



HAL
open science

Qu'avons-nous appris jusqu'à maintenant des ateliers délibératifs pour soutenir les politiques publiques fondées sur des données probantes en Afrique ?

Valéry Ridde, Christian Dagenais

► To cite this version:

Valéry Ridde, Christian Dagenais. Qu'avons-nous appris jusqu'à maintenant des ateliers délibératifs pour soutenir les politiques publiques fondées sur des données probantes en Afrique ? . 2017. hal-01824189

HAL Id: hal-01824189

<https://hal.science/hal-01824189v1>

Submitted on 11 Jul 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Qu'avons-nous appris jusqu'à maintenant des ateliers délibératifs pour soutenir les politiques publiques fondées sur des données probantes en Afrique ?

Valéry Ridde et Christian Dagenais ; Université de Montréal, Canada

Introduction

Ce qu'il est maintenant convenu d'appeler la « science de l'utilisation de la science » [1] nous apprend que les décisions politiques ne tiennent pas toujours compte des connaissances issues de la recherche. Il ne reste certainement plus que le scientifique naïf pour penser que ses travaux vont faire basculer les décisions. Les discussions sur la relation entre le savant et le politique sont bien anciennes et remontent au moins jusqu'à Weber [2]. Cependant, le citoyen averti (qui est aussi parfois un chercheur [3]), qu'il vive en Afrique ou ailleurs, souhaiterait que les politiques et les projets ne soient pas fondés uniquement sur les idées et expériences personnelles des décideurs, les enjeux électoraux des responsables, les stratégies de carrières des chercheurs ou encore les opinions des personnes qui peuvent les exprimer.

Dans le domaine de la santé, et notamment dans le contexte spécifique de l'Afrique de l'Ouest, cette question se pose avec acuité d'autant que l'on dispose encore de très peu de recherches sur les interventions favorisant l'utilisation des connaissances dans cette région du monde [4]. Nous savons par exemple que l'accès à l'information sanitaire a été crucial dans la lutte contre la mortalité maternelle dans les pays du Nord [5], alors que ce type de preuve est rare pour les pays d'Afrique de l'Ouest. Mais il y a de nombreux facteurs qui influencent de manière souvent concomitantes les décideurs et le processus décisionnel est influencé par de nombreuses forces : les contraintes institutionnelles, les pressions de groupes d'intérêt, les convictions personnelles et les valeurs, des facteurs externes tels qu'une récession économique ou des élections et finalement... les données issues de la recherche [6,7]. Mais la prise en compte des données probantes dans la prise de décision est soumise, elle aussi, à une multitude de facteurs, tels que, par exemple, la perception des acteurs de l'utilité de la recherche, de leur expertise pour interpréter et utiliser les données probantes et un contexte favorable à cette utilisation [8,9]. Nous avons notamment mis en évidence ces facteurs en Afrique de l'Ouest [10,11]. Il est probable que des combinaisons spécifiques de ces facteurs déterminent l'utilisation des données probantes selon le type d'information que l'on souhaite transmettre, le type d'utilisation visé, le type d'utilisateurs et le contexte dans lequel il se trouve.

Dans le but de favoriser l'utilisation des connaissances issues de la recherche en Afrique, il est de plus en plus recommandé d'organiser des ateliers délibératifs définis comme : « *...an evidence-informed, deliberative dialogue process among multiple stakeholders for vigorous and comprehensive policy and practice decision-making* » [12]. Bien qu'on ait encore relativement peu de données probantes concernant l'efficacité de ce type d'activité pour favoriser l'utilisation de la recherche, une *scoping review* actuellement en cours au sein de notre équipe montre que, sur 25 études ayant mesuré les effets des

ateliers sur l'utilisation des connaissances, 21 présentent des résultats positifs [13]. Ces résultats se manifestent sur l'acquisition de nouvelles connaissances, sur l'intention d'utiliser ces connaissances et sur des actions concrètes visant à mettre en œuvre les recommandations découlant des données probantes discutées lors des ateliers. Ces actions concrètes vont de la création d'un réseau national pour promouvoir les droits d'une minorité, d'une plateforme de transfert de connaissances ou encore la production de films documentaires. Ces résultats sont cohérents avec nos expériences récentes dans l'organisation, l'animation et l'évaluation de tels ateliers.

Dans ce commentaire, nous proposons une réflexion sur la base de nos expériences dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Niger) afin de proposer des recommandations opérationnelles pour ceux qui souhaiteraient organiser ce type d'atelier délibératif. On évoquera plus les enjeux autour d'atelier regroupant des acteurs à une échelle nationale que d'ateliers plus spécifiques autour de questions locales ou de projets restreints (sur ce sujet voir [14]).

Éléments de contexte de la prise de décision en Afrique de l'Ouest francophone

Mais l'organisation de ces ateliers et de notre réflexion se déroulent dans un contexte ouest-africain (notamment francophone) particulier dont il faut ici donner les grandes lignes.

Dans la plupart de ces pays, le rôle des bailleurs de fonds internationaux est très important et ils exercent une grande influence compte tenu de la dépendance de l'aide des budgets de ces États, notamment dans le domaine de la santé [15]. Cette influence n'est cependant pas que financière mais aussi dans les solutions proposées [16]. Certaines coopérations cherchent parfois plus à vendre leurs solutions clefs en main que de proposer et discuter de plusieurs options pour résoudre un problème identifié localement [17]. Au Bénin par exemple, les bailleurs ont découpé le pays en zone pour tester différentes formes de financement basé sur les résultats dont la totalité est financée par ces mêmes bailleurs. Comme dans tous les pays du monde, mais peut être avec plus d'exacerbation, l'administration publique est souvent très politisée en Afrique de l'Ouest, les hauts fonctionnaires étant proches des partis au pouvoir. Ces mêmes experts changent au gré des élections et la mémoire des décisions se perd, tout comme parfois l'expertise (parfois récupéré par les organisations internationales). Par ailleurs, nous sommes dans un contexte où la présence de chercheurs et la production de connaissances scientifiques reste souvent très réduite [18]. En outre, dans le contexte d'une importante faiblesse des infrastructures et financement du milieu de recherche, les chercheurs se transforment souvent en consultants, peu disponibles et produisant des rapports répondant à des commandes, sans toujours disposer du regard critique nécessaire [19].

Une analyse réflexive

Notre expérience de participation et d'organisation ces dernières années à des ateliers nationaux (Encadré 1) permettant de formuler ou évoquer la mise en œuvre de nouvelles politiques de santé nous laisse croire que ces défis contextuels en influencent l'organisation. Dans ce commentaire, nous nous inscrivons donc dans une analyse réflexive [20] puisque nous avons participé à ces ateliers et parfois à leur organisation.

Encadré 1 : Liste des ateliers nationaux et internationaux dans cinq pays

- 2010 : États généraux de la santé du Burkina Faso (300 personnes)
- 2011 : Conférence nationale sur l'exemption du paiement des soins au Mali (200 personnes, coût direct de 30.000 Euros)
- 2012 : Conférence nationale pour le renforcement de la politique de gratuité des soins du Niger (150 personnes, coût direct de 60.000 Euros)
- 2016 : Consultation intersectorielle des pays francophones sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique (122 participants de 23 pays ; 200.000 euros)
- 2017 : Forum sur la couverture santé universelle au Bénin (200 personnes, coût direct de 65.000 Euros)

L'analyse réflexive et transversale à ces différents ateliers montre la présence de nombreux défis spécifiques dont il faudrait tenir compte pour les organiser.

Les défis associés aux ateliers délibératifs nationaux

Un temps suffisamment long pour la préparation et la planification des ateliers fait souvent défaut. C'est parfois quelques semaines avant la date que les équipes se mobilisent et plusieurs changements de stratégies de dernière minute sont souvent nécessaires. Or, pour que ces ateliers soient efficaces, il faut que les principales parties prenantes, incluant les décideurs, soient vraiment disponibles et présentes, motivées et préparées. Au Niger par exemple, la conférence a été planifiée avec six mois d'avance et, même si cela a été compliqué, le ministre de la santé a été impliqué trois mois avant[21]. Cet engagement de Haut niveau a même permis que le lancement de la conférence soit réalisé par le Premier Ministre. Au Bénin et en Côte d'Ivoire, la veille de l'atelier, les organisateurs ne savaient pas si le Ministre de la santé serait présent à l'ouverture, ce qui fut finalement le cas. Mais dans ces deux pays, la même tergiversation s'est passée pour la clôture, une heure avant, personne ne savait qui allait être présent pour représenter les hautes autorités. De surcroît, il faut mettre en place un comité intersectoriel de préparation et parfois des sous-comités (communication, scientifique, logistique, etc.), sans toutefois tomber dans des excès qui peuvent être onéreux en temps et perdiem, comme cela est souvent le cas dans ce contexte[22]. La

présence des hauts décideurs devient essentielle, sinon la prise de décision est impossible ou remise à plus tard, ce qui peut être inefficace. Au Bénin par exemple, le directeur des ressources financières du Ministère de la santé n'est jamais venu durant les trois jours de l'atelier et celui des ressources humaines n'est resté que le temps de sa présentation. De plus, un participant de la salle, lors de la dernière plénière de l'atelier national, a demandé quels étaient les engagements et objectifs de l'État. Personne n'a souhaité répondre à cette question, la Présidente du panel a renvoyé la question au Secrétaire général adjoint du Ministère de la santé, qui l'a envoyé au Directeur du Cabinet de ce même ministère qui a répondu qu'il répondrait plus tard... alors que la représentante du Président de la République pour la lutte contre les trois maladies du Fonds mondial était présente mais n'a pas pris la parole. En Côte d'Ivoire, l'atelier¹ prévoyait la participation des ministres de la santé, de l'économie et de la protection sociale de 20 pays d'Afrique de l'Ouest. Aucun de ces ministres, à l'exception de ceux qui ont fait la conférence d'ouverture et de fermeture n'a pu être présent. Ces ateliers doivent donc tenter de réunir les techniciens du domaine discuté mais la présence des politiques et des décideurs doit absolument être préparée et assurée pour éviter que cela soit un atelier de plus dont certains questionnent l'efficacité [23].

Prendre le temps de cette préparation est essentiel pour plusieurs raisons. D'abord, il permet de produire des documents de synthèse destinés aux décideurs et participants (par exemple des *policy brief* [24]). Ces notes peuvent être fondées sur des résultats de recherche ou d'évaluation dont les méthodes sont rigoureuses mais aussi sur la base d'analyses réflexives d'expériences et de savoirs tacites. Le croisement des savoirs est essentiel, mais la préparation de ces documents au préalable (tant sur la forme que le fond) et leur distribution avant l'atelier permet de renforcer les chances qu'ils soient lus. S'ils sont distribués lors de l'atelier, mais préparés en amont, il faudra donner du temps de lecture spécifique au risque de voir les participants retourner à leur routine sans avoir pris le temps de les étudier. Au Bénin par exemple, ces notes ont été préparées seulement deux semaines avant l'atelier, ce qui était beaucoup trop court pour les soigner, les tester et les mettre en forme. Au Mali, c'est une note de synthèse finale de tous les débats qui a été produite dans les jours qui ont suivi l'atelier national, avec une participation critique des principaux organisateurs sur son contenu, et qui a ensuite été largement distribuée et partagée sur un site internet. En Côte d'Ivoire, une série de 16 *policy briefs* (dont certains de plus de 10 pages) ont bien été préparés, mais en anglais seulement. Pour cette raison, ils n'ont tout simplement pas été envoyés aux participants provenant tous de pays francophones. Il faut que ces notes soient revues par des experts de ce domaine et si possible présentées sous une forme exploratoire aux destinataires potentiels afin d'adapter le langage, la forme, les messages clef et les recommandations opérationnelles. Les caractéristiques d'une note de politique efficace selon de multiples sources[25–27] et nos expériences sont proposées dans l'encadré 2.

¹ Cette consultation a été organisée par le Gouvernement de la Côte d'Ivoire et le Gouvernement français, en partenariat avec l'OMS, l'Organisation internationale du travail et d'autres agences onusiennes.

Encadre 2 : les points clefs d'une note efficace

SUCCINT: 2-4 pages, 1 500 words

UNDERSTANDABLE: not only clear and simple language, but also providing a well explained argument

PROFESSIONAL, NOT ACADEMIC : the audience is NOT interested in analysis procedure

ACCESSIBLE: facilitate the ease of use by subdividing the text using clear titles

PARAGRAPHS : short

SENTENCES: simple

PROMOTIONAL: catch the eye using colors, logos, photos, illustrative quotes, etc.

RECOMMANDATIONS: feasible, strongly supported by the data

L'atelier doit favoriser les délibérations et les échanges et non pas le combat et la diffusion d'idées reçues. Il faut éviter de longues présentations mais favoriser les panels de discussions et les travaux de groupes dynamiques et participatifs. Au Niger, des travaux de groupe par thèmes (médicaments, finances, gouvernance, etc.) durant plus de trois heures ont permis de délibérer et de proposer des recommandations concrètes. En revanche au Bénin, cela n'a pas été planifié et la sélection des recommandations s'est limitée à un petit groupe de quelques personnes dont on peut interroger la représentativité de l'ensemble des participants. Si des présentations sont effectuées, il faut absolument former les orateurs avant l'atelier pour éviter des diapositives surchargées, des tableaux illisibles, des statistiques inutiles, un jargon scientifique incompréhensible pour ceux qui n'ont pas une solide formation en recherche, etc. Ceci fut le cas dans presque tous les ateliers auxquels nous avons participé. Pourtant, adapter le langage aux différents public cible constitue une importante condition d'utilisation des connaissances.

La gestion du temps devient un enjeu majeur dans ces ateliers où tout le monde souhaite s'exprimer et où il est parfois difficile de couper la parole pour des raisons socioculturelles. Lors de l'atelier au Bénin, il a été décidé de faire démarrer une musique de fonds dans la salle quelques secondes avant la fin de la durée de présentation impartie, puis le son de la musique augmente jusqu'à couvrir la voix de l'orateur. Cela a été très efficace. Ces ateliers ne doivent pas être compris comme une fin mais comme un moyen intégré dans un long processus qui vise à favoriser des prises de décisions. Il ne faut donc pas s'arrêter à son organisation et prévoir très rapidement la suite. Un comité de suivi peut être mis en place, il peut avoir le mandat de finaliser une feuille de route de la mise en œuvre des recommandations. Il faut que ce comité soit aussi inclusif que les participants à l'atelier et qu'il dispose de moyens pour se réunir et progresser. Au Niger et au Bénin, un tel comité a été organisé tandis qu'au Mali rien n'a été fait et les débats de l'atelier n'ont jamais été poursuivis à notre connaissance. Au Niger, le comité de suivi s'est réuni durant quelques mois puis la disparition de ses membres pour des raisons de corruptions et les changements politiques ont rendu la suite difficile

[21]. En Côte d'Ivoire, un rapport a été préparé par l'OMS à la suite de la consultation et transmis à la Commission de haut niveau à laquelle il était destiné. Mais il s'avère impossible de retracer l'influence qu'ont pu avoir les résultats de la consultation dans le rapport final de cette Commission [28].

Pour que des décisions consensuelles soient prises lors de ces ateliers délibératifs, ils doivent être le plus inclusif et participatif possible. Il faut que toutes les voix soient entendues, que les responsables nationaux soient au cœur du processus et des décisions dans un contexte où les acteurs de l'aide au développement sont très influents. Au Mali, alors que plusieurs études étaient en cours sur les politiques de gratuité financées par différents bailleurs, l'atelier a été en mesure de tous les impliquer dans l'organisation et le financement ainsi que dans la prise de parole durant les deux jours. En revanche au Bénin, cette approche a été plus difficile et les défis de la coordination des bailleurs sur le terrain des interventions s'est reflétée dans le manque de diversité des participants. De plus, plusieurs présentateurs lors de leurs communications ont remercié à de nombreuses reprises le projet de développement qui avait le leadership de l'organisation et son logo très présent, donnant ainsi plus de place que prévue à ce projet. Mais il faut s'assurer aussi que les équilibres de pouvoirs soient pris en compte. Le comité d'organisation pourrait notamment prendre le temps d'une analyse des acteurs, des parties prenantes et des enjeux de pouvoir autour du sujet abordé afin d'éclairer ses choix d'invitations et de temps de parole. De nombreux outils et démarches existent pour cela [29,30]. La valeur donnée à la parole d'un professeur universitaire par rapport à celle d'un responsable communautaire de mutuelles de santé peut très facilement orienter le débat et donc les décisions. Au Burkina Faso par exemple, un tel professeur a affirmé avec tout son poids symbolique, que rendre les accouchements gratuits allaient augmenter les naissances. Au Bénin, un représentant d'un bailleur de fonds très important dans la santé a affirmé que la réduction de la mortalité maternelle dans les pays du Nord avait historiquement été gagnée grâce aux médecins généralistes. Alors que les données scientifiques réfutent ces deux idées reçues [5,31], personne lors de cet atelier n'a osé contredire ces personnes influentes. Enfin, la santé ne concerne pas que le ministère de la santé, et il est souvent difficile lors de ces ateliers d'inviter et donner toute la place nécessaire aux autres parties prenantes et notamment aux autres ministères. Au Niger, la présence du Ministère des finances a permis un vrai débat pour comparer les données avec celles du Ministère de la santé sur les retards énormes de remboursement de la politique de gratuité des soins.

L'un des enseignements de notre *scoping review* sur les ateliers délibératifs est que trop peu sont évalués rigoureusement [13]. Nous disposons ainsi de trop peu de connaissances scientifiques sur l'efficacité et la mise en œuvre de ces moments de discussion, notamment en Afrique. Il est donc essentiel que les organisateurs puissent préparer au mieux l'évaluation de leurs processus délibératifs en usant notamment de méthodes mixtes. Certains cadres d'analyses spécifiques peuvent être utiles [32]. Nous avons par exemple au Niger été en mesure de réaliser des observations participantes durant l'atelier puis des entretiens en profondeur juste après ainsi que douze mois plus

tard pour mieux comprendre les effets et les processus de la conférence nationale [21]. Au Bénin, nous avons administré un questionnaire quantitatif fondé sur la théorie du comportement planifié [33] et permettant de mesurer l'intention d'utiliser les résultats de l'atelier. Plus d'une centaine de participants ont ainsi pu donner leur avis sur l'utilité des résultats et des changements qu'ils pourraient produire.

Conclusion

Par l'intermédiaire de ce commentaire, nous voulions expliciter l'importance de tenir compte des contextes spécifiques en Afrique de l'Ouest pour renforcer les chances que les ateliers délibératifs soient efficaces. Dans l'encadré 3, nous suggérons, sur la base de nos expériences, quelques propositions pratiques pour soutenir les personnes qui souhaiteraient s'engager dans un tel processus.

Encadre 3 : Quelques suggestions pour réussir un atelier délibératif national

- Varier les types de données présentées à partir d'expériences pratiques et de recherches tant qualitatives que quantitatives
- Assurer la présence d'une diversité des parties prenantes concernées par le sujet : décideurs, chercheurs, intervenants, communautés, bailleurs de fonds
- Préparer les participants à l'avance à ce qui est attendu d'eux lors de l'atelier
- Rendre les données et les présentations visibles et accessibles (formes et fonds)
- Donner du temps à la délibération, aux débats, aux échanges
- Créer des petits groupes de travail pour approfondir certains sujets
- Produire des recommandations opérationnelles solidement ancrées sur les données de recherches et d'expériences
- Tenir compte des enjeux de pouvoir dans la préparation, l'organisation et le suivi
- Ne pas transformer l'atelier en un plaidoyer pour un projet ou une solution en particulier
- Préparer en avance l'atelier : les contacts préalables avec les décideurs, les présentateurs, les notes de politiques, etc.
- Préparer des synthèses des données sous la forme de notes synthétiques, dans un langage adapté et distribuées (et si possible testées) en avance
- Se donner le temps à la fin de l'atelier de préciser le contenu des recommandations pour les présenter à tous avant la fin
- Créer un comité de suivi des recommandations et lui donner les moyens de fonctionner
- Évaluer les processus et les effets des ateliers pour s'améliorer

Références :

1. Langer L, Tripney J, Gough D, University of London, Social Science Research Unit, Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre. The science of using science: researching the use of research evidence in decision-making. 2016.
2. Weber M. Le savant et le politique. Paris: Plon 10/18; 1963.

3. Olivier de Sardan J-P. Health fee exemptions: controversies and misunderstandings around a research programme. Researchers and the public debate. *BMC Health Serv Res.* 2015;15. doi:10.1186/1472-6963-15-S3-S4
4. Siron S, Dagenais C, Ridde V. What research tells us about knowledge transfer strategies to improve public health in low-income countries: a scoping review. *Int J Public Health.* 2015; 1–15. doi:10.1007/s00038-015-0716-5
5. Brouwere V de, Lerberghe W van, editors. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence.* Antwerp, Belgium: ITGPress; 2001.
6. Moat KA, Lavis JN, Abelson J. How contexts and issues influence the use of policy-relevant research syntheses: a critical interpretive synthesis. *Milbank Q.* 2013;91: 604–648. doi:10.1111/1468-0009.12026
7. Ellen ME, Léon G, Bouchard G, Ouimet M, Grimshaw JM, Lavis JN. Barriers, facilitators and views about next steps to implementing supports for evidence-informed decision-making in health systems: a qualitative study. *Implement Sci IS.* 2014;9: 179. doi:10.1186/s13012-014-0179-8
8. Lysenko LV, Abrami PC, Bernard RM, Dagenais C, Janosz M. Educational Research in Educational Practice: Predictors of Use. *Can J Educ Can Léducation.* 2014;37: 1–26.
9. Tricco AC, Cardoso R, Thomas SM, Motiwala S, Sullivan S, Kealey MR, et al. Barriers and facilitators to uptake of systematic reviews by policy makers and health care managers: a scoping review. *Implement Sci IS.* 2016;11: 4. doi:10.1186/s13012-016-0370-1
10. Dagenais C, Queuille L, Ridde V. Evaluation of a knowledge transfer strategy from user fee exemption program for vulnerable populations in Burkina Faso. *Glob Health Promot.* 2013;Special Issue on Vulnerability and Health in Africa: (1 Suppl):70-9.
11. Dagenais C, McSween-Cadieux E, Somé P-A, Ridde V. A Knowledge Brokering Program in Burkina Faso (West Africa): Reflections from Our Experience. *Health Syst Reform.* 2016;2: 367–372. doi:10.1080/23288604.2016.1202368
12. Nabyonga-Orem J, Dovlo D, Kwamie A, Nadege A, Guangya W, Kirigia JM. Policy dialogue to improve health outcomes in low income countries: what are the issues and way forward? *BMC Health Serv Res.* 2016;16: 217. doi:10.1186/s12913-016-1450-2
13. Dossa, R., Dogba, J., Mandiangu, N., Ouedrago, J., Ouimet M, Zonmahoun, H.T., et al. Implementation of deliberative dialogues to promote the use of evidence-based decisions in primary care: a scoping review. *KT Canada | 2017 KT Canada Annual Scientific Meeting; 2017; Quebec.*
14. McSween-Cadieux E, Dagenais C, Ridde V. Research dissemination workshops: observations and implications based on an experience in Burkina Faso. *Health Research Policy & Systems.* In Press.
15. Ottersen T, Elovainio R, Evans DB, McCoy D, Mcintyre D, Meheus F, et al. Towards a coherent global framework for health financing: recommendations and recent developments. *Health Econ Policy Law.* 2017;12: 285–296. doi:10.1017/S1744133116000505
16. Lavigne Delville P, Aghali, A. « A cheval donné, on ne regarde pas les dents » Les mécanismes et les impacts de l'aide vus par des praticiens nigériens. Niamey, Niger: LASDEL/CRCHUM. *Etudes et travaux* numéro 83; 2010 p. 114.
17. Naudet J-D, Berg E, Organisation for Economic Co-operation and Development, Sahel Club. *Trouver des problèmes aux solutions vingt ans d'aide au Sahel* [Internet]. Paris: Organisation de Coopération et de Développement Économiques; 1999. Available: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264272903-fr>
18. Sombié I, Aidam J, Konaté B, Somé TD, Kambou SS. The state of the research for health environment in the ministries of health of the Economic Community of the West African States (ECOWAS). *Health Res Policy Syst.* 2013;11: 35. doi:10.1186/1478-4505-11-35
19. Olivier de Sardan J-P. Promouvoir la recherche face à la consultance. *Autour de l'expérience du Lasdel (Niger-Bénin).* *Cah Détudes Afr.* 2011;202–203: 511–528.
20. Tremblay M-C, Parent A-A. Reflexivity in PHIR: Let's have a reflexive talk! *Can J Public Health.* 2014;105: e221–e223. doi:10.17269/cjph.105.4438
21. Moha M, Ridde V. La conférence nationale sur la gratuité des soins au Niger : des interactions nécessaires. In: Olivier de Sardan J-P, Ridde V, editors. *Une politique publique de santé en ses contradictions La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger.* Paris: Khartala; 2014.

22. Ridde V. Per diems undermine health interventions, systems and research in Africa: burying our heads in the sand. *Trop Med Int Health*. 2010;Jul 28. doi: 10.1111/j.1365-3156.2010.02607.x.
23. Jaffrè Y. Les objectifs, les séminaires et les recommandations permettent d'améliorer la santé des populations. Des idées reçues en santé mondiale. Montréal, Rennes: Presses de l'Université de Montréal; Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique; 2015. pp. 225–229.
24. Moat KA, Lavis JN, Clancy SJ, El-Jardali F, Pantoja T, Knowledge Translation Platform Evaluation study team. Evidence briefs and deliberative dialogues: perceptions and intentions to act on what was learnt. *Bull World Health Organ*. 2014;92: 20–28. doi:10.2471/BLT.12.116806
25. Committee on the Science of Science Communication. *Communicating Science Effectively: A Research Agenda*. Washington: The National Academy Press; 2016.
26. Beynon P, Chapoy C, Gaarder M, Masset E. What Difference does a Policy Brief Make? Institute of Development Studies the International Initiative for Impact Evaluation; 2012 p. 115.
27. Neumann, R.K., Reed, M. How to make a policy brief that has real impact [Internet]. *Fast Track Impact*; 2015. Available: <http://www.fasttrackimpact.com/single-post/2015/12/19/How-to-make-a-policy-brief-that-has-real-impact>
28. Horton R et al. Rapport nal du groupe d'experts de la Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique. Geneva, Switzerland: Organisation mondiale de la Santé; 2016 p. 72.
29. Bryson JM, Patton MQ, Bowman RA. Working with evaluation stakeholders: A rationale, step-wise approach and toolkit. *Eval Program Plann*. 2011;34: 1–12. doi:10.1016/j.evalprogplan.2010.07.001
30. Brugha R, Varvasovszky Z. Stakeholder analysis: a review. *Health Policy Plan*. 2000;15: 239–246.
31. Ridde V, Queuille L, Ndour M. Nine misconceptions about free healthcare in sub-Saharan Africa. *Dev Stud Res*. 2014;1: 54–63. doi:10.1080/21665095.2014.925785
32. Boyko JA, Lavis JN, Abelson J, Dobbins M, Carter N. Deliberative dialogues as a mechanism for knowledge translation and exchange in health systems decision-making. *Soc Sci Med* 1982. 2012;75: 1938–1945. doi:10.1016/j.socscimed.2012.06.016
33. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process*. 1991;50: 179–211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020-T