes (les leaders) expliquent à leur population que les interprétations populaires sur l'accouchement assisté par exemple ne sont pas souvent fondées. Et c'est comme ça au fur et à mesure les choses vont s'améliorer. Souvent, il faut vous-même, aller faire les séances de sensibilisation dans le cadre de la planification*

*familiale, dans le cadre de la lutte contre le VIH, dans le cadre de l'accouchement assisté, parce que ce sont des domaines qui souffrent assez souvent... » (Moussa, technicien, projet pilote/Boboye, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Par ailleurs, souvent au parlement, pour appuyer des positions politiques sur la santé maternelle et infantile, des députés font recours à des connaissances religieuses pour justifier le mariage des filles à 9 ans ou s'opposer à la limitation des naissances :

*« (...) Je pense que de plus en plus qu'il y a l'usage du discours religieux et autour des politiques effectivement, il y a ça. Je ne sais pas si vous êtes au courant des débats qu'il y a eu sur la planification familiale à l'Assemblée nationale il y a quelques années où quand on voulait mettre en place cette politique. Il y a des députés qui se sont levés surtout sur le mariage des enfants qui disent qu'ils sont prêts à donner en mariage leurs enfants à 9ans et que si l'enfant décède, ils iront directement au paradis. Donc, eux, ils ne s'opposent pas à cette politique » (Paul, société civile, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Lors des débats sur la planification familiale en lien avec la question du mariage des filles mineures au parlement, un autre député accuse le premier ministre de programmer un arrêt des naissances au Niger :

*« Au parlement, c'était le député X qui diabolisait Monsieur Y, premier ministre à l'époque et qui disait que c'est lui qui veut empêcher nos femmes de procréer. Il disait ceci : « si vous cherchez un « Satan » le voilà votre premier ministre. Il veut empêcher vos femmes d'accoucher ». Pour moi un député intellectuel ne doit pas avoir des pensées comme ça; même s'il y a la politique; il y a quand même la santé des gens. Donc vous voyez comment il a utilisé la religion pour aller contre le courant scientifique, le courant des données, la preuve donc ça, c'est dommage ils ne voient pas toutes les questions de santé qui sont autour de ce mariage d'enfant. Donc, ils disent, nous, on est d'accord, moi je vais donner ma fille à 9 ans en mariage parce que le prophète l'a fait moi aussi je vais le faire. Voilà, il y a ces normes qui sont vraiment présentes et qui sapent souvent les politiques élaborées même sur les bases des résultats probants » (Mauris, chercheur, institution de recherche, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Ainsi, selon Pelonie, acteur de la société civile, certaines formes d'interprétation de passage du coran conduisent plusieurs personnes à ne pas se conformer à certaines questions de santé publique comme la limitation des naissances à travers la planification familiale :

*« Par exemple, sur la question de la limitation de naissances, dans le coran on ne t'empêche pas de faire le nombre d'enfants que tu veux, mais il faut que tu sois capable de les nourrir, de les encadrer, de les éduquer. Par exemple tu as une capacité économique de nourrir deux enfants et tu fais quatre, imagines la suite. Ça veut dire que les deux autres vont se trouver dans la rue pour commettre des péchés. Si tu n'es pas un fainéant c'est à quelqu'un qui travaille et capable de prendre 7 enfants, il n'y a pas de problème. Aujourd'hui, le problème qu'on a au Niger, c'est un problème d'éducation. Sur ce plan, les parents ont démissionné, l'État ne peut pas tout faire. Le FBP permet de promouvoir la gratuité parce que nos parents qui n'ont rien pour payer les services de santé arrivent à accéder à ces services de santé » (Pelonie, société civile, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Tankari abonde dans le même sens que Pelonie en soulignant :

*« (...) qu'il y a des gens qui disent que c'est Dieu qui a créé la bouche et qui la nourrit. D'accord, moi aussi je suis un musulman, je passe tout mon temps à prier. Mais est-ce qu'une fois Dieu a envoyé un sac de millet devant ta porte ? Il t'a dit va au champ, tu sèmes, tu récoltes et tu te nourris. Tu nourris la famille aussi. Malheureusement, on fait de nos parents des assistés. Au lieu de nous apprendre à pécher, on nous a directement donné le poisson. (...) Aujourd'hui, le fils du pauvre à moins de chance pour aller se faire soigner ou sa femme d'accoucher dans un centre de santé. Heureusement que le Bon Dieu est là, parce que tout ce qui arrive aux gens, on renvoie cela au Bon Dieu, tant mieux » (Tankari, technicien Ministère de la santé publique, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Piti aussi estime que certaines conceptions de l'accouchement au Niger posent un réel obstacle à la mise en œuvre et la réussite du FBP. Il souligne qu'au Niger, pour plusieurs personnes, l'accouchement ne concerne que les femmes.

*« (...) Par exemple, il est presque impossible ici au Niger pour un mari d'assister à l'accouchement de son épouse » (Piti, Ministère de la santé publique, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

En définitive, des connaissances religieuses islamiques sont mobilisées dans le processus du projet pilote/FBP de Boboye, principalement à l'étape de mise en œuvre. Pour la circonstance, un cercle de leaders religieux est formé pour développer des connaissances religieuses autour de certains indicateurs du FBP dont la planification familiale, l'accouchement assisté, la contraception. Les connaissances mobilisées sont ensuite utilisées pour faciliter la sensibilisation des bénéficiaires sur l'importance de ces indicateurs pour leur santé. Donc la mobilisation de certaines connaissances religieuses

visent à favoriser la réalisation de certains indicateurs (la planification familiale, la contraception, l'accouchement assisté). Dans cette perspective, pour amener les bénéficiaires du FBP à limiter les naissances à travers la contraception, la planification familiale, et d'accepter l'accouchement assisté les connaissances suivantes sont vulgarisées:

- *une femme enceinte a un pied sur terre et un autre pied dans la tombe;*
- *le coran n'interdit pas d'avoir plusieurs enfants mais à condition d'être capable de les nourrir, de les encadrer, de les éduquer;*
- *l'espacement des naissances est autorisé lorsque les accouchements rapprochés nuisent à la santé de l'enfant et de la mère.*

La propagation de ces connaissances vise aussi à contourner par exemple, la connaissance populaire qui prône à ce que les *accouchements doivent se passer naturellement*.

Par ailleurs, souvent ce sont des décideurs politiques qui utilisent des connaissances religieuses pour s'opposer à une proposition de politique de leurs adversaires sur des questions telles que la planification familiale. On assiste donc à une politisation du discours religieux pour faire avancer un agenda politique. Il ressort par exemple dans les entretiens, l'exemple du débat organisé, il y a de cela quelques années autour d'une politique de limitation des naissances proposée par le premier ministre du Niger de l'époque. Tel que mentionné plus haut, un député développe un argument religieux pour s'opposer à la proposition en disant : « *si vous cherchez un « Satan » (mécréant) le voilà votre premier ministre. Il veut empêcher vos femmes d'accoucher* » (Mauris, chercheur, institution de recherche, FBP, Niger).

### 5.3. La légitimation des connaissances dans la construction des arguments sur le FBP

Dans cette partie, nous mettrons en lumière, la perception des acteurs.trices sur le degré de légitimité des connaissances qu'ils mobilisent pendant les discussions portant sur le FBP.

Tel que mentionné précédemment, l'objectif de cette section est d'identifier les savoirs qui possèdent le plus de légitimité, ce qui les légitime, et/ou dévalorisés.

Ainsi, la majorité des acteurs.trices interviewé.e.s, principalement les technicien.ne.s, et les PTF, jugent plus légitimes les connaissances basées sur des réalités empiriques (les expériences réussies) sur le FBP que les autres formes de connaissances. Chaque acteur.trice juge légitimes des expériences réussies en fonction des aspects qu'il pense pertinent dans l'expérience du FBP réussi et ce qui est faisable au Niger. Ils.elles donnent également leurs points de vue sur les facteurs contextuels qui peuvent entraver l'application du FBP au Niger. À ce sujet, Paul, technicien du ministère de la Santé publique, fait ressortir le caractère pragmatique et réaliste du FBP à travers l'expérience réussie au Rwanda. Il pointe du doigt le contexte politique favorable et le fait d'avoir réalisé l'expérience sur la base de 3 dollars américains par personne (approche FBP) pour couvrir les besoins de santé contrairement aux 30 dollars par personne qu'indiquent les données de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

*« (...) Par rapport au FBP du Niger, nous sommes partis sur la base des expériences vécues. Ça s'est fait ailleurs, pourquoi pas chez-nous. Même si on sait que ça ne va pas se faire au Niger comme au Rwanda. On était conscient de cela. Au Rwanda, déjà, le Président était conscient et a compris l'importance de la gestion axée sur les résultats. Il a compris ça. Donc, il avait de l'avance. Chez nous c'est le contraire. Ils ne savent pas ce que s'est le FBP pour l'instant. Ils disent oui, mais apparemment dans la pratique, on ne voit rien. On savait qu'il n'allait pas faire comme le Rwanda. Mais cette approche c'est quelque chose de bien, mais sur le plan financier on n'a pas de ressource. Mais voilà, une approche qui dit qu'il faut 3 dollars américains par personne pour couvrir les besoins de santé. Donc en améliorant la façon de faire, le respect des rendez-vous par exemple on peut faire tout ça à 3 dollars. Alors que l'OMS parle d'un minimum 30 dollars par personne, pour quoi faire ? Vous voyez dans certaines documentations, elle parle même de 40 dollars par personne, voilà. Mais, avec le VIH Sida on parle de 6 dollars à 10 dollars par personne tout ça ce n'est pas vraie. Donc, c'est jouable. Il n'y a pas d'autre manière d'évaluer que d'essayer puisqu'on a vu ce qui se passe au Rwanda avec le FBP » (Paul, technicien ministère de la Santé publique, FBP, Niger).*

Okocha, PTF, juge aussi très pertinente (légitime) l'expérience réussie du FBP du Burundi. Selon lui, cette expérience a permis au Burundi de trouver une solution au financement et la mise en œuvre des politiques ciblées de gratuité des soins de santé couplée au FBP. Le paiement des services de soins de santé demeure toujours un défi en Afrique, ajoute-il que le FBP a relevé au Burundi :

*« (...) Aussi l'OMS a connaissance qu'effectivement, dans certains pays cette question du FBP était couplée à la gratuité, c'est par exemple le cas du Burundi et, nous, en Afrique c'est l'exemple qu'on peut donner et apparemment ça a marché. Ça a permis de faciliter la mise en œuvre de la gratuité des soins de santé. Parce que d'un côté la gratuité, c'est permettre d'assurer des services de santé à un groupe cible, d'augmenter leur accessibilité aux formations sanitaires et de l'autre côté le FBP, c'est d'absorber toute la demande qu'exige la gratuité. Donc les deux couplés permettent d'accroître certains indicateurs dans le secteur de la santé » (Okocha, PTF, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Jacobs, technicien, ministère de la Santé publique, pense que des réformes ont été expérimentées dans le secteur de la santé au Niger, mais sans résultat positif. Cependant, l'expérience réussie du FBP au Rwanda est une opportunité surtout que le FBP garantit une motivation financière aux agent.e.s qui travaillent bien.

*« J'ai entendu que le FBP a été expérimenté dans plusieurs pays. Et, on a expérimenté plusieurs réformes dans le secteur de santé ici, ça n'a pas marché. Le FBP a l'air de marcher. Surtout qu'elle gratifie les agents. À mon retour de Rwanda, j'ai montré à mes collègues que le FBP est réalisable sur la base de ce qu'on a observé. Les cadres nigériens étaient très motivés pour aller vers le FBP, parce qu'il y a la motivation financière, quand tu fais bien tu es rémunéré, et quand tu ne fais pas bien, tu n'as rien. Sur ça, tout le monde était d'accord. On gagne plus. Et ça te motive, voilà. Et il y a la sanction aussi quand tu ne fais pas bien » (Jacobs, technicien, ministère de la Santé publique, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Moussa, PTF, juge la réussite du FBP au Rwanda et au Burundi comme une preuve matérielle pour qu'un pays comme le Niger applique sans hésitation le FBP dans le domaine de la santé. Donc, les seules données scientifiques ne suffisent pas pour décider. Il pense aussi que tout dépendra du contexte politique et du degré de motivation et d'engagement des décideur.e.s pour réussir la mise en œuvre du FBP :

*« Les données scientifiques ne sont pas suffisantes. Il y a aussi les bonnes pratiques, les bons exemples que les gens sont en train d'utiliser et mettre en exergue pour pouvoir prendre des décisions. C'est le cas de la mise en œuvre réussie du FBP au Rwanda et au Burundi qui peut permettre au Niger pour une fois d'avoir une solution pour le secteur de la santé. Cependant, ce sont des petits pays, donc faciles à maîtriser, le risque n'est pas très grand. Ensuite, il y a beaucoup de responsabilités face au génocide qu'a connu ce pays. Ce qui fait que les gens se sentent obligés d'aider ce pays rapidement afin d'effacer cette mauvaise page. Il y a aussi une question de leadership, parce que leur Président maîtrise la situation. Il sait où il veut aller et il est là pour aller dans ce sens plutôt que des gens qui hésitent ou ne veulent pas s'affirmer. Aussi, parce qu'ils savent que de l'autre côté, il y a plus de change de réussite » (Moussa, PTF, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Santos, décideur, reste convaincu que la réussite du FBP dans certains pays est l'une des raisons qui ont plus convaincu les cadres du ministère de la Santé publique à s'engager pour le FBP au Niger :

*« (...) Les arguments que nous avons, on a vu ce que les autres pays ont fait. Les pays qui sortaient de la guerre : le Burundi, le Rwanda, la République Démocratique du Congo. Au Burundi c'est même un FBP intégrant la gratuité des soins (...) au Bénin, ils avaient beaucoup hésité avant de faire le FBP mais après son application, ça a donné beaucoup de résultats. Au Niger on hésite toujours sur un FBP généralisé au système de santé. Je pense que la sensibilisation sur la base des expériences réussies est la meilleure option pour convaincre les gens » (Santos, décideur, ministère de la Santé publique, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Par ailleurs, certain.e.s acteurs.trices jugent plutôt légitime la recherche-action (projet pilote) dans le cadre du FBP au Niger. À ce propos, Santamaria, PTF, FBP, juge les données issues de la recherche-action (données probantes) plus légitime que les autres formes de connaissances. Il appuie à cet effet, que ce sont les résultats probants obtenus suite la réalisation du projet pilote FBP à Boboye qui ont convaincu le gouvernement nigérien à autoriser certains PTF de continuer à expérimenter le FBP au Niger :

*« Je pense que si les résultats sont probants, il y a plus de chance d'être écouté. Et si aujourd'hui encore, le ministère de la Santé publique est d'accord et revient l'approche FBP, c'est parce que le projet pilote a présenté des résultats. Si les résultats n'étaient pas bons, on allait dire: arrêtez. Parce qu'on ne va pas continuer à mettre de l'argent dans quelque chose qui ne marche pas. Le fait que*

*le ministère retienne le FBP et autorise les partenaires de continuer à améliorer les résultats obtenus avec le projet pilote de Boboye. Cela voudrait dire que quelque part, ils sont d'accord que ça. Donc, ça sert à quelque chose, parce que sinon on arrête. Et quand on prend un peu de recul, il y a beaucoup de stratégies qui sont actuellement vulgarisées et qui se font un peu partout » (Santamaria, PTF, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Les données probantes permettent de cibler les résultats et de comprendre la pertinence ou non d'une action politique publique comme le FBP. C'est ce qui ressort dans les propos de Jacque, technicien, PTF sur l'expérience du projet pilote FBP de Boboye :

*« (...) À Boboye, avec le projet pilote FBP, les gars, ils ont excellé, parce qu'ils ont amélioré beaucoup de choses. Ils ont même mis des peintures, ils ont réparé des lits pour accueillir les malades. Ils ont recruté des sages-femmes la-il où n'y avait pas parce qu'ils reçoivent de l'argent pour le faire. Les matrones sont mobilisées pour aller dans les villages chercher les femmes pour venir accoucher. Parce qu'un accouchement assisté est payé. C'est vraiment tout le paquet. Donc c'est ça l'idée quoi. Les gens savent que ça marche. Tu vois l'importance des données probantes. C'est des preuves. Bon !!! » (Jacque, technicien, PTF, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Hamel, décideur, ministère de la Santé publique, aussi juge plus pertinentes les données probantes dont celles issues des études évaluatives (interne et externe), de faisabilité du projet pilote FBP de Boboye qui ont été financées par la Banque mondiale. Elles sont considérées plus pertinentes parce que selon Hamel, elles permettent d'attirer l'attention des acteurs d'une politique publique comme le FBP :

*« Même si quelque part il y a la politique, le FBP par exemple, mais quand même ce sont les données scientifiques que les gens utilisent pour toucher des sentiments. Je ne sais pas si vous avez suivi tout récemment un discours que le président de la République a fait à la nation dans une des radios où il parlait du taux de réussite dans les différents examens. Il parlait « d'environ ». Les gens l'ont attaqué par rapport au mot « environ », parce qu'il doit donner des chiffres exacts. Et c'est suite aux études scientifiques qu'on arrive à avoir les chiffres exacts. Les gens l'ont attaqué, par le fait qu'il a employé le mot « environ » alors qu'il y a les chiffres, les données scientifiques qu'il peut utiliser pour donner les vrais chiffres » (Hamel, décideur, ministère de la Santé publique, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

En effet, les données probantes, permettent de prouver la faisabilité ou l'importance d'une activité politique comme le FBP :

*« Pendant l'année de réalisation du FBP à Boboye, il n'y avait pas de factures impayées comme au temps de la gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans. Les factures sont directement payées dans subsides du FBP et façon régulière dans les formations sanitaires. Donc, ce sont des choses comme ça. Quand on fait, on présente les soins ; on dit : voilà le nombre de gens qui ont bénéficié de ça et voilà ce que cela a évité en termes de mobilité des agents de la santé ou de mortalité. C'est la recherche qui donne ces éléments, ces résultats. Maintenant, la décision appartient au ministère » (Marie, technicienne, PTF, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

En outre, les données probantes peuvent être utilisées pour dissiper une connaissance populaire (*la vaccination un moyen pour stériliser les femmes*) qui peut entraver la mise en application d'une politique d'intervention de santé publique comme les campagnes de vaccination ou de la planification familiale, un indicateur du FBP:

*« Il y a souvent des arguments populaires qui ont des effets négatifs sur la prise de décision d'une politique publique de santé. Par exemple, pour procéder à une couverture vaccinale de grande envergure, il n'est pas rare d'entendre que la vaccination est faite pour stériliser les femmes. Un tel argument constitue un obstacle pour convaincre la population de la pertinence de la vaccination, de la planification familiale par exemple. Dans ce cas, seule la recherche peut aider à convaincre à travers des évidences pour démontrer que la vaccination est une nécessité pour le bien-être des populations et non un danger. Tu vois, avec le projet pilote FBP de Boboye on a eu des évidences qui permettent d'aller de l'avant. Je le dis très souvent, le partenariat est un cheval blanc, que tu montes pour aller au fleuve ou au puits ou au marigot, mais tu ne l'obliges pas à boire de l'eau s'il ne veut pas. Mais c'est ça donc il faut avoir des évidences pour convaincre les gens » (Amy, acteur.trice de la société civile, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Ainsi, quelques acteurs.trices (chercheur.e.s et les acteurs.trices de la société civile) jugent plutôt, plus légitimes les données scientifiques (données basées sur les évidences) dans le cadre du processus du FBP au Niger.

À ce sujet, Thomas, chercheur indépendant souligne que les connaissances basées sur les évidences en particulier les données quantitatives attirent plus l'attention des acteurs.trices de santé publique. Il y a par exemple, les données de l'Enquête démographique et de Santé et à Indicateurs multiples Niger, financée par des PTF du Niger (Banque mondiale, UNICEF, Coopération allemande) en collaboration avec Institut national de la Statistique ministère de l'Économie et des Finances; les rapports annuels de l'OMS sur la santé au

Niger; celles du Plan de Développement économique et social, produit par le Ministère du Plan et de l'Institut National de la Statistique du Niger se rapportant sur la santé :

*« Je pense qu'il y'a des choses, sur lesquelles les gens insistent, pour moi en tant que chercheur anthropologue qui intervient dans le qualitatif et dans le domaine de la santé, je ne partage pas toujours cette posture, c'est-à-dire les gens pour eux, ce qui compte ce sont les résultats quantitatifs, souvent quand tu dis un chiffre les gens sont plus attentifs à ça. Par exemple si on dit que dans un projet, nous avons mis en œuvre une politique et nous avons abouti à un taux d'utilisation de service à 50%, Les gens sont très attentifs à ça. Mais les gens ne sont pas attentifs au processus qui a conduit à ce résultat » (Thomas, chercheur indépendant, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Sanda, acteur de la société civile corrobore les propos de thomas sur le degré de légitimité des connaissances scientifiques surtout statistique aux yeux des acteurs.trices de la santé qui participent au processus du FBP

*« Les connaissances scientifiques nous ont beaucoup inspiré pour croire que c'est une bonne chose d'aller vers le FBP. Par exemple, par la recherche on a constaté que 37% des enfants ne sont pas vaccinés alors qu'il y a beaucoup d'argent qui est donné à cette fin. Donc, on a investi de l'argent sans résultat. La solution pour nous aujourd'hui, c'est le FBP » (Sanda, acteur de la société civile, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

Juste quelques acteurs.trices jugent aussi plus légitimes les connaissances techniques (pratiques) par rapport aux autres formes de connaissances (fondées sur la recherche, expérimentales) qui sont mobilisées dans le cadre du FBP au Niger. Selon ces acteurs.trices, l'apport des connaissances techniques (pratiques) a permis d'adopter les FBP en gestation (projet FBP coopération belge et allemande) à certaines réalités de gestion des prestations liées aux soins de santé au Niger surtout dans l'analyse du fonctionnement du système de santé.

A ce sujet Thiam, chercheur indépendant, que le constat basé sur les réalités de la pratique dans la gestion de la santé publique (absence de régulation, de sanction en cas de faute grave) a contribué à influencer le projet pilote FBP de la coopération belge à se fixer comme tâche de contribuer au renforcement du rôle régulateur de l'État et de renforcer le contrôle citoyen de la gestion de la santé:

*« Le ministère ne marche pas par ce qu'il n'y a pas de régulation. La régulation de l'État est en panne parce que l'État ne suit pas la mise en œuvre des activités. Il ne punit pas pour des questions politiques. La régulation qui doit être faite par les pairs, mais l'ordre des médecins est en panne. Ils n'ont jamais puni quelqu'un. Cependant, ils prennent des positions corporatistes pour défendre les intérêts de leurs agents. Ça, c'est quelque chose que j'ai développé pendant au moins 5 ans au cours des réunions. Et aujourd'hui, je vois ces constats sortis dans ce projet-là. Ce projet vise donc à ramener le Ministère de la Santé à sa fonction de régulation en laissant la fonction de mise en œuvre des activités au niveau opérationnel. Il crée une plateforme de la société civile qui est une plateforme des usagers. En réalité, ils veulent que les gens réclament leur droit. C'est pourquoi, ils créent des associations au niveau opérationnel qui vont être des vérificateurs, on va les former en technique d'enquête des vérificateurs de la qualité, aller dans les ménages demander et ils vont sur la base de ces données-là, font de la subversion. Pour dire, ils utilisent nos connaissances qu'on fait passer lors des réunions » (Thiam, chercheur indépendant, FBP, Niger, juin-octobre 2018).*

En plus, de la promotion du contrôle citoyen pris en compte dans le FBP/coopération belge, soulignée précédemment par Thiam, Thomas, acteur de la société civile ajoute aussi que le constat fait par les acteurs notamment la mauvaise gestion des ressources financières allouées à la santé, a été d'un apport import dans le processus d'élaboration du FBP/Belge au Niger :

*« Il n'y a pas de redevabilité sociale dans la gestion des services de soins de santé. Nous l'avons constaté depuis longtemps et décrié aussi. La promotion de la redevabilité sociale c'est le contrôle citoyen de l'action gouvernementale, la meilleure gestion des affaires publiques sous le leadership des États. C'est-à-dire, les gouvernements doivent être redevables de leurs actions politiques. Il faut avoir une cohérence dans les politiques. Les financements de la santé n'arrivent pas à destination, c'est-à-dire aux bénéficiaires. Donc, il nous faut un contrôle des bénéficiaires et que les financements soient mieux canalisés vers les véritables bénéficiaires. Je suis content de voir que ces enjeux ont été compris et considérés dans le FBP de la coopération belge. Les ressources ne seront pas gaspillées parce qu'aujourd'hui on assiste à un gaspillage des ressources et du temps. » (Thomas, acteur de la société civile, FBP, Niamey, Niger, juin-octobre 2018).*

En somme, la majorité des acteurs.trices interviewé.e.s, principalement les technicien.ne.s et les PTF jugent que les connaissances basées sur des réalités empiriques notamment les expériences réussies sur le FBP sont les plus légitimes comparées aux autres formes de connaissances mobilisées (techniques, religieuses, scientifiques) dans le cadre du

processus de définition et d'expérimentation du FBP au Niger. Les acteurs.trices jugent la légitimité des expériences réussies sur la base des réponses apportées par l'expérimentation des FBP à certains défis de santé publique dans les pays qu'ils ont visités et/ou des expériences lues. Ils ont mis l'accent sur le caractère pragmatique du FBP qu'ils ont directement observé, notamment sur le coût des besoins de santé (3 dollars américains par personne) qui est très moins cher par rapport aux prévisions de l'OMS (30 dollars américains par personne). Ils ont mis en avant aussi d'avoir observé une gestion financière efficace des ressources financières en particulier la réussite de la mise en œuvre des politiques publiques ciblées de gratuité des soins de santé. Ils soulignent également que la visite des expériences réussies leur a permis de mieux appréhender de façon réelle l'importance du contexte notamment l'appui politique et financière dans la gestion du FBP

En outre, certains acteurs.trices (PTF, décideur.e.s, société civile, techniciens.nes) jugent plutôt plus légitime la recherche-action (projet pilote) dans le cadre du FBP au Niger. Pour ces acteurs.trices, la recherche-action, à travers le projet pilote FBP menée à Boboye, et évaluée positive, est une preuve manifeste qui montre l'efficacité de la recherche-action avant la mise en œuvre d'une politique. Elle a permis de toucher les résultats et de comprendre la pertinence ou non du FBP, d'attirer l'attention des acteurs.trices et de prouver la faisabilité et à dissiper certaines connaissances populaires qui peuvent entraver la mise en application d'une politique d'intervention de santé publique comme le FBP.

Par ailleurs, quelques acteurs.trices (chercheur.e.s et société civile) jugent plutôt plus légitimes les données scientifiques dans le cadre du processus du FBP au Niger. Selon eux.elles, les données scientifiques principalement les données quantitatives, sont plus attractives parce qu'elles édifient avec des chiffres et faciles à comprendre.

Aussi, d'autres acteurs.trices jugent plus légitimes les connaissances techniques (pratiques) par rapport aux autres formes de connaissances qui sont mobilisées dans le cadre du FBP au Niger. Selon ces acteurs.trices, l'apport des connaissances techniques (pratiques) ont permis d'adopter les FBP en gestation (projet FBP coopération belge et allemande) à certaines réalités de gestion des prestations liées aux soins de santé au Niger surtout dans

l'analyse du fonctionnement/dysfonctionnement du système de santé. Ainsi, le FBP prend en compte le renforcement du rôle régulateur de l'État, de renforcer le contrôle citoyen de la gestion de la santé et d'assurer une gestion saine des ressources financières.

#### 5.4. Synthèse : Catégories de connaissances mobilisées à des fins spécifiques avec des valeurs différentes

Nos observations révèlent que les connaissances scientifiques sont plus mobilisées pour justifier le FBP. Les connaissances techniques (pratiques et basées sur l'expérience) sont, en général utilisées pour alimenter les réflexions émanant des données scientifiques et de montrer la nécessité d'appliquer le FBP. Les connaissances religieuses sont utilisées pour fédérer les bénéficiaires à s'approprier du FBP.

Ainsi, l'analyse des résultats de l'étude montre que sous la demande et la supervision des PTF, des connaissances scientifiques sont produites dans le cadre des discussions portant sur l'expérimentation du FBP au Niger. Dans cette perspective, les PTF font recours à des consultants pour produire ces connaissances scientifiques. Ainsi dans le cadre du FBP/Boboye, le PTF a ordonné la production de connaissances basées sur la recherche-action (projet pilote FBP) et les études évaluatives (évaluations interne et externe). Les résultats issus de ces recherches sont principalement utilisés par les « incontournables » et les « mentor.e.s » pour engager des actions de mobilisation des acteurs.trices de la santé (technicien.ne.s, société civile, décideur.e.s) en faveur du FBP à travers des activités de plaidoyer. Ces constats sont confirmés par Hunsmann (2016), qui fait observer par exemple que le Département pour le Développement international du Royaume-Uni qui s'occupe de l'aide au développement, a mis en place un programme dénommé « Evidence for Action (E4A) – Saving the lives of mothers and babies in Africa », dans six pays africains : l'Éthiopie, le Ghana, le Malawi, le Nigeria, la Sierra Leone et la Tanzanie. Les données scientifiques sont utilisées à travers des actions de plaidoyer pour inciter les décideur.e.s politiques de ces pays à prendre des mesures urgentes - tout en mobilisant les savoirs pertinents qui permettent de mieux définir une politique nationale dans ce sens et également

de faciliter sa mise en œuvre. Ainsi, il ressort de nos observations qu'en dehors des « incontournables » et des « mentor.e.s » du FBP, ces connaissances ne sont pas ou sont peu exploitées par la plupart des cadres du Ministère de la Santé publique. En effet, tel qu'il a été souligné plus haut, l'analyse montre à ce niveau aussi que les données issues de la recherche scientifique ne sont que de parapluies utilisés pour crédibiliser l'aide des PTF. Ce qui, d'ailleurs corrobore ce qu'a constaté Ondo (2004), en appuyant que la recherche en Afrique est malheureusement ajustée en fonction des demandes des partenaires financiers - qui la finance à travers des programmes considérés comme une politique publique dans les pays bénéficiaires (exemple du FBP au Niger). Malheureusement, les décideur.e.s nigérien.ne.s ont un accès très limité aux données scientifiques à cause des difficultés matérielles (difficultés d'accès à la connexion internet et à des articles scientifiques payants) et des barrières linguistiques (plusieurs articles scientifiques sont en anglais et non en français, la langue officielle du Niger) (Dalglish et al., 2017).

Aussi, nos constats illustrent que les connaissances techniques (pratiques, basées sur l'expérience) sont utilisées dans le cadre des réflexions relatives au processus du FBP pour justifier la pertinence de l'expérimentation du FBP au Niger. Ces connaissances portent surtout sur les difficultés liées au fonctionnement du système de santé nigérien et celles liées à la capacité de couvrir les besoins en services de soins en quantité et en qualité et au financement. L'analyse fait ressortir à cet effet que certain.e.s acteurs.trices, en particulier des « curieux.ses » et des « incontournables », demeurent persuadé.e.s que le FBP constitue une opportunité pour entre autres apporter des solutions aux difficultés liées aux prestations et à la gestion des ressources financières et matérielles dans le secteur de la santé, aux respects des normes en vigueur en matière de gestion des services de soins de santé à la rétention des agents de santé à leur poste.

Il ressort aussi de l'analyse des données que les « petites bibliothèques » sont des moyens de circularité et d'acquisition de connaissances pour des acteurs du FBP. Ainsi, l'analyse du contenu des « petites bibliothèques » illustre que les « incontournables » et les « mentor.e.s » du FBP sont les mieux documentés par rapport aux autres acteurs.trices. Ce qui leur donne un avantage supplémentaire sur les autres acteurs.trices en particulier les

« curieux.ses » (technicien.ne.s et décideur.e.s) du FBP lors des discussions sur la validation technique du manuel de mise en œuvre du FBP. L'analyse révèle une circularité de connaissances sur le FBP (Financement basé sur la performance en action Théorie et Instruments : Guide de cours avec 17 modules; Boîte à Outils: Financement basé sur La Performance, Banque Mondiale) à l'intérieur des « petites bibliothèques » entre les « mentors » (PTF, décideur.e.s, technicien.ne.s) et les « incontournables » et entre les « incontournables » (technicien.ne.s, décideur.e.s, consultant.e.s internationaux.les et nationaux.les) et les curieux du FBP. Ces deux documents qui circulent entre d'abord des mentor.e.s aux « incontournables » et entre des « incontournables » qui bénéficient de la bénédiction des « mentor.e.s » aux « curieux.ses » traitent de manière détaillée des principes et fonctionnement du FBP. Des documents qui portent sur les expériences du FBP réalisées au Ruanda, Burundi, Congo, au Sénégal, circulent entre les « incontournables » qui ont eu le privilège de participer à des voyages d'études et des formations sur le FBP et les curieux.ses du FBP. En effet, la plupart des « curieux.ses » du FBP ont obtenu certains documents auprès des « incontournables » du FBP notamment ceux se rapportant aux expériences réalisées en Afrique précédemment mentionnée. Mais, les « curieux.ses » du FBP ont obtenu les rapports de l'étude de faisabilité du FBP, des études évaluatives (interne et externe) du projet FBP de Boboye, des termes de référence sur la réalisation d'étude, d'atelier, de manuel de suivi du FBP en participant à certains espaces de circularité des connaissances dont les ateliers de formation et d'échanges sur le FBP au Niger. Donc, les documents sont obtenus en grande partie au sein des espaces de circularité des connaissances (ateliers de formation et des voyages d'études dans les pays ayant expérimenté le FBP, etc.), en ligne sur l'internet ou à travers les communautés de pratique. Ensuite, la circularité des documents s'observe entre les « incontournables » et les « curieux.ses » du FBP et rarement entre « mentor.e.s » et « curieux.ses » du FBP. Ainsi, il ressort que les « petites bibliothèques » collectées lors des entretiens constituent des moyens de ressourcement inégalitaires entre les acteurs.trices du FBP interviewé.e.s. Aussi, les différents niveaux de circularité de connaissances s'insèrent dans la dynamique globale de circularité mutilante des connaissances du FBP au Niger. L'analyse des résultats montre en effet, que les FBP en projet au Niger se manifeste comme un modèle mutilant. Ce dernier est accompagné par un arsenal de moyens financiers, matériels, humains,

techniques, de données scientifiques surtout de bailleurs de fonds, d'expert.e.s nationaux.les, internationaux.les que sont les « mentor.e.s » et les « incontournables » qui renforce sa capacité mutilante. Ainsi, l'implication et la participation de différents acteurs dans un tel environnement d'orientation des politiques publiques de santé illustre la complexité qui réside dans la capacité des acteurs locaux à pouvoir éviter des orientations biaisées ou du moins à se concentrer sur les besoins réels locaux et à adopter les nouvelles politiques aux réalités locales. Des circonstances pareilles d'orientation ou de définition de politiques publiques de santé auront probablement comme conséquence, le renforcement de l'inefficacité du système de santé aux besoins de livraisons des services de soins de santé en particulier les politiques de gratuité de soins en cours au Niger (césarienne, les enfants de 0 à 5 ans, etc.). A ce propos, l'analyse des résultats de l'étude montre clairement l'influence des « mentors » et des « incontournables » du FBP (promoteur et vulgarisateurs du FBP) sur les discussions dans cette circularité mutilante des connaissances au sein des espaces de circularité des connaissances. D'ailleurs, une étude menée au Cameroun qui ressort dans la revue de littérature corrobore cette influence des « mentors » et des « incontournables » du FBP sur le choix des indicateurs ou le FBP tout court. « L' étude a démontré qu' au Cameroun, un groupe d'entrepreneurs politiques associés à la Banque mondiale ont utilisé plusieurs formes d'influence (par exemple, financière, idéationnelle, réseautage) pour placer le FBP à l'agenda national » (Turcotte-Tremblay et al., 2018b, p. 266). Cet état de fait, corrobore également le rôle de mutilation des connaissances techniques locales à travers les trois pouvoirs mis en lumière par l'analyse des résultats notamment le pouvoir de la connaissance scientifique, celui du soutien technique international et de l'argent. Cette mutilation se manifeste à l'intérieur des cadres institutionnels formels (comité de pilotage, comité technique, ateliers) et informels (réunion restreintes, rencontre interpersonnelles) de circularité des connaissances du FBP, qui ne s'arriment pas avec la vision des connaissances produites (par exemple la question de l'autonomie, de prévision des intrants ou non, des comptes bancaires autonomes pour les centres de santé bénéficiaires du FBP) par les vulgarisateurs.trices (« mentor.e.s » et « incontournables ») du FBP.

Au même moment, l'analyse des résultats fait ressortir que la majorité des « curieux.ses. » du FBP s'inscrivent plus dans une position d'apprentissage plutôt que de contribuer de manière efficace au développement du FBP sur la base de leurs expériences empiriques de la pratique des soins de santé publique au Niger. Ainsi, certains « curieux.ses » du FBP utilisent leurs connaissances techniques pour défendre l'application du FBP au Niger en mettant en avant les difficultés liées au fonctionnement du système de santé nigérien. Et, c'est cela une des forces implicites mutilantes du FBP, en particulier à travers son principe de paiement des services de santé après les résultats et la motivation financières qu'il prévoit pour les agents de santé par exemple. Ces principes contribuent à répondre aux besoins d'intervention des partenaires au développement dans le secteur de la santé des pays comme le Niger à travers le FBP. Dans sa conception des objectifs de certains principes du FBP, l'USAID, souligne que :

Les plans de FBP présentent une opportunité d'encourager une meilleure qualité et un meilleur accès aux services de planification familiale. Les plans de FBP peuvent de manière spécifique encourager des prestataires basés dans des centres ou des communautés d'atteindre les objectifs de performance et des prestations de services de planification familiale. (...) Par exemple, des encouragements monétaires peuvent inciter les prestataires à offrir des conseils en planification familiale, s'assurer de la disponibilité continue des produits ou offrir une plus large gamme de choix de méthodes aux clients (<https://www.fppinancingroadmap.org/fr/learning/specific-topics/performance-based-financing>).

En revanche les « contrarié.e.s » du FBP qui veulent contribuer autrement à l'application du FBP par opposition à la démarche des « mentor.e.s » et des « incontournables » sont systématiquement isolé.e.s, parce qu'ils ne sont pas invité.e.s aux discussions qui se passent dans les espaces de circularité des connaissances autour du FBP ou du moins se sont distancié.e.s eux-mêmes du processus. Cependant, ils/elles sont des acteurs.trices de mise en œuvre des politiques publiques de santé - et sont incarnés.es par des connaissances techniques (pratiques, basées sur l'expérience) et une conception du fonctionnement du système de santé nigérien inspirée par le terrain. Ainsi, il ressort de l'analyse de l'étude que les « contrarié.e.s » et certain.e.s « curieux.ses » du FBP ont ce que nous avons appelé dans cette étude le pouvoir tranquille.

Par ailleurs, les études évaluatives du projet pilote de Boboye, les rapports ou les articles scientifiques portant sur les expériences des autres pays africains ayant expérimenté le FBP sont les plus utilisées lors des discussions (atelier technique de validation du manuel de suivi et d'évaluation du FBP) et qui ressortent dans les points de vue des acteurs interviewés pour convaincre les acteurs du FBP (décideurs, techniciens) de la pertinence du FBP à améliorer les services de soins de santé liés particulièrement aux politiques de gratuité des soins de santé (pour les enfants de 0 à 5 ans, les femmes enceintes, la césarienne) et aussi de rendre plus efficiente et efficace le système de santé publique nigérien. En revanche, les connaissances techniques sont plus utilisées pour expliquer et présenter les difficultés liées au bon fonctionnement du système de santé publique du Niger, à l'incapacité du système d'assurer une couverture universelle des soins de santé et en qualité. Ces argumentaires visent à justifier la mise en œuvre ou l'expérimentation du FBP au Niger. Ainsi, les connaissances sont mobilisées non pas pour identifier les besoins réels d'indicateurs de santé à définir pour les besoins locaux de santé publique mais plutôt pour justifier et corroborer ceux déjà existants dans les agendas (santé de la reproduction, VIH sida, gratuité de la césarienne, etc.) des bailleurs de fonds. D'ailleurs, lors de cette étude, nous avons observé l'existence de trois approches différentes sur le FBP au Niger et lesquelles sont instiguées par trois bailleurs de fonds différents (Banque mondiale, coopération belge et allemande). Chaque bailleur de fonds, a les indicateurs qui l'intéresse dans le cadre du FBP. Certain.e.s technicien.e.s.s et décideur.e.s se sont d'ailleurs, interrogé.e.s sur la pertinence d'avoir trois approches sur le FBP pour le même système de santé publique qu'est celui du Niger.

La connaissance religieuse est celle qui est presque inexistante dans le processus de discussion sur le FBP. Elle est juste utilisée à des fins d'appropriation du projet FBP par les populations bénéficiaires. A cet effet, les élites religieuses sont utilisées pour identifier des arguments religieux en fonction des indicateurs de santé (contraception, accouchement assisté, césarienne, etc.) d'intervention pour convaincre les populations locales à participer à la mise en œuvre de l'action sanitaire. Cependant, cette connaissance est inexistante dans les argumentaires de tous les acteurs.trices interviewés.es pour montrer la pertinence du FBP à améliorer les services de soins santé au Niger et même lors des discussions pendant

l'atelier de validation du manuel de suivi et d'évaluation aucun acteur.trice n'a fait cas de cette connaissance pour défendre une position ou d'inciter les acteurs à prendre en considération. On assiste donc à un usage opportuniste du discours religieux.

Par ailleurs, nous avons constaté que les connaissances basées sur des réalités empiriques notamment les expériences réussies sur le FBP observées dans d'autres pays (Rwanda, Burundi) principalement par les « incontournables » du FBP ont été jugées plus légitimes par rapport aux autres formes de connaissances mobilisées (techniques, religieuses, scientifiques) pour convaincre les acteurs.trices du FBP de sa pertinence, de sa faisabilité et de son aspect pragmatique. L'analyse révèle que cette légitimité s'explique par le fait que dans les pays visités, les acteurs ont observé une gestion financière efficace des ressources financières, de la recherche-action, l'importance du contexte politique et financière dans la gestion du FBP. La recherche-action (projet pilote) dans le cadre du FBP au Niger a été aussi jugée légitime. Ainsi, tout comme les expériences analysées, les évaluations positives de ce projet pilote sont mises en avant pour justifier cette légitimité observable et saisissable. Cependant, comme mentionné précédemment, il est ressorti de l'analyse que les études évaluatives n'ont pas été transparentes. Par la suite, les connaissances techniques (pratiques, basées sur l'expérience) jugées légitimes, car elles ont permis d'adopter les FBP en gestation (projet FBP coopération belge et allemande) à certaines réalités de gestion des prestations liées aux soins de santé au Niger surtout dans l'analyse du fonctionnement/dysfonctionnement du système de santé. Ainsi, le FBP prend en compte le renforcement du rôle régulateur de l'État, de renforcer le contrôle citoyen de la gestion de la santé et d'assurer une gestion saine des ressources financières et humaines.

## CHAPITRES VI CONCLUSION

### 6.1 Synthèse générale de l'analyse

Cette étude s'inspire du constat selon lequel l'aide publique au développement joue un rôle (financier, assistance technique, etc.) déterminant dans la définition, l'orientation et la mise en œuvre des politiques publiques de santé publique en Afrique. Aussi de plus en plus, le recours aux données scientifiques pour aider à l'identification et à l'orientation des politiques publiques de santé se manifeste dans les discours des acteurs d'aide au développement de la santé. Par exemple, tel que souligné plus haut, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans son rapport de 2013, défend l'utilisation des données scientifiques pour favoriser une couverture universelle des soins de santé dans les pays à faible revenu (OMS, 2013). Cependant, les données scientifiques sont souvent des instruments d'influence ou d'imposition des politiques publiques (santé, éducation, etc.) (Hunsmann, 2016b). Le FBP est une nouvelle forme d'aide au financement de la santé de la Banque mondiale qui tente de mettre en avant entre autres la recherche scientifique. Son expérimentation au Niger par certains acteurs.trices d'aide au développement (Banque mondiale, Coopération allemande et belge) vise à améliorer la performance du système de santé nigérien. Le plus souvent, ces acteurs.trices n'ont pas les mêmes rôles et sont détenteurs.trices et promoteurs.trices de différentes formes de connaissances dans le processus de mise en œuvre du FBP.

Ces constats ont induit la question suivante : comment les acteurs.trices de la santé publique, incluant les ONG, les chercheurs, les institutions financières internationales (fonds Monétaire international, Banque mondiale, et d'autres intervenants), perçoivent-ils leurs rôles dans la production et l'utilisation des connaissances scientifiques en matière d'orientation des politiques publiques de santé dans le cadre du financement basé sur la performance du système de santé publique au Niger? Cette question générale vise aussi à soulever des questions spécifiques relatives aux types de savoirs mobilisés et à la légitimité

de ces savoirs : quels autres types de savoirs sont mobilisés dans l'élaboration des politiques publiques de santé dans le cadre du FBP? Comment ces savoirs sont-ils mobilisés ? Quel type de savoir possède le plus de légitimité ? Qu'est-ce qui légitime ce savoir, et pour qui?

En effet, pour comprendre le rôle des acteurs.trices interviewé.e.s dans le processus de production des connaissances autour du FBP (financement basé sur la performance), cette étude est allée au-delà de la perception classique (formelle) conférée aux groupes stratégiques notamment les décideur.e.s, les technicien.ne.s, la société civile, les partenaires techniques et financiers (PTF), les chercheur.e.s qui sont généralement impliqués dans un tel programme ou politique publique. L'adoption de cette approche a permis d'identifier un réseau informel d'acteurs.trices autour du FBP. Elle a, en conséquence, permis de comprendre le rôle empirique et de dresser une typologie des différents acteurs.trices dans la production et dans l'utilisation des connaissances scientifiques dans le processus de mise en œuvre du FBP du système de santé publique au Niger. Ainsi, l'analyse des résultats fait ressortir quatre groupes d'acteurs.trices que sont les « mentor.e.s » du FBP, les « incontournables » du FBP, les « curieux.ses » du FBP, les « contrariés » du FBP. Chaque type d'acteurs.trices est le reflet d'une vision (couverture universelle de santé, FBP orienté vers des indicateurs de santé ciblés) sur le FBP. Cette compréhension des types d'acteurs.trices a surtout permis de comprendre le degré d'implication et d'influence des acteurs.trices dans le processus de productions des connaissances, de définition ou d'orientations du FBP, les stratégies par groupe d'acteurs.trices et les types de connaissances qu'ils mobilisent. En effet, l'analyse des résultats montre que les « mentor.e.s » sont les principaux bailleurs de fonds, initiateurs et concepteurs du FBP au Niger avec une vision précise du FBP et fixent les grandes orientations. Les « incontournables » sont les alliés stratégiques (partagent la même vision du FBP) des « mentor.e.s » dans la production des connaissances dans le processus de mise en œuvre du FBP au sein des espaces de circularité des connaissances. Ce sont des acteurs.trices très influents dans le milieu de la santé publique du Niger et ont une bonne connaissance du fonctionnement et des principes du FBP. Les « curieux.ses » du FBP considèrent les « incontournables » comme des références, de personnes ressources auprès

desquelles ils s'informent sur le FBP. Ils sont donc, à cheval entre les « incontournables » et les « mentors ». Enfin, les « contrarié.e.s » du FBP sont des acteurs.trices qui étaient des « incontournables » puisque faisant partie des premiers ayant bénéficié pendant la gestation du FBP des formations et des voyages d'étude financés par « les mentor.e.s ». Mais les « contrarié.e.s » du FBP bien qu'ils soient en faveur du FBP, ne partagent pas la vision des « mentor.e.s » du FBP. Donc, les « contrarié.e.s » du FBP sont écartés ou boycottent le processus du FBP en critiquant dans l'informel l'approche et la stratégie mises en place par les « mentor.e.s » appuyé.e.s par les « incontournables ».

Il faut aussi noter que l'un des apports théoriques de cette étude, réside dans la compréhension empirique du processus de production et de légitimation des connaissances sur le FBP (projet pilote, études évaluatives, formations, recrutement d'expert.e.s nationaux.les et internationaux.les, création d'espaces institutionnels de circularité de connaissances). Dans ce processus, des stratégies sont mises en œuvre, elles favorisent ce qui est décrit dans cette étude comme la circularité mutilante des connaissances. En effet, il ressort de l'analyse des résultats, deux principaux boulevards dans cette circularité mutilante : le boulevard pacifique et le boulevard mutilant. Le boulevard pacifique est mythifié dans la littérature et par la majorité des interviewé.e.s en particulier les « contrarié.e.s » du FBP. Il se caractérise par des actions plus « collaboratives » avec les connaissances et pratiques du milieu en mettant un accent particulier sur le contexte politique, socio-culturel, économique et de gestion du système de santé. Il est « ouvert » au changement et « fidèle » aux réalités locales par la contextualisation de la politique en question. Le deuxième boulevard s'identifie par son caractère mutilant à travers une implication et une influence forte des PTF sur des acteurs.trices clés.es de la santé dans le processus d'injonction d'une nouvelle connaissance/un modèle qui « minimise » le contexte local. Ce dernier boulevard est celui qui ressort le plus dans cette étude, c'est-à-dire la circularité mutilante des connaissances dans le contexte de mise en œuvre des projets pilotes FBP au Niger pour renforcer le système de santé en ciblant les services de soins de santé en lien avec les politiques des gratuités des soins (césarienne, accouchement, enfants de 0 à 5 ans, etc.). Ainsi, cette étude met en exergue que la définition ou l'orientation d'une politique publique de santé à travers un modèle mutilant tel que le FBP

s'injecte dans une circularité mutilante de connaissances. Cette circularité mutilante est donc, un milieu social où coexistent des connaissances et des pratiques et à l'intérieur duquel des moyens sont mobilisés par les promoteurs.trices (les « mentor.e.s ») du modèle mutilant (FBP) en collaboration avec « les incontournables ». Ces derniers sont les alliés stratégiques des mentors du FBP. L'analyse des résultats montre que cette alliance qui s'est formée entre les « mentor.e.s » et les « incontournables » se manifeste dans les espaces de circularité des connaissances (comité technique, comité de pilotage, ateliers, réunions restreintes, conférence) lors des discussions sur les orientations du FBP. L'analyse des « petites bibliothèques » montre aussi que la circularité des documents importants sur le FBP (articles scientifiques, rapports d'études, termes de références d'études ou de formations et d'ateliers, etc.) se passe plus entre les « mentor.e.s » et les « incontournables » que les « curieux.ses » du FBP. La circularité des documents se passe souvent entre « incontournables » et « curieux » mais très rarement entre les mentors et les curieux du FBP. Les contrariés sont pratiquement absents dans la circularité mutilante des connaissances. Ils sont les invisibles, mais actifs en marge de la circularité.

En effet, cinq formes de pouvoir se manifestent à l'intérieur de la circularité mutilante des connaissances : le pouvoir de l'argent, le pouvoir de la connaissance scientifique, le pouvoir de l'assistance technique (usage des expert.e.s internationaux.les et nationaux.les) et le pouvoir tranquille. Le rapport inégalitaire des forces argumentaires entre les acteurs.trices qui s'affrontent à l'intérieur de la circularité mutilante des connaissances est déterminant dans le choix politique (approche, indicateurs ou secteur de santé). L'analyse montre que les détenteurs.trices du pouvoir financier et de la connaissance scientifique, à savoir les « incontournables » et les « mentor.e.s », ont su faire adopter leur vision du FBP lors des discussions dans les espaces de circularité des connaissances. Dans cette dynamique, les « contrariés » et les « curieux » du FBP détiennent le pouvoir tranquille. Ces deux groupes d'acteurs.trices du FBP interviennent de manière générale, dans l'espace social de circularité mutilante des connaissances avec des connaissances techniques (pratiques, basées sur l'expérience). Le pouvoir tranquille s'extériorise par une adhésion passionnée des « curieux » et une résistance passive (refus catégorique de participer à toutes activités du FBP), et souvent engagée des « contrarié.e.s » du FBP dans l'informel

en décourageant certains acteurs à participer au processus du FBP. Cette fusion d'une participation passionnée et d'une résistance passive et engagée est la conséquence du pouvoir tranquille. Un autre pouvoir, pas le moindre, se manifeste dans la dynamique du FBP qu'est celui du religieux. Le pouvoir religieux s'exerce par l'usage du statut des leaders religieux afin de convaincre les bénéficiaires de la nécessité d'accepter les services offerts par le FBP dans les centres de soins de santé. Ainsi, le statut des leaders religieux contribue au renforcement du *package d'installation* du FBP. Tel que mentionné précédemment, le *package d'installation* d'un modèle mutilant est cet ensemble de moyens techniques, financiers, humains, de connaissances, de stratégies préalablement prévues pour procéder à une réforme de politique publique en Afrique subsaharienne.

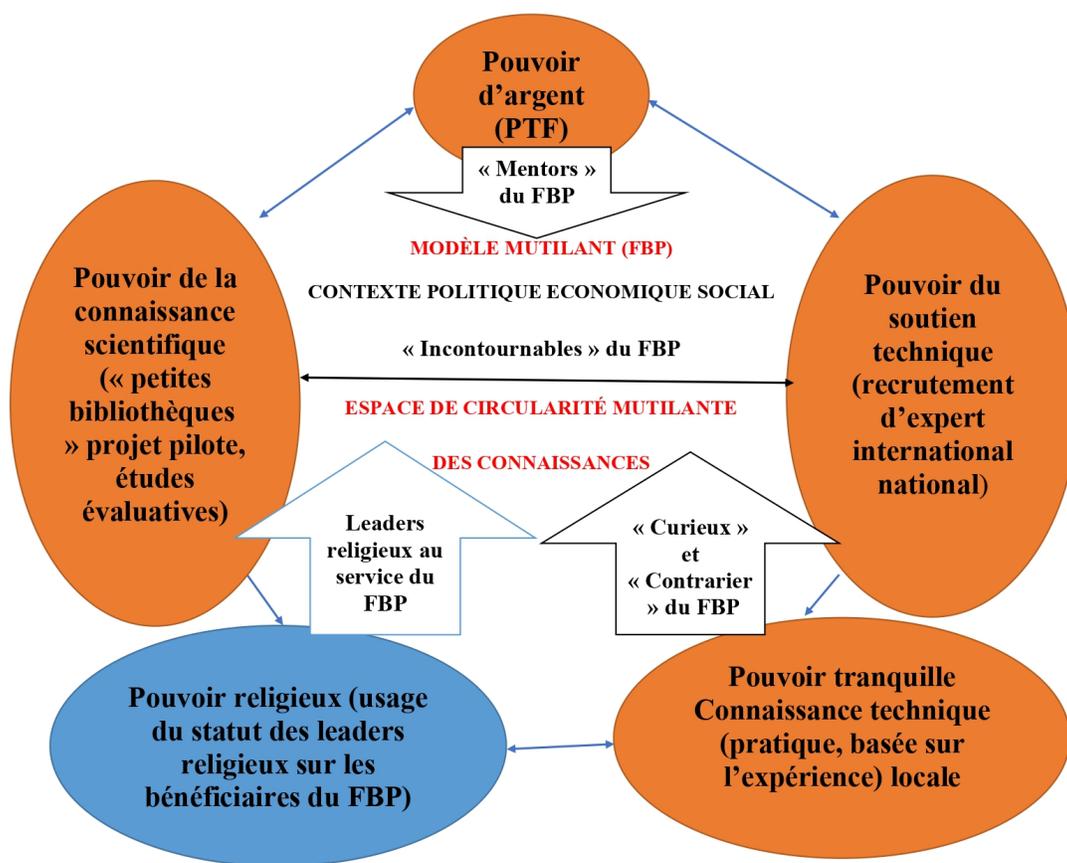


Figure 6.1. Résumé analytique des cinq pouvoirs qui caractérisent un modèle mutilant (FBP)

En somme, la figure ci-dessous illustre et résume la dynamique holiste et synoptique de la circularité mutilante des connaissances autour d'une question de politique publique de

santé (modèle mutilant). Dans cette dynamique, chaque acteur.trice de la politique publique a des spécificités (producteur de connaissances, activité de plaidoyer, décideur, bailleur de fonds, utilisateur, gestionnaire) qui leur confèrent un rôle capital et nécessaire. Les aller et les retours que symbolisent les flèches illustrent le caractère souvent complémentaire, d'influence et contradictoire des acteurs.trices. Le contexte dans lequel chacun avance des arguments (basés sur des connaissances particulières) pour alimenter les discussions a une grande influence sur la qualité et l'orientation des décisions qui seront prises.

En effet, le FBP du système de santé au Niger pour améliorer l'efficacité des services de soins de santé constitue un cadre idoine d'analyse des « connaissances scientifiques » ou d'autres formes de connaissances avancées par les acteurs.trices de la politique qui ont abouti à la prise de décision de cette politique ou du moins au lancement des trois projets pilotes sur le FBP. Il a permis de comprendre le positionnement et le rôle des différents acteurs sur la politique en question. Ce qui a permis de comprendre les enjeux (choix des indicateurs de santé, approche) sur l'orientation à donner aux services de santé au Niger (couverture universelle ou ciblée sur un ou deux indicateurs de la santé) autour de la politique. Il a permis précisément d'appréhender que « (...) ce n'est ni la diffusion ni la circulation des savoirs qui en faisaient la valeur, mais leur monopolisation, notamment pour régler des concurrences internes aux différentes bureaucraties d'un régime » (Rowell, 2013, p. 31), sinon d'un système politique.

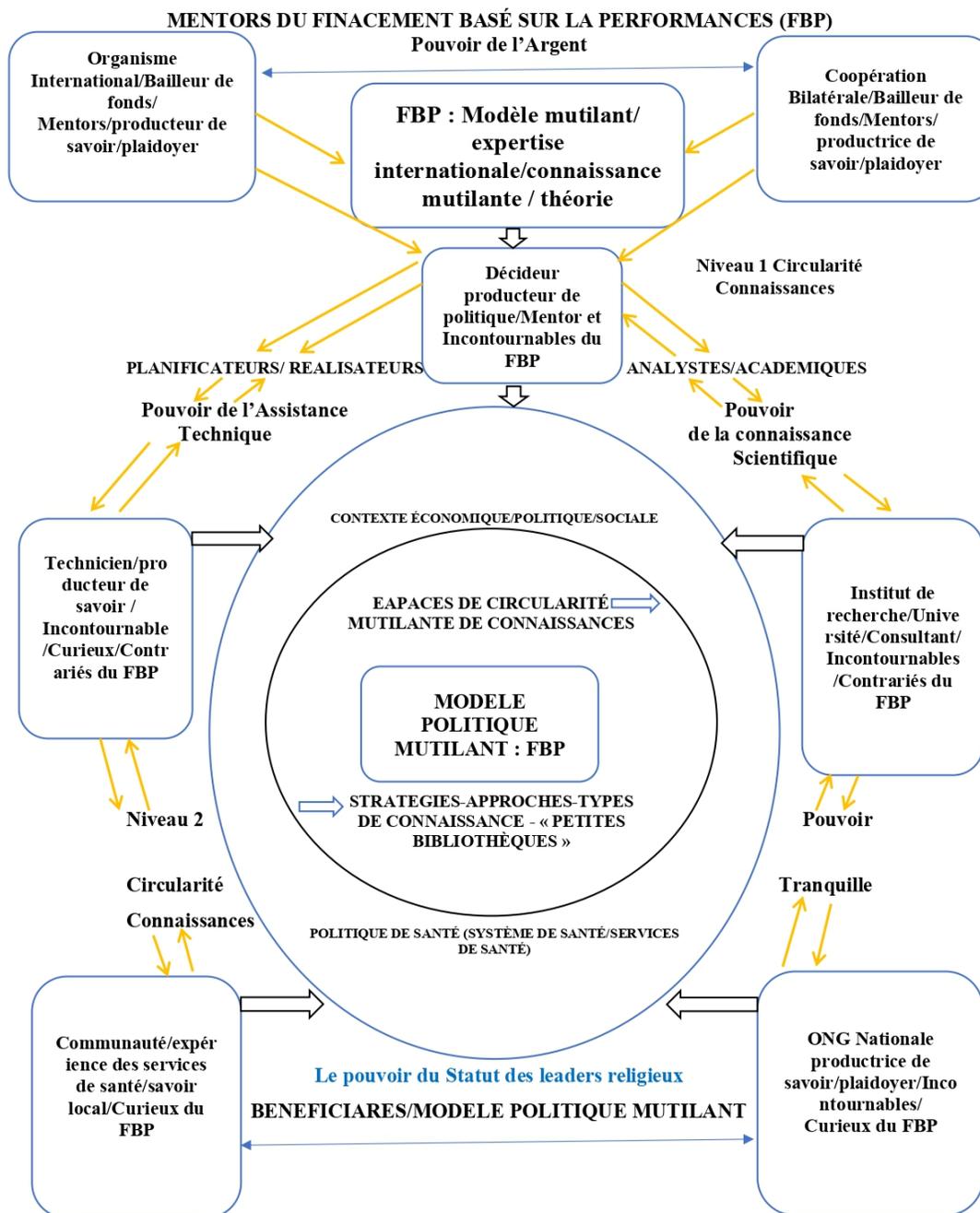


Figure 6.2. Modèle mutilante dans une circularité mutilante des connaissances

NB : cette figure est la résultante des observations du terrain, de la revue de la littérature et de l'analyse des résultats.

Ainsi, le concept de circularité mutilante des connaissances nous permet de comprendre comment des objectifs et des indicateurs de santé (HIV-Sida, planification familiale, contraception, espacement des naissances, césarienne, accouchement assisté) de départ du développement international à travers les principaux bailleurs de fonds du FBP s'imposent au système de santé nigérien. Des objectifs et des indicateurs, qui, même pertinents, peuvent ne pas se clouer aux besoins réels locaux du moment. Surtout que dans le cas précis du Niger, l'analyse des résultats indique un manque criard d'infrastructures sanitaires, de ressources humaines en quantité et en qualité, de ressources financières pérennes pour garantir la livraison des services de soins de santé sur le plan national. Donc, est-ce que des actions ponctuelles et dispersées entre différents bailleurs permettront-elles d'atteindre l'objectif d'obtenir un système de santé efficace et efficient au Niger?

En effet, le concept de circularité mutilante offre une perspective d'analyser la façon dont des connaissances diverses circulent et sont mobilisées par des groupes d'acteurs. trices pour promouvoir l'adoption des actions politiques publiques de santé (suivi et évaluation, compte bancaire autonome, motivation financière, etc.) afin d'améliorer ou d'accompagner des politiques publiques de santé dans le sud global (gratuité de la césarienne, gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans, gratuité des soins pour la femme enceinte, etc.). Dans cette dynamique, des connaissances élitistes (scientifiques) sont priorisées sur d'autres formes dont les connaissances techniques et religieuses. Les connaissances scientifiques sont utilisées pour montrer la pertinence du modèle mutilant (FBP) à travers des exemples réussis du FBP lus dans des articles et des rapports scientifiques d'évaluation. Ainsi, il ressort que les connaissances techniques servent à faire ressortir les difficultés (accessibilité aux soins de santé, financières, etc.) liées au système de santé du Niger, en particulier la mise en œuvre des politiques de gratuité de soins (césarienne, pour les enfants de 0 à 5 ans, la planification familiale, etc.) afin de justifier l'application du FBP. L'analyse des résultats montre aussi que certaines connaissances techniques (fondées sur les réalités contextuelles du Niger, et sur l'expérience de gestion du système de santé) qui s'opposent à l'approche et à la stratégie mises en route dans le cadre du FBP sont isolées. Les connaissances religieuses sont mobilisées pour convaincre et d'obtenir l'adhésion des bénéficiaires au contenu (HIV-Sida, planification familiale, contraception, espacement des

naissances, césarienne, accouchement assisté) du FBP. Mais, les connaissances religieuses sont complètement absentes dans les espaces de circularité de connaissances (réunions restreintes, atelier technique de validation du manuel de mise en œuvre du FBP). Lors de l'atelier technique de validation du manuel de mise en œuvre du FBP, les connaissances religieuses (musulmanes et chrétiennes) sont juste utilisées pour introduire les discussions par des invocations afin que Dieu bénisse la rencontre. Toutes ces différentes pratiques voilent les exigences du développement international par rapport à l'amélioration de certains indicateurs de santé en particulier dans les pays du sud global. Ainsi, il ressort par coïncidence de l'analyse de l'étude que les principaux bailleurs de fonds multilatéraux (Organisation Mondiale de la Santé, Banque Mondiale, etc.) et bilatéraux (Coopération Belge, allemande, etc.) du Niger sont les mêmes qui participent activement dans la mise en œuvre des projets pilote du FBP et en impulsant les grandes orientations des indicateurs de santé à considérer. En conséquence, ce modèle de circularité mutilante des connaissances, permet précisément de comprendre comment différents acteurs.trices possédant des pouvoirs inégaux notamment celui de la recherche scientifique, de l'argent, du soutien technique international et tranquille, peuvent faire en sorte que par exemple, la césarienne soit dans l'agenda national et orientée vers les indicateurs de santé prédéterminés même si celle-ci n'est pas le besoin prioritaire.

Il faut noter par ailleurs, qu'à l'intérieur de la circularité mutilante des connaissances, les connaissances n'ont pas la même valeur. Ainsi, les connaissances basées sur des réalités empiriques notamment les expériences réussies sur le FBP observées dans d'autres pays (Rwanda, Burundi) notamment par les « incontournables » du FBP ont été jugées plus légitimes comparativement aux autres formes de connaissances (techniques, religieuses, scientifiques) pour convaincre les acteurs.trices du FBP de sa pertinence, de sa faisabilité et de son aspect pragmatique. Ensuite, la recherche-action (projet pilote) a été jugée légitime. Ainsi, tout comme les expériences analysées, les évaluations positives de ce projet pilote sont mises en avant pour justifier cette légitimité observable et saisissable. Après les connaissances techniques (pratiques, basées sur l'expérience) jugées légitimes, car elles ont permis « d'adopter » les FBP en cours (projet FBP coopération belge et allemande) à certaines réalités de gestion des prestations liées aux soins de santé au Niger surtout dans

l'analyse du fonctionnement/dysfonctionnement du système de santé. Ainsi, le FBP prend en compte le renforcement du rôle régulateur de l'État, de renforcer le contrôle citoyen de la gestion de la santé et d'assurer une gestion saine des ressources financières et humaines. La connaissance religieuse ne ressort pas dans l'appréciation des acteurs.trices interviewé.e.s sur la légitimation des connaissances dans la construction des arguments sur le FBP. D'ailleurs, il faut retenir que la connaissance religieuse comme un type de connaissance mobilisé dans le processus du FBP au Niger pour convaincre les bénéficiaires est un effet inattendu de cette étude. D'autant plus que comme les autres types de connaissances (scientifiques, empiriques, techniques), la connaissance religieuse islamique n'a pas été abordée dans la revue de la littérature.

En outre, l'analyse de cette recherche fait ressortir la nécessité d'une indépendance de la recherche scientifique à toutes les étapes d'une réforme de politique publique de santé (conception, projet pilote, évaluations, choix des chercheurs, etc.). Une telle indépendance vise à produire des connaissances crédibles pour faciliter les démarches de la réforme de politique publique de santé. Car, « (...) ne pas chercher à posséder scientifiquement l'Afrique serait la meilleure formule pour laisser ruiner à jamais l'autorité africaine dans le monde » (Ela, 2007, p. 22). Ainsi, la maîtrise et l'indépendance de la recherche scientifique semblent importantes dans une perspective de réforme d'une politique publique de santé dans les pays du Sud Global.

Malheureusement, selon Bonaventure Mve Ondo (2005), la recherche scientifique est le moins financé en Afrique. Du coup, les structures de recherche dépendent essentiellement de soutien financier des partenaires techniques et financiers du Nord. Ainsi, il souligne que « (...), l'Afrique, en ne prenant pas en compte son avenir scientifique, en se désengageant comme elle le fait de plus en plus de la recherche, se condamne elle-même » (Ondo, 2005, p. 13). D'où l'impérative nécessité pour l'Afrique, le Niger en particulier, d'assurer son autonomie économique et technique pour développer la recherche scientifique afin de contribuer à la mise en place des politiques publiques (santé, éducation, etc.) efficace. Ainsi, dans les pays du sud global en particulier au Niger, pour favoriser une réforme contextuelle réussie de politique publique de santé, il ressort de l'analyse des résultats de

l'étude la combinaison des trois indépendances (les 3I): en plus de l'Indépendance de la recherche scientifique, il y a l'Indépendance économique et technique et politique :

- l'indépendance économique et technique: disponibilité des ressources financières et des ressources humaines nécessaires durant tout le processus (conception, production des connaissances scientifiques, mise en œuvre, etc.) de la réforme politique jusqu'à son application dans le temps afin d'assurer la disponibilité des besoins et moyens nécessaires. Le choix des personnes-ressources doit se faire en fonction des compétences requises pour la réforme. Ceci est d'autant plus pertinent, puisque selon de Olivier Sardan (2014), pour ce qui est du Niger, une réforme de la culture administrative est nécessaire. Il ajoute qu'une réforme de la culture administrative est indissociable à une réforme de la culture politique - aussi une connaissance scientifique de cette interconnexion des deux cultures est fondamentale (économique et politique).

- l'indépendance politique : les décideur.e.s doivent être au centre de la réforme. Ils doivent centraliser tous les efforts autour de la réforme dans la perspective d'une stratégie et une vision unique pour fédérer toutes les initiatives qui permettront sa réussite. Ils/elles doivent surtout éliminer entre autres l'impunité, le clanisme, les pratiques de dissimulation des problèmes aux coûts des analyses sans complaisance (Olivier de Sardan, 2014).

La figure ci-dessous résume les trois indépendances qui ressortent de l'analyse des résultats pour une meilleure réforme de politique publique de santé dans un contexte bien donné.

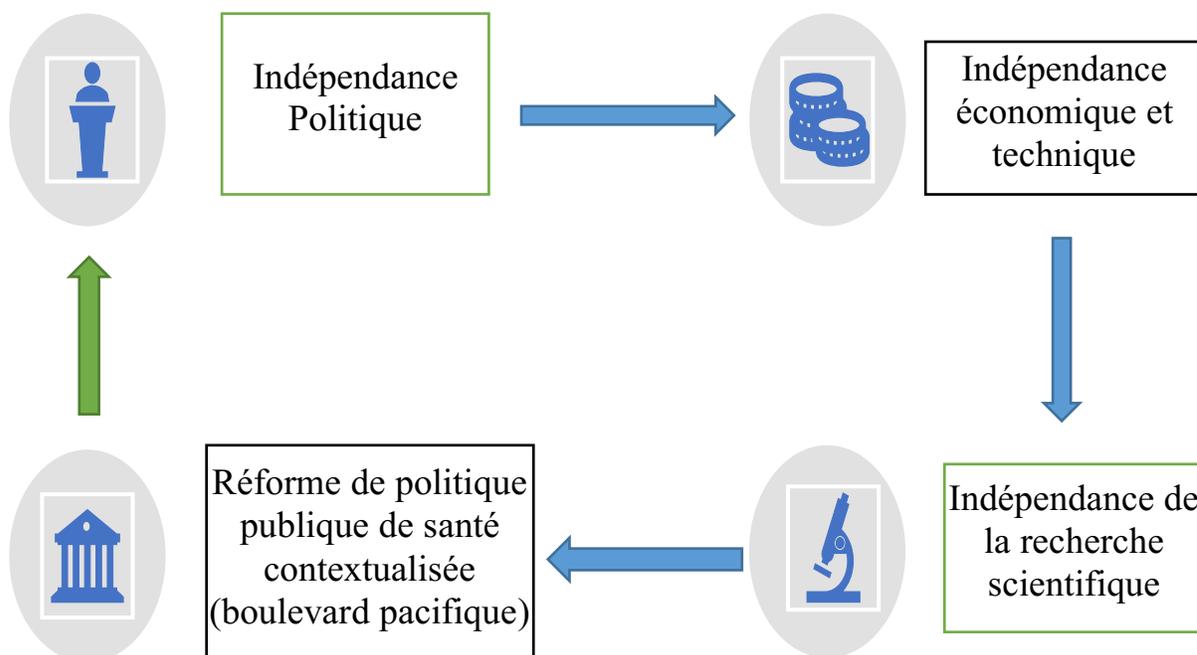


Figure 6.3. Résumé analytique des trois indépendances (3I) d'orientation de politique publique contextualisée

## 6.2 Éléments de conclusions et perspectives

En Afrique sub-saharienne, le recours aux données scientifiques pour assurer une couverture universelle des soins de santé aux populations ou une amélioration de certains indicateurs de santé, demeure un enjeu majeur et un grand défi à relever. Face à cette réalité plusieurs pays dont le Niger ont expérimenté des politiques publiques afin d'assurer le minimum de soins de santé à leurs citoyens.n.e.s. Il s'agit entre autres pour ce qui est du Niger les politique politiques de gratuité pour les enfants de 0 à 5 ans, les femmes enceintes, la césarienne, la création des mutuelles pour certains corps professionnels (employé.e.s. de santé, services privés, ONGs, militaires, etc.). De nos jours, les acteurs.trices de la santé du Niger tentent de mettre en œuvre le FBP, qui accorde une « place de prédilection » à la recherche, dans le but de renforcer le système de santé publique et répondre ainsi aux besoins de soins des nigérien.ne.s.

C'est dans cette perspective que nous avons voulu, à travers cette étude, comprendre les rôles des acteurs.trices (décideur.e.s, ONGs, chercheur.e.s, PTF, et technicien.n.e.s.) dans la production et l'utilisation des connaissances scientifiques en matière d'orientation des politiques publiques de santé dans le cadre du FBP au Niger. L'étude vise également à identifier les types de connaissances scientifiques et autres formes de connaissances (culturelles, religieuses, opinions publiques, des histoires personnelles, des règlements juridiques, intérêts personnels, claniques, ou par des calculs politiques, etc.) qui soutiennent la contribution des acteurs.trices de la santé publique pour renforcer le système de santé publique au Niger. Enfin, elle a pour objectif de décrire les processus de la légitimation des connaissances mobilisées dans le cadre du Financement basé sur la performance du système de santé publique au Niger.

Ainsi, pour atteindre ces objectifs, l'approche qualitative a été utilisée, notamment à travers des entretiens semi-directifs et l'analyse thématique de contenu. En tout, 48 acteurs.trices (décideur.e.s, ONGs, chercheur.e.s, bailleurs de fonds, et technicien.ne.s) du FBP ont été interviewé.e.s. Aussi, des « petites bibliothèques » (fichiers contenant divers documents sur le FBP), collectées puis administrées auprès des acteurs.trices du FBP, ont facilité le repérage des types de connaissances qui sont mobilisés (scientifiques, techniques, religieuses), lus, non lus, qui circulent entre les acteurs.trices et le canal par lequel ils-elles les ont obtenu.e.s.

En effet, un des apports empiriques de cette étude est l'identification d'un réseau informel d'acteurs.trices qui s'est formé autour du FBP. Ce qui a permis d'établir une typologie des acteurs.trices et de comprendre leur degré d'implication et d'influence dans le processus de productions des connaissances, de définition, d'orientations du FBP ainsi que leurs stratégies respectives. Il s'agit des « mentor.e.s » (bailleurs de fonds, technicien.ne.s, décideur.e.s), des « incontournables » (décideur.e.s, technicien.ne.s, expert.e.s internationaux.les et nationaux.les), des « curieux-ses » (décideur.e.s, technicien.ne.s acteurs.trices de la société civile) et des « contrarié.e.s » (technicien.ne.s, chercheur.e.s) du FBP.

L'analyse des données illustre la primauté des connaissances scientifiques sur les connaissances techniques et religieuses qui sont mobilisées par les acteurs.trices dans le cadre du FBP. Les connaissances scientifiques, bien que peu exploitées, sont particulièrement utilisées par les « mentor.e.s » et les « incontournables » du FBP pour prouver la pertinence du FBP et du choix des indicateurs de santé. Les connaissances techniques sont mobilisées par les « incontournables » et les « curieux.ses » du FBP) pour mettre en lumière les difficultés liées au système de santé du Niger, et celles relatives à la mise en œuvre des politiques de gratuité de soins afin de légitimer l'application du FBP. Les connaissances religieuses, quant à elles, pour influencer les bénéficiaires du FBP à accepter les services offerts en lien avec certains indicateurs de santé (HIV-Sida, planification familiale, contraception, espacement des naissances, césarienne, accouchement assisté) choisis. Les « contrarié.e.s » mobilisent des connaissances techniques pour montrer l'impertinence de la stratégie (études de faisabilité, projet pilote) des « mentor.e.s » en s'opposant catégoriquement au processus de mise en œuvre du FBP. Ils-elles donc évoluent en marge du processus.

L'autre apport empirique de cette étude est la compréhension du processus de production et de légitimation des connaissances sur le FBP (projet pilote, études évaluatives, formations, recrutement d'expert.e.s nationaux.les et internationaux.les, création d'espaces institutionnels de circularité de connaissances). Les stratégies de mises en œuvre (création d'espaces de circularité de connaissances, formation d'un groupe restreint, accompagnement technique internationale et nationale, recherche scientifique à travers les études évaluatives, projets pilotes, recours aux articles scientifiques) de ce processus de production de légitimation des connaissances sur le FBP favorisent ce qui est décrit dans cette étude comme la circularité mutilante des connaissances.

Aussi, l'analyse des « petites bibliothèques » met en évidence une circularité de documents importants sur le FBP entre les « mentor.e.s » et les « incontournables », souvent entre « incontournables » et « curieux-ses » et quelquefois entre « mentor.e.s » et « curieux-ses » du FBP. Les contrarié.e.s sont pratiquement invisibles dans la circularité mutilante des connaissances, mais, comme précédemment mentionné, ils sont actifs à travers la

dénonciation et la démobilisation de certain.e.s acteurs.trices qui participent au processus du FBP.

En effet, l'apport théorique de cette étude est la découverte d'une circularité mutilante des connaissances au Niger et un modèle mutilant, à savoir le FBP. Le concept de *circularité mutilante des connaissances* offre une perspective théorique pour analyser la manière dont des connaissances diverses sont mobilisées, circulent, et sont utilisées par les différents groupes d'acteurs.trices impliqué.e.s. dans ce processus. Ainsi, la circularité mutilante des connaissances est un espace social où coexistent et circulent des connaissances et des pratiques. À l'intérieur de cet espace social, des moyens sont mobilisés par des acteurs.trices et où des rapports de forces inégalitaires déterminent le choix et l'orientation du politique dénommé « le modèle mutilant » (FBP) dans cette étude et où le contexte est presque ignoré. Le modèle mutilant se caractérise par un package de connaissances (étude de faisabilité, projet pilote, recherches évaluatives, indicateurs de santé), de logistiques et équipements (moyens de déplacement pour les cadres, amélioration des plateaux techniques), de ressources humaines (recrutement d'expert.e.s internationa.ux.les et nationa.ux.les, de chercheur.e.s, de technicien.n.e.s compétent.e.s) et financières (disponibilité des fonds nécessaires pour la mise en œuvre du projet FBP). Ce package confère au modèle (FBP), sa capacité mutilante. L'apport théorique, c'est aussi la découverte de cinq formes de pouvoir à l'intérieur de la circularité mutilante des connaissances : le pouvoir de l'argent, de la connaissance scientifique, de l'assistance technique internationale et nationale, le pouvoir tranquille détenu par les contrarié.e.s du FBP, et le pouvoir du statut des leaders religieux au service du FBP.

En outre, la réussite d'une réforme contextualisée de politique publique de santé (cas du FBP) dans les pays d'Afrique sub-saharienne comme le Niger dépend des trois indépendances (3I) précédemment détaillées. Il s'agit de l'indépendance politique, l'indépendance de la recherche scientifique et l'indépendance économique et technique.

Par ailleurs, cette étude, comme toute recherche scientifique, connaît quelques limites. Une de ces limites est de ne pas pouvoir donner la parole aux populations locales que sont les

bénéficiaires direct.e.s du FBP, cela, pour explorer leur rôle dans le processus de production des connaissances, les types de savoir qu'ils peuvent mobiliser, la pertinence de ces savoirs, leurs sources, ainsi que leur degré d'implication et d'influence sur le processus. Une autre limite est de ne pas prévoir un groupe témoin dans le cadre de cette étude - c'est-à-dire des acteurs.trices qui ne sont ni impliqué.é.s. directement ou indirectement dans le processus du FBP. Des entretiens avec un groupe témoin pourraient nous permettre d'avoir une perspective d'analyse plus large sur le FBP en comparant la perception de ce groupe sur le sujet à celle des acteurs.trices impliqué.e.s . Ainsi, des recherches futures peuvent être menées pour comprendre les jeux d'intérêts qui peuvent se manifester dans un processus de production de connaissances en vue de définir ou d'orienter une politique publique de santé au Niger comme le FBP. Il est également important d'étudier la pertinence de l'expérimentation de trois projets pilotes sur le FBP pour un même système de santé publique et leurs effets sur les politiques de gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans ou la césarienne. Une prochaine étude peut aussi se concentrer sur le cercle des leaders religieux mis en place pour fédérer les bénéficiaires autour du FBP.

## ANNEXE A Formulaire de consentement

**Formulaire de consentement****Titre du projet de recherche**

Enjeux et limites du transfert de « connaissances scientifiques » sur les politiques publiques de santé au Niger : cas du Financement Basé sur la Performance (FBP) au Niger

**Personne responsable du projet**

Chercheure, chercheur responsable du projet : Ibrahim Hamani Souley

Programme d'études : Doctorat en sociologie

Adresse courriel : hamani\_souley.ibrahim@courrier.uqam.ca

Téléphone : +1(438) 989 3520

**Direction de recherche**

Direction de recherche : Marie Nathalie LeBlanc

Département ou École : de Sociologie

Faculté : des Sciences Humaines

Courriel : [leblanc.marie-nathalie@uqam.ca](mailto:leblanc.marie-nathalie@uqam.ca)

Téléphone : 514 987-3000, poste 3384

Codirectrice : Élisabeth Abergel

Département ou École : de Sociologie

Faculté : des Sciences Humaines

Courriel : [abergel.elisabeth@uqam.ca](mailto:abergel.elisabeth@uqam.ca)

Téléphone : (514) 987-3000 poste 4470

## **Préambule**

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche qui implique à avoir une entrevue individuelle avec vous au cours de laquelle nous souhaitons recueillir le maximum d'idées, d'opinions possibles sur les types de savoirs que vous mobilisez, comment ces savoirs sont-ils mobilisés, la légitimité des savoirs mobilisés, etc. pour renforcer le système de santé publique au Niger dans le cadre du FBP.

Si vous ne voyez pas d'inconvénients, nous allons enregistrer l'entretien afin de faciliter nos discussions et d'éviter des erreurs dans notre prise de notes. Cet entretien nous prendra quarante-cinq (45) minutes ou une heure trente (1 h 30) au maximum. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles de manière à ce que vous consentiez à participer en toute connaissance de cause.

### **Description du projet et de ses objectifs**

Vous êtes invitée, invité à prendre part à un projet visant :

- à explorer le rôle et les intérêts des acteurs de la santé publique (ONG chercheurs, institutions internationales financières : Fonds Monétaire international, Banque Mondiale, et intervenants) dans la production et l'usage de « connaissances scientifiques » pour améliorer le système de santé du Niger;
- d'identifier les types de connaissances scientifiques qui sous-tendent la contribution des acteurs de la santé publique;
- d'identifier les autres types de connaissances mobilisées (culturelles, religieuses, opinion publique, des histoires personnelles, des règlements juridiques, intérêts personnels, claniques, ou par des calculs politiques etc.) par les acteurs;
- de décrire les processus de la légitimation des connaissances mobilisées dans le cadre du Financement basé sur la performance du système de santé publique au Niger.

Les objectifs des activités de cette recherche:

- Collecter des données auprès de 27 acteurs (décideurs, chercheurs, ONG, institutions financières internationales, intervenants et bénéficiaires) qui sont impliqués dans les discussions et la mise en œuvre des politiques de santé en lien avec le Financement basé sur la performance au Niger (Niamey et Dosso)
- Mener des recherches documentaires à l'université de Niamey, au Laboratoire d'Études et de Recherche sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local (LASDEL), dans les ministères de la santé publique, des finances, etc. pour collecter des données sur le Financement basé sur la performance et les politiques publiques de santé

### **Moyens de diffusion**

Les résultats de cette recherche seront publiés dans une thèse de doctorat et dans un article scientifique qui sera soumis à une revue savante. Ils peuvent être également présentés lors des rencontres scientifiques (conférences, colloques, etc.)

Si vous le souhaitez, les résultats de la présente recherche vous seront communiqués lorsqu'ils seront disponibles.

### **Avantages et risques**

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances en apportant des éclairages scientifiques sur les enjeux et stratégies (entre acteurs) de transfert de connaissance autour d'une politique publique de santé dans un contexte africain et à long terme, avoir probablement un effet positif sur la définition et la mise en œuvre d'une politique publique qui contribuera à améliorer efficacement la santé des femmes enceintes et celle des enfants au Niger. Il n'y a pas de risque d'inconfort important associé à votre participation à cette rencontre. Vous demeurez libre de ne pas répondre à une question que vous estimez embarrassante sans avoir à vous justifier. Il est de la responsabilité de la chercheuse, du chercheur de suspendre ou de mettre fin à l'entrevue si cette personne estime que votre bien-être est menacé.

### **Anonymat et confidentialité**

Il est entendu que tous les renseignements recueillis sont confidentiels. Seuls les membres de l'équipe de recherche y auront accès. Nous attribuerons des noms fictifs et des codes aux données durant tout le processus de dépouillement, de l'analyse et dans le rapport final. Le matériel de recherche (enregistrement numérique et transcription codés) et votre formulaire de consentement seront sécurisés par la personne responsable du projet pour la durée totale du projet. Les enregistrements ainsi que les formulaires de consentement seront détruits 5 ans après les dernières publications des résultats de recherche.

### **Participation volontaire et retrait**

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure. Pendant l'entretien et/ou après, vous avez le droit de vous retirer si vous le jugez nécessaire. Dans ce cas, les informations vous concernant seront détruits. Votre consentement à participer implique que vous acceptez que le responsable du projet puisse utiliser aux fins de la présente recherche (incluant la publication d'articles, d'une thèse, la présentation des résultats lors de conférences ou de communications scientifiques).

### **Avantages liés à la participation**

Votre participation à ce projet est offerte gratuitement. Toutefois, vous aurez contribué à l'avancement de la science.

### **Questions sur le projet et sur vos droits**

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation vous pouvez communiquer avec les responsables du projet : [(Marie Nathalie LeBlanc : [leblanc.marie-nathalie@uqam.ca](mailto:leblanc.marie-nathalie@uqam.ca); +1(514 987-3000), poste 3384), Ibrahim Hamani Souley hamani\_souley.ibrahim@courrier.uqam.ca ou [ibrahimhamani@yahoo.fr](mailto:ibrahimhamani@yahoo.fr) +1(438) 989 3520).

Des questions sur vos droits? Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants de la Faculté des sciences humaines impliquant des êtres humains (CERPÉ 4) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordination du CERPÉ 4 : [sergent.julie@uqam.ca](mailto:sergent.julie@uqam.ca) ou 514-987-3000, poste 3642].

### **Remerciements**

Votre collaboration est importante pour la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier.

### **Consentement**

Je reconnais avoir lu le présent formulaire et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que la personne responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Il me suffit d'en informer la personne responsable du projet.

Je souhaite être informée, informé des résultats de la recherche lorsqu'ils seront disponibles :  oui  non

---

---

---

---

---

Nom, en lettres moulées, et coordonnées

---

Signature de la participante, du participant

---

Date

**Personne responsable du projet**

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages et les risques du projet à la personne participante et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

---

Signature de la personne responsable

---

Date

**Un exemplaire du formulaire d'information et de consentement signé doit être remis  
à la personne participante.**

## ANNEXE B Guide d'entretien

Groupes stratégiques	Thèmes centraux	Types d'information visées	Objectifs visés
ONG locales Intervenant.e.s Chercheur.e.s Organismes internationaux financiers Décideur.e.s Technicien.ne.s	I. Le Financement Basé sur la Performance (FBP) et les « connaissances scientifiques »	1.1. Que pensez-vous de la recherche scientifique en relation avec les politiques publiques de santé au Niger  1.2. Que pensez-vous, de manière générale, du financement basé sur la performance et politique de santé publique au Niger?  1.4 Avez –vous au moins fait références à des données scientifiques au cours des échanges sur le FBP pour faire passer vos idées ou de rejeter d'autres? Si oui lesquels? 1.4.1. Pourquoi faites-vous référence souvent à des données scientifiques ? 1.4.1..1. Quel objectif visez-vous à travers l'usage de ces données	1. Identifier les types de connaissances scientifiques qui sous-tendent la contribution des acteurs de la santé publique (ONGs, chercheurs, institutions internationales financières : Fonds Monétaire International, Banque Mondiale, et intervenants) pour renforcer le système de santé publique au Niger sous Financement basé sur la performance de la Banque Mondiale et constituer une typologie de ces connaissances.

	<p>lors de vos échanges sur le FBP?</p> <p>1.4.1.2. Selon vous quelle peut-être la valeur ajoutée des données scientifiques dans vos discussions?</p>	
<p>ONG locales Intervenant.e.s Chercheur.e.s Organismes internationaux financiers Décideur.e.s Technicien.ne.s</p>	<p>2.1. Pouvez-vous me décrire les raisons qui expliquent votre participation au FBP?</p> <p>2.2. Comment décrivez-vous les conditions des discussions entre vous et les autres acteurs autour le FBP?</p> <p>2.3. Comment vous contribuez à la production des connaissances et à leur usage ?</p>	<p>2. Comprendre le rôle des acteurs du FBP dans la production et l'utilisation des connaissances.</p>
<p>ONG locales Intervenant.e.s Chercheurs Organismes internationaux financiers Décideur.e.s Technicien.e.s</p>	<p>1. En dehors des connaissances scientifiques sur quels autres types de connaissances vous vous êtes basé pour introduire ou non le FBP au Niger?</p> <p>2. Comment avez-vous mobilisé ces connaissances pour</p>	<p>3. Identifier les autres types de connaissances mobilisées (culturelles, religieuses, opinion publique, des histoires personnelles, des règlements juridiques, intérêts</p>

	<p>introduire le FBP au Niger?</p> <p>3. Quels savoirs à plus de légitimité pour vous? Qu'est-ce qui légitime ce savoir ?</p>	<p>personnels, claniques, ou par des calculs politiciens etc.) par les acteurs de la santé publique dans le cas du Financement basé sur la performance du système de santé publique au Niger.</p>
<p>ONG locales Intervenant.e.s Chercheur.e.s Organismes internationaux financiers Décideur.e.s Technicien.ne.s</p>	<p>1. Quels types de savoirs mobilisez-vous pour participer aux discussions sur le FBP ?</p> <p>1.1. Comment mobilisez-vous les connaissances qui vous servent d'arguments lors des échanges sur le FBP?</p> <p>2. Parmi les différents types de savoirs disponibles auxquels vous avez accès pour participer à des discussions sur le FBP, lequel vous semble plus légitime?</p>	<p>4. Décrire les processus de la légitimation des connaissances mobilisées dans le cadre du Financement basé sur la performance du système de santé publique au Niger.</p>

2.1. Qu'est-ce qui légitime  
ce savoir ?

## ANNEXE C Quelques « Petites bibliothèques »

Bonjour Monsieur incontournable,

Je suis Ibrahim Hamani Souley, doctorant en sociologie à l'Université de Québec à Montréal. J'aimerais avoir des informations supplémentaires sur les documents portant sur le FBR que vous m'avez donné lors de nos deux entretiens. Je profite pour vous remercier infiniment pour votre collaboration. Veuillez trouver ci-dessous les informations dont j'ai besoin :

Titre des documents	Documents lus	Documents non lus	Comment vous avez eu accès aux documents?
Exemption de paiement des soins délivrés aux enfants de moins de 5 ans et des services de santé de la reproduction au Niger : Analyse et proposition de refonte du dispositif dans la perspective de la couverture santé universelle - États de lieux des réformes du PDS 2011-2015			
Le financement basé sur les résultats / la gestion axée sur la performance Réforme de Priorité 1 du PDS 2011-2015			
Aide-Mémoire de la mission de supervision Niamey, 26 février au 7 mars 2018			
Producing policy relevant systematic reviews: navigating the policy-research interface Sandra Oliver, s.oliver@ioe.ac.uk Mukdarut Bangpan, m.bangpan@ucl.ac.uk Kelly Dickson, k.dickson@ucl.ac.uk UCL Institute of Education, UK			
Politique d'utilisation de la bibliothèque des Classiques			
Le chaînon manquant			
<a href="https://www.rbfhealth.org/publication/bo%C3%A0Ete-%C3%A0-outils-financement-bas%C3%A9-sur-la-">https://www.rbfhealth.org/publication/bo%C3%A0Ete-%C3%A0-outils-financement-bas%C3%A9-sur-la-</a>			

performanceBoîte à Outils: Financement Basé sur La Performance, Banque Mondiale			
Santé et performance au Rwanda Expérience et leçons au niveau opérationnel dans la mise en œuvre de l'approche FBP			
PBF en action Théorie et instruments Guide de cours Financement basé sur la performance (FBP)			
"Récompenses financières" et "autres approches" pour de bons rendements ou résultats : une visite guidée des concepts et termes et un glossaire court.			
Rapport d'évaluation externe du projet pilote 'Financement basé sur les résultats'(FBR) Dans le district sanitaire de Boboye			
Étude faisabilité FBP dans le secteur de la santé au Niger			
Mise en place d'une application web pour le programme de financement sur les résultats, Ministère de la santé publique Niger, Rapport d'analyse 1			
Résultat Évaluation interne du pilote FBR Boboye, Ministère de la santé publique Niger			
The future of healthcare in Africa A report from the economist Intelligence Unit sponsored by Janssen			
Indicateurs, Primes liées aux résultats quantitatifs et Bonus qualité, Rapport, Ministère de la santé publique Niger			
FBR Communautaire Burundi			
Manuel des procédures FBR pour le projet 'PSR' au Niger juin 2018			
Définitions générales des concepts du FBR			

Financement basé sur la performance au niveau communautaire guide de l'utilisateur, version finale, janvier 2009 (rev), Rwanda			
Manuel des procédures pour la mise en œuvre du financement basé sur la performance à usage au niveau formation au Burundi			
Initiative Solidarité et Santé au Sahel (I3S) Le Financement Basé sur les Résultats (FBR)			
Rapport mondial sur les connaissances pour une meilleure santé Renforcement <i>des systèmes de santé</i>			
Rivalries of proximity beyond the household in Niger: Political elites and the baab-izey pattern			
Vérification de la Performance dans le cadre du Financement Basé sur les Résultats (FBR) : Le Cas du FBR communautaire et du FBR du côté de la demande au Rwanda			
Financement Basé sur les Résultats (FBR) dans le Secteur de la Santé au Burkina Faso : Mise en Œuvre et Structure des Dépenses (janvier 2014 à décembre 2015)			
Le FBR et le financement sectoriel			
Implication des Coges dans la Mise en Œuvre du Financement Basé sur les Résultats (FBR) pour une Amélioration de la Fréquentation des Fosa Auteurs: Koumbem M., Sere R.			
Contribution des Agences de Contractualisation et de Vérification à l'amélioration de la gouvernance des formations sanitaires au Burkina Faso			

Rapport général de l'atelier sur les outils FBR République démocratique du Congo			
Manuel des procédures Fonds d'achat PSR, Niger - Présentation des Fonds d'achats, Rapport			
Diagnostic pour le financement de la santé : les bases de l'élaboration d'une stratégie nationale			
Developing a national health financing strategy: a reference guide / Joseph Kutzin, Sophie Witter, Matthew Jowett, Dorjsuren Bayarsaikhan <sup>[1]</sup> (Health Financing Guidance Series No 3)			
Terme de référence pour l'atelier de validation du manuel de mise en œuvre du financement basé sur les résultats dans les districts sanitaires de Gaya et Gothey			
Discussion PaPer series No. 8 — JuNe 2 013 What Factors Influence Health Policy entrepreneurs in West Africa? A. Torbica, M. De Allegri, D. Yugbare Belemsaga, A. Medina-Lara and V. Ridde			
Mise en œuvre du FBR au Burkina Faso			
Expérience du Mali sur le Financement basé sur la performance			
Projet pilote du Financement basé sur la performance au Sénégal			
Guide de mise en œuvre du FBR au Burkina Faso			
Manuel des procédures pour la mise en œuvre de la Stratégie du Financement Basé sur les Résultats République démocratique du Congo			
Manuel des procédures pour la mise en œuvre de la Stratégie du Financement Basé sur les Résultats au Tchad			

Le FBR dans la région : survol des expériences du Rwanda, Burundi et RDC			
--	--	--	--

Bonjour Monsieur curieux,

Je suis Ibrahim Hamani Souley, doctorant en sociologie à l'Université de Québec à Montréal. J'aimerais avoir des informations supplémentaires sur les documents portant sur le FBR que vous avez mis à ma disposition lors de notre entretien. Je profite pour vous remercier infiniment pour votre collaboration. Veuillez trouver ci-dessous les informations dont j'ai besoin :

Titre des documents	Documents lus	Documents non lus	Comment vous avez eu accès aux documents?
Exemption de paiement des soins délivrés aux enfants de moins de 5 ans et des services de santé de la reproduction au Niger : Analyse et proposition de refonte du dispositif dans la perspective de la couverture santé universelle - États de lieux des réformes du PDS 2011-2015			
Draft du rapport étude des coûts des prestations des soins au niveaux de la case de santé du centre de santé intégré et des hôpitaux e districts sanitaires Niamey V et Gaya			
Grille Césarienne (Gratuite)			
Manuel de mise en œuvre du financement basé sur les résultats dans le secteur de la santé au Niger			
Stratégie nationale de participation communautaire en matière de santé 2016-2020			
Dossier technique et financier programme « appui au secteur de la santé -Intervention programme d'appui au système de santé » Niger			
Élaboration d'une matrice des coûts des prestations de santé dans les formations sanitaires des niveaux intermédiaire et tertiaire.			

PBF en action Théorie et instruments Guide de cours Financement basé sur la performance (FBP)			
"Récompenses financières" et "autres approches" pour de bons rendements ou résultats : une visite guidée des concepts et termes et un glossaire court.			
Rapport d'évaluation externe du projet pilote 'Financement basé sur les résultats'(FBR) Dans le district sanitaire de Boboye			
Étude faisabilité FBP dans le secteur de la santé au Niger			
Mise en place d'une application web pour le programme de financement basé sur les résultats, ministère de la Santé publique Niger, Rapport d'analyse 1			
Résultat Évaluation Interne du pilote FBR Boboye, Ministère de la santé publique Niger			
Indicateurs, Primes liées aux résultats quantitatifs et Bonus qualité, Rapport, Ministère de la santé publique Niger			
Rapport de l'étude des coûts des prestations des soins niveau case de santé, centre de santé intégré et l'hôpital de districts sanitaires de Niamey V et de Gaya			
Manuel des procédures FBR pour le projet 'PSR' au Niger juin 2018			
Contribution des Agences de Contractualisation et de Vérification à l'amélioration de la gouvernance des formations sanitaires au Burkina Faso			

Manuel des procédures Fonds d'achat PSR, Niger Présentation des Fonds d'achats, Rapport			
--	--	--	--

Bonjour Monsieur incontournable,

Je suis Ibrahim Hamani Souley, doctorant en sociologie à l'Université de Québec à Montréal. J'aimerais avoir des informations supplémentaires sur les documents portant sur le FBR que vous m'avez donné lors de nos deux entretiens. Je profite pour vous remercier infiniment pour votre collaboration. Veuillez trouver ci-dessous les informations dont j'ai besoin :

Titre des documents	Documents lus	Documents non lus	Comment vous avez eu accès aux documents?
PBF en action Théorie et Instruments Guide du cours PBF			
Le financement basé sur les résultats / la gestion axée sur la performance Réforme de Priorité 1 du PDS 2011-2015			
République du BENIN Rapport du 50ème cours PBF Performance Based Financing Du 12 au 23octobre 2015 à Cotonou, Benin			
<a href="https://www.rbhealth.org/publication/bo%C3%A0-outils-financement-bas%C3%A9-sur-la-performance">https://www.rbhealth.org/publication/bo%C3%A0-outils-financement-bas%C3%A9-sur-la-performance</a> Boîte à Outils: Financement Basé sur La Performance, Banque Mondiale			
Santé et performance au Rwanda Expérience et leçons au niveau opérationnel dans la mise en œuvre de l'approche FBP			
PBF en action Théorie et instruments Guide de cours Financement basé sur la performance (FBP)			
"Récompenses financières" et "autres approches" pour de bons rendements ou résultats : une visite guidée des concepts et termes et un glossaire court.			

Rapport d'évaluation externe du projet pilote 'Financement basé sur les résultats'(FBR) Dans le district sanitaire de Boboye			
Étude faisabilité FBP dans le secteur de la santé au Niger			
Mise en place d'une application web pour le programme de financement basé sur les résultats, Ministère de la santé publique Niger, Rapport d'analyse 1			
Résultat Évaluation Interne du pilote FBR Boboye, Ministère de la santé publique Niger			
Indicateurs, Primes liées aux résultats quantitatifs et Bonus qualité, Rapport, Ministère de la santé publique Niger			
FBR Communautaire Burundi			
Manuel des procédures FBR pour le projet 'PSR' au Niger juin 2018			
Manuel des procédures Fonds d'achat PSR, Niger - Présentation des Fonds d'achats, Rapport			

Bonjour Monsieur incontournable,

Je suis Ibrahim Hamani Souley, doctorant en sociologie à l'Université de Québec à Montréal. J'aimerais avoir des informations supplémentaires sur les documents portant sur le FBR que vous avez mis à ma disposition lors de notre entretien. Je profite pour vous remercier infiniment pour votre collaboration. Veuillez trouver ci-dessous les informations dont j'ai besoin :

Titre des documents	Documents lus	Documents non lus	Comment vous avez eu accès aux documents?
<a href="https://www.rbflhealth.org/publication/bo%C3%A0-outils-financement-bas%C3%A9-sur-la-performance">https://www.rbflhealth.org/publication/bo%C3%A0-outils-financement-bas%C3%A9-sur-la-performance</a> Boîte à Outils: Financement Basé sur La Performance, Banque Mondiale			
Santé et performance au Rwanda Expérience et leçons au niveau opérationnel dans la mise en œuvre de l'approche FBP			
PBF en action Théorie et instruments Guide de cours Financement base sur la performance (FBP)			
"Récompenses financières" et "autres approches" pour de bons rendements ou résultats : une visite guidée des concepts et termes et un glossaire court.			
Rapport d'évaluation externe du projet pilote 'Financement basé sur les résultats'(FBR) Dans le district sanitaire de Boboye			
Étude faisabilité FBP dans le secteur de la santé au Niger			
Mise en place d'une application web pour le programme de financement de base sur les résultats,			

Ministère de la santé publique Niger, Rapport d'analyse 1			
Résultat Évaluation Interne du pilote FBR Boboye, Ministère de la santé publique Niger			
The future of healthcare in Africa A report from the economist Intelligence Unit sponsored by Janssen			
Indicateurs, Primes liées aux résultats quantitatifs et Bonus qualité, Rapport, Ministère de la santé publique Niger			
FBR Communautaire Burundi			
Manuel des procédures FBR pour le projet ‘PSR’ au Niger juin 2018			
Définitions générales des concepts du FBR			
Financement basé sur la performance au niveau communautaire guide de l'utilisateur, version finale, Janvier 2009 (rev), Rwanda			
Manuel des procédures pour la mise en œuvre du financement base sur la performance à usage au niveau formation au Burundi			
Manuel des procédures pour la mise en œuvre du financement base sur la performance Seconde génération, Burundi, 2017			
Le financement basé sur les résultats communautaires dans le domaine de la santé. Un document de réflexion sur la mise en œuvre récente des programmes et des politiques soutenues par la banque mondiale au Bénin, au Cameroun, en république du Congo, en république démocratique du Congo, en Gambie et au Rwanda.			

Module de formation des vérifications communautaires sur le financement basé sur les résultats en république démocratique du Congo			
Vérification de la Performance dans le cadre du Financement Basé sur les Résultats (FBR) : Le Cas du FBR communautaire et du FBR du côté de la demande au Rwanda			
Financement Basé sur les Résultats (FBR) dans le Secteur de la Santé au Burkina Faso : Mise en Œuvre et Structure des Dépenses (janvier 2014 à décembre 2015)			
Le FBR et le financement sectoriel			
Implication des Coges dans la Mise en Œuvre du Financement Base sur les Résultats (FBR) pour une Amélioration de la Fréquentation des Fosa - Auteurs : KOUMBEM M., SERE R.			
Contribution des Agences de Contractualisation et de Vérification à l'amélioration de la gouvernance des formations sanitaires au Burkina Faso			
Rapport général de l'atelier sur les outils FBR République démocratique du Congo			
Manuel des procédures Fonds d'achat PSR, Niger Présentation des Fonds d'achats, Rapport			
Diagnostic pour le financement de la santé : les bases de l'élaboration d'une stratégie nationale			
Developing a national health financing strategy: a			

reference guide / Joseph Kutzin, Sophie Witter, Matthew Jowett, Dorjsuren Bayarsaikhan <sup>[1]</sup> (Health Financing Guidance Series No 3)			
Achats stratégiques (2): le rôle central des stewards 9/19/2017  <a href="http://www.healthfinancingafrica.org/home/achats-strategiques-2-le-role-central-des-stewards">http://www.healthfinancingafrica.org/home/achats-strategiques-2-le-role-central-des-stewards</a>			
Le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles ou CAPI en France Cf. le pdf Présentation2-JPerrot dans E:\Disque local D Lenovo\Nouveau dossier\Galo\1 Professionnel\MSP\Partenariat et Memo\UEMOA\2014 Octobre 13 au 18 Dakar CSEAG Atelier CUS Afeha\A Dakar\Contractualisation & achat stratégique			
Mise en œuvre du FBR au Burkina Faso			
Expérience du Mali sur le Financement basé sur la performance			
Projet pilote du Financement basé sur la performance au Sénégal			
Guide de mise en œuvre du FBR au Burkina Faso			
Manuel des procédures pour la mise en œuvre de la Stratégie du Financement Basé sur les Résultats République démocratique du Congo			
Manuel des procédures pour la mise en œuvre de la Stratégie du Financement Basé sur les Résultats au Tchad			
Le FBR dans la région : survol des expériences du Rwanda, Burundi et RDC			

Bonjour Monsieur PTF,

Je suis Ibrahim Hamani Souley, doctorant en sociologie à l'Université de Québec à Montréal. J'aimerais avoir des informations supplémentaires sur les documents portant sur le FBR que vous avez mis à ma disposition lors de notre entretien. Je profite pour vous remercier infiniment pour votre collaboration. Veuillez trouver ci-dessous les informations dont j'ai besoin :

Titre des documents	Documents lus	Documents non lus	Comment vous avez eu accès aux documents?
Convention Séparée au contrat de financement Coopération financière nigéro-allemande programme de santé de la reproduction au Niger, région de Tillabéry			
Le Financement Basé sur La Performance communautaire dans le santé de la santé. Un document de réflexion sur la mise en œuvre récente des programmes et des politiques soutenus par la Banque Mondiale au Benin, au Cameroun, en République du Congo, en République démocratique du Congo, en Gambie et au Rwanda  Jean-Benoît Falisse, Petra Vergeer, Maud Juquois, Alphonse Akpamoli, Jacob Paul Robyn, Walters Shu, Michel Zabiti, Rifat Hasan, Bakary Jallow, Musa Loum, Cédric Ndizeye, Jean-Claude Taptue Fotso, Michel Muvudi, Baudouin Makuma Booto et Joy Gebre Medhin			
Guide de mise en œuvre du FBR dans la région de Tillabéry, 2018: Programme			

Santé de la Reproduction (Financement KfW: Allemagne)			
PBF en Action : Théories et Outils, Guide du cours PBF La Haye, 2018 Robert Soeters, PhD - SINA Health			
Manuel de mise en œuvre du projet pilote FBR dans le district sanitaire de Boboye, 2015: Ministère de la Santé Publique du Niger (Financement Banque Mondiale)			
Manuel de mise en œuvre du FBR dans les districts de Gaya et Gothèye, 2018: Programme d'Appui au Système de Santé au Niger (Co-Financement ép du Niger et Royaume de Belgique)			
<u>Boîte à Outils: Financement Basé sur La Performance</u> , Banque Mondiale			
Santé et performance au Rwanda Expérience et leçons au niveau opérationnel dans la mise en œuvre de l'approche FBP			
PBF en action Théorie et instruments Guide de cours Financement base sur la performance (FBP)			
"Récompenses financières" et "autres approches" pour de bons rendements ou résultats : une visite guidée des concepts et termes et un glossaire court.			
Rapport d'évaluation externe du projet pilote 'Financement basé sur les			

résultats”(FBR) Dans le district sanitaire de Boboye			
Mise en place d’une application web pour le programme de financement de financement basé sur les résultats, Ministère de la santé publique Niger, Rapport d’analyse 1			
Résultat Évaluation Interne du pilote FBR Boboye, Ministère de la santé publique Niger			
Étude faisabilité FBP dans le secteur de la santé au Niger			
The future of healthcare in Africa A report from the economist Intelligence Unit sponsored by Janssen			
Indicateurs, Primes liées aux résultats quantitatifs et Bonus qualité, Rapport, Ministère de la santé publique Niger			
FBR Communautaire Burundi			
Manuel des procédures FBR pour le projet ‘PSR” au Niger juin 2018			
Définitions générales des concepts du FBR			
Financement basé sur la performance au niveau communautaire guide de l’utilisateur, version finale, Janvier 2009 (rev), Rwanda			
Manuel des procédures pour la mise en œuvre du financement base sur la performance à usage au niveau formation au Burundi			

Manuel des procédures pour la mise en œuvre du financement basé sur la performance seconde génération, Burundi, 2017			
Le financement basé sur les résultats communautaires dans le domaine de la santé. Un document de réflexion sur la mise en œuvre récente des programmes et des politiques soutenues par la banque mondiale au Bénin, au Cameroun, en république du Congo, en république démocratique du Congo, en Gambie et au Rwanda.			
Module de formation des vérifications communautaires sur le financement basé sur les résultats en république démocratique du Congo			
Vérification de la Performance dans le cadre du Financement Basé sur les Résultats (FBR) : Le Cas du FBR communautaire et du FBR du côté de la demande au Rwanda			
Financement Basé sur les Résultats (FBR) dans le Secteur de la Santé au Burkina Faso : Mise en Œuvre et Structure des Dépenses (janvier 2014 à décembre 2015)			
Le FBR et le financement sectoriel			
Implication des Coges dans la Mise en Œuvre du Financement Basé sur les			

Résultats (FBR) pour une Amélioration de la Fréquentation des Fosa Auteurs: KOUMBEM M., SERE R.			
Contribution des Agences de Contractualisation et de Vérification à l'amélioration de la gouvernance des formations sanitaires au Burkina Faso			
Rapport général de l'atelier sur les outils FBR République démocratique du Congo			
Manuel des procédures Fonds d'achat PSR, Niger Présentation des Fonds d'achats, Rapport			
Diagnostic pour le financement de la santé : les bases de l'élaboration d'une stratégie nationale			
Developing a national health financing strategy: a reference guide / Joseph Kutzin, Sophie Witter, Matthew Jowett, Dorjsuren Bayarsaikhan Health Financing Guidance Series No 3)			
<u>Achats stratégiques (2): le rôle central des stewards</u> 9/19/2017 <a href="http://www.healthfinancingafrica.org/home/achats-strategiques-2-le-role-central-des-stewards">http://www.healthfinancingafrica.org/home/achats-strategiques-2-le-role-central-des-stewards</a>			
Le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles ou CAPI en France Cf. le pdf Présentation2-JPerrot dans E:\Disque			

local D Lenovo\Nouveau dossier\Galo\1 Professionnel\MSP\Partenariat et Memo\UEMOA\2014 octobre 13 au 18 Dakar CSEAG Atelier CUS Afeha\A Dakar\Contractualisation & achat stratégique			
Mise en œuvre du FBR au Burkina Faso			
Expérience du Mali sur le Financement basé sur la performance			
Projet pilote du Financement basé sur la performance au Sénégal			
Guide de mise en œuvre du FBR au Burkina Faso			
Manuel des procédures pour la mise en œuvre de la Stratégie du Financement Basé sur les Résultats République démocratique du Congo			
Manuel des procédures pour la mise en œuvre de la Stratégie du Financement Basé sur les Résultats au Tchad			
Le FBR dans la région : survol des expériences du Rwanda, Burundi et RDC			

Bonjour Monsieur curieux,

Je suis Ibrahim Hamani Souley, doctorant en sociologie à l'Université de Québec à Montréal. J'aimerais avoir des informations supplémentaires sur les documents portant sur le FBR que vous avez mis à ma disposition lors de notre entretien. Je profite pour vous remercier infiniment pour votre collaboration. Veuillez trouver ci-dessous les informations dont j'ai besoin :

Titre des documents	Documents lus	Documents non lus	Comment vous avez eu accès aux documents?
Exemption de paiement des soins délivrés aux enfants de moins de 5 ans et des services de santé de la reproduction au Niger : Analyse et proposition de refonte du dispositif dans la perspective de la couverture de santé universelle États de lieux des réformes du PDS 2011-2015			
Le financement basé sur les résultats / la gestion axée sur la performance Réforme de Priorité 1 du PDS 2011-2015			
PBF en Action Théories et Instruments d'Application - Livre d'accompagnement pour le cours Financement Basé sur la Performance (PBF) avec 14 modules : 12 modules de base, 1 module de régulation et 1 module d'évaluation, CORDAID – SINA 2008			
Manuel de mise en œuvre financement basé sur les résultats dans le système de santé au Niger			
Stratégie nationale de participation communautaire en matière de santé 2016-2020			

Santé et performance au Rwanda Expérience et leçons au niveau opérationnel dans la mise en œuvre de l'approche FBP			
PBF en action Théorie et instruments Guide de cours Financement base sur la performance (FBP)			
"Récompenses financières" et "autres approches" pour de bons rendements ou résultats : une visite guidée des concepts et termes et un glossaire court.			
Rapport d'évaluation externe du projet pilote 'Financement basé sur les résultats'(FBR) Dans le district sanitaire de Boboye			
Étude faisabilité FBP dans le secteur de la santé au Niger			
Mise en place d'une application web pour le programme de financement de financement base sur les résultats, Ministère de la santé publique Niger, Rapport d'analyse 1			
Résultat Évaluation Interne du pilote FBR Boboye, Ministère de la santé publique Niger			
Indicateurs, Primes liées aux résultats quantitatifs et Bonus qualité, Rapport, Ministère de la santé publique Niger			
FBR Communautaire Burundi			
Manuel des procédures FBR pour le projet 'PSR' au Niger juin 2018			
Financement Basé sur les Résultats (FBR) dans le Secteur de la Santé au Burkina Faso : Mise en Œuvre et Structure des Dépenses (janvier 2014 à décembre 2015)			
Le FBR et le financement sectoriel			
Implication des Coges dans la Mise en Œuvre du Financement Base sur les Résultats (FBR) pour une Amélioration de la Fréquentation des Fosa, auteurs :			

Koumbem M., SERE R.			
Contribution des Agences de Contractualisation et de Vérification à l'amélioration de la gouvernance des formations sanitaires au Burkina Faso			
Manuel des procédures Fonds d'achat PSR, Niger  Présentation des Fonds d'achats, Rapport			
Diagnostic pour le financement de la santé : les bases de l'élaboration d'une stratégie nationale			
Developing a national health financing strategy: a reference guide / Joseph Kutzin, Sophie Witter, Matthew Jowett, Dorjsuren Bayarsaikhan <sup>[1]</sup> <sub>[SEP]</sub> (Health Financing Guidance Series No 3)			
Mise en œuvre du FBR au Burkina Faso			
Expérience du Mali sur le Financement basé sur la performance			
Projet pilote du Financement basé sur la performance au Sénégal			
Guide de mise en œuvre du FBR au Burkina Faso			
Manuel des procédures pour la mise en œuvre de la Stratégie du Financement Basé sur les Résultats République démocratique du Congo			
Manuel des procédures pour la mise en œuvre de la Stratégie du Financement Basé sur les Résultats au Tchad			
Le FBR dans la région : survol des expériences du Rwanda, Burundi et RDC			

Bonjour curieux,

Je suis Ibrahim Hamani Souley, doctorant en sociologie à l'Université de Québec à Montréal. J'aimerais avoir des informations supplémentaires sur les documents portant sur le FBR que vous avez mis à ma disposition lors de notre entretien. Je profite pour vous remercier infiniment pour votre collaboration. Veuillez trouver ci-dessous les informations dont j'ai besoin :

Titre des documents	Documents lus	Documents non lus	Comment vous avez eu accès aux documents?
Exemption de paiement des soins délivrés aux enfants de moins de 5 ans et des services de santé de la reproduction au Niger : Analyse et proposition de refonte du dispositif dans la perspective de la couverture santé universelle, États de lieux des réformes du PDS 2011-2015			
Le financement basé sur les résultats / la gestion axée sur la performance Réforme de Priorité 1 du PDS 2011-2015			
Aide-Mémoire de la mission de supervision Niamey, 26 février au 7 mars 2018			
Aide-mémoire de la mission de supervision (partie 2) Projet Initiative Solidarité Santé Sahel Mission P4H Niamey, 9 au 18 juillet 2018			
Évaluation I3S – compte rendu NIGER			
Stratégie nationale de participation communautaire en matière de santé 2016-2020			
Étude sur les financements innovants pour le secteur de la santé du Niger			
Processus de mise en forme et mise en œuvre de deux projets pilotes au Niger			

Initiative Solidarité et Santé au Sahel (I3S) Le Financement Basé sur les Résultats (FBR)			
Rapport d'évaluation externe du projet pilote 'Financement basé sur les résultats'(FBR) Dans le district sanitaire de Boboye			
Étude faisabilité FBP dans le secteur de la santé au Niger			
Mise en place d'une application web pour le programme de financement de financement basé sur les résultats, Ministère de la santé publique Niger, Rapport d'analyse 1			
Résultat Évaluation Interne du pilote FBR Boboye, Ministère de la santé publique Niger			
Manuel des procédures FBR pour le projet 'PSR' au Niger juin 2018			
Définitions générales des concepts du FBR			
Financement basé sur la performance au niveau communautaire guide de l'utilisateur, version finale, Janvier 2009 (rev), Rwanda			
Manuel des procédures pour la mise en œuvre du financement base sur la performance à usage au niveau formation au Burundi			
Manuel des procédures pour la mise en œuvre du financement base sur la performance Seconde génération, Burundi, 2017			
Le financement base sur les résultats communautaires dans le domaine de la santé. Un document de réflexion sur la mise en œuvre récente des programmes et des politiques soutenues par la banque mondiale au Bénin,			

au Cameroun, en République du Congo, en République démocratique du Congo, en Gambie et au Rwanda.			
Module de formation des vérifications communautaires sur le financement basé sur les résultats en République démocratique du Congo			
Vérification de la Performance dans le cadre du Financement Basé sur les Résultats (FBR) : Le Cas du FBR communautaire et du FBR du côté de la demande au Rwanda			
Financement Basé sur les Résultats (FBR) dans le Secteur de la Santé au Burkina Faso : Mise en Œuvre et Structure des Dépenses (janvier 2014 à décembre 2015)			
Le FBR et le financement sectoriel			
Implication des Coges dans la Mise en Œuvre du Financement Basé sur les Résultats (FBR) pour une Amélioration de la Fréquentation des Fosa  Auteurs : KOUMBEM M., SERE R.			
Rapport général de l'atelier sur les outils FBR République démocratique du Congo			
Manuel des procédures Fonds d'achat PSR, Niger  Présentation des Fonds d'achats, Rapport			

## BIBLIOGRAPHIE

- Aaserud, M., Lewin, S., Innvaer, S., Paulsen, E. J., Dahlgren, A. T., Trommald, M., Duley, L., Zwarenstein, M., et Oxman, A. D. (2005). Translating research into policy and practice in developing countries : A case study of magnesium sulphate for pre-eclampsia. *BMC health services research*, 5(1), 68.
- Allard-Poesi, F. (2003). Coder les données in *Conduire un projet de recherche, Une perspective qualitative*, Coordonné par Y. Giordano, *Éditions EMS*.
- Amouzou, A., Habi, O., Bensaïd, K., et Group, N. C. C. S. W. (2012). Reduction in child mortality in Niger : A Countdown to 2015 country case study. *The Lancet*, 380(9848), 1169-1178.
- Ancelovici, M., et Jenson, J. (2012). La standardisation et les mécanismes du transfert transnational. *Gouvernement et action publique*, 1, 37-58.
- Azoulay, G. (2011). Les nouvelles formes de l'aide publique au développement et l'éventuel. *Mondes en développement*, 1, 57-70.
- Bachand, R. (2004). Privatisation des soins de santé en Afrique : Une solution miracle au bénéfice (et au détriment) de qui? *Canadian Journal of African Studies/La Revue canadienne des études africaines*, 38(1), 1-19.
- Banque mondiale. (2015). *Projet d'appui à la Population et la Santé—Niger. Pratique mondiale Santé, Nutrition et Population - GHNDR Région Afrique*.
- Baribeau, C. (2009). Analyse des données des entretiens de groupe. *Recherches qualitatives*, 28(1), 133-148.
- Basinga, P., Mayaka, S., et Condo, J. (2011). Performance-based financing : The need for more research. *Bulletin of the World Health Organization*, 89, 698-699.
- Behrends, A., Park, S.-J., et Rottenburg, R. (2014). *Travelling Models in African Conflict Management : Translating technologies of social ordering*. Brill.
- Bélangier, S. (1992). L'ajustement structurel ou restructurer pour la croissance. *Université de Montréal*.

- Bertone, M. P., Lagarde, M., et Witter, S. (2016). Performance-based financing in the context of the complex remuneration of health workers : Findings from a mixed-method study in rural Sierra Leone. *BMC health services research*, 16(1), 286.
- Bertucci, M.-M. (2009). Place de la réflexivité dans les sciences humaines et sociales : Quelques jalons. *Cahiers de sociolinguistique*, 1, 43-55.
- Berr, E., et Combarous, F. (2004). L'impact du consensus de Washington sur les pays en développement : Une évaluation empirique. Document du travail, 100.
- Blackburn, L. Stéphanie Bonaventure, .S, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2013). Le transfert des connaissances: enjeu 6. Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. [https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-aqesss\\_enjeu6.pdf](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-aqesss_enjeu6.pdf) consulté le 13-6-2021
- Boisivon, F., Carrieu-Costa, M.-J., Godard, O., Geslain-Lanéelle, C., et Moatti, A. (2008). Le partage des savoirs scientifiques. Enjeux et risques. *Annales des Mines-Realites industrielles*, 62-67.
- Bourdon, S. (2000). L'analyse qualitative informatisée : Logique des puces et quête de sens. *Recherches qualitatives*, 21, 21-44.
- Bracke, D. (1998). Vers un modèle théorique du transfert : Les contraintes à respecter. *Revue des sciences de l'éducation*, 24(2), 235-266.
- Breault, G. (2014). Recherche et luttes sociales : Retour sur une expérience empirique sur le terrain de la défense de droits des locataires. *Aporia*, 6(2), 19-26.
- Brabant, J. (2013). Peut-on faire de la recherche au sein d'une ONG?. *Genèses*, (1), 42-61.
- Brouillet, P. (2012). Évolutions récentes et enjeux futurs de l'appui à la santé par l'aide internationale. Un exemple de nouveaux rapports entre nations? *Afrique contemporaine*, 3, 106-107.
- Bühlmann, F., et Tettamanti, M. (2007). Le statut de l'approche qualitative dans des projets de recherche interdisciplinaires. *Recherche qualitative*.
- Buse, K., Dickinson, C., Gilson, L., et Murray, S. F. (2009). How can the analysis of power and process in policy-making improve health outcomes? *The Official Journal of the International Hospital Federation*, 45(1), 14.

- Cambon, L., et Alla, F. (2013). Transfert et partage de connaissances en santé publique : Réflexions sur les composantes d'un dispositif national en France. *Santé publique*, 25(6), 757-762.
- Chalkidou, K., Marten, R., Cutler, D., Culyer, T., Smith, R., Teerawattananon, Y., Cluzeau, F., Li, R., Sullivan, R., et Huang, Y. (2013). Health technology assessment in universal health coverage. *The Lancet*, 382(9910), e48-e49.
- Chossudovsky, M. (2004). Mondialisation de la pauvreté et nouvel ordre mondial; traduit de l'anglais par Lise Roy-Castonguay. Montréal: *Éditions Écosociété*, 383p.
- Cling, J.-P., Razafindrakoto, M., et Roubaud, F. (2002). Les nouvelles stratégies internationales de lutte contre la pauvreté. *Economica*.
- Culyer, A. J., et Lomas, J. (2006). Deliberative processes and evidence-informed decision making in healthcare: do they work and how might we know?. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 2(3), 357-371.
- Combessie, J.-C. (2007). IV. Sondages, échantillons: Vol. 5e éd. (p. 45-54). *La Découverte*; Cairn.info. <https://www.cairn.info/la-methode-en-sociologie--9782707152411-p-45.htm>
- Czarniawska, B. (2010). Far-fetched facts. A Parable of Development Aid, Richard Rottenburg, *MIT Press* (2009), pp. 235. Pergamon.
- Dagenais, C., Malo, M., Robert, E., Ouimet, M., Berthelette, D., et Ridde, V. (2013). Knowledge transfer on complex social interventions in public health : A scoping study. *PloS one*, 8(12), e80233.
- DalGLISH, S. L., Rodríguez, D. C., Harouna, A., et Surkan, P. J. (2017). Knowledge and power in policy-making for child survival in Niger. *Social Science & Medicine*, 177, 150-157.
- Darbon, D. (2009). La politique des modèles en Afrique : Simulation, dépolitisation et appropriation. *Karthala Editions*.
- David, A. (2000). La recherche intervention, un cadre général pour les sciences de gestion?. In *Conférence de l'AIMS*. <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=6183624>
- Davies, H. T., et Nutley, S. (2008). Learning more about how research-based knowledge gets used. Unpublished Working Paper. William T. *Grant Foundation*.

- De Bloganqueaux, S. R. D., et Sagbo, J.-L. H. L. (2012). De l'usage des outils de la recherche qualitative en milieu rural ivoirien : Une analyse de l'influence du groupe social sur la structure de l'entretien. *Recherches qualitatives*, 31(1), 6-28.
- De Lavergne, C. (2007). La posture du praticien-chercheur : Un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. *Recherches qualitatives*, 3, 28-43.
- Delphine, N., et Maud, S. (2011). Des sociologues sans qualités? Pratiques de recherche et engagements. Paris, *La Découverte*.
- Delville, P. L. (2013). «Déclaration de Paris» et dépendance à l'aide : Éclairages nigériens. *Politique africaine*, 1, 135-155.
- Détienne, F., Greco, L., Mondada, L., Traverso, V., et Wiesser, W. (2009). La transcription. F. Detienne et V. Traverso (éds.). *Méthodologies d'analyse de situations coopératives de conception*. Nancy: *Presses Universitaires de Nancy*, 69-84.
- Devès, M. H. (2013). La science pour arbitre? *Topique*, 3, 207-217.
- Dolowitz, D. P., et Marsh, D. (2000). Learning from abroad : The role of policy transfer in contemporary policy-making. *Governance*, 13(1), 5-23.
- Dufour, C., et Larivière, V. (2016). Principales techniques d'échantillonnages probabilistes et non-probabilistes. Montréal: *UdeM*.
- Dumoulin, L., et Saurugger, S. (2010). Les policy transfer studies : Analyse critique et perspectives. *Critique internationale*, 3, 9-24.
- Dunezat, X. (2014). Une sociologie des mouvements sociaux entre militantisme et scientificité. *Raison présente*, 3, 97-105.
- Edelman, R. (2005). Sixth Annual Edelman Trust Barometer : A Global Study of Opinion Leaders. Chicago, *Edelman Trust*.
- Ela, J.-M. (2007). L'Afrique à l'ère du savoir : Science, société et pouvoir. Editions *L'Harmattan*.
- El-Jardali, F., Ataya, N., Jamal, D., et Jaafar, M. (2012). A multi-faceted approach to promote knowledge translation platforms in eastern Mediterranean countries : Climate for evidence-informed policy. *Health research policy and systems*, 10(1), 15.
- Emmanuelle et Laniel, B. et R.-A. (2016). Assumer son engagement en recherche juridique : Entre évidence, nécessité et expérience. In *Les nouveaux chantiers de la*

- recherche juridique (p. 199-224). *Éditions Yvon Blais Georges Azzaria*. :  
<https://www.researchgate.net/publication/320215478>
- Escobar, A. (1988). Power and visibility : Development and the invention and management of the Third World. *Cultural Anthropology*, 3(4), 428-443.
- Falisse, J. B. (2019). Au-delà du modèle voyageur? Usage stratégique et hybridation du financement basé sur la performance (FBP) dans la santé au Burundi. *Politique africaine*, (4), 83-100.
- Fallery, B., et Rodhain, F. (2007). Quatre approches pour l'analyse de données textuelles : Lexicale, linguistique, cognitive, thématique.
- Fassin, É. (2009). Le sexe politique : Genre et sexualité au miroir transatlantique (Vol. 10). *Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales*.
- Feldman, J. (2002). Objectivité et subjectivité en science. Quelques aperçus. *Revue européenne des sciences sociales. European Journal of Social Sciences*, (XL-124), 85-130.
- FEMHealth. (2014). Rapport de synthèse : L'évaluation de la politique de gratuité de la césarienne dans cinq zones sanitaires, Bénin, *FEMHealth*.  
[https://www.abdn.ac.uk/femhealth/documents/Deliverables/Rapport\\_FP7\\_Sourou\\_Benin\\_310314\\_without\\_table\\_17\\_2.pdf](https://www.abdn.ac.uk/femhealth/documents/Deliverables/Rapport_FP7_Sourou_Benin_310314_without_table_17_2.pdf)
- Foucault, M. (1990). Qu'est-ce que la critique?(Critique et Aufklärung). *Bulletin de la Société française de philosophie*, 84(2), 35-63.
- Frenk, J. (2010). The global health system : Strengthening national health systems as the next step for global progress. *PLoS medicine*, 7(1), e1000089.
- Fritsche, G., Soeters, R., et Meessen, B. (2014). Boîte à outils : Financement basé sur la performance. Banque mondiale. Washington, DC.
- Gauvin, F.-P. (2009). Qu'est-ce qu'un processus délibératif? 1192.  
[https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1192\\_ProcessusDeliberatif.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1192_ProcessusDeliberatif.pdf)
- Giddens, A. (1994). Les conséquences de la modernité, l'Harmattan. Paris, 192p.
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., et Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation : Time for a map? *Journal of continuing education in the health professions*, 26(1), 13-24.

- Godard, O. (2007). Est-il légitime de soumettre la connaissance scientifique au débat public. *Les Annales des mines/Réalités industrielles*, mai, 12-18. <http://www.anales.org/ri/2007/ri-mai-2007/godard.pdf>. Consulté, le 12-02-2021.
- Greenhalgh, T., et Wieringa, S. (2011a). Is it time to drop the ‘knowledge translation’ metaphor? A critical literature review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104(12), 501-509.
- György Béla Fritsche, Robert Soeters, et Bruno Meessen. (2014). Boîte à outils : Financement basé sur la performance. *Banque Mondiale*. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/17194/9782326000728.pdf>.
- Hamani Souley, H., Sween-Cadieux, M., Moha, M., Calvès, A. E., et Ridde, V. (2017). Renforcer la politique de gratuité des soins au Niger : Bilan d’un atelier délibératif national novateur. *Revue Francophone de Recherche sur le Transfert et l’Utilisation des Connaissances*, 2(2).
- Hamani Souley, I. (2016). Transfert de connaissances et politiques publiques : Le cas de la politique de gratuité des soins au Niger. Université de Montréal. <http://hdl.handle.net/1866/15911>.
- Hamel, J. (2010). Woody Allen au secours de la sociologie. *Economica*.
- Harmonisation pour la santé en Afrique, H. (2011). Investir dans la santé pour l’Afrique. Harmonisation pour la santé en Afrique. [https://www.who.int/pmnch/media/membernews/2011/investir\\_sante\\_afrique.pdf?ua=1](https://www.who.int/pmnch/media/membernews/2011/investir_sante_afrique.pdf?ua=1). Consulté le 04-07-2019.
- Hours, B. (1996). Les ONG partenaires scientifiques?: vingt ans d’évolution de la coopération non gouvernementale pour le développement. [https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins\\_textes/pleins\\_textes\\_7/carton07/010008838.pdf](https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_7/carton07/010008838.pdf). Consulté, le 08-05-2021
- Hunsmann, M. (2016). Le «plaidoyer fondé sur des preuves» dans l’action sanitaire internationale. *Revue d’anthropologie des connaissances*, 10(2), 219-243.

- Institut National de la Statistique. (2015). Etude sur la gratuité des soins de santé au niger : 2015. [http://www.stat-niger.org/statistique/file/DSEDS/Rapport\\_Etude\\_gratuite\\_soins\\_Sante.pdf](http://www.stat-niger.org/statistique/file/DSEDS/Rapport_Etude_gratuite_soins_Sante.pdf)
- Ireland, M., Paul, E., et Dujardin, B. (2011). Can performance-based financing be used to reform health systems in developing countries? *Bulletin of the World Health Organization*, 89, 695-698.
- Jablonka, I. (2014). L'Histoire est une littérature contemporaine. Manifeste pour les sciences sociales. Paris, *Seuil, coll.* «La Librairie du XXI e siècle.
- Juteau-Lee, D. (1981). Visions partielles, visions partiales : Visions des minoritaires en sociologies. *Sociologie et sociétés*, 13(2), 33-48.
- Kane, O. (2012). Épistémologie de la recherche qualitative en terrains africains : Considérations liminaires. *Recherches qualitatives*, 31(1), 152-173.
- Kerouedan, D. (2012). La santé en Afrique : Pourquoi la France et l'Europe devraient être plus engagées. Field Actions Science Reports. *The journal of field actions*, Special Issue 4.
- Kerouedan, D., et Eboko, F. (1999). Politiques publiques du sida en Afrique. *Centre d'étude d'Afrique noire*. [https://www.researchgate.net/profile/Fred-Eboko/publication/44824979\\_Politiques\\_publicques\\_du\\_sida\\_en\\_Afrique/links/549eeb0e0cf267bdb8fdb913/Politiques-publiques-du-sida-en-Afrique.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Fred-Eboko/publication/44824979_Politiques_publicques_du_sida_en_Afrique/links/549eeb0e0cf267bdb8fdb913/Politiques-publiques-du-sida-en-Afrique.pdf). Consulté le 09-05-2017.
- Khan, M. M. (2006). Health Policy analysis : The case of Pakistan.
- Kohn, L., et Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, 53(4), 67-82.
- Krishna, V. V., Waast, R., et Gaillard, J. (2000). The changing structure of science in developing countries. *Science, Technology and Society*, 5(2), 209-224.
- Lacouture, A., Le Garjean, N., Ridde, V., Dagenais, C., et Pommier, J. (2015). Partage et application des connaissances en santé publique entre chercheurs et acteurs des politiques. *Note de synthèse*, 4.
- Lasswell, H. D. (2018). Politics: Who gets what, when, how. Pickle Partners Publishing. <https://books.google.ca/books?hl=en&lr=&id=UlekDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=P>

- T4&dq=Politics:+Who+gets+what,+when,+how.+Pickle+Partners+Publishing&ots=J56NsdwRPG&sig=mIAmx0Tn1zGyhGZ4z5D2rYFPN3Y&redir\_esc=y#v=onepage&q=Politics%3A%20Who%20gets%20what%2C%20when%2C%20how.%20Pickle%20Partners%20Publishing&f=false. Consulté le 02-03-2021.
- Lavis, J. N., Lomas, J., Hamid, M., et Sewankambo, N. K. (2006). Assessing country-level efforts to link research to action. *Bulletin of the World health Organization*, 84, 620-628.
- Lavis, J. N., Robertson, D., Woodside, J. M., McLeod, C. B., et Abelson, J. (2003). How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? *The Milbank Quarterly*, 81(2), 221-248.
- Lin, V. (2003). Competing rationalities Evidence-based health policy?
- Liu, L., Johnson, H. L., Cousens, S., Perin, J., Scott, S., Lawn, J. E., Rudan, I., Campbell, H., Cibulskis, R., et Li, M. (2012). Global, regional, and national causes of child mortality : An updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. *The Lancet*, 379(9832), 2151-2161.
- Liverani, M., Hawkins, B., et Parkhurst, J. O. (2013). Political and institutional influences on the use of evidence in public health policy. A systematic review. *PloS one*, 8(10), e77404.
- Losego, P., et Arvanitis, R. (2008). La science dans les pays non hégémoniques. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 2(3), 334-342.
- Manitu, S. M., Meessen, B., Lushimba, M. M., et Macq, J. (2015). Le débat autour du financement basé sur la performance en Afrique subsaharienne : Analyse de la nature des tensions. *Santé Publique*, 27(1), 117-128.
- Mbaye, E. M., Dumont, A., Ridde, V., et Briand, V. (2011). « En faire plus, pour gagner plus » : La pratique de la césarienne dans trois contextes d'exemption des paiements au Sénégal. *Santé Publique*, 23(3), 207-219. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/spub.113.0207>
- McKibbin, K. A., Lokker, C., Wilczynski, N. L., Ciliska, D., Dobbins, M., Davis, D. A., Haynes, R. B., et Straus, S. E. (2010). A cross-sectional study of the number and frequency of terms used to refer to knowledge translation in a body of health literature in 2006 : A Tower of Babel? *Implementation Science*, 5(1), 16.

- Meessen, B., Kashala, J.-P. I., & Musango, L. (2007). Output-based payment to boost staff productivity in public health centres : Contracting in Kabutare district, Rwanda. *Bulletin Of The World Health Organization*, 85(2), 108-115. mnh.
- Meessen, B., Musango, L., Kashala, J.-P. I., & Lemlin, J. (2006). Reviewing institutions of rural health centres : The Performance Initiative in Butare, Rwanda. *Tropical Medicine & International Health*, 11(8), 1303-1317.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2006.01680.x>
- Meessen, B., Soucat, A., et Sekabaraga, C. (2011). Performance-based financing : Just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform? *Bulletin of the World Health Organization*, 89(2), 153-156. PubMed.  
<https://doi.org/10.2471/BLT.10.077339>
- Meirieu, P. (1994). Le transfert de connaissances : Éléments pour un travail en formation. Intervention lors du colloque organise en sept.-oct.  
[https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/51315897/transfert\\_de\\_connaissances.pdf?1484221221=&responsecontentdisposition=inline%3B+filename%3DLE\\_TRANSFERT\\_DE\\_CONNAISSANCES\\_elements\\_p.pdf&Expires=1633239497&Signature=A8omoGlsQQPRSmCm~AVA3S-eYx-DI2RdMW9FDOSi8VkeOuuOWO-573sBFhCQID7yjCSHpQ7u420WHeYjKnqd9KUEJTvkhkPEqtQy18y8YcL5NF5eOgl~nxdMjh2b2RtGSs98vdEIV7EtWhqWdf31fOg~aywqHEI10fSYL7JewJt0A~W9rBLKBs9dbdegyaDjHoDiB~IVtXJzfCArRiEM004Jhrh0TCcfHvyPB1Sm~imwlihoIRYb~h6gHB~JwrZMGAcPNN8I~eF5CZN4C4zrJ97rrQ71dQhL-WdB7tMCGtZY~L99C-I-Qq7Z4ErjAECKCJyvV9IUuUCbtWoX0A\\_\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/51315897/transfert_de_connaissances.pdf?1484221221=&responsecontentdisposition=inline%3B+filename%3DLE_TRANSFERT_DE_CONNAISSANCES_elements_p.pdf&Expires=1633239497&Signature=A8omoGlsQQPRSmCm~AVA3S-eYx-DI2RdMW9FDOSi8VkeOuuOWO-573sBFhCQID7yjCSHpQ7u420WHeYjKnqd9KUEJTvkhkPEqtQy18y8YcL5NF5eOgl~nxdMjh2b2RtGSs98vdEIV7EtWhqWdf31fOg~aywqHEI10fSYL7JewJt0A~W9rBLKBs9dbdegyaDjHoDiB~IVtXJzfCArRiEM004Jhrh0TCcfHvyPB1Sm~imwlihoIRYb~h6gHB~JwrZMGAcPNN8I~eF5CZN4C4zrJ97rrQ71dQhL-WdB7tMCGtZY~L99C-I-Qq7Z4ErjAECKCJyvV9IUuUCbtWoX0A__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA). Consulté, le 18-05-2019.
- Ministère de la Santé Publique. (2015). Annuaire des Statistiques Sanitaire du Niger. Système National d'Information Sanitaire. [http://www.stat-niger.org/statistique/file/Annuaire\\_Statistiques/snis/Annuaire\\_Statistiques\\_2015\\_DS-MSP.pdf](http://www.stat-niger.org/statistique/file/Annuaire_Statistiques/snis/Annuaire_Statistiques_2015_DS-MSP.pdf). Consulté le 12-02-2019.
- Ministère de la Santé Publique et OMS. (2012). Stratégie Nationale de Financement de la Santé en vue de la Couverture Universelle en Santé au Niger. *MSP/OMS-Niger*. [http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country\\_docs/Niger/strategie\\_nationale\\_sante\\_finale\\_version\\_aout\\_2020121.pdf](http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Niger/strategie_nationale_sante_finale_version_aout_2020121.pdf), consulté le 12-02-2019.

- Ministère de la santé publique, Niger. (2016). Rapport de l'évaluation externe du projet pilote « Financement Basé sur les Resultats » (FBR) dans le district sanitaire de Boboye. *Ministère de la santé publique, Niger*.
- Ministère de la santé publique, Niger et Coopération allemande, (2016. convention de financement d'un projet appelé : « Programme de Santé de la Reproduction », le 25 juillet 2016. Ministère de la santé publique.
- Moat, K. A., Lavis, J. N., Clancy, S. J., El-Jardali, F., et Pantoja, T. (2013). Evidence briefs and deliberative dialogues : Perceptions and intentions to act on what was learnt. *Bulletin of the World Health Organization*, 92, 20-28.
- Moha, M., et Ridde, V. (2014). La conférence nationale sur la gratuité des soins au Niger : Des interactions nécessaires. Une politique publique de santé et ses contradictions: la gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger, 383-402.
- Mondada, L. (2000). Les effets théoriques des pratiques de transcription. *Linx. Revue des linguistes de l'université Paris X Nanterre*, 42, 131-146.
- Morin, E. (1982). Science avec conscience. *Fayard*.
- Musgrove, P. (2011). Financial and other rewards for good performance or results : A guided tour of concepts and terms and a short glossary. Washington, DC: *World Bank*, 12.
- Naudier, D., et Simonet, M. (2011). Introduction. In Des sociologues sans qualités ? (p. 5-21). *La Découverte*; Cairn.info. <https://www.cairn.info/des-sociologues-sans-qualites--9782707168986-p-5.htm>
- Ndiaye, A. (2009). Chercheurs et décideurs d'Afrique : Quelles synergies pour le développement? African Books Collective.
- Negura, L. (2006). L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. *SociologieS*.
- Olivier de Sardan, J. P. (1991). L'anthropologie du changement social et du développement comme ambition théorique?. *Bulletin de l'APAD*, (1).
- Olivier de Sardan, J. P. (1993). Le développement comme champ politique local. *Bulletin de l'APAD*, (6).

- Olivier de Sardan, J.-P. (2011). Promouvoir la recherche face à la consultance. Autour de l'expérience du lasdel (Niger-Bénin). *Cahiers d'études africaines*, 202-203(2-3), 511-528. Cairn.info.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2014). La routine des comportements non-observants au sein des services publics Nigériens. Connaître la culture bureaucratique pour la réformer de l'intérieur. Niamey: *LASDEL*.
- Olivier de Sardan, J.-P., Diarra, A., et Moha, M. (2017). Travelling models and the challenge of pragmatic contexts and practical norms : The case of maternal health. *Health research policy and systems*, 15(1), 60.
- Olivier de Sardan, J.-P., et Ridde, V. (2012). L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger. *Afrique contemporaine*, 3, 11-32.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2018). Les enjeux scientifiques et citoyens d'une anthropologie des politiques publiques. *Antropologia Publica*, 1(1-2), 7-22.
- Olivier de Sardan, J.-P., et Ridde, V. (2011). Une comparaison provisoire des politiques d'exemption de paiement dans trois pays sahéliens (Burkina Faso, Mali, Niger). Niamey: *LASDEL/CRCHUM*.
- OMS. (2013). La recherche pour la couverture sanitaire universelle. *Organisation mondiale de la Santé*.  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85764/9789240691193\\_fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85764/9789240691193_fre.pdf?sequence=1). Consulté, le 05-08-2018
- Ondo, B. M. (2004). Quelle science pour quel développement en Afrique? *Hermès, La Revue*, 3, 210-215.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2016). Rapport annuel 2016 du Bureau de la Représentation de l'OMS au Niger. *Bureau de l'Organisation Mondiale de la Santé Niger*, Niamey. [https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-11/Rapport%20annuel\\_2016\\_Bureau%20OMS%20Niger\\_%20Final.pdf](https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-11/Rapport%20annuel_2016_Bureau%20OMS%20Niger_%20Final.pdf). Consulté, le 09-17-2018.
- Organization, W. H. (2005). Bridging the “know–do” gap meeting on knowledge translation in global health. Geneva: *World Health Organization*.
- Osmont, A. (1998). La «governance» : Concept mou, politique ferme. *Les Annales de la recherche urbaine*, 80, 19-26.

- Ousseini, A. (2011). Une politique publique de santé au Niger : La mise en place d'exemptions de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants.
- Pablos-Mendez, A., et Shademani, R. (2006). Knowledge translation in global health. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 81-86.
- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2012). Chapitre 11—L'analyse thématique. In *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (p. 231-314). *Armand Colin*; Cairn.info. <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045-p-231.htm>. Consulté, le 16-03-2018.
- Pâquet, M. (2008). Pensée scientifique et prise de décision politique au Canada et au Québec. *Bulletin d'histoire politique*, 17(1), 175-192.
- Paul, E., Albert, L., Bisala, B. N., Bodson, O., Bonnet, E., Bossyns, P., Colombo, S., De Brouwere, V., Dumont, A., et Eclou, D. S. (2018). Le financement basé sur la performance dans les pays à revenu faible et intermédiaire : N'est-il pas temps de le repenser? Traduction de l'article: Performance-Based Financing in Low-and Middle-Income Countries: Isn't it time for a re-think? *BMJ*, 3(1).
- Paul, E., Sossouhounto, N., et Eclou, D. S. (2014). Local stakeholders' perceptions about the introduction of performance-based financing in Benin : A case study in two health districts. *International journal of health policy and management*, 3(4), 207.
- Peerenboom, P. B., Basenya, O., Bossuyt, M., Ndayishimiye, J., Ntakarutimana, L., et van de Weerd, J. (2014). La bonne gouvernance dans la réforme du financement du système de santé au Burundi. *Santé Publique*, 26(2), 229-240.
- Pérouse de Montclos, M.-A. (2009). Du développement à l'humanitaire ou le triomphe de la Com'. *Revue Tiers Monde*, 200, 751-765.
- Pestre, D. (2010). Dix thèses sur les sciences, la recherche scientifique et le monde social, 1945-2010. *Le mouvement social*, (4), 13-29.
- Picard, A. (1992). Utilisation de l'analyse de contenu dans une recherche en éducation musicale. *Recherche en éducation musicale au Québec*, 11, 33-55.
- Pires, A. P. (2007). Échantillonnage et recherche qualitative : *Essai théorique et méthodologique*. J.-M. Tremblay.
- Piron, F. (2016). Une autre science est possible. Récit d'une utopie concrète dans la Francophonie (le projet SOHA). *Possibles*, 40(2), 202-217.

- Pratt, C. B. (1992). Communication research for development in Sub-Saharan Africa. Dans K. S. Bofo, et N. A. George (Éds), *Communication research in Africa. Issues and perspectives* (pp. 75-95). Nairobi : African Council for Communication Education.
- Qualitatives (Québec), G. de recherche interdisciplinaire sur les méthodes, et Poupart, J. (1997). *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. G. Morin.
- Remme, M., Peerenboom, P. B., Douzima, P. M., Batubenga, D. M., Inoussa, M. I., et van de Weerd, J. (2012). *Le Financement basé sur la performance et la Bonne Gouvernance : Leçons apprises en République Centrafricaine. PBF CoP Working Paper Series—WP8*.
- Ridde, V., Olivier de Sardan, J. P., et Ridde, V. (2014). De la généralisation à la suppression du paiement direct : Une histoire de politiques publiques et de projets pilotes. Une politique publique de santé et ses contradictions. *La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, 31-49.
- Ridde, V., et Olivier de Sardan, J.-P. (2012). Étudier les politiques publiques et les politiques de santé en Afrique de l’Ouest. *Afrique contemporaine*, 243(3), 98-99. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/afco.243.0098>
- Rodrik, D. (1997). Has Globalization Gone Too Far? Number 57 in Peterson Institute Press. All Books. *Peterson Institute for International Economics*.
- Romelaer, P. (2005). Chapitre 4. L’entretien de recherche. Méthodes et Recherches, 101-137.
- Rose, R. (1991). What is lesson-drawing? *Journal of public policy*, 11(1), 3-30.
- Rottenburg, R. (2007). *Far-fetched facts: a parable of development aid*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Rowell, J. (2013). Domination autoritaire et circularité entre savoir et pouvoir. L’exemple de la RDA. *Savoir/Agir*, 26(4), 29-34. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/sava.026.0029>, Consulté, le 17-02-2020
- Savoie-Zajc, L. (2006). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide. *Recherches qualitatives*, 5, 99-111.
- Schryer-Roy, A.-M. (2005). Knowledge translation : Basic theories, approaches and applications.

- <https://idlidrc.dspacedirect.org/bitstream/handle/10625/31936/125163.pdf?sequence=1>. consulté, le 05-11-2019.
- Shearer, J. C., Dion, M., et Lavis, J. N. (2014). Exchanging and using research evidence in health policy networks : A statistical network analysis. *Implementation Science*, 9(1), 126.
- Signé, L. (2014). Intérêts, stratégies des acteurs et innovation en politiques de développement en Afrique. *Politique et Sociétés*, 33(3), 131-153.
- Soeters, R., Habineza, C., et Peerenboom, P. B. (2006). Performance-based financing and changing the district health system : Experience from Rwanda. *Bulletin of the World Health Organization*, 84, 884-889.
- Stehr, N. (1996). *The Salt of Social Science*. Wall Institute for Advanced Studies, The University of British Columbia, Canada.
- <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.5153/sro.1301> Consulté, le 03-02-2020.
- Stehr, N. (2000). Le savoir en tant que pouvoir d'action. *Sociologie et sociétés*, 32(1), 157-170. *Érudit*. <https://doi.org/10.7202/001773ar>
- Stéphane, C. (2019). Réguler les rapports entre recherche scientifique et action militante. Retour sur un parcours personnel. In *Et si la recherche scientifique ne pouvait pas être neutre?* (Éditions science et bien commun, p. 475-498). [https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/34463/1/Et-si-la-recherche-scientifique-ne-pouvait-pas-e%CC%82tre-neutre-FINALE.\\_print.pdf#page=483](https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/34463/1/Et-si-la-recherche-scientifique-ne-pouvait-pas-e%CC%82tre-neutre-FINALE._print.pdf#page=483). Consulté, le 01-07-2020.
- Straus, S. E., Tetroe, J., et Graham, I. (2009). Defining knowledge translation. *Cmaj*, 181(3-4), 165-168.
- Thérien, J.-P. (2001). Un demi-siècle d'aide au développement. *Lien social et Politiques*, 45, 89-103. <https://doi.org/10.7202/009401ar>. Consulté, le 15-04-2017.
- Tinguiri, K. L. (1990). Crise économique et ajustement structurel (1982-1988). *Politique africaine*, 38, 76-86.
- Tizio, S. (2004). Quelle légitimité pour les politiques de santé face aux objectifs de développement durable? Développement durable et territoires. *Économie, géographie, politique, droit, sociologie*, Dossier 3.

- Triaud, J. L. (2010). La Tidjaniya, une confrérie musulmane transnationale. *Politique étrangère*, (4), 831-842.
- Turkel, G. (1990). Michel Foucault: Law, power, and knowledge. *Journal of law and society*, 17(2), 170-193.
- Turcotte-Tremblay, A.-M., Gautier, L., Bodson, O., et Ridde, V. (2018a). Le rôle des acteurs de la santé mondiale dans l'expansion du financement basé sur la performance dans les pays à faible et à moyen revenu. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 36(5), 261-279.
- Van Campenhout, L., et Quivy, R. (2011). Manuel de recherche en sciences sociales-4e édition. *Hachette*.
- Van der Maren, J.-M., et Ettayebi, M. (1999). La recherche appliquée en pédagogie : Des modèles pour l'enseignement. *Canadian Journal of Education*, 24(3), 352.
- Vézina et Gagnon, C. et M. (2014). Les postures du chercheur dans ses rapports au militantisme : Brèves incursions dans la recherche en droit et en sciences infirmières. Vol.6(2/Vol.6).  
<https://uottawa.scholarsportal.info/ottawa/index.php/aporia/article/view/2849/314>  
 4. Consulté, le 02-03-2021.
- Waast, R. (2001). Afrique : Vers un libre marché du travail scientifique? *Économies et sociétés*, 30, 9-10.
- Waast, R., et Gaillard, J. (2002). L'état des sciences en Afrique. Rapport d'étude, Paris.
- Wafa, T. M. (2019). Anthropologie et éducation: Le morcellement culturel des étudiants d'Afrique subsaharienne dans une école supérieure multiculturelle en Tunisie. *أنثروبولوجيا*, 5(2), 288-305. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/105705>. Consulté, le 03-09-17.
- Walt, G. (1994). Health policy: An introduction to process and power. [https://www.researchgate.net/publication/25109436\\_Health\\_Policy\\_An\\_Introduction\\_to\\_Process\\_and\\_Power](https://www.researchgate.net/publication/25109436_Health_Policy_An_Introduction_to_Process_and_Power). Consulté, le 02-10-2019.
- Walt, G., et Gilson, L. (1994). Reforming the health sector in developing countries : The central role of policy analysis. *Health policy and planning*, 9(4), 353-370.
- Weber, M. (1999). Le savant et le politique [1919], Paris, Plon, 2001; Michel Offerlé. La profession politique XIXe-XXe siècles.

- Witter, S., Zulfiquar, T., Javeed, S., Khan, A., et Bari, A. (2011). Paying health workers for performance in Battagram district, Pakistan. *Human Resources for Health*, 9(1), 1-12.
- Wone, I., et Dia, A. T. (2012). Défis et perspectives pour la recherche en santé en Afrique. *Santé publique*, 24(HS), 3-4.
- You, D., Hug, L., Ejdemyr, S., Idele, P., Hogan, D., Mathers, C., Gerland, P., New, J. R., et Alkema, L. (2015). Global, regional, and national levels and trends in under-5 mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030 : A systematic analysis by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. *The Lancet*, 386(10010), 2275-2286.