

# DOSSIER « MESURER ET STANDARDISER : LES TECHNOLOGIES POLITIQUES DU GOUVERNEMENT DE L'AFRIQUE »

---

## LE « PLAIDOYER FONDÉ SUR DES PREUVES » DANS L'ACTION SANITAIRE INTERNATIONALE

### Vers un nouveau type d'ingénierie sociale ?

MORITZ HUNSMANN<sup>1</sup>

#### RÉSUMÉ

L'essor récent de l'aide sanitaire à destination de l'Afrique s'est accompagné de l'injonction de plus en plus forte à formuler des politiques « fondées sur des preuves ». Face à ce qu'ils considèrent une insuffisante prise en compte des savoirs sanitaires dans la formulation et la mise en œuvre des politiques de santé en Afrique, certains bailleurs internationaux expérimentent un mode d'action nouveau : le « plaidoyer fondé sur des preuves » (*evidence-based advocacy*). Cette contribution étudie une telle intervention dans le champ de la santé maternelle et néonatale en Tanzanie et explore les effets politiques contradictoires de ce mode d'action, analysé ici comme un nouveau type d'ingénierie sociale. Porteur de formes de collaboration ouvertes et peu hiérarchisées entre bailleurs et acteurs nationaux, ce mode d'intervention s'avère néanmoins particulièrement intrusif dans la mesure où il traduit une tentative d'avoir prise sur l'intégralité du processus politique des pays recevant l'aide sanitaire. L'analyse du rôle ambivalent mais central du recours aux savoirs dans la légitimation du programme montre comment,

---

<sup>1</sup> La collecte des données pour cet article a été financée dans le cadre de l'évaluation d'un programme du *Department for International Development* (DfID) ; l'analyse et les points de vue exprimés sont ceux de l'auteur, non ceux du DfID.

tout en renouvelant l'action sanitaire, cette forme d'intervention reproduit des modes de domination propres à l'aide internationale.

**Mots clés :** plaidoyer, Tanzanie, aide internationale, développement, politiques fondées sur des preuves, santé maternelle et néonatale, ingénierie sociale, santé globale.

## INTRODUCTION

Depuis le début du XXI<sup>e</sup> siècle, l'aide sanitaire publique à destination de l'Afrique a plus que quadruplé, passant de 1,85 à 8,3 milliards de dollars annuels entre 2002 et 2011 (OMS, 2013, pp. 40-41). Cet essor de l'aide internationale a contribué à structurer un nouveau champ d'action aux contours encore mal définis : la « santé globale » (Fassin, 2012 ; Garay, Harris et Walsh, 2013 ; Atlani-Duault et Vidal, 2013). Si 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. C'est même l'affirmation de la spécificité d'un certain type de savoirs et la croyance partagée en un mode d'action publique principalement technocratique qui ont permis à une communauté de chercheurs et d'acteurs sanitaires de constituer la « santé globale » en champ – voire en discipline universitaire – autonome. Ainsi, il n'a sans doute jamais été autant question de science dans le domaine du développement sanitaire qu'aujourd'hui, et l'injonction à formuler des politiques « fondées sur des preuves » – à pratiquer l'*evidence-based policymaking*<sup>2</sup> – y est devenue omniprésente. Or de nombreux acteurs du champ expriment aujourd'hui une frustration face à ce qu'ils considèrent comme une insuffisante prise en compte des connaissances scientifiques et des données sanitaires dans la formulation et la mise en œuvre des politiques de santé en Afrique (Hunsmann, 2012).

Dans ce contexte, un des principaux bailleurs du secteur, le *Department for International Development* (DfID, département exécutif du gouvernement du Royaume-Uni chargé de l'aide au développement), expérimente depuis peu un mode d'action nouveau. Partant du constat que la mobilisation de savoirs dans l'élaboration des politiques de santé dépend d'une multitude de facteurs sociaux, politiques et institutionnels, le DfID a mis en place un programme expérimental qui consiste essentiellement en des activités de plaidoyer mobilisant des données sanitaires et épidémiologiques dans le champ de la santé maternelle et néonatale. Ce secteur a été choisi pour deux principales raisons.

---

2 Le terme anglais *evidence* fait référence à un ensemble de savoirs bien plus large que le suggère sa traduction française par « preuves ». Il englobe différents types de savoirs investis d'une forme d'autorité scientifique, y compris, par exemple, les données sanitaires.

D'une part, la lenteur des progrès dans ce domaine dans de nombreux pays africains compromet la réalisation de deux des huit *Objectifs du Millénaire pour le Développement*, objectifs perçus par les principaux bailleurs internationaux comme l'étalon de leur crédibilité. D'autre part, la mortalité maternelle et néonatale est considérée comme un problème sanitaire pour lequel les « solutions » (comme l'accès au planning familial et à des soins obstétricaux et néonataux de qualité) sont connues depuis longtemps ; l'enjeu principal étant donc la traduction des savoirs en action.

Intitulé « Evidence for Action (E4A) – Saving the lives of mothers and babies in Africa », ce programme intervient dans six pays africains : l'Éthiopie, le Ghana, le Malawi, le Nigeria, la Sierra Leone, et la Tanzanie. Le programme vise à produire et compiler des données sanitaires et épidémiologiques sur la distribution et les causes de la mortalité maternelle et néonatale, à identifier les obstacles politiques et pratiques à la prise en compte de ces savoirs par les acteurs sanitaires, puis à agir de différentes manières afin que ces obstacles soient levés. La démarche consiste à s'appuyer sur ces données pour présenter la mortalité maternelle et néonatale comme un problème inacceptable et évitable, à attirer l'attention des décideurs politiques sur ce problème grâce à des activités de plaidoyer ciblé, à mettre à disposition de l'administration sanitaire les connaissances jugées nécessaires pour orienter les stratégies nationales, puis à accompagner leur mise en œuvre à l'échelle locale. En parallèle, E4A a pour but d'accroître l'attention publique et médiatique sur la santé maternelle et néonatale et de faire émerger une « mobilisation citoyenne » large en sa faveur. En renforçant les mécanismes de responsabilisation (*accountability*) à différentes échelles du système de santé, il s'agit de permettre à la population de « demander des comptes » aux responsables politiques.

Au lieu d'intervenir directement en finançant des activités de soins, le DfID cherche donc à impulser un changement durable dans la manière dont un problème sanitaire est considéré et géré dans les pays d'intervention. Si E4A décrit son action comme relevant du « plaidoyer fondé sur les preuves » (*evidence-based advocacy*), les interventions du programme vont bien au-delà des campagnes d'opinion et de l'interpellation ciblée de décideurs qui caractérisent traditionnellement les activités de « plaidoyer » des organisations non gouvernementales (Minkoff, 1994 ; Keck et Sikkink, 1998 ; Siméant, 2014). Outre l'organisation de campagnes médiatiques visant à mettre (ou à maintenir) le problème de la santé maternelle et néonatale sur l'agenda, E4A contribue à la (re)structuration du réseau des acteurs non gouvernementaux du champ et fournit un appui technique et organisationnel à l'administration sanitaire, notamment dans l'écriture des stratégies nationales et dans leur diffusion à l'échelle locale.

Les ambitions d'E4A contrastent avec ses moyens opérationnels relativement faibles : environ 28 millions d'euros sur cinq ans pour les six pays (au taux de change de novembre 2015). Ceci étant, conçu comme un projet pilote par le DfID, le programme esquisse ce qui pourrait être un mode

d'intervention nouveau. En effet, il suscite d'ores et déjà l'intérêt d'autres bailleurs importants du champ. Une fois de plus, le champ sanitaire constitue donc un laboratoire pour de nouvelles formes d'intervention politique au sein du monde de l'aide internationale (Atlani-Duault et Vidal, 2013). Cela étant, les différentes composantes d'E4A n'ont à bien des égards rien de nouveau et le recours aux « preuves » et aux indicateurs quantifiés pour évaluer et orienter l'action publique constitue le cœur même du Nouveau management public et des modes de gouvernement néolibéral (Derosières, 2014 ; Hibou, 2013). L'originalité d'E4A réside davantage dans l'articulation nouvelle de différentes modalités d'action et sans doute dans la démarche particulièrement ambitieuse d'impulsion de changement politique. Ce qui est nouveau n'est donc pas tellement ce qui est fait, mais comment et par qui. En effet, E4A est une forme de « plaidoyer d'État » initié par un département gouvernemental d'un bailleur qui, agissant à travers des structures « non gouvernementales », vise à influencer à la fois sur les politiques publiques et sur le positionnement des acteurs non gouvernementaux dans les pays d'intervention.

Cette contribution se fonde sur ma participation à une recherche collective triennale (2013-2016), financée par le DfID, qui vise à mieux comprendre les facteurs influant l'évolution du niveau d'attention politique dont bénéficie la santé maternelle et néonatale dans trois des pays d'intervention d'E4A : le Ghana, la Tanzanie et – jusqu'à l'épidémie d'Ebola – la Sierra Leone. Plutôt que de présenter les résultats de cette recherche, ce texte s'appuie sur l'étude du volet tanzanien du programme pour proposer des réflexions exploratoires sur ce mode d'action, ses ambiguïtés et sur le rôle qu'y joue le recours aux savoirs. Cette contribution s'intéresse donc à la manière dont E4A intervient dans le processus politique national (et local) et aux efforts de légitimation de cette intervention. Elle ne cherche pas à analyser les répercussions du programme sur l'organisation ou la qualité des soins. Outre l'analyse documentaire du programme, cette étude se fonde sur une enquête de terrain combinant la conduite d'entretiens semi-directifs (n = 39) avec les principaux acteurs des politiques de santé maternelle et néonatale au niveau national<sup>3</sup> et l'observation de leurs réunions programmatiques. Aussi, lors des dix semaines de terrain (réparties entre avril 2014 et octobre 2015), j'ai été basé dans les locaux d'E4A à Dar es Salaam. J'ai ainsi pu assister à plusieurs réunions internes et échanger régulièrement avec les membres de l'équipe. N'ayant eu aucun lien de subordination avec E4A, cet article propose donc une première réflexion critique à partir de ma position de chercheur « sur le seuil » – ni membre de l'équipe ni complètement extérieur au programme.

À partir d'une présentation du fondement théorique du programme et des activités qui le composent, cette contribution analyse ce mode d'action comme une nouvelle modalité d'ingénierie sociale aux effets politiques contradictoires.

---

3 Ces acteurs incluent des hauts responsables de l'administration nationale, des représentants des bailleurs bi- et multilatéraux, des membres d'organisations non gouvernementales (ONG) nationales et internationales, ainsi que des membres de l'équipe d'E4A-Tanzania.

Alors que ce mode d'action est porteur de formes de collaboration ouvertes et peu hiérarchisées entre les différents acteurs du champ, il s'avère néanmoins particulièrement invasif dans la mesure où il traduit une tentative du bailleur d'avoir prise sur l'intégralité du processus politique des pays recevant l'aide. L'analyse du rôle central mais ambivalent du recours aux savoirs dans la légitimation du programme montre comment, tout en renouvelant l'action sanitaire, cette forme d'intervention reproduit des modes de domination propres à l'aide internationale.

## UN PLAIDOYER ÉTATIQUE DISCRET ET AMBITIEUX

Une description détaillée des activités d'E4A est nécessaire pour comprendre la nature de ce programme à bien des égards atypique pour un projet porté par un bailleur bilatéral. En effet, une entreprise de consultance basée à Londres<sup>4</sup> en assure la coordination globale dans les six pays et les bureaux-pays du DfID ne sont pas associés au projet. Dans la plupart des pays d'intervention, l'équipe d'E4A se fait héberger par une institution préexistante (ONG, école de santé publique, etc.), la Tanzanie étant le seul pays où E4A a une existence institutionnelle propre. Le programme y prend la forme d'une organisation « non gouvernementale » *ad hoc* appelée *Evidence for Action Tanzania (E4A-Tz)*. Le financement par DfID n'est pas mis en avant (dans la documentation du programme ou sur son site web) et les équipes se mettent sciemment en retrait derrière leurs partenaires. Par conséquent, E4A-TZ n'est généralement pas perçu comme étant l'initiative d'un bailleur bilatéral et certains de ses interlocuteurs directs ignorent son affiliation au DfID. Si l'effacement relatif du bailleur constitue un changement notable par rapport aux pratiques habituelles des bailleurs bilatéraux, qui attachent souvent de l'importance à leur visibilité, le mélange des genres qui résulte de cette politique de non-affichage n'est pas sans poser question dans un projet qui souligne, justement, l'importance de la transparence et de la responsabilité (*accountability*) des acteurs.

### ***Une intervention ancrée dans une théorie politique***

Comme son nom l'indique, l'objectif affiché d'*Evidence for Action (E4A)* consiste à faire en sorte que les « preuves », au sens large, guident les décisions d'allocation des ressources et de mise en œuvre des politiques de santé maternelle et

---

4 Cette entreprise, appelée Options Consultancy Services Ltd., dépend de – et reverse l'intégralité de ses bénéfices à – Mary Stopes International (MSI), l'une des principales ONG internationales en matière de santé sexuelle et reproductive.

néonatale dans les pays d'intervention. Le programme est fondé sur le constat que, pour qu'un problème de santé bénéficie d'une prise en charge efficace, il ne suffit pas de multiplier les appels aux responsables politiques à prendre en compte les connaissances existantes. Se fondant explicitement sur les travaux en sciences sociales sur les dynamiques du changement dans l'action publique, ses concepteurs prennent acte des nombreux travaux sur la (non-)prise en compte des connaissances sanitaires dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé (cf. Hulton et al., 2014). Ces recherches montrent que les relations entre savoirs et politiques publiques sont souvent distendues et conditionnées par de nombreux facteurs tels que la nature du système politique, les dynamiques institutionnelles, les mobilisations collectives, ou les caractéristiques – socialement construites – du problème de santé lui-même (Robinson, 1999 ; Goddard et al., 2006 ; Shiffman et Smith, 2007 ; Shiffman, 2010 ; McCaughey et Bruning, 2010 ; Sumner et al., 2011 ; Liverani, Hawkins et Parkhurst, 2013). La formulation des politiques de santé et leur mise en œuvre, toujours sélective, sont un processus impliquant des compromis entre des rationalités multiples et contradictoires (Lin 2003). L'idée sous-jacente du programme est que, pour influencer sur ce processus, il est indispensable de comprendre les raisons d'agir – et de ne pas agir – des acteurs impliqués<sup>5</sup>.

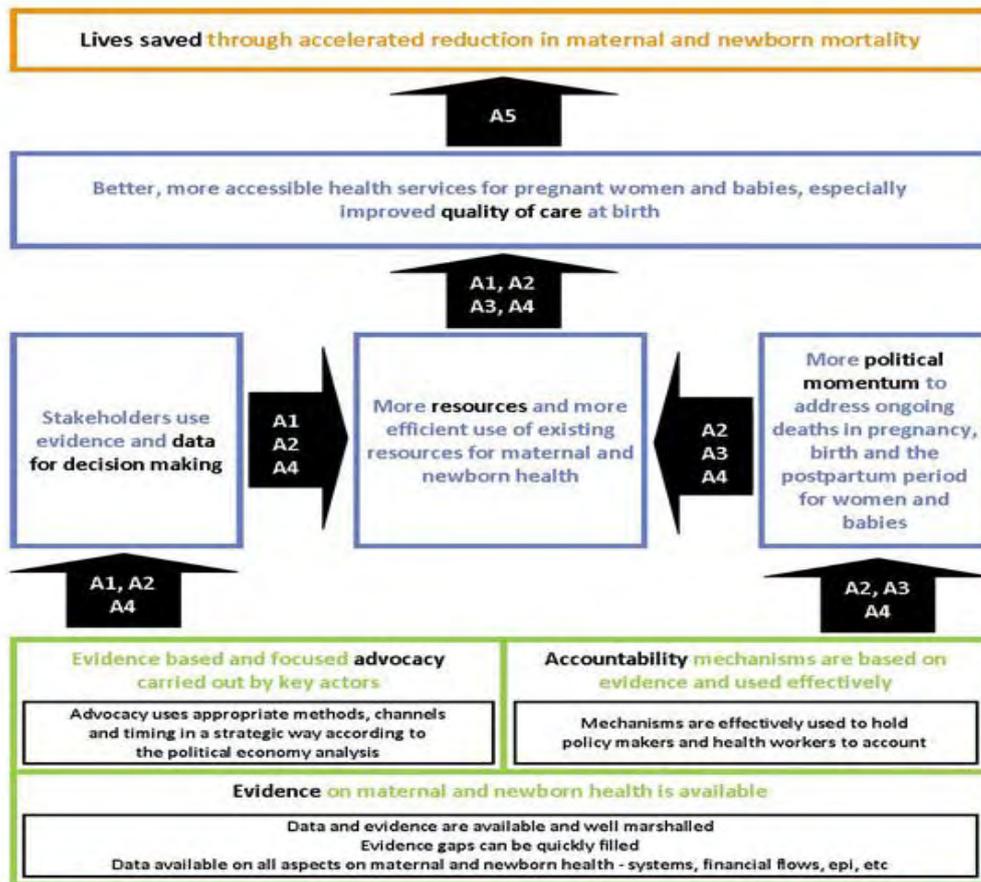
La stratégie opérationnelle d'E4A résulte directement de cette analyse. Elle considère qu'une intervention *politiquement informée* parviendra mieux à impulser le changement recherché qu'une approche qui continue à considérer la prise en compte des savoirs comme un simple problème technique de transfert de connaissances. Il ne s'agit donc plus simplement de produire des données et de les rendre publiques, mais de comprendre en détail les structures d'incitation des acteurs clés aux différents niveaux de l'action publique pour ensuite déployer des efforts systématiques visant à accroître le niveau de priorité qu'accordent ces acteurs à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Pour y parvenir, E4A s'est doté d'un outil théorique : la *Theory of Change*. Fondée sur une vision simplifiée des dynamiques de changement dans l'action publique, cette « théorie » est explicitement érigée en cadre opérationnel du programme (pour une description détaillée, voir Hulton et al., 2014).

En simplifiant, le raisonnement est le suivant : si 1) les données concernant la distribution et les causes de la mortalité maternelle et néonatale, ainsi que l'efficacité et le coût des différentes manières d'y remédier, sont disponibles et présentées de façon compréhensible, si 2) ces connaissances sont mises à disposition des acteurs clés du processus politique à travers des activités de plaidoyer, et 3) s'il existe des mécanismes de contrôle permettant aux citoyens

5 La manière dont j'ai été amené à collaborer au projet de recherche susmentionné illustre l'importance accordée, dans la conception du programme, aux résultats empiriques de l'analyse des politiques sanitaires. En effet, c'est après avoir pris connaissance d'un article dans lequel je questionne les visions politiquement naïves de l'*evidence-based policymaking* (Hunsmann, 2012) que l'agence m'a proposé une collaboration dans le volet opérationnel du programme. Mon refus de cette proposition a débouché sur ma participation à la *Policy Study* qui étudie l'intervention de manière indépendante, sur la base d'un protocole de recherche élaboré par l'équipe de chercheurs dont je faisais partie.

et usagers des services de santé de demander des comptes aux responsables politiques et au personnel de santé, *alors* cela A) renforcera la volonté politique de réduire la mortalité maternelle et néonatale et cela B) améliorera l'usage que feront les acteurs de connaissances disponibles. Ces deux évolutions conduiraient à une meilleure utilisation et une plus grande disponibilité de ressources financières, techniques et humaines pour la santé maternelle et néonatale. Cela accroîtrait, à son tour, l'accessibilité et la qualité des soins, aboutissant *in fine* à des « vies sauvées » grâce à une réduction accrue de la mortalité maternelle et néonatale.



**Assumptions**

- A1 If data on MNH are strategically consolidated, collated, analysed, packaged and disseminated, this increases the political priority given to MNH at all levels
- A2 Focused advocacy at the local level, aimed at empowering women and communities to expect quality care at birth, results in pressure to improve quality of care
- A3 Active engagement with the political process using clear evidence increases the priority and resources given to MNH
- A4 If resources are more effectively used because they are planned using robust MNH evidence and there are stronger accountability mechanisms to monitor their use, then access to quality services will improve
- A5 Better access to quality MNH services through E4A action will lead to accelerated mortality reductions among women and babies

**Key**

Coloured boxes: Theory of Change  
Black boxes: Conditions for change



Critical assumptions for the Theory of Change

Schéma I. La Theory of Change

De cette théorie découle une stratégie d'action consistant à intervenir à différents niveaux et étapes du processus politique pour impulser et accompagner le changement recherché. La production de données et, plus généralement, de savoirs investis d'une autorité scientifique (*evidence*) constitue un élément important, mais l'approche inclut également des activités de plaidoyer et de mobilisation stratégique de ces savoirs (*advocacy*), ainsi qu'une démarche de création de mécanismes de responsabilisation ou de « redevabilité » (*accountability*) au sein de l'administration sanitaire et en dehors (des responsables politiques vis-à-vis de la population).

Indépendamment de la pertinence ou du réalisme de cette « théorie », dont ce n'est pas l'objet ici de discuter le bien-fondé, ce qu'il convient de retenir est le caractère ambitieux et hautement élaboré de la démarche. Le programme est pensé comme une expérimentation politique *in vivo* dont le but est de tester un nouveau mode d'intervention et de confirmer, infirmer ou amender la *Theory of Change*. L'intérêt particulièrement marqué pour ce programme au sein du DfID va donc bien au-delà de la seule question de la santé maternelle et néonatale<sup>6</sup>. Il s'agit de développer un nouveau dispositif dont l'ambition est d'impulser, à moindre coût, un changement politique durable – et ce, en prenant acte du fait que les politiques sanitaires ne sont pas élaborées dans un vide politique mais s'inscrivent dans l'économie politique nationale et locale des pays en question.

### ***Impulser et accompagner le changement***

E4A intervient à trois échelles du processus politique : internationale, nationale et locale. Les activités au niveau supranational sont mises en œuvre directement par l'entreprise de consultance londonienne. Elles visent à contribuer à un environnement politique international favorable en soutenant – à travers un appui technique et opérationnel – des initiatives comme la *Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile en Afrique* (CARMMA) de l'Union africaine, la *Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health* (COIA) sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ou encore le *Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant* dans le cadre du *Compte à Rebours 2015*, une initiative visant à accélérer la réduction de la mortalité maternelle et infantile avant la date butoir des Objectifs millénaires pour le développement.

Les activités dans les six pays d'intervention constituent le cœur du programme, dont le caractère ambitieux contraste avec la petite taille des équipes. L'équipe technique d'E4A-Tz n'est, par exemple, composée que de quatre personnes : un *country director* (un gestionnaire de projet de

<sup>6</sup> L'attention particulière que porte le DfID au programme E4A se reflète notamment dans un volet d'évaluation important, dont fait indirectement partie le programme de recherche auquel j'ai participé.

nationalité anglaise, avec une longue expérience de plaider en Tanzanie), un *evidence advisor* (un obstétricien tanzanien, ancien *district medical officer*), une *communications and advocacy coordinator* (une journaliste tanzanienne), ainsi qu'un *project coordinator* pour la mise en place de l'outil *QuIC – Quality of Institutional Care*, décrit ci-dessous (un dentiste tanzanien spécialisé en santé publique)<sup>7</sup>. L'insertion préalable des membres de l'équipe dans les réseaux professionnels tanzaniens (un critère explicite de recrutement), ainsi que le fait qu'ils soient tous parfaitement swahiliphones, leur a permis de rapidement nouer des relations de confiance avec les interlocuteurs du programme, y compris le ministère de la Santé.

Pour permettre aux équipes d'adapter leurs interventions au contexte des pays d'intervention, chaque programme national bénéficie d'une autonomie importante. Chaque équipe a formulé une « stratégie politique d'intervention » (*political engagement strategy*) fondée sur une analyse préliminaire de l'épidémiologie et de l'économie politique locale de la santé maternelle et néonatale. Certaines équipes ont ainsi choisi de se concentrer sur l'échelon local, en espérant que leur action fasse tache d'huile ; d'autres, comme l'équipe tanzanienne, ont choisi d'intervenir à l'échelle locale et nationale. En Tanzanie, l'analyse préliminaire a conclu que la cause principale de mortalité maternelle et néonatale était l'insuffisance de la prise en charge médicale des accouchements (en termes d'accès et de qualité). E4A-Tz s'est donc fixé comme objectif général d'influer sur le processus politique afin que toute femme enceinte puisse donner naissance dans un établissement proposant des soins maternels et néonataux de qualité. Pour y parvenir, E4A-Tz poursuit les trois sous-objectifs suivants : 1) « les causes de chaque décès maternel et néonatal sont examinées, entraînant des actions concrètes », 2) « les données sanitaires et connaissances scientifiques (*evidence*) informent les prises de décisions concernant la santé maternelle et néonatale à chaque échelon du système de santé », et 3) « le public tanzanien est engagé dans un mouvement en faveur de l'amélioration de la santé maternelle et néonatale » (Evidence for Action, 2014a, p. 37). Si le premier sous-objectif correspond à une activité bien précise (l'opérationnalisation du recensement des décès maternels et néonataux, voire ci-dessous), les deux autres sous-objectifs correspondent aux deux principaux volets du programme.

Le premier volet vise à renforcer l'étayage empirique des stratégies de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale. Il s'agit de faire en sorte que les décideurs politiques et responsables administratifs à chaque échelon du système de santé disposent de données fiables et pertinentes pour améliorer l'allocation des ressources. Pour cela, chaque équipe nationale bénéficie de l'appui d'un groupe de chercheurs en santé publique spécialiste du pays en question – en Tanzanie, une équipe de la *London School of Hygiene and Tropical Medicine*

---

7 Trois des quatre membres de l'équipe ont auparavant travaillé pour des institutions clés du Nouveau management public dans le champ du développement (sanitaire), comme des cabinets d'audit anglo-saxons, la Banque mondiale ou le gouvernement états-unien.

(LSHTM). En collaboration avec E4A-Tz, ce *Technical Support Unit* a compilé les données existantes sur l'ampleur et les causes de la mortalité maternelle et néonatale, comblé les principales lacunes, puis produit des documents d'analyse et de synthèse à destination des décideurs tanzaniens, ainsi que des infographies sur la mortalité maternelle et néonatale diffusées dans la presse et via internet (mails, site web et réseaux sociaux). Ces documents servent également de support pour les activités de plaidoyer (événements, rencontres avec responsables politiques) et de formation de journalistes.

À l'échelle locale, et suivant le conseil du ministère de la Santé, E4A-Tz a dans un premier temps concentré son activité à la région reculée de Mara, au nord-ouest de la Tanzanie, où peu de bailleurs s'aventurent et où les indicateurs sanitaires sont parmi les plus mauvais du pays. Très vite, l'équipe d'E4A s'y est engagée dans une collaboration étroite avec les autorités politiques et sanitaires locales. La proposition de soutien technique et organisationnel ayant été très favorablement accueillie par l'administration sanitaire régionale, l'équipe est parvenue à impulser une réelle dynamique autour d'une révision de la Stratégie régionale de santé maternelle, néonatale et infantile. Cette expérience est rapidement considérée par le ministère de la Santé comme un exemple à suivre à l'échelle nationale. Fort de cette légitimité, E4A-Tz a notamment pu jouer un rôle central dans l'élaboration d'une version remaniée, plus ciblée, de la Stratégie nationale d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile (*Sharpened One Plan*). Avec l'appui permanent du *Technical Support Unit* à la LSHTM, E4A-Tz a contribué à ce processus en mettant à disposition des données sur les causes et les inégalités régionales de la mortalité maternelle et néonatale, en coordonnant (avec le concours d'une équipe d'enquêteurs du ministère de la Santé) une enquête qualitative sur les principaux obstacles à l'amélioration des soins au niveau local, puis en contribuant à l'écriture du document lui-même. Suite à l'adoption du Plan, E4A-Tz a pris l'initiative d'organiser (en mai 2014) un événement, largement médiatisé, lors duquel le président Kikwete a officiellement lancé le Plan en présence des *Regional Commissioners* (chefs de l'exécutif régional). Depuis, l'équipe a impulsé et coordonné l'opérationnalisation de ce plan national dans les 25 régions de Tanzanie continentale (hors Zanzibar), assistant directement les administrations des régions et districts dans l'élaboration de leurs stratégies (sur la base de l'expérience de Mara).

Plus généralement, en proposant un soutien technique réactif à la Section de santé reproductive et infantile du ministère de la Santé et aux principaux bailleurs du secteur, E4A-Tz est rapidement devenu un acteur apprécié au sein de l'arène tanzanienne de la santé maternelle et infantile, reconnu pour le sérieux de son travail mais n'empiétant sur le « terrain » de personne. À plusieurs reprises, ce positionnement a permis à l'équipe de jouer un rôle fédérateur et dynamisant, en veillant à l'harmonisation d'initiatives – ministérielles, présidentielles et internationales – parallèles et parfois contradictoires et en enrôlant tous les acteurs dans un processus politique unique.

Le second volet d'E4A vise à favoriser une mobilisation citoyenne en faveur de la santé maternelle et néonatale. Pour cela, dans chacun des six pays d'intervention E4A a lancé une campagne de plaidoyer appelée « MamaYe! ». En Tanzanie, cette campagne a principalement pris la forme d'une forte présence sur internet (site web, médias sociaux), d'événements nationaux ou régionaux (*Blood Donors Day, International Day of Midwives, Breastfeeding Week, World Prematurity Day, etc.*) co-organisés avec des institutions tanzaniennes (ONGs, associations professionnelles, commissions parlementaires, etc.), et d'un partenariat avec la *Union of Tanzania Press Clubs (UTPC)* pour la presse écrite et la radio – les médias les plus présents dans les zones rurales. Outre la publication d'un encart *MamaYe!* de quatre pages dans la Newsletter mensuelle de l'UTPC (diffusée auprès d'une majorité des journalistes du pays, aux administrations locales et régionales et à de nombreuses associations), cette collaboration a donné lieu à la formation de plusieurs dizaines de journalistes de toutes les régions de Tanzanie aux enjeux de la santé maternelle et néonatale<sup>8</sup>. Pendant les semaines précédant les élections générales d'octobre 2015, E4A-Tz a coordonné, dans le cadre de la *Tanzania Coalition for Access to Contraception* (dont E4A est un membre fondateur), une grande campagne média sur la santé maternelle et néonatale et l'accès à la contraception. Grâce au partenariat avec l'UTPC, des journalistes formés par E4A ont conduit et publié plus d'une centaine d'entretiens sur ces sujets avec les principaux candidats aux élections parlementaires dans chacune des régions du pays.

En parallèle de l'organisation d'événements et des campagnes médias, E4A-Tz s'est fixé pour objectif de contribuer à la structuration d'une « société civile » en mesure de « demander des comptes » aux gouvernements nationaux et locaux en matière de santé maternelle et néonatale. Ce travail de « *coalition building* » passe principalement par le soutien à la *White Ribbon Alliance for Safe Motherhood Tanzania*, un groupement hétéroclite de plusieurs centaines d'associations, syndicats, départements ministériels, personnalités politiques et professionnels de la santé en faveur de la santé maternelle. Ayant constaté le fort potentiel mais le faible degré de professionnalisation de l'Alliance, E4A-Tz a choisi de lui apporter un appui technique et organisationnel. Ainsi, l'équipe d'E4A s'hébergé l'Alliance dans ses locaux à Dar es Salaam et lui a apporté son expertise et sa crédibilité lors de demandes de financements auprès de bailleurs internationaux. Désigné président du conseil d'administration de l'Alliance, le directeur d'E4A-Tz a initié une démarche de restructuration et de repositionnement stratégique de l'Alliance. Sans être un noyautage (le caractère ouvert et participatif de ce processus est largement salué par les parties prenantes), ce pilotage stratégique de l'Alliance permet à E4A-Tz de renforcer un acteur clé du champ tout en s'ouvrant des portes vers l'arène politique

---

8 Ces formations visaient à leur permettre de présenter ce problème de manière efficace, d'analyser des budgets de santé des districts, d'utiliser les indicateurs sur la qualité des services et d'assurer la couverture médiatique des décès maternels, en expliquant les causes précises du décès (et donc ce qu'il conviendrait de faire pour les prévenir à l'avenir).

nationale. Grâce à la bonne réputation et au statut ambigu de l'Alliance (à mi-chemin entre réseau informel et ONG), E4A-Tz a pu s'engager dans un travail de plaidoyer ciblé auprès de plusieurs hauts responsables gouvernementaux, dont le ministre de la Santé et le Premier ministre. Par ailleurs, le directeur d'E4A-Tz, en tant que président du CA de l'Alliance, a été invité à s'adresser au Parlement tanzanien, l'accès auquel est interdit aux ONG.

Enfin, ces deux axes – le soutien technique et le plaidoyer – prennent appui sur l'introduction ou la revitalisation de différents « mécanismes de responsabilisation » (*accountability mechanisms*). Ainsi, E4A-Tz a proposé au ministère de la Santé de mettre à jour la directive clinique pour le recensement des décès maternels et néonataux (*Maternal and perinatal death review guidelines*) et de relancer ces recensements, jusqu'ici pratiqués de manière peu systématique, dans toutes les régions du pays. Après des difficultés initiales liées à des différends internes au ministère de la Santé, la confiance que l'équipe a su instaurer lui a permis de relancer le processus, en coécrivant la nouvelle directive en tête-à-tête avec un responsable ministériel. Une baisse marquée de la mortalité maternelle dans les mois suivant le lancement pilote dans la région de Mara (par une formation dispensée par E4A auprès du personnel médical) a incité le ministère à planifier le déploiement national de la directive selon la même méthode.

D'autres « mécanismes de responsabilisation » consistent en des outils d'évaluation trimestrielle réunissant différents indicateurs de performance. Ces *scorecards* visent à accroître la visibilité des (contre-)performances en matière de santé maternelle et néonatale au sein de l'administration et vis-à-vis du public, afin d'inciter les responsables politiques et administratifs à modifier leurs pratiques. Ainsi, les *Regional scorecards on reproductive, maternal child and newborn health* évaluent la performance des régions tanzaniennes. Lors du lancement de l'outil, lors de l'événement où était aussi lancé le Sharpened One Plan (voir ci-dessus), le président tanzanien a publiquement prévenu les *Regional Commissioners* qu'ils devront désormais rendre compte des évaluations négatives au *President's Office*. Un autre exemple de *scorecard*, cette fois au niveau des centres de soins, est la démarche QulC (*quality of institutional care*) mise en place par E4A dans presque tous les centres de soins (des dispensaires aux hôpitaux) dans la région de Mara. À l'aide d'une application de smartphone mis à la disposition d'un(e) employé(e) par institution, il s'agit d'améliorer les soins obstétricaux et néonataux d'urgence en évaluant la qualité des infrastructures, la présence de personnel qualifié et la disponibilité de médicaments et de matériel médical. Les résultats – immédiats – de cette auto-évaluation prennent la forme de *facility scorecards*, pensées pour inciter les responsables des centres de soin et l'administration sanitaire locale à améliorer les aspects insatisfaisants. E4A a été à l'origine du dispositif QulC et a activement soutenu une initiative gouvernementale dans le cadre du Compte à Rebours 2015 pour ce qui est des *scorecards* régionales.

## **LE POLITIQUE DES « PREUVES » : RECOURS AUX SAVOIRS ET ENJEUX DE LÉGITIMATION**

Au fond, l'ambition d'E4A n'a rien de particulièrement nouveau. La tentative de gouvernements tiers de redéfinir les priorités politiques des pays « bénéficiaires » de l'aide et la croyance en la pilotabilité du changement politique et social sont au fondement même du « développement » (Rist, 2007 ; Easterly, 2007 ; Lepenies, 2013) et le recours aux « preuves », ou du moins à des savoirs investis d'une autorité scientifique, est l'une des principales modalités de légitimation de cette intervention extérieure. En ce sens, E4A n'est donc qu'une énième réactualisation d'une vieille tentative d'ingénierie sociale et politique. Cela étant, le programme présente des traits d'originalité à au moins trois égards – discutés successivement ci-après : le caractère véritablement collaboratif mais particulièrement intrusif du mode d'intervention, la repolitisation étroitement circonscrite du rapport entre savoirs et action sanitaire qui le sous-tend, et enfin l'acceptation à la fois inhabituellement large et sélectivement critique des connaissances mobilisées. Chacun de ces points soulève, à sa manière, la question fondamentale de la légitimité à agir.

### ***Une présence discrète au cœur du processus politique***

Les personnes interviewées sont unanimes sur le fait qu'il existe actuellement une dynamique politique sans précédent au sein du champ tanzanien de la santé maternelle et néonatale. Si E4A-Tz y a contribué, il n'est qu'un des nombreux acteurs à l'origine de cet engouement, qui traduit plus largement la mobilisation internationale en la matière pendant la phase finale des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Aussi, le but n'est pas ici d'apprécier les effets sanitaires (encore incertains) du programme ou d'évaluer l'efficacité de l'approche elle-même. Ce qui importe ici est que l'influence d'E4A-Tz sur le processus politique national a été réelle. Pour ne citer que quelques exemples, la Stratégie nationale (*Sharpened One Plan*) n'existerait pas dans sa forme actuelle sans l'action d'E4A-Tz, et elle n'aurait pas été transposée en stratégies régionales opérationnelles dans la quasi-totalité des régions du pays. Aussi, plusieurs décisions allant dans le sens précis de requêtes formulées par E4A-Tz (parfois avec la *White Ribbon Alliance*) ont été prises par les institutions gouvernementales, comme la création d'une ligne budgétaire spécifique rendant publiques les ressources allouées aux soins obstétricaux d'urgence. De même, suite à plusieurs rencontres d'E4A-Tz avec des commissions parlementaires, le Parlement tanzanien a rejeté la proposition initiale du budget de santé – un fait rarissime, qui a débouché sur l'allocation, par le gouvernement, de fonds supplémentaires à la santé maternelle et infantile.

Plus généralement, E4A-Tz est rapidement devenu un acteur central mais discret de la formulation des politiques de santé maternelle et néonatale. L'appui de la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* a positionné E4A-Tz comme un acteur crédible, car considéré comme techniquement compétent. Prenant soin d'inscrire son action dans les dynamiques existantes, sans s'afficher ou chercher à imposer un agenda précis, l'équipe a construit un rapport de confiance avec les principaux bailleurs du champ et particulièrement avec les responsables de la *Reproductive and Child Health Section* du ministère de la Santé, conscients que l'appui technique et organisationnel d'E4A-Tz renforçait la position de leur département au sein du ministère.

L'action d'E4A ne s'arrête donc pas au seuil de l'administration sanitaire ou des associations partenaires, mais elle se poursuit « en interne » à travers une étroite collaboration, y compris sur des missions relevant de la seule compétence ministérielle (comme l'écriture des directives cliniques), ou par l'exercice de fonctions en leur sein (cf. *White Ribbon Alliance*). Il en résulte une intervention bien plus enchâssée dans le processus politique national que la plupart des programmes sanitaires internationaux – comme l'illustre, par exemple, le fait qu'E4A ne paie généralement pas de *per diem* pour assurer la participation des acteurs tanzaniens. Aussi, la qualité relationnelle et la nature peu hiérarchisée de la collaboration entre E4A et l'administration tanzanienne sont d'autant plus remarquables qu'elles sont rares en Tanzanie<sup>9</sup>.

Ce mode d'intervention a donc des effets paradoxaux. Il fait coexister une grande *appropriation* des processus par les acteurs locaux – l'*ownership* cher aux développeurs (Esser, 2014) étant, pour une fois, plus qu'une simple façade – et une forme d'ingérence particulière. En tentant d'influer sur l'attente publique, en orientant l'action gouvernementale, en agissant sur les structures d'incitation au sein de l'administration sanitaire et en soutenant les acteurs non gouvernementaux œuvrant en faveur du changement souhaité, E4A tente de modifier à la fois l'*offre* et la *demande* de politiques publiques. L'ambition extraordinaire et le caractère intrusif du programme transforment la légitimation de cette intervention extérieure en un enjeu essentiel – qui passe ici d'abord par la préservation de l'apparence apolitique des données mobilisées. Si cette négation du caractère politique de l'aide est une dimension bien connue du développement (Ferguson, 1994 ; Rottenburg, 2009), elle prend une forme originale dans le cas de ce programme qui se fonde, justement, sur une vision explicitement politique de l'utilisation des connaissances dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé.

---

9 Si ces caractéristiques rappellent les formes traditionnelles de la coopération « technique » bilatérale (qui a été progressivement remplacée par la coopération « par projet » au cours des quinze dernières années), E4A s'en distingue notamment par sa forme institutionnelle (« non gouvernementale ») et par la diversité des modes d'action, qui vont bien au-delà du seul appui technique à l'administration sanitaire.

### ***Une repolitisation circonscrite du recours aux savoirs***

Si E4A s'inscrit bien dans une démarche développementaliste classique, en mobilisant des connaissances objectivées (*evidence*) pour appuyer des changements politiques, le programme ne tente pas de réduire le processus politique à une gestion purement « rationnelle ». Justement, et c'est là une de ses originalités principales, E4A vise à prendre en compte – et à agir sur – les facteurs proprement politiques qui conditionnent le recours à ces connaissances dans la formulation et la mise en œuvre des politiques de santé. En un sens, cette approche consiste donc à prendre au mot la proposition de l'*evidence-based policymaking*, en fondant sa stratégie sur les résultats des recherches en sciences sociales concernant la (non-)prise en compte des savoirs dans l'élaboration de l'action publique. En cela, E4A apparaît comme une réponse aux critiques formulées par ceux qui questionnent les conceptions politiquement naïves du recours aux savoirs qui sous-tendent les approches technocratiques de l'action sanitaire (Lin, 2003 ; Kemm, 2006 ; Hunsmann, 2012 ; Parkhurst, 2012 ; Liverani et al., 2013). E4A se présente au contraire comme une intervention explicitement nourrie d'une vision repolitisée du rapport entre sciences et action publique. Comme décrit en première partie, le programme considère le recours aux savoirs dans l'élaboration des politiques de santé comme une affaire de luttes et prête une attention particulière aux structures d'incitation qui conditionnent l'adoption et la mise en œuvre de ces politiques. Aussi surprenant que cela puisse paraître, c'est là une certaine rupture avec l'approche dominante de l'action sanitaire internationale (cf. Hunsmann, 2012, pp. 1483-1484).

Or cette repolitisation du rapport entre savoirs et action publique reste étroitement circonscrite. Malgré sa vision ouvertement politique de la prise en compte des connaissances dans l'élaboration des politiques publiques, E4A continue de s'inscrire dans une conception positiviste des connaissances elles-mêmes. Autrement dit, son approche de l'*evidence-based policymaking* est politisée *en aval* (concernant l'usage des connaissances) mais demeure largement apolitique *en amont*, concernant leur production<sup>10</sup>.

Il ne s'agit évidemment pas ici d'affirmer que ces données ne seraient *rien d'autre* que des constructions sociales. De toute évidence, si produit de manière rigoureuse, un taux de mortalité maternelle ou néonatale, par exemple, contribue à une objectivation du problème. En même temps, la définition de ce qu'il convient de mesurer est déjà un enjeu politique. Ainsi, par exemple, la construction d'un indicateur de performance régionale assigne la responsabilité d'agir aux administrations régionales, laissant entendre que la mortalité maternelle et néonatale est due à des problèmes de gestion locale plus qu'à l'insuffisance du budget de santé national (qui, en termes réels par habitant, a décliné au cours des dernières années en Tanzanie). De même, la

<sup>10</sup> Cette concomitance d'une repolitisation du recours aux données et de la permanence d'une vision apolitique de leur production illustre à quel point politisation et dépolitisation sont souvent des processus concomitants et étroitement imbriqués (cf. Desage et al., à paraître).

production d'indicateurs concernant l'aptitude des établissements sanitaires à effectuer des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (cf. la démarche QuIC) traduit la priorité donnée à l'amélioration des soins, plutôt qu'à d'autres aspects de la santé maternelle et néonatale. La publication régulière des déficiences nutritionnelles des femmes enceintes en Tanzanie, du nombre de grossesses non souhaitées, ou du nombre de femmes tanzaniennes mortes des suites d'un avortement clandestin suggérerait, de toute évidence, d'autres pistes d'intervention. Ces exemples confirment, si besoin était, que les « données », chiffrées ou non, sont toujours à la fois des outils d'objectivation et des outils de pouvoir (Porter, 1996 ; Derosières, 2014). Loin d'être un dispositif neutre, l'instrument d'action publique est « producteur d'une représentation spécifique de l'enjeu qu'il traite » (Lascoumes et Le Galès, 2004, pp. 32-33). Il contribue au cadrage du problème et à l'identification des solutions.

Plus généralement, l'objectif principal (mais non unique) du programme – l'amélioration des soins obstétricaux et néonataux d'urgence – est éminemment consensuel. Même si cet objectif correspond à un besoin sanitaire avéré et objectivable, d'autres approches tout autant « fondées sur des preuves » auraient pu mettre l'accent sur des causes politiquement plus sensibles de mortalité maternelle et néonatale. Le cas de l'avortement – un tabou majeur en Tanzanie – est ici révélateur des limites d'une démarche se revendiquant du « recours aux preuves » pour peser sur les politiques sanitaires. En effet, différentes études estiment qu'entre 16 et 25 % des décès maternels en Tanzanie sont dus à des avortements non médicalisés (Ministry of Health, 2010 ; Sorensen *et al.*, 2010 ; Keogh *et al.*, 2015), et ce souvent dans des conditions atroces. Or l'avortement est absent des activités d'E4A – un choix stratégique visant à ne pas compromettre les bonnes relations avec la *White Ribbon Alliance* et le ministère de la Santé, dont plusieurs hauts responsables sont fermement opposés à toute amélioration de la prise en charge médicale de l'avortement (y compris les soins post-avortement, dont l'importance vitale est largement démontrée).

Tout en affichant sa volonté d'améliorer tous les « soins qui sauvent des vies », le soutien actif d'E4A-Tz concerne donc certains de ces soins, mais pas d'autres. Ce faisant, E4A se plie au contexte politique du champ, dont de nombreux acteurs – y compris des acteurs internationaux préoccupés par la santé néonatale, comme UNICEF ou *Save the Children* – sont réticents à toute évolution pouvant être interprétée comme « pro-avortement ». Si cette sélectivité dans la prise en compte des données est assumée plus ou moins ouvertement par différentes personnes au sein du programme, la *production* des données semble, elle aussi, être influencée par des considérations politiques. Ainsi, un article auquel ont contribué des membres d'E4A et des responsables ministériels tanzaniens (Afnan-Holmes *et al.*, 2015) évalue la proportion des décès maternels dus aux avortements à 10 %. Ce chiffre est très inférieur aux autres estimations et est largement critiqué par plusieurs médecins et acteurs non gouvernementaux. En effet, au lieu de s'appuyer sur les quelques données empiriques existantes pour la Tanzanie, cette estimation

a été obtenue en appliquant à la Tanzanie une estimation moyenne pour toute l'Afrique subsaharienne proposée par Say *et al.* (2014). Or, les auteurs de cette étude soulignent eux-mêmes que cette proportion est très certainement sous-estimée, puisque de nombreux décès suite à un avortement sont déclarés comme dus à une hémorragie ou une septicémie.

Comme le montrent Lascoumes et Le Galès (2004, p. 34), la mobilisation de données en vue de l'élaboration de l'action publique est traversée par une « forte tension entre le souci de rigueur scientifique [...] et la volonté d'efficacité politique ». Parce qu'elle suppose la formulation de messages politiquement acceptables, soulignent-ils, cette tension conduit souvent à l'omission des dimensions les plus controversées. S'il y a donc bien un « rétrécissement technocratique » (Storeng et Béhague, 2014) de l'éventail des solutions envisagées pour réduire la mortalité maternelle, ce rétrécissement ne résulte ici pas uniquement de l'inégale mesurabilité des différentes causes – immédiates ou plus structurelles – de cette mortalité, mais aussi des contraintes que fait peser la démarche collaborative adoptée par E4A sur la production et la prise en compte des données. Comme le soulignent Strassheim et Kettunen (2014), la pertinence politique des « faits » est socialement enchâssée dans des contextes culturels et des relations de pouvoir – fussent-elles, comme ici, collaboratives. Or, en dépit de cette réalité, le récit d'E4A puise clairement dans un registre positiviste. Le fait que le programme se fonde sur une acception extensive de ce qui constitue un savoir légitime et la conscience aiguë de l'équipe de la fiabilité parfois limitée des données mobilisées rendent ce positionnement encore plus ambigu.

### ***Extension du domaine de la « preuve »***

Alors qu'E4A insiste systématiquement sur l'importance de formuler des réponses qui soient *evidence-based*, sa définition opérationnelle de ce qui constitue des éléments d'*evidence* est particulièrement inclusive. Celle-ci va bien au-delà des « preuves » issues d'essais randomisés contrôlés – l'étalon d'or de l'*evidence-based medicine* (Cochrane, 1972 ; Marks, 1999) et encore souvent une référence implicite des discours sur l'*evidence-based policymaking* (Parkhurst et Abeysinghe, 2014). E4A ne s'inscrit donc pas dans une vision étroite – et parfois virulemment critiquée (Holmes *et al.*, 2006) – de l'*evidence-based policymaking*, qui considère les essais randomisés comme la principale (voir la seule) source de connaissance légitime pour formuler des choix sanitaires. Au contraire, les connaissances mobilisées par E4A incluent aussi bien les données sanitaires concernant les taux et les causes de mortalité, que les indicateurs quantitatifs d'outils d'évaluation tels les *scorecards*, les résultats d'enquêtes qualitatives par entretiens, et même l'expérience tirée de la mise en œuvre réussie de certaines interventions (appelés *best practices*). Peu ou prou toute information produite avec un minimum de méthode est donc considérée comme *evidence* – concept

éponge qui s'oppose ici moins à une « mauvaise science » ou à des connaissances jugées peu fiables, qu'aux intuitions personnelles ou aux stratégies intéressées de ceux qui formulent ou mettent en œuvre les politiques de santé.

Cette définition large des savoirs légitimes ne réduit cependant en rien la croyance partagée des responsables du programme selon laquelle le recours à ces savoirs confère une légitimité propre à leur action. Il est d'ailleurs intéressant de constater à quel point cette croyance cohabite avec une conscience aigüe des limites de la qualité des données mobilisées. Ainsi, après avoir insisté avec succès, lors de l'élaboration du *Sharpened One Plan* en 2013, sur la nécessité d'identifier des régions prioritaires en fonction du taux de mortalité maternelle, en 2015, l'équipe d'E4A-Tz a elle-même attiré l'attention des autres acteurs du champ sur le fait que les données utilisées pour cette priorisation (issues des *Demographic and Health Surveys*) venaient d'être radicalement contredites par l'analyse du dernier recensement (qui plaçait les régions prioritaires parmi celles avec la mortalité maternelle la plus basse du pays). Perplexes devant la validité manifestement incertaine des données aussi essentielles que les taux de mortalité (ces deux sources de données étant désormais jugées peu fiables), la plupart des acteurs ont préféré maintenir les priorités existantes, considérant qu'il valait mieux poursuivre l'action, même avec des priorités fondées sur des données contestables, que risquer l'immobilisme dû à une absence de priorités.

Le cas des *scorecards* régionales mentionné ci-dessus confirme cette conviction des acteurs du champ qu'il existe un effet mobilisateur intrinsèque des données, et ce, indépendamment de leur validité. En effet, la publication des premiers résultats – étonnamment positifs – de cette *scorecard* a provoqué un grand débat au sein du champ quant à la crédibilité des évaluations, largement soupçonnées d'avoir été manipulées par les administrations régionales. Or, au lieu de conclure à l'échec de l'outil, plusieurs acteurs interrogés soulignent qu'au contraire, celui-ci était manifestement efficace, puisque la manipulation flagrante des données illustre la crainte réelle de l'administration régionale d'une évaluation négative et que le débat provoqué par la publication des résultats controversés avait encore renforcé l'attention portée à la question de la qualité des soins. Pour eux, des données inexactes valent mieux que pas de données du tout – un raisonnement qui, tout en étant partiellement compréhensible, rend la démarche du plaidoyer « fondé sur des preuves » imperméable à la critique.

Enfin, un aspect particulièrement intéressant du rapport d'E4A aux « preuves » est l'effort déployé par ses membres pour valider, par des publications dans des revues médicales internationales, les données mobilisées et – approche plus étonnante – la méthode du programme lui-même. Ainsi, à peine 18 mois après le début de sa phase opérationnelle (et donc bien trop tôt pour en évaluer les effets), cinq articles d'une section thématique « Evidence for Action » d'un numéro de l'*International Journal of Gynecology and Obstetrics* (*Evidence for Action*, 2014b), écrits principalement par les dirigeants d'E4A, en présentent l'approche et certains des outils d'action. De même, l'équipe tanzanienne a contribué, avec l'appui du *Technical Support Unit*, à la publication de plusieurs articles en lien étroit avec l'action d'E4A, comme par exemple sur

le recensement des décès maternels et périnataux (Armstrong *et al.*, 2014). Un autre article dans *The Lancet Global Health* dresse un état des lieux de la santé maternelle et néonatale en Tanzanie et propose des pistes d'action (Afnan-Holmes *et al.*, 2015, mentionné ci-dessus). Tout en étant largement fondé sur l'apport de chercheurs de la LSHTM et de l'*evidence advisor* d'E4A-Tz, cet article a été co-écrit par plusieurs responsables du ministère de la Santé tanzanien et des bureaux nationaux de l'OMS et d'UNICEF. Cette « endogénéisation » de l'étude explique en partie l'attention considérable portée à ses résultats en Tanzanie. Tout en reflétant le caractère hybride de la « santé globale » (entre discipline de recherche et champ d'action publique), la volonté d'E4A de s'inscrire dans les circuits de validation scientifique – y compris pour attester le sérieux de sa démarche – témoigne de l'importance qu'accorde le programme à l'autorité scientifique pour légitimer son action.

## **DISCUSSION : L'OBJECTIVITÉ COMME « FICTION NÉCESSAIRE » ? L'AIDE SANITAIRE PRISE DANS SES CONTRADICTIONS**

Le positionnement d'E4A concernant la relation entre savoirs et action sanitaire relève, à bien des égards, du numéro d'équilibriste. Ainsi, le programme se distingue des approches traditionnelles de l'*evidence-based policymaking* par sa conception bien moins étroite des savoirs légitimes et l'équipe tanzanienne est consciente de la fiabilité, parfois limitée, des données qu'elle mobilise. Si E4A-Tz en a fait ouvertement état aux autres acteurs du champ dans certains cas (comme les taux de mortalité maternelle), la discussion de données controversées est bien moins ouverte dans le cas politiquement sensible de l'avortement. En parallèle, tout le dispositif de communication d'E4A entretient activement la croyance collective en l'objectivité des connaissances sur lesquelles il s'appuie et, dans la mesure où la vision positiviste de la production des savoirs reste largement répandue, le programme en tire sa légitimité.

L'ambiguïté du positionnement d'E4A vient donc de ce mélange entre la conscience des limites des données, la sélectivité stratégique dans la promotion de leur pertinence politique et la nécessité de maintenir sa légitimité à agir. En effet, si les « faits » étaient reconnus comme des objets sociaux à part entière, et donc comme résultant déjà de choix politiques, la légitimité technocratique construite sur la neutralité supposée d'une intervention (extérieure) « fondée sur des preuves » s'effriterait. Comme l'illustre notamment le cas de l'avortement, l'*evidence-based policymaking* et le « *policy-based evidence making* » (Sanderson, 2011 ; Strassheim et Kettunen, 2014) sont étroitement imbriqués. Or la pleine acceptation de cette réalité représente un défi politique et cognitif considérable

pour des acteurs dont l'éthos professionnel et la raison d'être institutionnelle sont construits sur l'existence de formes de savoir autonomes conférant une légitimité propre à leur action.

En un sens, l'attachement hésitant d'E4A à l'objectivité des données mobilisées ressemble à ce que, dans un autre contexte, Dubet (2002, p. 17) décrit comme une « fiction nécessaire à l'action », une croyance due à la « nécessité de préserver le sens d'une action et des motifs d'un travail ». Cette nécessité rend difficile de déconstruire la production de données dont la solidité constitue le fondement de l'action. Le maintien de la capacité – et de la légitimité – à agir suppose de suspendre le doute et la réflexivité. La « politisation réflexive » de l'*evidence-based policymaking* que Strassheim et Kettunen (2014) appellent de leurs vœux semble donc rester un horizon lointain dans le contexte tanzanien, tant la préservation de l'apparence apolitique des données demeure un élément essentiel de la légitimation des interventions de « développement ».

La question de la légitimité d'une intervention ne se pose évidemment que si cette dernière a réellement des effets. Dans le cas d'E4A, ces effets semblent considérables, vu l'échelle réduite du programme. Certes, la grande variation dans l'impact provoqué par E4A dans les différents pays d'intervention suggère que l'approche n'a rien d'une recette miracle et que son efficacité dépend largement du contexte politique et de l'intelligence stratégique et relationnelle des membres de l'équipe. Néanmoins, E4A-Tz a réussi en très peu de temps à devenir un acteur clé de la santé maternelle et néonatale en Tanzanie et sa présence a clairement influencé le processus politique national et, dans une certaine mesure, local. La démarche a été efficace parce qu'elle était suffisamment flexible pour profiter d'occasions politiques souvent imprévisibles. L'influence exercée par E4A-Tz provient donc d'abord du fait que l'équipe assure une coordination et un suivi continu d'initiatives préexistantes dans le champ de la santé maternelle et néonatale, et non de l'imposition d'un nouveau cadrage du problème, d'un instrument ou d'une solution spécifiques.

Si la taille d'E4A reste bien trop limitée pour agiter le spectre d'un risque de manipulation politique à grande échelle, il est néanmoins pertinent de s'interroger sur les implications politiques d'un possible déploiement de plus grande ampleur du mode d'action dont E4A est un essai de faisabilité. Ainsi, il n'est sans doute pas un hasard que ce programme-pilote ait vu le jour dans un domaine aussi consensuel que la santé maternelle et néonatale, où l'« innocence » des victimes fait que la cause est unanimement considérée comme juste. Le dispositif serait-il transposable à des champs d'action où les savoirs mobilisés sont plus controversés ? Dans ce cas, l'effet de légitimation des « preuves » serait-il comparable à celui observé dans le champ de la santé maternelle et néonatale ?

À titre d'exemple, supposons que la *Bill & Melinda Gates Foundation*<sup>11</sup>, un nouveau bailleur important dans le champ du développement, décidait d'avoir

---

11 Cette fondation s'intéresse de près à E4A. La campagne *Saving Newborn Lives*, mise en œuvre par *Save the Children* et financée par la Fondation Gates depuis 2000, présente d'ailleurs certaines similarités avec E4A.

recours à ce mode d'intervention pour promouvoir l'emploi des plantes génétiquement modifiées en Afrique (un cheval de bataille de la Fondation). De toute évidence, une opposition frontale du gouvernement rendrait ce mode d'action inopérant. Néanmoins, E4A s'appuie sur les différences de vue et de priorités des divers acteurs au sein du gouvernement, du Parlement et de l'administration sanitaire – et sur un soutien systématique de certains acteurs (par exemple, le département de Santé reproductive et infantile au sein du ministère de la Santé) plutôt que d'autres. Au-delà de la seule persuasion, c'est ce jeu avec l'hétérogénéité des institutions gouvernementales qui rend efficace ce type d'intervention. Par conséquent, celui-ci est potentiellement transférable dans tous les domaines où une telle hétérogénéité existe, où les vues sur l'importance ou la nature d'un problème et sur les solutions à adopter divergent au sein de l'appareil politico-administratif (ce qui est le cas des plantes génétiquement modifiées dans la plupart des pays africains, par exemple). Cette caractéristique de l'approche laisse également penser qu'elle aurait pu être pertinente pour faire évoluer la situation concernant les avortements clandestins en Tanzanie – même si ceci aurait fermé d'autres portes (et sans doute nécessité des partenaires stratégiques autres que le ministère de la Santé et la *White Ribbon Alliance*).

L'adoption possible de ce mode d'action par des bailleurs pour promouvoir des objectifs politiques moins consensuels souligne donc l'importance de poser la question de la légitimité à agir. Loin de prétendre clore le débat, cette contribution vise à l'ouvrir, en réfléchissant aux implications politiques de ce mode d'action. Sa mise en œuvre dans d'autres domaines pourrait marquer une évolution vers une forme d'intervention de développement qui, paradoxalement, serait à la fois plus endogène et plus hétéronome, combinant une collaboration plus horizontale avec une ambition particulièrement totalisante d'impulser un changement politique depuis l'extérieur. Ce n'est pas parce qu'il n'y a pas imposition qu'il n'y a pas ingérence. L'analyse proposée ci-dessus suggère donc que, tout en ayant été conçues en réponse aux critiques (souvent justifiées) envers les interventions directes des bailleurs dans l'organisation des services de santé au sein des pays « bénéficiaires », les interventions indirectes peuvent être tout aussi – voire plus – intrusives et qu'elles soulèvent, elles aussi, des questions de légitimité considérables.

Traversé par des dynamiques profondément contradictoires, le « plaidoyer fondé sur des preuves » renouvelle l'aide sanitaire internationale tout en perpétuant ses ambivalences. Le constat de Lascoumes et Le Galès (2004, p. 23) concernant les politiques publiques en Europe s'applique donc tout autant en matière de politiques de développement : bien trop souvent, « les questions de pouvoir et de légitimité sont laissées de côté au profit de questions de résolution de problèmes ». Aussi louable soit-elle, ce n'est sans doute pas rendre service à la cause de la santé des populations africaines que d'évacuer tout questionnement des moyens au nom de la noblesse des fins poursuivies.

## Remerciements

Je remercie Lydie Cabane, Gaëlle Krikorian, Josiane Tantchou, Anna Wesselink, les membres de l'Axe 4 de l'IRIS, l'équipe d'Options Consultancy Services, ainsi que les évaluateurs anonymes pour leurs précieuses suggestions et critiques. Évidemment, je reste seul responsable des analyses proposées et des éventuels erreurs qui subsisteraient. Enfin, un grand merci à tous les membres de l'équipe d'E4A-Tanzania pour leur accueil chaleureux.

## RÉFÉRENCES

- Afnan-Holmes, H., Magoma, M., John, Th. et al. (2015). Tanzania's Countdown to 2015: an analysis of two decades of progress and gaps for reproductive, maternal, newborn, and child health, to inform priorities for post-2015. *The Lancet Global Health*, 3, e396-409.
- Armstrong, C., Lange, I., Magoma, M., Ferla, C., Filippi, V., & Ronsmans, C. (2014). Strengths and Weaknesses in the Implementation of Maternal and Perinatal Death Reviews in Tanzania: Perceptions, Processes and Practice. *Tropical Medicine & International Health*, 19(9), 1087-1095.
- Atlani-Duault, L. & Vidal, L. (2013). Le moment de la santé globale : Formes, figures et agendas d'un miroir de l'aide internationale. *Revue Tiers Monde*, 215(3), 7-16.
- Cochrane, A. L. (1972). *Effectiveness & Efficiency: Random Reflections on Health Services*. The Nuffield Provincial Hospitals Trust, [http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/Effectiveness\\_and\\_Efficiency.pdf](http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/Effectiveness_and_Efficiency.pdf).
- Derosières, A. (2014). *Prouver et gouverner*. Paris : La Découverte.
- Desage, F., Parizet, R., Robert, C., & Schotté, M. (dir.) (à paraître). *La « dépolitisation » : registres, processus et interprétations (titre provisoire)*. Montréal : Éditions du Septentrion.
- Dubet, F. (2002). Pourquoi ne croit-on pas les sociologues ? *Éducation et Sociétés*, 19(9), 13-25.
- Easterly, W. (2007). *The White Man's Burden: Why the West's Efforts to Aid the Rest Have Done So Much Ill and So Little Good*. New York: Penguin Books.
- Esser, D. E. (2014). Elusive accountabilities in the HIV scale-up: 'Ownership' as a functional tautology. *Global Public Health*, 9(1-2), 43-56.
- Evidence for Action (2014a). *Annual Report 2013*. London: Options Consultancy.
- Evidence for Action (2014b). *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. [section thématique]. 127(1), 94-116.
- Fassin, D. (2012). That Obscure Object of Global Health. In M. Inhorn & E. Wentzell (dir.), *Medical Anthropology at the Intersections: Histories, Activisms, and Futures*. Durham, NC: Duke University Press, pp. 95-115.
- Ferguson, J. (1994). *The Anti-Politics Machine: Development, Depoliticization, and Bureaucratic Power in Lesotho*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Garay, J., Harris, L., & Walsh, J. (2013). Global Health: Evolution of the Definition, Use and Misuse of the Term. *Face à Face. Regards sur la Santé*, 12, <http://faceface.revues.org/745>.
- Goddard, M., Hauck, K., Preker, A., & Smith, P. C. (2006). Priority setting in health - a political economy perspective. *Health Economics, Policy and Law*, 1, 79-90.
- Hibou, B. (dir.) (2013). *La bureaucratisation néolibérale*. Paris : La Découverte.
- Holmes, D., Murray, S., Perron, A., & Rail, G. (2006). Deconstructing the Evidence-Based Discourse in Health Sciences: Truth, Power and Fascism. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 4(3), 180-186.
- Hulton, L., Matthews, Z., Martin-Hilber, A. et al. (2014). Using evidence to drive action: A "revolution in accountability" to implement quality care for better maternal

- and newborn health in Africa, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 127(1), 96-101.
- Hunsmann, M. (2012). Limits to Evidence-Based Health Policymaking: Policy Hurdles to Structural HIV Prevention in Tanzania, *Social Science & Medicine*. 74, 1477-1485.
- Keck, M. E. & Sikkink, K. (1998). *Activists beyond Borders: Advocacy Networks in International Politics*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Kemm, J. (2006). The limitations of evidence-based public health, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 12(3), 319-324.
- Keogh, S., Kimaro, G., Muganyizi, P., Philbin, J., Kahwa, A., Ngadaya, E., & Bankole, A. (2015). Incidence of Induced Abortion and Post-Abortion Care in Tanzania. *PLOS ONE*, 10(9), e0133933.
- Kingdon, J. W. (1984). *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Boston: Little, Brown and Company.
- Lascoumes, P. & Le Galès, P. (2004). L'action publique saisie par ses instruments. In P. Lascoumes & P. Le Galès (dir.) *Gouverner par les instruments*. Paris : Presses de la FNSP, pp. 11-44.
- Lepenies, Ph. (2013). *Art, Politics, and Development. How linear perspective shaped policies in the Western world*. Philadelphia: Temple University Press.
- Lin, V (2003). Competing rationalities: evidence-based health policy. In V. Lin & B. Gibson (dir.) *Evidence-based health policy: problems & possibilities*, Melbourne: Oxford University Press, pp. 3-17.
- Liverani, M., Hawkins, B., & Parkhurst, J. (2013). Political and Institutional Influences on the Use of Evidence in Public Health Policy. A Systematic Review. *PLoS ONE*, 8(10), e77404.
- Marks, H. (1999) *La Médecine des preuves. Histoire et Anthropologie des essais cliniques (1900-1990)*. Le Plessis Robinson : Institut Synthélabo.
- McCaughey, D. & Bruning, N.S. (2010). Rationality versus reality: the challenges of evidence-based decision making for health policy makers. *Implementation Science*, 5(1), 39.
- Ministry of Health (2010). *National Family Planning Costed Implementation Program 2010-2015*. Dar es Salaam: United Republic of Tanzania, Ministry of Health and Social Welfare, Reproductive and Child Health Section.
- Minkoff, D. (1994). From Service Provision to Institutional Advocacy: The Shifting Legitimacy of Organizational Forms. *Social Forces*, 72(4), 943-969.
- OMS (2013). *World Health Statistics 2013*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.
- Parkhurst, J. (2012). HIV prevention, structural change and social values: the need for an explicit normative approach. *Journal of the International AIDS Society*. 15(suppl. 1), 1-10.
- Parkhurst, J. & Abeyasinghe, S. (2014). What Constitutes 'Good' Evidence for Public Health and Social Policy Making? From Hierarchies to Appropriateness. *Social Epistemology Review and Reply Collective*. 10(3), 34-46.
- Porter, Th. (1996). *Trust in Numbers. The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Rist, G. (2007). *Le développement. Histoire d'une croyance occidentale (3<sup>e</sup> éd.)*. Paris : Presses de la FNSP.
- Robinson, R. (1999). Limits to rationality: economics, economists and priority setting. *Health Policy*, 49(1-2), 13-26.
- Rottenburg, R. (2009). *Far-Fetched Facts: A Parable of Development Aid*. Cambridge, Mass: The MIT Press.
- Sanderson, I. (2011). Evidence-based policy or policy-based evidence? Reflections on Scottish experience, *Evidence & Policy*. 7(1), 59-76.
- Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A.-B., Daniels, J., Gülmezoglu, M., Temmerman, M., & Alkema, L. (2014). Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis, *The Lancet Global Health*. 2(6), e323-e333.
- Shiffman, J. (2010). Issue attention in global health: the case of newborn survival. *The Lancet*, 375(9730), 2045-2049.
- Shiffman, J. & Smith, S. (2007). Generation of political priority for global health initiatives: a framework and case study of maternal mortality. *The Lancet*, 370(9595), 1370-1379.

Siméant, J. (2014). Interpreting the Rise of International “Advocacy”. *Humanity*, 5(3), 323-343.

Sorensen, B., Elsass, P., Nielsen, B., Massawe, S., Nyakina, J., & Rasch, V. (2010). Substandard Emergency Obstetric Care – a Confidential Enquiry into Maternal Deaths at a Regional Hospital in Tanzania. *Tropical Medicine & International Health*, 15 (8), 894-900.

Strassheim, H. & Kettunen, P. (2014). When Does Evidence-Based Policy Turn into Policy-Based Evidence? Configurations, Contexts and Mechanisms, *Evidence & Policy*, 10(2), 259-277.

Storeng, K. & Béhague, D. (2014). “Playing the Numbers Game”: Evidence-Based Advocacy and the Technocratic Narrowing of the Safe Motherhood Initiative. *Medical Anthropology Quarterly*, 28(2), 260-279.

Sumner, A., Crichton, J., Theobald, S., Zulu, E., & Parkhurst, J. (2011). What shapes research impact on policy? Understanding research uptake in sexual and reproductive health policy processes in resource poor contexts. *Health Research Policy and Systems*, 9(suppl. 1), S3.

---

**Moritz HUNSMANN** est sociologue, chargé de recherche au CNRS et rattaché à l’Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (IRIS). Ses travaux portent sur les politiques de santé publique en Afrique subsaharienne, avec un intérêt particulier pour le VIH/sida, la santé maternelle et néonatale et, plus récemment, les pollutions industrielles et la santé environnementale.

---

Adresse	Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux 190 av. de France 75013 Paris (France)
Courriel	moritz.hunsmann@cnrs.fr

---

**ABSTRACT: EVIDENCE-BASED ADVOCACY IN GLOBAL HEALTH ACTION: TOWARDS A NEW KIND OF SOCIAL ENGINEERING?**

The recent surge of health development aid in Africa has been accompanied by increasingly insistent calls to develop ‘evidence-based’ policies. Facing what they see as an insufficient consideration of various forms of scientific knowledge in the formulation and implementation of African health policies, some donors are experimenting a new approach: ‘evidence-based advocacy’. This article examines such an intervention in the field of maternal and newborn health (MNH) in Tanzania and it explores the ambiguous political effects of this new type of social engineering. While this approach bears the potential for unusually open and horizontal forms of collaboration between donors and domestic players, it is also particularly intrusive as it reflects the donor’s attempt to gain a grip on the entire MNH policy process in recipient countries. Analyzing the central but ambivalent role of the mobilization of knowledge in the legitimization of the programme, this contribution shows how ‘evidence-based advocacy’ both renews

the modalities of global health action and reproduces the uneven power relations typical of development aid.

**Keywords:** advocacy, Tanzania, international aid, development, evidence-based policies, maternal and newborn health, social engineering, global health.

**RESUMEN: “EVIDENCE-BASED ADVOCACY” EN LA AYUDA INTERNACIONAL PARA LA SALUD: HACIA UN NUEVO TIPO DE INGENIERÍA SOCIAL ?**

El reciente auge de la ayuda internacional para la salud a destinación de la África fue acompañado por una incitación a utilizar ‘evidence-based’ políticas. Considerando que los saberes médicos y científicos en relación con la salud no están suficientemente aplicados en las políticas de salud en África, los donadores experimentan un nuevo modo de acción, la ‘evidence-based advocacy’ (promoción basada en la evidencia). Este artículo estudie a aquel tipo de intervención en el campo de la salud maternal y explora a sus efectos políticos ambiguos, analizados aquí como un nuevo tipo de ingeniería social. Esta modalidad de intervención promueve formas de colaboración abiertas y poca jerárquicas entre los donantes y las administraciones nacionales, pero se revela particularmente invasiva en la medida en la que traduce un ensayo del donante de controlar al entero proceso político en los países que reciben a ayuda internacional para la salud. Aunque renueva la acción para la salud, este tipo de intervención reproduce los modos de dominación y control típicos de la ayuda internacional para el desarrollo.

**Palabras clave:** promoción basada en la evidencia, Tanzania, ayuda internacional, desarrollo, políticas basadas en la evidencia, salud maternal y neonatal, ingeniería social, salud global.