Tribune

Médecine et Santé Tropicales 2017 ; **27** : 6-9

La mise en œuvre des interventions de santé publique en Afrique : un thème stratégique négligé

The implementation of public health interventions in Africa: a neglected strategic theme

Ridde V.[1], Olivier de Sardan J.-P.[2]

[1] École de santé publique de l'Université de Montréal, IRSPUM, H3C 3J7 Montréal, Canada
[2] Lasdel, Niamey, Niger

Copyright © 2017 John Libbey Eurotext. Téléchargé par un utilisateur anonyme le 19/04/2017.

Résumé. La volonté d'améliorer la santé des populations et de réduire les inégalités sociales de santé passe notamment par l'organisation d'interventions de santé publique efficaces. Cependant, mesurer l'efficacité ne suffit pas, car il faut assurément comprendre comment ces interventions sont mises en œuvre, quel est le rôle du contexte et des acteurs sociaux. Or, il semble que l'importance de l'étude de la mise en œuvre par les acteurs de la santé publique (intervenants, décideurs, bailleurs de fonds ou chercheurs) n'ait pas encore été suffisamment prise en considération. Dans cette tribune, nous souhaitons attirer l'attention de la communauté de santé publique, notamment celle qui s'intéresse aux interventions en Afrique, sur la nécessité impérieuse d'analyser en profondeur la mise en œuvre des interventions de santé. Nous devons produire à ce sujet des connaissances empiriques et théoriques mais aussi mieux former les étudiants et jeunes chercheurs à cette démarche scientifique devenue indispensable et trop longtemps ignorée.

Mots clés : interventions, mise en œuvre, sciences sociales, formation, santé publique, Afrique.

Abstract. Organizing effective public health interventions is required to improve population health and reduce social inequalities in health. However, measuring their effectiveness is not enough; we must also understand how these interventions are implemented and what role is played by the context and the social actors. Today, it seems that the importance of studying intervention implementation by public health actors (stakeholders, policy makers, donors, and researchers) has not yet been sufficiently considered. In this Tribune, we wish to draw the attention of the public health community, including that interested in interventions in Africa, to the need to analyze their implementation in depth. We must produce empirical and theoretical knowledge about implementation but also train students and young researchers more effectively in this scientific approach, which, although indispensable, has been ignored too long.

Key words: *interventions, implementation, social sciences, training, public health, Africa.*

Correspondance : **valery.ridde@umontreal.ca**

« *One of the greatest challenges facing the global health community is how to take proven interventions and implement them in the real world* » [1]

Tous les acteurs du développement social et sanitaire international ont en commun la volonté d'améliorer les conditions de vie des plus pauvres ou de réduire les inégalités sociales de santé, notamment en allant vers la couverture universelle des services de santé [2]. Mais, pour atteindre ces objectifs, il faut mettre en œuvre des interventions qui ont des chances raisonnables d'être efficaces. Comment alors évaluer l'efficacité ? C'est ici que les sciences sociales doivent être convoquées, pour étudier les rôles et les limites des indicateurs, les formes de causalité des interventions, la pertinence des variables dépendantes ou indépendantes, le poids des facteurs contextuels, etc. Dans cette tribune, nous n'aborderons pas ces divers enjeux épistémologiques, car les écrits à ce propos sont nombreux [voir par exemple 3, 4]. Nous nous focaliserons sur les processus de mise en œuvre (*implementation)* car ils sont ceux qui remettent le plus en question les visions simplistes de la causalité et de l'efficacité.

Efficacité et mise en œuvre ne peuvent être dissociées, dans la mesure où la mise en œuvre ne signifie pas simplement l'application mécanique du

doi: 10.1684/mst.2016.0605

Pour citer cet article : Ridde V, Olivier de Sardan JP. La mise en œuvre des interventions de santé publique en Afrique : un thème stratégique négligé. *Med Sante Trop* 2017 ; 27 : 6-9. doi : 10.1684/mst.2016.0605

Copyright © 2017 John Libbey Eurotext. Téléchargé par un utilisateur anonyme le 19/04/2017.

dispositif d'intervention par ses acteurs, censé en garantir l'efficacité, autrement dit le respect des actions planifiées (ce que les évaluateurs appellent la fidélité [5] et les médecins la bonne observance). La mise en œuvre implique aussi l'action de multiples acteurs individuels et institutionnels ayant leurs propres logiques (différentes de celles de l'intervention et des intervenants). Dès lors, l'adaptation permanente du dispositif d'intervention à des besoins et des contextes en partie imprévus et non maîtrisés [6], qui sont de plus en constante évolution [7, 8], devient une condition centrale de son efficacité.

En ne se préoccupant pas de la mise en œuvre, les évaluateurs (et ceux qui souhaitent utiliser leurs résultats) risquent de tomber dans ce que Dobson qualifiait il y a déjà 35 ans d'« erreur de type III » [9], où l'on évalue une intervention selon ce qui était prévu alors qu'elle n'a pas été mise en œuvre telle que prévue. En fait, jamais une intervention de santé publique dans un contexte naturel, aussi parfaite techniquement et aussi bien planifiée soit-elle, ne peut être mise en œuvre telle qu'elle était prévue, et elle subit toujours des « dérives », processus bien connu dans le monde du développement [10]. L'équilibre n'est donc pas facile pour les intervenants de santé publique, car il faut, d'un côté, respecter les normes de l'intervention, exprimées par exemple à travers des guides de pratiques ; et de l'autre, agir avec souplesse, en s'adaptant à des contextes toujours complexes, à de multiples effets inattendus, et parfois pervers, inhérents (et souvent consubstantiels) à la mise en œuvre. Le débat classique entre la fidélité et l'adaptation des interventions de santé publique est central, tels que des exemples à Cuba ou au Burkina Faso le montrent bien [11, 12].

Les acteurs du champ du développement, et notamment de la santé publique en Afrique, occultent encore trop souvent les enjeux et les complexités de la mise en œuvre, au profit d'une volonté de démontrer uniquement l'efficacité intrinsèque des interventions et des mécanismes « techniquement parfaits » qui en sont le cœur. La promotion massive des essais randomisés fondés sur une approche expérimentaliste s'autoproclamant seule procédure rigoureuse de mesure de l'efficacité ; une certaine idéologie de la variable miraculeuse et des interventions à haut facteur d'impact ; un énorme marché de l'évaluation : tous ces éléments semblent encore largement fasciner les développeurs et les bailleurs de fonds de l'aide internationale [13, 14]. La science de la mise en œuvre (*implementation science*), encore largement anglophone et récemment discutée dans le domaine de la santé publique et dans les pays du Sud [15], dont les fondements remontent pourtant à près d'un siècle [16], n'est guère prise en compte, et son « marché » demeure extrêmement réduit, tant du côté des financements que des chercheurs. Pourtant, cette approche s'est trouvée récemment renforcée par le développement d'une socio-anthropologie des actions publiques, largement francophone, apportant à l'étude des « *implementation gaps* » le savoir-faire des enquêtes de terrain de type ethnographique, ainsi que par une ouverture aux méthodes qualitatives du champ des recherches sur les politiques et systèmes de santé.

Prenons quelques exemples de cette myopie partielle à l'égard de la compréhension de la mise en œuvre, tant du côté de la France qu'au niveau international.

Aucun organisme français de recherche, de développement ou de santé publique n'était présent lors des deux plus grandes conférences internationales dans le domaine de la recherche sur les politiques et systèmes de santé, ni en 2012 à Pékin et ni en 2014 à Cape Town (*Global Symposium on Health Systems Research*). Les autres pays francophones et l'Afrique n'étaient pas mieux représentés car « *parmi les 696 participants issus de l'Afrique, seulement 8 % venaient d'un pays francophone* » déplorent de jeunes chercheurs francophones [17]. Espérons que le prochain symposium qui se déroulera au Canada en novembre 2016 saura donner plus de place au monde francophone... et hispanophone, comme cela semble prévu. Après un état des lieux de l'OMS en 2013 [1], le premier guide de formation sur la science de la mise en œuvre des politiques publiques a vu le jour en 2014 [18], mais aucun scientifique français n'a été mis à contribution. Dans sa volonté de parler de science et de développement international pour lutter contre la pauvreté, le Collège de France a fait la promotion d'une vision purement expérimentaliste de l'évaluation centrée sur l'analyse randomisée des impacts (chaire « Savoirs contre pauvreté » 2008-2009).

De façon plus générale, l'Afrique est la grande absente des recherches sur la mise en œuvre des politiques de santé. L'analyse des travaux sur la mise en œuvre des politiques publiques entre 1933 et 2003, montre que seulement 15 % des études mondiales ont été réalisées dans les pays du Sud et 4 % en Afrique [16]. En outre, parmi les articles scientifiques en anglais parus entre 1953 et 2009 et comportant « *implementation* » dans le titre, seulement 13 % ont été écrits par un auteur qui n'est ni d'Amérique du Nord ni d'Europe [19]. Cet oubli des recherches sur la mise en œuvre dans l'évaluation des interventions est aussi l'apanage de l'ONG 3ie (International Initiative for Impact Evaluation), qui depuis 2008, a attribué 200 financements dont 81 % sont des évaluations d'impacts ou des revues systématiques.

Effectuant exactement le même constat dans le domaine des politiques de santé, nous avons décidé en 2009 de procéder sur une longue durée (quatre ans), avec des équipes de chercheurs nationaux, à l'analyse de la mise en œuvre des politiques d'exemption de paiement en Afrique de l'Ouest [20, 21]. À cette époque, l'écrasante majorité des recherches concernait uniquement l'efficacité de ces politiques, mesurée surtout par leurs effets sur la fréquentation des centres de santé [22]. Nos recherches confirment certes les effets positifs de ces exemptions de paiement sur l'accès aux soins, mais, en revanche, démontrent les nombreuses contradictions, incohérences, et limites de ces politiques de santé qui ont des effets négatifs sur la qualité des soins.

Sans tenir compte de tels acquis, de très nombreux bailleurs de fonds investissent aujourd'hui dans le soutien au financement basé sur les résultats ou la performance (FBR), toujours en vue d'améliorer l'accès aux soins en Afrique. L'intervention est bien différente de l'exemption de paiement, puisqu'il ne s'agit plus d'agir sur la demande mais sur l'offre, en finançant les centres de santé sur la base d'indicateurs de quantité/qualité et d'offrir, notamment, des primes au personnel de santé, en fonction de leur « rendement ». Cependant, c'est encore une fois, l'efficacité d'une politique à travers l'étude de ses effets, mesurés de façon simpliste en fonction de variables explicatives « magiques », qui attire l'attention des bailleurs de fonds et des chercheurs. La Banque mondiale, par exemple, finance de très nombreuses et très coûteuses évaluations d'impacts randomisées

Copyright © 2017 John Libbey Eurotext. Téléchargé par un utilisateur anonyme le 19/04/2017.

du FBR, délaissant la compréhension de sa mise en œuvre. Pourtant, au Burkina Faso, au Mali et au Bénin par exemple, l'extension du FBR à grande échelle a été décidée sans disposer de données d'évaluation d'impacts. En outre, le raisonnement à la base de ce type d'évaluation est particulièrement contestable quand il se confronte aux réalités locales. Il suppose notamment que, quel que soit le contexte, des primes données aux agents de santé en fonction de leur performance amélioreront l'accès aux soins et la qualité des soins. Ainsi, selon cette approche, mesurer l'augmentation du recours aux soins de façon expérimentale (en comparant des sites « avec FBR » et des sites « sans FBR ») permettrait d'évaluer l'efficacité de cette politique. Ce raisonnement se heurte aux réalités de la mise en œuvre dans des contextes qui sont très différents, ce que de rares études commencent à montrer [23-25]. Par exemple, là où la corruption et la fraude sont des pratiques routinières [26], il y a de grandes chances que les actes déclarés effectués soient supérieurs aux actes réellement réalisés. Au Niger par exemple, de nombreux cadres de la santé ont été emprisonnés en 2013 après d'importants détournements de fonds consacrés à la vaccination, qui était effectuée selon une version simplifiée du FBR. Là où les agents de santé ont de mauvaises relations avec leur hiérarchie, celle-ci est systématiquement soupçonnée de favoritisme et de clientélisme dans l'évaluation de la performance et l'attribution des primes. Ces différents cas ne sont pas des hypothèses d'école, ils recouvrent des situations routinières dans de nombreux systèmes de santé [27]. Voilà pourquoi des analyses des divers processus de mise en œuvre du FBR en Afrique sont indispensables. Or, elles sont encore très rares à ce jour [28], alors que les évaluations d'impacts sont légions et n'apportent que des réponses partielles et parcellaires, par définition expurgées des contextes. La non-prise en compte des contextes locaux est justement une source majeure des multiples échecs des projets de développement, comme des politiques de santé. C'est la force des recherches sur la mise en œuvre que de mettre au premier plan l'étude des contextes et de leurs interactions avec les interventions.

Les besoins de recherches sur la mise en œuvre des interventions de santé en Afrique sont immenses et les approches méthodologiques pour réaliser ces analyses sont largement disponibles, y compris en français [8, 29-33]. De réelles avancées dans les domaines du développement et de la santé passent par la production de connaissances en ce domaine. Les scientifiques francophones qui s'intéressent aux interventions de santé publique en Afrique doivent absolument participer au développement de ce champ, en produisant des connaissances empiriques et théoriques sur la mise en œuvre, mais aussi en formant les étudiants et jeunes chercheurs à cette démarche scientifique devenue indispensable et trop longtemps ignorée.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Peters DH, Tran NT, Adam T. *Implementation research in health: a practical guide*. Geneva : World Health Organization. Alliance for Health Policy and Systems Research.
2. WHO. *Arguing for universal health coverage*. Geneva : World Health Organization. (p. 39).
3. Pawson R. *The Science of Evaluation: A Realist Manifesto*. Thousans Oaks (CA) : Sage Publications. (p. 216).
4. Petticrew M. Public health evaluation : epistemological challenges to evidence production and use. *Evid Policy J Res Debate Pract* 2013 ; 9 : 87-95.
5. Hasson H. Systematic evaluation of implementation fidelity of complex interventions in health and social care. *Implement Sci* 2010 ; 5 : 67.
6. Morell J. *Evaluating in the Face of Uncertainty*. New York : Guilford Press.
7. Blaise P, Marchal B, Lefèvre P, Kegels G. « Au-delà des méthodes expérimentales, l'approche réaliste en évaluation ». In : Potvin L, Moquet MJ, Jones C, (eds). *Réduire les inégalités sociales de santé*. Saint-Denis : INPES (coll. Santé en action). pp. 285-96.
8. Robert E, Ridde V. L'approche réaliste pour l'évaluation de programmes et la revue systématique : de la théorie à la pratique. *Mes Éval En Éducation* 2014 ; 36 : 79-108.
9. Dobson D, Cook TD. Avoiding type III error in program evaluation : Results from a field experiment. *Eval Program Plann* 1980 ; 3 : 269-76.
10. Olivier de Sardan J-P. *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*. Paris : Apad-Karthala.
11. Ridde V, Druetz T, Poppy S, Kouanda S, Haddad S. Implementation Fidelity of the National Malaria Control Program in Burkina Faso. *PLoS ONE* 2013 ; 8 : e69865.
12. Perez D, Lefevre P, Castro M, *et al*. Diffusion of community empowerment strategies for Aedes aegypti control in Cuba: a muddling through experience. *Soc Sci Med* 2013 ; 84 : 44-52.
13. Naudet J-D, Delarue J, Bernard T. Évaluations d'impact : un outil de redevabilité ? Les leçons tirées de l'expérience de l'AFD. *Rev Déconomie Dév* 2012 ; 20 : 27.
14. Bédécarrats F, Guérin I, Roubaud F. L'étalon-or des évaluations randomisées : du discours de la méthode à l'économie politique. *Sociol Prat* 2013 ; 27 : 107.
15. Madon T, Hofman KJ, Kupfer L, Glass RI. Public health. Implementation science. *Science* 2007 ; 318 : 1728-9.
16. Saetren H. Facts and myths about research on public policy implementation: out-of-fashion, allegedly dead, but still very much alive and relevant. *Policy Stud J* 2005 ; 33 : 559-82.
17. Robert E, Sieleunou I, Kadio K, Samb OM. La recherche sur les politiques et systèmes de santé dans les pays à faible et moyen revenu: comment faire entendre la voix des chercheurs francophones? [Internet]. Health Policy and Planning Debated. 2015. Disponible sur : http://blogs.lshtm.ac.uk/hppdebated/2015/02/25/la-recherche-sur-les-politiques-et-systemes-de-sante-dans-les-pays-faible-et-moyen-revenu-comment-faire-entendre-la-voix-des-chercheurs-francophones/.[consulté 1 mai 2015].
18. TDR, WHO. *Implementation Research Toolkit Workbook*. Geneva : World Health Organization on beh alf of the Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases. p. 175.
19. Saetren H. Implementing the third generation research paradigm in policy implementation research : An empirical assessment. *Public Policy Adm* 2014 ; 29 : 84-105.
20. Olivier de Sardan J-P, Ridde V, (eds). *Une politique publique de santé et ses contradictions. La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*. Paris : éd. Karthala.
21. Ridde V, Olivier de Sardan J-P. Étudier les politiques publiques et les politiques de santé en Afrique de l'Ouest. *Afr Contemp* 2012 ; 243 : 98-9.
22. Ridde V, Morestin F. A scoping review of the literature on the abolition of user fees in health care services in Africa. *Health Policy Plan* 2011 ; 26 : 1-11.
23. Ssengooba F, McPake B, Palmer N. Why performance-based contracting failed in Uganda–an « open-box » evaluation of a complex health system intervention. *Soc Sci Med* 2012 ; 75 : 377-83.
24. Paul E, Sossouhounto N, Eclou DS. Local stakeholders' perceptions about the introduction of performance-based financing in Ben: a case study in two health F districts. *Int J Health Policy Manag* 2014 ; 3 : 207-14.
25. Waweru E, Goodman C, Kedenge S, Tsofa B, Molyneux S. Tracking implementation and (un)intended consequences: a process evaluation of an innovative peripheral health facility financing mechanism in Kenya. *Health Policy Plan* 2016 ; 31 : 137-47.
26. Blundo G, Olivier de Sardan J-P, (eds). *État et corruption en Afrique*. Paris : APAD-Karthala.
27. Jaffré Y, Olivier de Sardan J-P, (eds). *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris : APAD, Karthala, 2003. 449 p.
28. Ridde V, Turcotte-Tremblay A-M, Souares A, *et al*. Protocol for the process evaluation of interventions combining performance-based financing with health equity in Burkina Faso. *Implement Sci IS* 2014 ; 9 : 149.

29. Olivier de Sardan J-P. *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique.* Louvain-la-Neuve : Academia Bruylant, 2008.

30. Gilson L, ed. *Recherche sur les politiques et les systèmes de santé. Manuel de méthodologie. Version abrégée.* Geneva : Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization.

31. Hassenteufel P. *Sociologie politique : l'action publique.* Paris : A. Colin, 2008.

32. Boussaguet L, Jacquot S, Ravinet P, Muller P, (eds). *Une French touch dans l'analyse des politiques publiques.* Paris : Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 2015.

33. Lemieux V. *L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir.* 2e éd. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2002.

Copyright © 2017 John Libbey Eurotext. Téléchargé par un utilisateur anonyme le 19/04/2017.

Crabes violonistes d'une plage du parc national de la Langue de Barbarie, Sénégal © P. Fabries