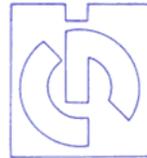


F3E

Fonds pour
la promotion des
études préalables
études transversales
évaluations



Etude transversale (réf 111Et):
Accompagnement des changements dans les services de santé : quelles priorités pour quelle pérennité ?

Capitalisation des méthodologies d'appui aux systèmes et structures de santé en vue de leur pérennité.

Rapport final.

Mai 2005

Sous la direction de Pierre Lefèvre, sociologue,
Département de Santé Publique de l'Institut de
Médecine Tropicale d'Antwerpen, Belgique

Avec la collaboration du *Groupe Pérennité* :
Bernard Decroix et Isabelle Thiébot (AOI)
Professeur Cornillot et Armand Ngoma Phuati (ASI)
Bruno Galland (CIDR)
Franck Flachenberg (Handicap International)
Andréa Brezovsek et Guillaume Fauvel (MDM)

32, rue Le Peletier
75009 Paris
T. 33 (0)1 44 83 03 55
F. 33 (0)1 44 83 03 25
f3e@f3e.asso.fr
www.f3e.asso.fr

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes remerciements à l'ensemble des personnes que j'ai rencontrées et qui ont bien voulu consacrer quelques heures de leur temps à m'aider à reconstituer l'histoire des interventions des ONG dont il sera question dans ce rapport au Burkina Faso, au Kenya et en Union des Comores.

De très nombreuses personnes ont contribué à la réalisation de ce travail tant en France qu'à l'étranger.

Parmi ces dernières, je remercie vivement les experts en santé publique suivants : Corneille Traoré, Souleymane Boudoum et Seydou Ouattara (Burkina Faso), François Kouassi (Kenya) et Chaïbou Bedja Abdou et Saïd Hassani Mohamed (Union des Comores) pour avoir réalisé les diagnostics de fonctionnalité qui ont servi de matériau à ce rapport, mais aussi pour leur accueil et leur soutien lors de mes séjours sur le terrain. Mes remerciements s'adressent également aux différents participants des "ateliers pérennité" trop nombreux pour être nommément cités ici, et aux représentants locaux d'HI au Kenya et de AOI au Burkina Faso.

En France mes remerciements vont d'abord aux membres du « Groupe Pérennité » : Isabelle Thiébot (AOI), Pierre Cornillot et Armand Ngoma Phuati (ASI), Bruno Galland (CIDR), Frank Flachenberg et Amaury Delattre (HI) et Andréa Brezovsek et Guillaume Fauvel (MDM) pour leurs contributions diverses et importantes à la réalisation de cette étude.

Je remercie également les membres du Comité de Pilotage de l'étude : Caroline Brandt, Anne Carpentier, Laurent Denis, Géraldine Pierrot et Jean-Louis Vielajus (F3E) ainsi que les représentants du MAE : Alain Boucher, Sidy Dialo, Benoîte Dominguez, Michèle Ooms, Salvatore Pappalardo pour leurs apports et leur patience à mon égard.

Enfin je tiens à remercier Bernard Decroix (AOI), Dominique Marchand (HI) et Jacques Leroy (ASI) pour leur aide lors de l'élaboration des études de cas.

Malgré les difficultés, les délais et les tensions qui ont par moments émaillé la réalisation de cette étude, je remercie les ONG et leurs représentants pour leurs contributions, mais également pour avoir pris le risque de faire évaluer leurs dispositifs d'appui (même transversalement) sur une dimension difficile (la pérennité) de manière à pouvoir faire progresser les connaissances et le savoir-faire en la matière. En ce sens je considère ce rapport comme l'expression d'un « construit collectif négocié ».

Pierre Lefèvre

TABLE DES MATIÈRES

A. ORIGINE, CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE	1
1. ORIGINE DE L'ETUDE	1
2. LE CONTEXTE	1
3. LA PROBLEMATIQUE.....	1
B. OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE TRANSVERSALE « ACCOMPAGNEMENT DES CHANGEMENTS DANS LES SERVICES DE SANTÉ : QUELLES PRIORITÉS POUR QUELLE PÉRENNITÉ ? ».....	4
1. LES OBJECTIFS DE L'ETUDE	4
2. LA METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	5
2.1. <i>La rédaction d'une grille d'analyse des projets</i>	5
2.2. <i>Les missions préparatoires sur le terrain</i>	5
2.3. <i>La synthèse des missions préparatoires et des diagnostics de fonctionnalité</i>	5
2.4. <i>Évaluation et capitalisation des dispositifs d'appui</i>	6
2.5. <i>Atelier de synthèse</i>	6
2.6. <i>Rédaction d'un guide de bonnes pratiques</i>	6
C. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE « CAPITALISATION DES MÉTHODOLOGIES D'APPUI AUX SYSTÈMES ET STRUCTURES DE SANTÉ EN VUE DE LEUR PÉRENNITÉ ».....	7
D. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE « CAPITALISATION DES MÉTHODOLOGIES D'APPUI AUX SYSTÈMES ET STRUCTURES DE SANTÉ EN VUE DE LEUR PÉRENNITÉ ».....	7
1. L'ÉVALUATION REALISTE.....	7
2. LES ETUDES DE CAS	8
3. L'ANALYSE TRANSVERSALE	9
E. CADRE CONCEPTUEL.....	10
1. LES CONCEPTS DE PERENNITE ET DE PERENNISATION	10
1.2. <i>La fonctionnalité du dispositif mis en place</i>	11
1.2. <i>La viabilité financière</i>	12
1.3. <i>La viabilité institutionnelle</i>	12
1.4. <i>L'intégration de l'innovation à un système hôte</i>	12
1.5. <i>L'amélioration et le maintien de la qualité des soins et de leur accessibilité</i>	13
2. ÉVALUER LA PERENNITE ET LA PERENNISATION	13
3. LES DETERMINANTS DE LA PERENNISATION.....	14
F. BRÈVE PRÉSENTATION DES TROIS PROJETS ET DE LA PÉRINNITÉ ATTEINTE.....	15
1. INTRODUCTION.....	15
2. L'INTERVENTION D'ASI EN UNION DES COMORES.....	16

2.1. Brève description de l'intervention.....	16
2.1.1. Le projet Mitsoudjé (1986-1994).....	16
2.1.2. La formulation de la réforme du système de santé (1992-1995).....	17
2.1.3. La mise en œuvre de la réforme.....	18
2.2. Les résultats obtenus en termes de pérennité en Union des Comores	19
2.2.1. La fonctionnalité du centre de santé de Mitsoudjé.....	19
2.2.2. La viabilité financière du centre de santé de Mitsoudjé.....	20
2.2.3. La viabilité institutionnelle des structures et réformes.....	21
2.2.4. L'Intégration des innovations aux systèmes hôtes et l'institutionnalisation	21
Le rôle de Mitsoudjé	21
La formulation de la réforme du système de santé (1992-1995)	21
La mise en œuvre de la réforme	22
2.2.5. Qualité et accessibilité des soins.....	23
3. L'INTERVENTION DE HI AU KENYA.....	24
3.1. Brève description de l'intervention.....	24
3.2. Les résultats obtenus en termes de pérennité au Kenya	26
3.2.1. La fonctionnalité des pharmacies communautaires.....	26
3.2.2. La viabilité des pharmacies communautaires.....	27
3.2.3. La viabilité institutionnelle des structures.....	28
3.2.4. L'Intégration de l'innovation aux systèmes hôtes et l'institutionnalisation	28
3.2.5. Qualité et accessibilité des soins.....	29
4. L'INTERVENTION D'AOI AU BURKINA FASO.....	29
4.1. Brève description de l'intervention d'AOI au Burkina Faso	29
4.2. Les résultats obtenus en termes de pérennisation au Burkina Faso	32
4.2.1. La fonctionnalité des Services Dentaires de Référence	32
4.2.2. La viabilité financière des Services Dentaires de Référence.....	33
4.2.4. L'Intégration des innovations aux systèmes hôtes et l'institutionnalisation	34
4.2.5. La qualité et l'accessibilité aux soins.....	34
G. LES INNOVATIONS, LES SYSTÈMES DE SANTÉ HÔTES ET LES CONTEXTES GLOBAUX....	35
1. INTRODUCTION.....	35
2. LES INNOVATIONS PORTEES PAR LES PROJETS	35
2.1. Les innovations introduites en Union des Comores.....	35
2.2. Les innovations introduites aux Kenya	36
2.3. Les innovations introduites au Burkina Faso	36
3. LES SYSTEMES DE SANTE HOTES AUX TROIS PROJETS	37
3.1. Brève description du système de santé en Union des Comores	37
3.2. Brève description du système de santé au Burkina Faso et au Kenya.....	37
3.3. Les soins de santé bucco-dentaires au Burkina Faso	38
4. LES CONTEXTES GLOBAUX	39
4.1. Union des Comores.....	39
4.2. Burkina Faso	39
4.3. Kenya.....	40

H. L'ANALYSE TRANSVERSALE : FACTEURS FAVORABLES ET DÉFAVORABLES À LA PÉRENNISATION ET RECOMMANDATIONS.....	40
1. INTRODUCTION.....	40
2. LES FACTEURS LIES A L'INNOVATION	41
2.1. <i>La pertinence des innovations (et des projets) en termes de besoins du système de santé</i>	<i>41</i>
2.2. <i>La pertinence des projets et de leurs innovations en termes de besoins des populations/communautés.....</i>	<i>41</i>
2.3. <i>Conclusions et recommandations concernant la pertinence de l'innovation</i>	<i>41</i>
3. LES FACTEURS LIES AUX SYSTEMES HOTES.....	42
3.1. <i>Les communautés.....</i>	<i>42</i>
3.1.1. L'acceptabilité du projet par les communautés.....	42
3.2. <i>Les systèmes de santé hôtes</i>	<i>43</i>
3.2.1. L'acceptabilité des innovations par les systèmes hôtes partenaires (Ministère de la Santé et ou Équipes Cadres du District).....	43
3.2.2. Le fonctionnement et les capacités du système de santé (Ministère de la Santé et/ou Équipe Cadre du District)	44
3.3. <i>Conclusions et recommandations par rapport aux systèmes hôtes.....</i>	<i>46</i>
4. FACTEURS DE PERENNISATION LIES A L'ACCOMPAGNEMENT DES ONG	47
4.1. <i>Conception et formulation des projets.....</i>	<i>47</i>
4.1.1. Les expériences préalables.....	47
4.1.2. L'identification des besoins	47
4.1.3. L'adaptation des technologies du projet au contexte et à l'environnement.....	47
4.1.4. Les formations	48
4.1.5. Le travail institutionnel au niveau juridico-légal	48
4.1.6. Conclusion et recommandations en termes de la conception des projets	48
4.2. <i>Le partenariat avec les populations.....</i>	<i>49</i>
4.3. <i>Le partenariat avec le Ministère de la Santé ou ses structures décentralisées.....</i>	<i>50</i>
4.4. <i>Temps pour mener à bien chaque étape du projet, planification et respect des délais.....</i>	<i>52</i>
4.5. <i>La continuité dans le processus : conception-formulation-exécution-suivi-évaluation</i>	<i>52</i>
4.6. <i>Stratégies de diffusion et d'institutionnalisation de l'innovation</i>	<i>53</i>
4.6.1. Stratégies de diffusion de l'innovation	53
4.6.2. L'Assistance technique	54
4.6.4. Le désengagement progressif de l'ONG	55
4.6.5. Conclusions et recommandation en termes de stratégies de diffusion et d'institutionnalisation de l'innovation	55
4.7. <i>Les contraintes liées aux Bailleurs de Fonds.....</i>	<i>56</i>

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

AOI	Aide Odontologique Internationale
ASCSM	Association de Soutien au Centre de Santé de Mitsoudjé
ASI	Association Santé Internationale
CIDR	Centre International de Développement et de Recherche
FENU	Fonds d'Équipement des Nations Unies
HI	Handicap International
IEC	Information-Éducation-Communication
MDM	Médecins du Monde
MEDS	Mission for Essential Drug Supplies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PNSBD	Programme National de Santé Bucco-Dentaire
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement

A. ORIGINE, CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE¹

1. Origine de l'étude

Ce rapport s'inscrit dans le cadre de l'étude transversale : « Accompagnement des changements dans les services de santé : Quelles priorités pour quelle pérennité ? ».

Cinq Organisations Non Gouvernementales (ONG) : (Aide Odontologique Internationale [AOI], Association Santé International [ASI], Centre International de Développement et de Recherche [CIDR], Handicap International [HI] et Médecins du Monde [MDM]) se sont réunies pour mettre en commun les questions qu'elles se posent quant à la pérennité de leur appui aux systèmes et services de santé après leur désengagement². Pour ce faire, elles ont constitué un groupe de travail, le « Groupe Pérennité », avec l'objectif ultime d'élaborer des outils opérationnels qui puissent renforcer l'accompagnement des services de santé en vue de leur pérennité.

2. Le contexte

Depuis plusieurs années, les ONG s'investissent dans l'appui aux services de santé et leur développement (centres de santé de premier niveau, hôpitaux de District, renforcement des Équipes Cadres de Districts, appui aux programmes nationaux), afin qu'ils puissent remplir leur mission de service public et offrir des services de qualité, attractifs pour la population et financièrement accessibles au plus grand nombre.

3. La problématique

Pour y parvenir, elles développent des approches innovantes qui mettent souvent l'accent sur :

- la collaboration entre professionnels de la santé et les populations bénéficiaires organisées ;
- l'évolution de leur appui vers un accompagnement et une expertise partagée au lieu d'une expertise technique extérieure et d'un simple appui matériel et financier.

¹ La problématique a été élaborée par les ONG promotrices du projet. La présentation adoptée ici s'inspire librement des Termes de Référence (*cf.* Annexe B).

² L'étude est réalisée dans le cadre d'un partenariat avec le Ministère des Affaires Étrangères et le Fonds pour la Promotion des Études Préalables, Études Transversales, Évaluations.

Cet accompagnement poursuit comme objectifs :

- l'autonomie par rapport à l'appui financier initial au projet grâce au paiement par les usagers (recouvrement des coûts) et l'intervention éventuelle de bailleurs nationaux (l'État, les collectivités locales...) ou internationaux ;
- la maîtrise de la gestion et du contrôle des services de santé grâce au renforcement des capacités des acteurs locaux.

Pour atteindre ces objectifs, les ONG jouent un rôle de médiateur et de facilitateur. Elles cherchent à renforcer la communication entre les différents acteurs et à créer entre eux des espaces de négociation. Cet accompagnement cherche à prendre en compte les particularités locales et les aspects culturels singuliers pour moduler et adapter les politiques nationales de santé dans leurs modalités d'application locales. En ce sens, les ONG espèrent contribuer à faire évoluer les politiques nationales grâce aux innovations introduites dans les projets locaux.

L'accompagnement des ONG et l'introduction d'innovations se déroule dans un contexte caractérisé par :

- l'émergence d'une offre de services de santé privée, à but lucratif ou non, créant de fait une situation de concurrence ;
- la recherche de nouvelles modalités de gestion de l'offre, quels que soient les modèles (Comités de gestion, associations, acteur privé à but non lucratif, collectivités décentralisées, etc.). Ces modalités ont pour caractéristique d'introduire une gestion " profane " des services de santé (par des représentants de la population), à côté de celles des professionnels de santé et de l'État ;
- une tendance générale à la décentralisation des décisions et à une redistribution des rôles et des responsabilités entre l'administration, les acteurs de la société civile et les collectivités territoriales ;
- la définition de politiques sanitaires nationales précises et de plus en plus contraignantes, avec la volonté de standardiser l'offre du service public.

Les politiques sanitaires nationales fournissent un cadre pour définir les missions et l'organisation des services de santé. Cependant trop de standardisation laisse peu de marges de manœuvre en termes :

- techniques : l'offre est souvent normalisée par le « Paquet Minimum d'Activités » et ne peut être adaptée au contexte local.
- économiques : politiques tarifaires, modalités de financement propres des services de santé, affectation des fonds publics, sont souvent définis au niveau national sans possibilité de modulation. Dans la pratique, le retrait de l'appui

financier des ONG est souvent rendu difficile en raison de l'inadaptation des schémas de financement ou de leur non-respect par la tutelle.

- institutionnels : les textes de référence existent, mais ils sont souvent inadaptés face à la multiplicité des situations des structures de santé. D'autre part, les responsabilités des acteurs sont souvent mal définies. Les entités gestionnaires n'ont pas toujours la personnalité morale, et la gestion des fonds par des non fonctionnaires peut parfois poser des questions de compétences et de légitimité quand les bases juridiques ne sont pas clairement définies.

La stricte application par les ONG des politiques nationales de santé donne des résultats contrastés.

Les programmes de type « Initiative de Bamako » ont permis d'assurer une certaine disponibilité des médicaments, des équipements, et du personnel soignant et de mettre (ou remettre) en route une offre de soins décentralisée dans les quartiers défavorisés et les zones rurales de nombreux pays. Cependant, ces services de santé délivrent souvent des soins de faible qualité et sont peu utilisés, ce qui témoigne de leur faible pouvoir d'attraction auprès des populations. Ces structures présentent également régulièrement des dysfonctionnements dans leur gestion et leur contrôle, qui se traduisent par des disparitions d'argent ou de médicaments. Le point de rupture se fait souvent lorsque la disponibilité en médicaments n'est plus assurée et que les usagers cessent de fréquenter le centre.

Dans certains pays on observe un désengagement matériel et financier de l'État par rapport aux services de santé, alors que les ressources engagées étaient déjà faibles. Avec la décentralisation de la gestion des services, les structures de l'État ont du mal à trouver un nouveau positionnement : elles jouent difficilement leur rôle de régulation, de réglementation et d'arbitrage, alors qu'elles conservent souvent la gestion du personnel (le premier poste budgétaire), ce qui peut limiter l'autonomie reconnue aux services de santé.

Les relations entre les professionnels de santé et les entités gestionnaires sont souvent conflictuelles, amenant parfois à une remise en cause des modalités d'exercice de la cogestion (recentralisation de la gestion aux mains de l'État par exemple).

Les usagers des services de santé ont pour la plupart des faibles ressources, ce qui limite les possibilités de "recouvrement des coûts".

Le partenariat entre intervenants du "Nord", population, professionnels et pouvoirs publics du "Sud" est générateur de contraintes : attentes différentes, non-dits, recherche des techniques de pointe utilisées au "Nord", attente passive des dons, etc. Les modalités de fonctionnement des bailleurs de fonds sont, elles aussi, génératrices de contraintes : délais de décaissement, nécessité de respecter des affectations budgétaires « ligne par ligne » et de suivre un calendrier de "réalisations" défini préalablement.

Ces constats ont poussé certaines ONG à tester des approches innovantes recherchant une adaptation des politiques nationales au contexte local et l'organisation d'une offre de soins de qualité. Elles s'interrogent cependant sur la pérennité de leur appui après leur désengagement.

La pérennisation des innovations appuyées par les projets de développement est donc une problématique centrale pour les ONG, les agences de coopération bilatérales ou internationales et les bailleurs de fonds. En effet, la pérennité est recherchée par les organismes planificateurs ou financeurs et par les ONG elles-mêmes comme un antidote à la précarité de nombreuses actions de coopération qui dépérissent après leur retrait. Dans cette problématique, les méthodologies d'appui mises en œuvre, les jeux institutionnels et les contextes sont centraux.

B. OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE TRANSVERSALE

« ACCOMPAGNEMENT DES CHANGEMENTS DANS LES SERVICES DE SANTÉ : QUELLES PRIORITÉS POUR QUELLE PÉRENNITÉ ? »

1. Les objectifs de l'étude

Les objectifs généraux³ de cette étude transversale sont :

- d'identifier les conditions actuelles de pérennisation des systèmes et structures de santé⁴ de premier niveau pouvant délivrer des soins de qualité ;
- d'améliorer les méthodologies d'intervention et la capacité de négociation des ONG et de leurs partenaires dans l'accompagnement des systèmes de santé et des structures sanitaires en vue de leur pérennité.

³ Pour une description plus détaillée des objectifs, de la justification de cette étude transversale, de ses différentes phases et des résultats attendus, cf. les Termes de Référence en Annexe B.

⁴ Au sens large, le terme "structure de santé" inclut la structure de soins, les processus (de soins et de gestion) qui y prennent place et le système des acteurs qui contribuent à son fonctionnement.

Ces résultats attendus sont :

- la diffusion des expériences innovantes réussies et des difficultés rencontrées ;
- le renforcement des capacités des ONG dans leur façon d'accompagner les acteurs des systèmes et structures de santé en vue de leur pérennité ;
- une meilleure compréhension de l'évolution des pratiques de la tutelle des services de santé (le Ministère de la Santé et ses services décentralisés) ;
- une meilleure compréhension de l'évolution des pratiques des bailleurs de fonds extérieurs dans leur façon d'organiser leur aide aux systèmes de santé.

2. La méthodologie de l'étude

L'étude transversale comporte six phases.

2.1. La rédaction d'une grille d'analyse des projets

Cette première phase a consisté à élaborer et à tester une grille d'analyse de la pérennité des projets d'appui (cf. Annexe A). Cette grille⁵ a permis la sélection, en vue d'une évaluation sur le terrain, de trois projets d'appui aux systèmes et services de santé : un projet de réforme du système de santé en Union des Comores (ASI), un projet de pharmacies communautaires au Kenya (HI) et un projet de santé bucco-dentaire au Burkina Faso (AOI). Ces trois projets, très différents, ont en commun d'être porteurs d'innovations. Ils étaient aussi considérés *a priori*, et au moins partiellement, comme des expériences réussies en termes de pérennité.

2.2. Les missions préparatoires sur le terrain

La deuxième phase a consisté en la réalisation d'une mission préparatoire dans chacun des trois projets sélectionnés. Menées par un membre de l'ONG concernée, avec l'appui d'un expert en santé publique extérieur au projet, ces missions avaient pour objectif d'impliquer les acteurs de chaque projet dans la démarche d'analyse de la pérennité et des processus d'accompagnement et de mettre en place le diagnostic de fonctionnalité des structures appuyées.

2.3. La synthèse des missions préparatoires et des diagnostics de fonctionnalité

Dans une troisième phase une synthèse des missions préparatoires a été effectuée et les missions d'analyse des dispositifs d'appui ont été organisées. Pendant ce temps, sur le terrain, les experts en santé publique ont réalisé le diagnostic de fonctionnalité des

⁵ Elle a également permis d'analyser les modalités de l'appui aux services de santé et à identifier certains déterminants de la pérennisation.

services de santé concernés. Ces diagnostics, réalisés en employant la méthodologie du guide REMED (1, 2) portent sur la fonctionnalité et la viabilité financière des structures, le coût des soins offerts et, partiellement, sur leur qualité. Ils ont donné lieu à la production de rapports spécifiques (3, 4, 5).

2.4. Évaluation et capitalisation des dispositifs d'appui

La quatrième phase a consisté à évaluer les acquis des trois projets en termes de pérennité et à capitaliser les méthodologies d'appui utilisées. Ce travail a été effectué par un sociologue. Pour chacun des trois projets, un rapport a été produit (étude de cas) décrivant les résultats obtenus en termes de pérennité, une analyse critique du mécanisme d'accompagnement suivi, les difficultés rencontrées, etc. (6, 7, 8). Ce rapport de capitalisation transversal a ensuite été produit.

2.5. Atelier de synthèse

La cinquième phase consistera en la tenue d'un atelier de synthèse, qui se tiendra en France et réunira les membres du groupe de travail et des acteurs ayant participé à l'évaluation des projets sur le terrain. Cet atelier permettra de capitaliser l'expérience des trois projets et de poser les bases des recommandations de " bonnes pratiques ".

2.6. Rédaction d'un guide de bonnes pratiques

Finalement, sur la base de l'ensemble des résultats des phases précédentes, un guide de « bonnes pratiques » en matière d'accompagnement et de pérennisation sera élaboré.

Le présent rapport, « Capitalisation des méthodologies d'appui aux systèmes et structures de santé en vue de leur pérennité » est donc l'aboutissement de la quatrième phase de l'étude transversale.

Il est structuré comme suit : Dans la section C nous présentons les objectifs de l'étude. Ensuite (section D), nous présentons la méthodologie de recherche et le cadre conceptuel (section E). La section F présente une synthèse des trois études de cas à la base de l'analyse transversale. Finalement, la section G est consacrée à l'analyse proprement dite et à la formulation de recommandations.

C. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE « CAPITALISATION DES MÉTHODOLOGIES D'APPUI AUX SYSTÈMES ET STRUCTURES DE SANTÉ EN VUE DE LEUR PÉRENNITÉ »

Cette étude a pour objectif la capitalisation des méthodologies d'appui aux systèmes et structures de santé en vue de leur pérennité. Elle se base sur trois études de cas (6, 7, 8) qui décrivent et analysent les résultats obtenus en termes de pérennité dans trois projets et le processus d'accompagnement suivi. À partir d'une analyse transversale de ces études de cas, elle se donne pour objectif de procéder à une capitalisation critique des processus d'accompagnement en vue de la pérennité et d'identifier les facteurs favorables et défavorables au processus de pérennisation ceci afin de proposer des recommandations d'amélioration de l'accompagnement des services de santé par les ONG.

L'étude a les objectifs spécifiques suivants :

- effectuer un bilan des actions en termes de pérennité ;
- identifier les modalités d'accompagnement ayant favorisé ou, au contraire, défavorisé la pérennisation des innovations ;
- identifier les facteurs contextuels ayant pu favoriser la pérennité des innovations introduites comme les freins à cette même pérennisation ;
- appréhender les logiques d'acteurs et les enjeux autour de la pérennité et de la pérennisation ;
- capitaliser les stratégies à mettre en œuvre pour parvenir à la pérennité des innovations introduites dans les systèmes et structures de santé.

D. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE « CAPITALISATION DES MÉTHODOLOGIES D'APPUI AUX SYSTÈMES ET STRUCTURES DE SANTÉ EN VUE DE LEUR PÉRENNITÉ »

1. L'évaluation réaliste

Le cadre méthodologique général utilisé dans cette étude est celui de l'évaluation réaliste (*realistic evaluation*) (9, 10). Cette méthodologie a été choisie car particulièrement adaptée aux objectifs de l'étude et à l'analyse d'interventions dans des systèmes complexes tels que les systèmes de santé.

L'évaluation réaliste a pour objectif de construire des théories pouvant rendre compte de phénomènes et d'interactions non linéaires dans des systèmes complexes. Elle postule qu'il existe des interactions entre : 1°) un mécanisme d'intervention (en l'occurrence ici un projet innovant et son mécanisme d'appui), 2°) le contexte dans lequel se déroule cette intervention (ici le système de santé et la société globale) et les effets (*outcomes*) obtenus (ici la pérennité).

En pratique, l'évaluation réaliste consiste, à travers l'analyse et la confrontation de multiples études de cas, à dégager progressivement des « patterns », des récurrences et à construire une théorie explicative des phénomènes observés et des mécanismes à la base des effets produits par l'intervention dans les systèmes.

L'évaluation réaliste mise en œuvre dans cette étude combine approche inductive et hypothético-déductive et, dans une certaine mesure, est participative et constructiviste.

L'approche est inductive en ce sens que nous ne sommes pas parti *a priori* d'une théorie de la pérennisation. Elle est cependant hypothético-déductive car la revue de la littérature et les discussions au sein du « Groupe Pérennité » avaient conduit préalablement à la construction des études de cas à l'élaboration d'une grille d'analyse des projets (cf. Annexe A). Cette grille comprend un ensemble de facteurs qui *a priori* étaient considérés comme pertinents à étudier par rapport à la problématique de la de pérennité et de pérennisation. Elle a guidé, mais pas exclusivement, la collecte des données sur le terrain assurant ainsi une certaine systématisme à celle-ci.

2. Les études de cas

Dans un premier temps, trois études de cas qualitatives (6, 7, 8) et approfondies de projets d'appui ayant pu conduire à la pérennisation ont été construites⁶. Ces études de cas qualitatives sont instrumentales, par opposition aux études de cas intrinsèques. Dans une étude de cas instrumentale, un cas particulier est examiné pour fournir des éléments de réponse à une ou des questions de recherche spécifiques (12). Elles ont cependant été écrites comme des « histoires ». Il s'agissait aussi de décrire le déroulement du projet, les problèmes rencontrés, les difficultés survenues. Cette analyse implique aussi une évaluation de la pérennité effectuée à partir du cadre conceptuel de la pérennité (cf. section E) et des diagnostics de fonctionnalité.

⁶ La méthodologie et les techniques qui ont été mises en œuvre pour construire chaque étude de cas sont décrites dans les trois rapports *ad hoc*.

Ces études de cas mettent en évidence les facteurs et déterminants du mécanisme d'appui du projet à proprement parler, mais aussi ceux qui relèvent du système de santé et du contexte sociétal, qui ont joué sur le processus de pérennisation et la pérennité.

Les études de cas ont été élaborées de manière participative, c'est-à-dire en tenant compte du point de vue des différents acteurs sur les mécanismes d'appui mis en œuvre. Le travail de terrain a en effet impliqué des ateliers qui ont permis d'analyser collectivement les projets en y incorporant des éléments de l'approche CPPE (*Comprehensive Project Planning and Evaluation*) (13). Ces études de cas incorporent en fait en leur sein les perceptions, les opinions, les avis des acteurs sur le projet. En ce sens elles sont des « construits collectifs » et pourraient être qualifiées de constructivistes (14).

3. L'analyse transversale

L'analyse de données s'est faite en deux temps. Une premier niveau d'analyse est contenu dans chaque étude de cas puisque pour chacune d'entre elles nous avons dégagé et mis en évidence les facteurs clés ayant influencé la pérennité du projet (à ce niveau l'analyse est essentiellement inductive) et approfondi certains aspects spécifiques au cas.

Le deuxième niveau d'analyse a été réalisé en transversal, à partir des trois études de cas. L'analyse a été ici plus systématique. En effet, pour la réaliser, nous avons établi une liste de plus ou moins 40 facteurs pouvant contribuer à la pérennité. Ces facteurs ont ensuite été répartis dans différentes catégories (projet, systèmes hôtes, etc.). L'analyse a porté sur chacun de ces items en confrontant/recherchant ce qui pouvait en être dit à partir de chaque étude de cas. Dans le cours du processus certains facteurs ont été regroupés et la typologie a été affinée.

Progressivement, des « patterns », des récurrences ont été dégagées qui ont permis de faire ressortir certains facteurs propres aux mécanismes d'appui, aux innovations, aux systèmes hôtes (systèmes de santé, communautés) et aux contextes qui semblent particulièrement importants en termes de pérennisation. Ces facteurs émergent donc essentiellement du terrain et non d'un cadre théorique défini *a priori* et ont contribué à enrichir le cadre conceptuel de la pérennisation présenté dans la section suivante.

L'étude comporte certaines limites qui sont à prendre en compte dans l'appréciation de la validité externe des résultats obtenus. D'abord, elle ne se base que sur trois études de

cas. Ce nombre limité est cependant contrebalancé par la variété des interventions et des contextes considérés. Une seconde limitation est que dans deux cas, l'intervalle de temps entre la clôture des projets et la collecte des données a été relativement court. Finalement, l'évaluation de la pérennité atteinte a été rendue difficile par la difficulté à définir des indicateurs permettant de « mesurer » celle-ci. Ces deux dernières limitations peuvent biaiser l'appréciation de la pérennité obtenue par chaque projet mais n'affectent pas l'analyse du processus de pérennisation.

E. CADRE CONCEPTUEL⁷

1. Les concepts de pérennité et de pérennisation

Il n'existe pas dans la littérature de définitions largement reconnues des concepts de pérennité et de pérennisation (15). En effet, ce champ de recherche est relativement nouveau. En outre, les définitions proposées sont susceptibles de varier fortement en fonction de l'objet de la pérennisation (une structure de santé, un programme vertical du Ministère de la Santé, une innovation, le système de santé dans son ensemble, un changement de comportement du personnel de santé ou de la population, etc.).

Dans un premier temps il s'agit donc de clarifier, dans le cadre de cette étude, l'usage que nous faisons des concepts de pérennité et de pérennisation.

De manière très abstraite, la pérennité peut se définir comme la qualité d'un dispositif, d'un système, d'une structure, d'un service, d'un produit, d'un résultat, d'un bénéfice ou d'un effet qui s'inscrit dans la durée. On parlera alors d'un dispositif, d'un système, d'une structure, etc. pérenne. La pérennité se caractérise donc essentiellement par cette notion de durabilité dans le temps. Elle peut porter sur des résultats d'une intervention (un système d'approvisionnement en consommables, une offre de soins de santé) ou sur des effets recherchés (un changement de comportement du personnel de santé, un effet sur la santé des populations).

La pérennisation se définit comme le processus dynamique d'inscription dans la durée de l'objet (production, résultat, etc.) que l'on souhaite rendre pérenne et qui conduit à la pérennité. La pérennisation devient alors le processus par lequel l'action entreprise ou soutenue est durablement maintenue dans ses effets au bénéfice de la population

⁷ Ce cadre conceptuel a été élaboré suite à des discussions au sein du « Groupe Pérennité » et à bénéficié d'une note de travail rédigée par ASI (*Contribution ASI à la définition du cadre conceptuel théorique de la pérennisation* (P. Cornillot et A. Ngoma), 1/02/2005.

desservie, après le retrait de l'ONG. La pérennisation peut être spontanée, naturelle ou au contraire planifiée, organisée.

Dans le cadre de ce travail nous nous intéressons à la pérennité et à la pérennisation d'innovations introduites et/ou appuyées par des ONG dans le secteur de la santé publique. Ces innovations visent le plus souvent à améliorer l'offre de soins (qualité et accessibilité), mais pas nécessairement. Elles peuvent être techniques (des services dentaires appropriés), financières (système de gestion), organisationnelles (une carte sanitaire).

S'agissant d'interventions dans le domaine de la santé publique, la pérennité recherchée porte *in fine* sur les effets (impact) de l'intervention innovante sur la santé de la population.

Si la pérennité porte sur une structure de santé, il faudra que cette dernière puisse assurer dans le temps la production d'un service de qualité innovant envers la population concernée après le retrait de l'appui de l'ONG. Le service doit être produit de manière prolongée et continue dans le temps sans interruption majeure et ceci avec les ressources disponibles tout en répondant peu ou prou aux mêmes critères de qualité que ceux définis préalablement et en demeurant accessible à la population initialement prévue⁸.

Le concept de pérennité proposé ici comporte cinq dimensions, qui constituent autant de critères à prendre en compte dans son évaluation : 1°) la fonctionnalité du dispositif mis en place ; 2°) la viabilité financière de la ou des structures appuyées ; 3°) la viabilité institutionnelle ; 4°) l'intégration de l'innovation à un système hôte ; 5°) l'amélioration et le maintien de la qualité des soins et de leur accessibilité. Il est donc nécessaire de clarifier ces différentes dimensions.

1.2. La fonctionnalité du dispositif mis en place

La fonctionnalité se réfère à un ensemble de caractéristiques qui permettent de répondre des différents aspects d'une structure de production (aussi bien dans son organisation que dans son fonctionnement interne). La fonctionnalité est également une condition *sine qua non* de la pérennisation. En effet une structure peu fonctionnelle rencontrera des difficultés à maintenir une innovation.

⁸ Au moins la qualité et l'accessibilité devraient être supérieures à celles qui prévalaient avant l'introduction de l'innovation et l'appui de l'ONG.

1.2. La viabilité financière

Ce concept s'applique aux structures de santé productrices d'une offre de santé (centres de santé, hôpitaux, etc.). Une structure (appuyée initialement par un projet ou non) est dite viable financièrement si elle est capable d'atteindre un équilibre financier - entre recettes⁹ et dépenses - et peut maintenir cet équilibre à moyen ou long terme. La viabilité financière est une condition *sine qua non* de la pérennisation. En effet, une structure non viable est par définition non pérenne et ne peut perpétuer une innovation.

1.3. La viabilité institutionnelle

Par viabilité institutionnelle, nous entendons que la structure ou le service produit ne soit pas en contradiction avec le cadre juridico-légal existant. A tout le moins, une certaine tolérabilité institutionnelle de l'innovation au regard des autorités locales, nationales et/ou internationales est nécessaire à sa pérennisation.

1.4. L'intégration de l'innovation à un système hôte

La pérennisation d'une innovation implique l'intégration et l'appropriation des innovations portées par un projet, de ses objectifs ou de certains de ces éléments au sein d'un système hôte. Il peut s'agir d'une structure de santé, d'une Équipe Cadre de District, du Ministère de la Santé ou encore, dans le cas où celle-ci est amenée à jouer un rôle actif dans le projet, d'une communauté. Dans ce dernier cas, la pérennisation revêt ainsi une dimension sociale, culturelle, économique, politique. Elle comporte donc une adaptation de l'objet initial, adaptation nécessaire à son intégration au système hôte. Une pérennisation sans adaptation n'est pas envisageable. Au demeurant, cette intégration et cette appropriation par le système hôte de l'objet n'a à être ni univoque ni uniforme. Autrement dit, la pérennisation est susceptible de se réaliser de manière inégale et de ne porter que sur certains éléments ou certains aspects du produit. Il peut donc y avoir, en quelque sorte, une « déformation » de l'objet pérennisé.

D'autre part, il n'existe pas de pérennité "absolue" d'une innovation, et rien n'est jamais "immuable". De par les évolutions des contextes, des connaissances, etc. toute innovation est un jour destinée à s'adapter et un jour à disparaître. Certaines perdureront des dizaines d'années (les Soins de Santé Primaires, le recouvrement des coûts), d'autres comme certaines techniques de laboratoire ou des organigrammes décisionnels quelques mois.

⁹ Peu importe l'origine de ces recettes. La viabilité financière ne doit pas se confondre avec l'autonomie financière. Celles-ci peuvent être produites par la structure/le système (vente de médicaments, tarification) ou originaires de l'extérieur (subsidés de l'État, solidarité internationale).

En termes de pérennité de l'innovation ce n'est donc pas tant son existence à un moment donné (3, 5 ou 10 ans) qui est déterminante, mais son adaptabilité. Il ne s'agit pas de maintenir le service produit à l'identique. Il peut évoluer de par la dynamique du contexte, si de nouvelles connaissances le rendent obsolète ou de par sa propre dynamique. Cette adaptabilité de l'innovation dépendra des caractéristiques intrinsèques de l'innovation, mais aussi de la capacité des acteurs et du système en charge de pérenniser l'innovation à l'adapter aux changements du contexte et à ses propres évolutions. Cette structure est en effet appelée à se modifier régulièrement suivant l'évolution constante du contexte.

Cette intégration de l'innovation peut, dans certains, cas être institutionnalisée c'est-à-dire revêtir un caractère officiel et être légitimée par un cadre juridico-légal. L'institutionnalisation implique souvent l'adoption de l'innovation à une échelle plus large. Cette reprise des innovations produites par le projet d'appui à une échelle plus élevée, souvent nationale, est souvent recherchée car il s'agit d'une part d'assurer et de faire aboutir un processus de diffusion de l'innovation et d'autre part parce que l'État est supposé être le garant d'une continuité temporelle et assure une légitimité au changement.

1.5. L'amélioration et le maintien de la qualité des soins et de leur accessibilité

Lorsque l'innovation doit contribuer à une amélioration d'une offre de soins de qualité et accessible, ces deux caractéristiques de l'offre deviennent, de fait, des dimensions de la pérennité, et des critères à prendre en compte dans son évaluation (16).

2. Évaluer la pérennité et la pérennisation

Comme pour toute évaluation, l'évaluation de la pérennité implique les recours à des critères d'évaluation (et si possible à des indicateurs). Idéalement, s'agissant d'interventions de santé publique, l'évaluation devrait porter sur les effets (*outcomes*), voir même sur l'impact (le dernier effet recherché dans une chaîne d'effets). L'évaluation de la pérennité des effets et impacts se heurte cependant aux difficultés classiques de l'évaluation d'impact (nécessité de designs expérimentaux ou quasi-expérimentaux rigoureux qui permettent d'attribuer les effets au projet) et à l'absence d'indicateurs standardisés quantitatifs permettant une mesure de la pérennité. Afin d'évaluer la pérennité, il faut donc recourir à des indicateurs qualitatifs portant sur les effets (appréciation par les bénéficiaires eux-mêmes de la pérennité) et/ou sur des indicateurs quantitatifs ou qualitatifs, portant sur les résultats obtenus ou sur le processus de pérennisation (11). Ce qui est évalué n'est plus alors la pérennité en soi, mais bien le

processus de pérennisation des effets (la mesure dans laquelle ce processus est engagé). Il est ensuite possible de construire un « faisceau convergent d'évidence » permettant de porter un jugement sur la pérennité obtenue.

3. Les déterminants de la pérennisation

Les déterminants de la pérennisation doivent être soigneusement distingués des critères d'évaluation de la pérennité et/ou de l'état d'avancement du processus de pérennisation. Les déterminants de la pérennisation sont l'ensemble des facteurs du contexte, du système hôte, du mécanisme d'appui ou propres à l'innovation qui vont favoriser ou défavoriser le processus et donc finalement la pérennité.

A partir de la littérature, de l'expérience/expertise en développement et du simple sens commun, il est possible d'identifier *a priori* de très nombreux facteurs susceptibles de jouer sur la pérennité d'une action de développement¹⁰. En outre, ces facteurs seront uniques à chaque configuration et, selon les contextes, pourront même parfois jouer en sens opposé. Leur poids relatif (en termes d'explication, de contribution) au processus de pérennisation variera également en fonction du contexte et du type d'innovations.

Une grande partie de ce travail a porté sur l'identification de ces facteurs, à comprendre leur rôle dans le processus de pérennisation et à tenter d'apprécier leur importance.

Pour ce faire il a été nécessaire et utile de les regrouper en catégories. Nous avons ainsi distingué les facteurs propres à l'innovation, au mécanisme d'accompagnement, au contexte ou à la structure hôte (dans notre problématique le système de santé et/ou les structures de santé, ou les communautés).

Les facteurs propres au mécanisme d'accompagnement sont des facteurs liés à la conception et à la mise en œuvre du projet d'appui. Ils sont en théorie sous le contrôle des ONG et sous la responsabilité du projet. A ce titre, ils peuvent faire l'objet de recommandations. Il faut cependant préciser que les ONG opèrent sous une série de contraintes qui limitent et ou façonnent le mécanisme d'accompagnement (en particulier celles imposées par leurs propres bailleurs de fonds ou par les politiques nationales du pays dans lequel elles opèrent). Certaines recommandations peuvent également viser à modifier ces contraintes.

L'ensemble des facteurs qui ne sont pas propres au mécanisme d'appui sont des facteurs contextuels. A cause cependant du mécanisme d'intégration au système hôte, au cœur

¹⁰ La grille d'analyse des projets élaborée par le « Groupe Pérennité » en témoigne.

du processus de pérennisation, il est utile de distinguer entre les facteurs qui sont propres au système hôte (le système de santé ou ses structures décentralisées, la communauté au cas où elle est amenée à jouer un rôle actif dans la reprise de l'innovation) et les facteurs liés au contexte plus global (société globale, environnement, stabilité/instabilité politique, etc.).

Là aussi, en termes de recommandations, il est utile de distinguer entre les facteurs sur lesquels l'ONG peut avoir une emprise ou non.

F. BRÈVE PRÉSENTATION DES TROIS PROJETS ET DE LA PÉRINNITÉ ATTEINTE

1. Introduction

Les interventions des ONG se sont déroulées sur des périodes de temps relativement longues : 1986-1999 pour ASI ; 1995-2004 pour AOI et 1996-2002 pour HI. Elles ont été financées par différents bailleurs et partiellement sur fonds propres. Les mécanismes d'appui des ONG et leur position institutionnelle ont varié dans le temps et pour une (ASI) selon les différents projets dans lesquels elle était impliquée.

Les échelles d'intervention étaient différentes dans les trois projets. Dans sa première phase, le projet d'ASI se concentre exclusivement sur la mise sur pied d'un centre de santé pilote. Dans une deuxième phase, et au départ de cette expérience pilote, l'ONG appuie un processus de réforme du système de santé au niveau national. Le projet HI se concentre sur un District de Santé. Les innovations dont il est porteur se veulent aussi être utiles au niveau national. Finalement, le projet AOI est géographiquement circonscrit à quatre Districts de Santé dans cinq Provinces du Burkina Faso, mais appuie aussi le niveau central : le Programme National de Santé Bucco-Dentaire (PNSBD). Dans les trois cas, du travail concret est donc opéré au niveau des terrains, mais les ambitions finales sont plus larges, nationales voir internationales (élaboration de modèles reproductibles). Les trois projets sont porteurs d'innovations (*cf.* section 5.).

Deux des trois projets peuvent être considérés comme des projets de santé communautaires, ceux de HI et ASI (phase Mitsoudjé). Le projet AOI n'implique pas réellement les communautés dans les actions sauf dans son volet IEC (Information-Education-Communication), mais elles n'y jouent pas un rôle actif.

2. L'intervention d'ASI en Union des Comores

2.1. Brève description de l'intervention

2.1.1. Le projet Mitsoudjé (1986-1994)

La première intervention d'ASI en Union des Comores dans le cadre de son travail sur la réforme du système de santé date de la période 1986-1994. Il s'agissait d'un projet de construction et de mise en fonctionnement d'un centre de santé à Mitsoudjé. Le projet a été identifié et formulé par le Fonds d'Équipement des Nations Unies (FENU), avec l'assistance d'ASI en 1986 (deux missions de formulation classiques de courte durée) et signé entre le Gouvernement et le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) en 1988. C'est à l'issue de la mission de formulation que la décision a été prise d'implanter le centre de santé à Mitsoudjé.

Le projet avait pour objectifs la construction, l'équipement et la mise en fonctionnement d'un centre de santé pour le District de Santé de Hambou. Un dépôt pharmaceutique villageois devait également être construit par la « communauté villageoise ». Le résultat attendu du projet était la mise au point d'un modèle de financement et de gestion des centres de santé qui puisse être répliqué dans les autres centres de santé du pays. En outre, il est demandé à ASI d'élaborer « un modèle de soins de santé reproductibles » au niveau du District. En effet, les objectifs prévus par le projet concernaient également l'amélioration de l'état sanitaire des populations du Canton de Hambou.

L'ouverture du centre de santé a eu lieu en avril 1992. Les délais s'expliquent par les contraintes bureaucratiques propres aux organisations internationales, des retards pris dans la construction, mais aussi par l'importance du travail d'implication communautaire préalable.

Le centre de santé a une capacité d'environ 20 lits avec une maternité. Il dispose d'un secteur ambulatoire avec quatre consultations : triage, Soins Materno-Infantiles, Planning Familial, et médicale. Un laboratoire, un cabinet dentaire et deux logements d'astreinte sont également disponibles (pour le médecin-chef et une sage-femme).

L'assistance technique d'ASI a été requise par le PNUD et le FENU pour la prestation des services de gestion. Ce volet « gestion » couvre de nombreux aspects de la mise en place du centre de santé. ASI se voit assigner deux objectifs principaux : élaborer un système de tarification (recouvrement des coûts) et mettre en place une cogestion du centre de

santé (associant des représentants de la communauté, des personnels de santé et du Ministère de la Santé).

Outre la mise en place des mécanismes de co-gestion du centre, l'ONG s'est occupée de l'acquisition et de la gestion des équipements et des médicaments et de la formation du personnel médical d'encadrement et du gestionnaire national. Pratiquement, ASI s'est donc occupé de la quasi-totalité des aspects de la mise en œuvre du centre de santé.

2.1.2. La formulation de la réforme du système de santé (1992-1995)

La formulation de la réforme s'effectue pour l'essentiel dans le cadre de l'élaboration du projet Santé II financé par la Banque Mondiale. En 1992, cette dernière réalise une évaluation du projet Santé I. Cette évaluation, « *assez catastrophique* », amène la Banque à conditionner l'octroi d'un nouveau prêt au Gouvernement Comorien à la présence d'une assistance technique internationale pour appuyer son exécution. Vers la fin 1992, le Gouvernement et la Banque Mondiale décident d'élaborer le Projet Santé II (Projet Population et Ressources Humaines - Composante Santé) sur base d'un appel d'offre ouvert que ASI emporte.

Pour cette formulation, ASI constitue une équipe de consultants nationaux et internationaux. Le produit du travail est un rapport qui comporte quatre volets : Conception du système de santé, Gestion administrative et financière des formations de santé, Réhabilitation des structures sanitaires – Équipements médicaux, Réhabilitation des structures sanitaires – Génie civile.

Les deux premiers volets constituent le cœur de la réforme. Les lignes de force du nouveau système de santé proposé sont les suivantes : l'adoption d'un système de santé intégré pyramidal à niveaux de compétences hiérarchisés, le District de Santé étant à la base du système ; l'engagement communautaire et le recouvrement des coûts ; la maîtrise de la carte sanitaire ; et l'autonomisation des structures sanitaires. La réforme contient un ensemble de dispositions qui visent à :

- transformer les centres hospitaliers en établissements publics autonomes ;
- transformer les centres de santé et les centres médicaux urbains en établissements privés agréés sans but lucratif avec mission de service public ;
- transformer deux centres hospitaliers de Districts en centres médico-chirurgicaux, établissements privés agréés sans but lucratif avec mission de service public ;
- créer et réglementer les recettes et les ressources propres des établissements et ;
- organiser la tutelle de l'État.

Pour permettre à ce système de fonctionner, un ensemble de mesures d'accompagnement sont identifiées. D'une part, il faut élaborer les mesures législatives et réglementaires requises pour la réalisation des dispositions contenues dans le nouveau système. D'autre part, il faut adapter les statuts, les effectifs et la formation des diverses catégories de personnels du Ministère de la Santé à la nouvelle organisation tout en tenant compte des contraintes budgétaires.

À l'époque, l'un des problèmes était l'absence de cadre juridique, que ce soit pour l'organisation du système de santé ou pour l'organisation de la « participation communautaire » et du recouvrement de coûts. Or, l'existence de Lois et d'un cadre d'application était une conditionnalité de la Banque Mondiale pour financer le projet Santé II. En 1994 et 1995, une série impressionnante de Lois, d'Arrêtés et de Décrets, préparés avec le concours d'ASI, sont donc votés par le parlement comorien. Ces textes juridiques sont rédigés parallèlement à l'élaboration du projet Santé II. Ils constituent le cadre légal de la réforme. Certains d'entre eux sont directement inspirés de l'expérience de Mitsoudjé.

2.1.3. La mise en œuvre de la réforme

Une fois le cadre général formulé et les textes adoptés, il s'est agi de mettre la réforme en œuvre à tous les niveaux du système. ASI y a contribué à travers trois projets.

Le programme Spécial d'Évaluation-Sélection des agents du secteur de la santé visait à ajuster les effectifs du Ministère de la Santé aux cadres organiques. Il s'inscrivait dans le cadre plus large du Programme d'Ajustement Structurel et de Renforcement Institutionnel de l'Administration Publique comorienne. ASI a mis au point les modalités pratiques et les outils d'évaluation de l'ensemble des personnels de santé et a participé à l'examen des dossiers individuels des personnels en poste, ainsi qu'à l'évaluation individuelle des agents non qualifiés.

Dans le projet Santé II, outre un appui à la Cellule d'Exécution, ASI s'est occupé de trois volets : l'équipement, la formation et la « diffusion en périphérie » de la réforme par un appui méthodologique aux services centraux.

Pour les équipements, ASI a été en charge de formuler et de suivre l'appel d'offre international. Pour le volet formation, l'ONG a surtout élaboré le plan de formation des personnels.

Pour ce qui concerne « la diffusion » de la réforme, c'est-à-dire la mise en place des structures, des outils de gestion et de tarification à l'ensemble des centres de santé, l'assistant technique du projet Mitsoudjé a été engagé dans le projet Santé II dès 1994. Le processus de diffusion de la réforme a été organisé au niveau du Ministère de la Santé en direction des Directions Régionales de la Santé et de la périphérie, avec l'idée que ces dernières mettraient les choses en place sur le terrain. Une « Commission Nationale de Mise en Place du Nouveau Système de Santé » a aussi été créée au niveau du Ministère de la Santé en 1994. Celle-ci a fonctionné pendant deux années. Elle a facilité des ateliers de sensibilisation et d'information sur la réforme à l'intention des trois Directions Régionales, des médecins-chefs de District, des Équipes Cadres des Districts et des *leaders* des communautés. Par la suite, en 1996, la Commission a manqué de moyens financiers et a cessé ses activités. Le fonctionnement de la « Cellule de Mise en Place de la Réforme » a été peu efficient. Elle s'est limitée à la phase de sensibilisation sans avoir pu mettre en place les outils de gestion.

Au niveau du Ministère de la Santé/Projet Santé II, il semble qu'il y ait eu une prise de conscience tardive des problèmes qui se posaient dans la mise en œuvre de la réforme au niveau des centres de santé, ce qui aurait conduit au rappel d'ASI via le projet PNUD (Participation Communautaire au Développement Sanitaire) et à l'envoi de deux nouveaux assistants techniques dans le cadre du projet Santé II. Pour ces derniers, il s'agissait de parachever la mise en place du système.

Le projet Santé II n'a pas été mené à son terme. Il s'est même terminé brusquement, suite à une décision de la Banque Mondiale, compte tenu des difficultés du Gouvernement comorien à tenir ses engagements financiers vis-à-vis de la Banque.

2.2. Les résultats obtenus en termes de pérennité en Union des Comores

En ce qui concerne la pérennisation de l'action d'ASI et de la réforme, de nombreux résultats ont été enregistrés. On doit cependant distinguer selon les volets.

2.2.1. La fonctionnalité du centre de santé de Mitsoudjé

Malgré les inévitables problèmes rencontrés lors de sa mise en œuvre, le projet est, globalement, une réussite. Parmi les principaux acquis du projet, on peut retenir que :

- 1°) Les organes de gestion et de co-gestion étaient en place et fonctionnels. Avant la fin du projet, le comité de cogestion fonctionnait de façon totalement autonome et se réunissait régulièrement ;
- 2°) Une équipe de travail motivée et qualifiée était en place ;

3°) Pour ce qui concerne le volet « District de Santé », à la fin du contrat d'ASI, les résultats suivants avaient été obtenus : deux Associations de soutien aux deux postes de santé du District étaient constituées ; les gestionnaires des postes de santé avaient été sélectionnés, recrutés et formés ; le « local pharmacie » était aménagé ; la formation des personnels paramédicaux était assurée ; les travaux de réhabilitation des postes de santé avaient commencé.

Le diagnostic de fonctionnalité réalisé en 2003 (3) a conclu que le centre de santé de Mitsoudjé est encore actuellement un centre fonctionnel avec un volume d'activité significatif (11 000 actes dans l'année), des bâtiments toujours en bon état, du personnel qualifié disponible, un taux de disponibilité en médicaments élevé (99,8 %), et l'existence d'un système d'information qui permet la production de comptes de résultats et de bilans. Finalement, le centre de santé est correctement administré avec : l'existence d'un conseil d'Administration opérationnel, la tenue régulière de réunions, une capacité à prendre et appliquer des décisions, l'inexistence de pratiques parallèles et de détournements (contrôle social, agents originaires de Mitsoudjé), la disponibilité des agents durant leurs heures de travail.

2.2.2. La viabilité financière du centre de santé de Mitsoudjé

A la clôture du projet, la viabilité financière du centre de santé était assurée. Le plan de gestion adopté lui a permis de fonctionner de façon quasi-autonome (cinq agents étaient pris en charge sur les recettes tarifaires du centre de santé, les autres par l'État). À l'époque, le financement des amortissements était supporté à 20% par l'État, à 27% par les recettes tarifaires et à 53% par le dépôt pharmaceutique. Les bénéfices dégagés par le centre de santé ont également permis de contribuer à l'adduction d'eau à Mitsoudjé et divers travaux au centre de santé ont pu aussi être autofinancés. Les procédures d'engagement et de contrôle des dépenses fonctionnaient correctement.

Actuellement, on peut affirmer que la structure est financièrement viable comme l'atteste sa propre persistance dans le temps et ceci malgré le non respect de ses engagements par l'État. On constate l'existence d'excédents sur le budget propre de l'établissement (Exercice 2002), un taux de financement interne (recettes tarifaires et budget de l'État) des charges de fonctionnement de 105 %, des provisions comptables pour amortissement, le versement de primes à hauteur de 20 % du salaire moyen des agents. Le système de gestion reste cependant insuffisamment contrôlé avec un taux de recouvrement de 89 % et pas de rapprochement entre les activités et les recettes.

2.2.3. La viabilité institutionnelle des structures et réformes

Le montage institutionnel autour du centre de santé mis en place en Union des Comores a donné lieu à un important travail de conception et d'expérimentation. Ce montage peut être considéré comme viable. Le travail effectué en termes institutionnel et législatif est très important puisqu'en l'absence de cadre légal préalable il s'est agi pour ASI de le créer. Ce travail a contribué fortement à la pérennité de la réforme du système de santé.

2.2.4. L'Intégration des innovations aux systèmes hôtes et l'institutionnalisation

Le rôle de Mitsoudjé

Dans le cas de Mitsoudjé, les innovations introduites dans le centre de santé ont perduré après le retrait d'ASI. Le centre de santé a été adopté par la communauté villageoise et est bien intégré dans la vie locale. Du point de vue du système de santé, il a été dès le départ intégré à la carte sanitaire.

L'expérience Mitsoudjé pourrait apparaître comme une opération relativement coûteuse. Cependant, *a posteriori* et d'après ce qu'il a été possible de comprendre du contexte de l'époque, on peut dire qu'elle méritait certainement d'être tentée. La « valeur » de l'expérience Mitsoudjé est double. En termes opérationnels, de très nombreux acquis ont été capitalisés. Elle a également une valeur symbolique, car elle a permis une rupture avec le passé. L'expérience est restée dans la « mémoire collective » du Ministère de la Santé. Il y fait par exemple très régulièrement allusion dans les documents officiels : en Union des Comores, il y a « l'avant » et « l'après » Mitsoudjé. L'expérience a aussi montré aux cadres du Ministère de la Santé que l'on pouvait vendre des médicaments, cogérer un centre de santé et organiser la participation communautaire. Dans une large mesure, elle est au départ et a permis de justifier la réforme du système de santé qui a suivie : *« Le Ministère de la Santé, après avoir observé le déroulement de l'expérience, s'est très rapidement intéressé à ses résultats. Avant leur validation définitive, il s'en est largement inspiré pour concevoir sa nouvelle réforme des services de santé. »*

La formulation de la réforme du système de santé (1992-1995)

Les résultats obtenus sont considérables puisque, suite à la réforme, le Ministère de la Santé et le système de santé - tant dans sa structure que dans son fonctionnement - a été transformé en profondeur. Nombre d'aspects fondamentaux de la réforme semblent durablement acquis, comme le principe de l'autonomie de gestion des centres de santé et

le recouvrement des coûts (vente des médicaments, tarification des actes). En outre, le cadre législatif subsiste et demeure actuellement la « référence », même si bon nombre de lois ne sont, en pratique, pas appliquées. Ce qui demeure problématique, en revanche, concerne :

- l'acceptation de l'organisation pyramidale du système de santé (l'absence quasi totale de la supervision des centres de santé par les Directions Régionales de la Santé, des postes de santé par les centres de santé et l'inexistence d'un système de référence/contre-référence entre les postes de santé, les centres de santé et les hôpitaux¹¹) ;
- le respect de la carte sanitaire (prolifération de dispensaires et de centres de santé non reconnus, financés en partie par la diaspora comorienne) et ;
- le renforcement de la tutelle et l'application du cadre juridique.

La mise en œuvre de la réforme

Le Programme Spécial d'Évaluation-Sélection des agents du secteur de la santé a permis de rationaliser les emplois de la fonction publique dans le secteur santé tout en accroissant les compétences de celui-ci. On peut considérer que ce travail produit encore des effets (directement et indirectement) aujourd'hui. Ce qui a moins bien fonctionné par contre a été la diffusion de la réforme en périphérie c'est-à-dire la reproduction du modèle Mitsoudjé aux autres centres de santé de l'Union (à l'exception notable du principe de tarification et de la participation communautaire). En 1997, une mission d'évaluation visite 17 centres de santé et deux Centres Hospitaliers Régionaux sur les trois îles. Le rapport constate que : « *D'une manière générale, la réforme est perçue seulement sous l'angle de la tarification des actes médicaux... sur les autres aspects relatifs à l'organisation et au fonctionnement du système, la compréhension fait énormément défaut... Pour l'heure de nombreuses conditions ne sont pas réunies pour la rendre effective* ». Le rapport indique que les Conseils d'administration n'existent pas, que les gestionnaires ne sont pas nommés et que les Associations gestionnaires ne sont pas créées. Il dénonce une confusion des rôles et des responsabilités entraînant des difficultés dans le fonctionnement des centres de santé au niveau de la direction et de la gestion financière (absence de documents comptables, de budgets, inexistence de la gestion de stocks et de systèmes comptables, absence de contrôle sur les opérations). Le second aspect problématique est le non respect de ses engagements par l'État (subventions de fonctionnement non allouées depuis 1995, contrôle de la tarification,

¹¹ Ces deux derniers points sont pourtant explicitement mentionnés dans les documents préparatoires à la réforme.

continuité dans l'affectation des agents). Ces résultats doivent être interprétés au regard du contexte comorien marqué par une forte déstructuration des services de l'État.

2.2.5. Qualité et accessibilité des soins

Il est difficile, voire impossible, d'établir un lien entre l'action d'ASI et l'offre actuelle de santé (quantité et qualité) en Union des Comores, car le nombre de déterminants (et donc de facteurs confondants et de confusion) est important. On peut toutefois affirmer que ce niveau est certainement plus élevé aujourd'hui qu'avant l'expérience Mitsoudjé et la réforme du système de santé. L'action d'ASI y a certainement largement contribué.

Au niveau du centre de santé de Mitsoudjé, le diagnostic de fonctionnalité indique que la qualité des soins curatifs est correcte au regard du profil des prescriptions (deux médicaments par ordonnance) et du taux modéré d'ordonnance avec produits injectables (21.3 %). L'activité est centrée sur les actes curatifs avec des niveaux de fréquentation faibles dans l'absolu même s'ils sont considérés comme relativement plus élevés que dans les autres centres de santé de l'Île avec un taux de fréquentation curative de 0.25 dans la zone d'attraction. Le taux de couverture en soins préventifs varie entre 10 % et 30 % de la population cible selon les actes. Le centre de santé ne supervise pas non plus les formations sanitaires périphériques. Finalement, les soins sont délivrés à un prix élevé avec des dépenses moyennes par recours relativement hautes.

Il ne faut cependant pas sous-estimer les problèmes de santé publique qui se posent actuellement en Union des Comores. Les indicateurs sanitaires restent bien en dessous de ce qui est souhaitable, particulièrement en termes de soins préventifs et de vaccination. Se posent, en particulier, d'importants problèmes de couverture et d'accessibilité financière. En pratique, les centres de santé fixent le tarif des actes à des prix largement supérieurs et hors du contrôle étatique. On peut espérer que ces prix soient « régulés » par les communautés, mais on ne peut pas non plus exclure l'hypothèse d'une exclusion à l'accès aux soins - pour des raisons financières - d'une frange de la population (le centre de santé étant obligé d'atteindre l'équilibre pour survivre).

Au moment de la réalisation des diagnostics de fonctionnalité, sur les 7 centres de santé que compte l'île de Ngazidja (la Grande Comore) : deux avaient été confiés à une ONG, un à la coopération bilatérale chinoise, un était en réflexion et un autre ne fonctionnait pas en raison de conflits inter-villageois. Deux centres de santé seulement étaient

« contrôlés par l'État » (dont un en dehors de la carte sanitaire) et considérés comme fonctionnels sur l'ensemble de l'île.

Ce centre de santé communautaire (Karthala) fruit de l'initiative d'une communauté villageoise créée en 2001 a cependant fait l'objet d'un diagnostic de fonctionnalité. Ce centre, non prévu dans la carte sanitaire, n'a pas respecté les principes de base de la réforme et fonctionne comme une clinique privée. Malgré un apport symbolique de l'État (3,5% des coûts totaux), il parvient à s'équilibrer avec un volume d'activité faible (taux de fréquentation curative de 0.13) et des prestations d'un coût très élevé (trois fois le montant de ceux de Mitsoudjé). Les services préventifs y sont pratiquement inexistantes, la liste de médicaments essentielle n'est pas respectée (utilisation de médicaments de marque) et les prescriptions non rationalisées (50 % des prescriptions avec injectables et 75 % avec antibiotiques). On y retrouve tous les dysfonctionnements liés à l'absence d'exercice de la tutelle.

3. L'intervention de HI au Kenya

3.1. Brève description de l'intervention

Le projet consiste au départ à établir six pharmacies communautaires fonctionnelles au niveau des dispensaires ruraux dans le District de Trans-N'Zoia.

Les objectifs du projet étaient les suivants : assurer un approvisionnement constant en médicaments au niveau local afin de restaurer la confiance de la population dans leurs dispensaires ; permettre aux communautés de se responsabiliser par rapport à leur propre santé ainsi que de participer à la provision de Soins de Santé Primaires ; et promouvoir l'institutionnalisation du projet au niveau du District et de la Province en assurant les conditions de sa répliquabilité.

Les objectifs spécifiques du projet étaient de : développer, sur une base expérimentale, six pharmacies communautaires pérennes liées aux dispensaires ruraux ; renforcer les capacités des communautés à mettre en œuvre, gérer et suivre le développement de leurs pharmacies, comme d'autres activités de santé ; fournir des formations, des supervisions et des conseils aux Comités de Gestion des Dispensaires, aux assistants de pharmacie communautaires et aux infirmiers ; et renforcer les procédures de collecte des données pour une provision de médicaments adéquate.

Ces objectifs dépassent de loin le seul établissement des pharmacies communautaires puisqu'il s'agit aussi de renforcer les Soins de Santé Primaires.

Le projet a été mis en œuvre par HI en collaboration avec l'Équipe Cadre du District. Un important travail de sensibilisation communautaire et d'identification des besoins a été mené avant l'ouverture des premières pharmacies. Actuellement, le District compte neuf pharmacies communautaires. Construites par les communautés, elles ont reçu un appui d'HI au niveau de la conception architecturale.

La gestion des pharmacies est sous la responsabilité des Comités de Gestion du Dispensaire. Ceux-ci sont les « propriétaires »¹² des pharmacies communautaires et des dispensaires ruraux, du stock de médicaments et sont responsables de la gestion du dépôt. Les Comités de Gestion du Dispensaire recrutent également les assistants de pharmacie communautaire. Ils sont composés d'une douzaine de membres dont un Président, un Vice-président et un trésorier. L'infirmier en charge du dispensaire est représenté dans le Comité de Gestion du Dispensaire. Les pharmacies doivent être enregistrées auprès du Ministère de la Santé Publique et du Ministère de la Culture et des Services Sociaux.

Les assistants de pharmacie communautaire sont responsables de la gestion quotidienne des pharmacies. Ils délivrent les médicaments, gèrent les stocks et tiennent à jour les registres. Ils sont supervisés par les Comités de Gestion du Dispensaire et l'infirmier en charge du dispensaire. Les assistants de pharmacie communautaire reçoivent une petite rémunération insuffisante cependant pour en vivre dans le contexte local.

L'Équipe Cadre du District n'est responsable que des aspects techniques des pharmacies communautaires (respect de la liste des médicaments essentiels, tarifs, délivrance sur prescriptions). En dehors de ces aspects, il n'a pas d'autorité sur elles. Ceci est vrai également pour les dispensaires ruraux à une grande différence près : le statut du personnel. En effet le personnel infirmier d'un dispensaire rural fait partie du personnel du Ministère de la Santé et à ce titre doit répondre à l'Équipe Cadre de District. Les assistants de pharmacie communautaire ne font pas partie de la fonction publique et ne dépendent que des Comités de Gestion du Dispensaire.

HI a formé – sur place et en collaboration avec l'Équipe Cadre du District - les Comités de Gestion du Dispensaire des trois premières pharmacies communautaires fin 1996. Les autres pharmacies ont reçu des formations équivalentes en 1998. L'Équipe Cadre de District n'aurait pas été associée à cette dernière série de formations. Ces formations ont porté sur les matières suivantes : comptabilité, tenue de registres ; achat, vente et gestion de stock des médicaments ; leadership, communication et relations publiques.

¹² Ils n'ont cependant pas la personnalité juridique.

Par la suite, une formation continue a été offerte lors des supervisions d'HI et de l'Équipe Cadre. Un ensemble d'outils et de procédures de gestion a été progressivement mis au point par HI. Il s'agit de divers registres, de feuilles de stock, etc.

Préalablement à l'introduction des médicaments, une étude préliminaire sur la situation en termes d'approvisionnement des médicaments (quantité, stocks, prix, etc.) des dispensaires ruraux a été réalisée par HI. La dotation initiale en médicaments a généralement été fournie par l'ONG. Mais dans un certain nombre de cas, elle a été assumée par la communauté. Des dotations ultérieures n'ont pas été nécessaires. Les médicaments ont été introduits très progressivement. L'approvisionnement se fait auprès de MEDS (Mission for Essential Drug Supplies), une centrale d'achats privée et confessionnelle où les médicaments sont subventionnés. Leur liste a été négociée avec le Ministère de la Santé. Les pharmacies n'ont pas le droit de s'écarter de cette liste. Dans la pratique, quelques dérapages ont cependant été constatés. Par exemple, certaines pharmacies complètent leur approvisionnement localement, ce qui entraîne des "mises au point" régulières de la part de HI et/ou de l'Équipe Cadre du District. La tarification des médicaments ne revient pas aux Comités de Gestion du Dispensaire. Il s'agit d'une décision conjointe de l'Équipe Cadre et de HI.

Lors de la mise en place des pharmacies, les supervisions de HI étaient intensives et régulières (bimensuelles). Une fois les procédures au point et les pharmacies opérationnelles, elles se sont déroulées mensuellement.

Après deux années de fonctionnement et de supervision par HI, l'Équipe Cadre du District est censée reprendre les supervisions (également sur une base mensuelle), mais le rythme de supervision est, en pratique, de l'ordre de 6 ou 7 par an, ce qui d'après HI n'est pas suffisant. HI ne s'est cependant pas complètement désengagé des pharmacies. Ainsi, plusieurs audits, commandités par HI, ont été réalisés entre 1998 et 2001.

3.2. Les résultats obtenus en termes de pérennité au Kenya

3.2.1. La fonctionnalité des pharmacies communautaires

Malgré quelques problèmes récurrents, les pharmacies communautaires peuvent être considérées comme fonctionnelles. En particulier les Comités de Gestion du Dispensaire fonctionnent de façon plus ou moins autonome et se réunissent régulièrement, les assistants des pharmacies communautaires sont en place et surtout les pharmacies sont régulièrement approvisionnées en médicaments. La rétribution des assistants de

pharmacie, de même que la possibilité (informelle) pour les Comités de Gestion du Dispensaire d'utiliser une partie des bénéfices des pharmacies communautaires pour leur propre usage (par exemple le défraiement des repas) contribue à la fonctionnalité de celles-ci. En même temps, cette rétribution, en l'absence de cadre juridique clair, de possibilités de contrôle par la communauté et de supervision par l'Équipe Cadre du District (cf. 3.2.3.), fragilise la viabilité financière des pharmacies communautaires.

3.2.2. La viabilité des pharmacies communautaires

Le recouvrement des coûts (fonds de roulement) au niveau des pharmacies communautaires est fonctionnel et la viabilité financière est assurée (sous réserve cependant d'une supervision régulière et dans le contexte actuel). Les bénéfices dégagés (pour certaines pharmacies) ont permis de développer des activités génératrices de revenu : élevage, cultures, protection de sources, etc. La pertinence de certains de ces projets pose cependant problème en termes de Soins de Santé Primaires et en termes de pérennité des effets puisque les pharmacies communautaires peuvent s'écarter de leurs objectifs de départ qui est de garantir un accès aux médicaments pour tous.

En termes de viabilité, les pharmacies communautaires rencontrent deux problèmes. En premier lieu, certaines d'entre elles ont souffert de "malversations". Le plus souvent, elles sont orchestrées par des membres des Comités de Gestion du Dispensaire et, dans une moindre mesure, par des assistants de pharmacie communautaire. La pratique la plus courante est celle de " l'emprunt" auprès de la caisse des pharmacies par des membres des Comités de Gestion du Dispensaire. La caisse a pu parfois servir à organiser des "déjeuners de travail", mais aussi pour organiser des fêtes lors d'élections. Ces "arrangements" portent le plus souvent sur des petites sommes, mais, au total le phénomène peut finir par peser lourd. Dans certains cas, les sommes « empruntées » sont plus importantes.

En deuxième lieu, les pharmacies communautaires n'ont pas remplacées les pharmacies officielles des dispensaires. A l'origine du projet de pharmacies communautaires, les pharmacies du dispensaire étaient régulièrement en rupture de stock. Avec le temps cependant l'approvisionnement s'est amélioré. Le problème qui demeure est que l'approvisionnement est imprévisible au niveau local. La décision de fournir telle ou telle pharmacie est décidée au niveau du Ministère de la Santé selon des critères peu transparents et l'Équipe Cadre du District n'est pas en mesure de savoir quand et quel dispensaire sera approvisionné. Cependant lorsqu'une pharmacie de dispensaire est fournie, les comptes et la viabilité financière des pharmacies communautaires déclinent.

Cette co-existence de deux pharmacies n'a pas posé trop de problèmes jusqu'à maintenant, mais cela pourrait changer avec l'introduction progressive de systèmes de mutuelles ou du recouvrement des coûts au niveau des dispensaires. En outre, d'un point de vue économique la co-existence des deux systèmes ne contribue pas à une gestion rationnelle du dispensaire (duplication des locaux, des registres et des pharmaciens) et peut avoir un effet démotivant sur les gestionnaires.

3.2.3. La viabilité institutionnelle des structures

Les pharmacies communautaires se sont coulées dans le cadre institutionnel existant au niveau des dispensaires ruraux. En pratique, des statuts spécifiques n'ont donc pas été élaborés pour les pharmacies communautaires. L'absence d'un cadre juridique clair concernant ces pharmacies notamment en ce qui concerne l'utilisation et le contrôle des caisses avec, en particulier, la question du retour vers la communauté pour la régulation des décisions prises par les membres des Comités de Gestion du Dispensaire mine leur viabilité financière et leur pérennisation dans le long terme. Ceci est renforcé par le rôle de supervision des autorités sanitaires (Équipe Cadre de District) qui n'est pas non plus clairement défini à la fois quant à la fréquence et au contenu (avec l'absence de droit de regard sur l'utilisation des bénéfices des pharmacies communautaires et le contrôle des Comités de Gestion du Dispensaire).

3.2.4. L'Intégration de l'innovation aux systèmes hôtes et l'institutionnalisation

Les pharmacies communautaires sont bien intégrées dans les dispensaires et dans la vie locale. Malgré certaines critiques portant sur leur rôle dans les Soins de Santé Primaires, elles sont aussi acceptées par l'Équipe Cadre du District. Cependant elles n'ont aucun statut légal. En dépit des résultats obtenus, la pérennité de l'action d'HI reste insuffisante et fragile à ce niveau. Si la viabilité financière et la qualité des prestations fournies par les pharmacies communautaires paraissent relativement assurées, l'absence d'ancrage institutionnel solide (absence de statut juridique et conflit avec la politique nationale en matière de santé communautaire) et les possibilités de dérives quant à l'utilisation des bénéfices dégagés par les pharmacies peuvent à terme remettre en question les résultats jusqu'ici obtenus.

En termes de diffusion de l'expérience, aucune institutionnalisation au niveau de la Province ou au niveau national n'a à ce jour été tentée et le projet reste cantonné dans son District. A ce niveau, l'enjeu est de synthétiser les acquis du projet au niveau local et national, et finalement, d'entamer des discussions avec les nombreuses autres ONG engagées dans des projets similaires. Le Ministère de la Santé pourra alors être mis à

contribution pour définir une politique concernant l'avenir des pharmacies communautaires au niveau du pays.

Que ce soit au niveau national ou du District, l'avenir des pharmacies communautaires reste incertain. Il dépend pour une large part des choix que feront les prochains Gouvernements kenyans, de l'évolution de la politique sanitaire du pays et des ressources allouées au secteur. La politique nationale en matière de traitement des maladies opportunistes du HIV/SIDA rentre également en ligne de compte dans la mesure où les pharmacies communautaires pourraient y jouer un rôle important et redevenir une priorité du Ministère de la Santé.

La co-existence de deux pharmacies situées à quelques dizaines de mètres l'une de l'autre, l'une dispensant gratuitement les médicaments et l'autre payante, ne pourra probablement pas subsister. L'une devra disparaître à moins qu'elles ne fusionnent toutes les deux. Se posera alors le problème de négocier un statut et la propriété et de ces pharmacies (État, communautés ou individu(s) ?) et la façon dont les revenus générés seront affectés.

3.2.5. Qualité et accessibilité des soins

Actuellement, le projet de pharmacies communautaires répond toujours à un besoin des communautés et du système de santé. Elles assurent un approvisionnement régulier en médicaments dans les zones couvertes ce qui ne peut contribuer qu'à la qualité des soins offerts par les dispensaires ruraux. Elles assurent aussi un certain "confort" aux populations en termes de déplacements (et des frais afférents). Le contrôle de l'offre de médicaments et des tarifs appliqués par l'Équipe Cadre du District (entre autres les anti-paludiques) contribue à préserver l'état de santé à long terme de la population et l'accessibilité aux soins.

4. L'intervention d'AOI au Burkina Faso

4.1. Brève description de l'intervention d'AOI au Burkina Faso

Le projet s'intitule « Projet d'appui au plan national de santé bucco-dentaire dans les provinces : Houet, Comoé, Kéné Dougou, Tuy et Leraba ». L'objectif général du projet d'appui au PNSBD est de promouvoir la santé bucco-dentaire de la population dans le cadre des Soins de Santé Primaires. Il s'intègre donc au PNSBD. Ce dernier existe depuis 1991-1992 et a été élaboré par le Ministère de la Santé à la demande et en collaboration avec l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Le PNSBD est sous la responsabilité de

la Direction de la Médecine Préventive du Ministère. Il a pour objectif général de promouvoir la santé bucco-dentaire dans le cadre des Soins de Santé Primaires. Ses objectifs spécifiques sont de : réduire la morbidité dans le domaine de la santé bucco-dentaire notamment chez les enfants ; renforcer les infrastructures de santé bucco-dentaire et améliorer leur fonctionnement et utilisation ; former le personnel de santé bucco-dentaire adéquat ; assurer une prise en charge correcte des affections bucco-dentaires dans les formations sanitaires et dans les communautés ; développer la recherche en santé bucco-dentaire.

Le projet d'appui possède les quatre objectifs spécifiques suivants :

- améliorer les habitudes d'hygiène bucco-dentaire de la population et d'abord celles des enfants et des femmes en âge de procréer ;
- améliorer l'accessibilité de la population en milieu rural à un « Paquet Minimum d'Activités » curatives et promotionnelles en santé bucco-dentaire intégré aux activités des Districts ;
- améliorer le fonctionnement et la qualité des soins au niveau des Services Dentaires de Référence ;
- développer les compétences en santé publique des Chirurgiens-dentistes et l'intégration des soins de santé bucco-dentaire dans le système de santé.

Le projet s'est déroulé en deux phases distinctes. Une première entre 1995 et 1997 et la seconde entre 1997 et 2003. Les deux phases se sont déroulées dans les mêmes zones d'intervention qui couvrent à la fois des zones rurales et urbaines. Le projet n'appuie cependant pas le PNSBD sur l'ensemble du territoire. Il s'agit plutôt de le mettre en œuvre dans une région particulière. Le projet n'appuie pas non plus financièrement la coordination du PNSBD au niveau du Ministère de la Santé.

Il comporte trois volets principaux : le curatif, le préventif et le renforcement des capacités. La première phase a surtout concerné le curatif alors que la seconde s'est centrée sur le préventif.

Pour l'essentiel, le volet curatif a consisté à réhabiliter et à fonctionnaliser quatre Services Dentaires de Référence, des structures de deuxième niveau. Ceux-ci ont été dotés en équipements, fauteuils dentaires, médicaments et consommables. Lors de la deuxième phase, ce volet, même si moins prioritaire, a connu des activités : appui continu à la gestion des Services Dentaires de Référence ; mission de formation-évaluation de ces derniers dans les domaines de l'hygiène et de la qualité des soins ; formation d'un technicien de maintenance préventive ; formation en alternance d'un

prothésiste dentaire. Surtout, il s'agissait de mettre un œuvre un « Paquet Minimum d'Activités » en soins de santé bucco-dentaires au niveau des Districts de Santé : centres de santé et de promotion sociale et centres médicaux avec antenne chirurgicale. En septembre 1996, un séminaire/atelier a permis de préciser la mise en place du « Paquet Minimum d'Activité » et à partir de 1988 du travail préparatoire à la décentralisation des activités de santé bucco-dentaire a été réalisé (identification d'un District et de centres de santé et de promotion sociale).

Le volet préventif comprenait trois points : les activités d'IEC conduites auprès des enfants d'âge scolaire et des femmes en âge de procréer ; la mise au point et la distribution d'une pâte fluorée à un prix accessible ; une enquête socio-épidémiologique initiée en collaboration avec le Centre collaborateur de l'OMS de Copenhague. A partir de 1998, ce volet s'est développé avec : un atelier de définition d'une stratégie nationale de prévention en santé bucco-dentaire (2000) ; et la création de cellules IEC dans deux Districts.

L'IEC comporte un volet scolaire et un volet communautaire. En milieu scolaire, il s'est agi de former les enseignants à la diffusion de messages préventifs. Au niveau communautaire, l'IEC a fonctionné à travers des cellules intersectorielles au niveau des Districts. Des animateurs/animatrices ont été identifiés et dotés de mobylettes. Les techniques d'animation, la pédagogie et la réalisation des supports ont été sous contractées à une ONG du Sud ayant une expérience importante en animation communautaire. Celle-ci a conçu les supports pédagogiques et une approche méthodologique pour diffuser les messages de santé bucco-dentaires. Outre les activités en milieu scolaire, des animations diverses (concours, dessins etc.) ont été mises en place ainsi que des programmes radiophoniques. Il était prévu que les formateurs de l'ONG du Sud forment eux-mêmes des formateurs de manière à réaliser des formations en cascade. Dans sa mise en œuvre pratique, l'IEC a connu de nombreuses difficultés (après des débuts prometteurs). Dans un District, les enseignants chargés des activités préventives en milieu scolaire n'ont pas voulu assurer le suivi des formations, car elles n'étaient pas prévues dans leur programme et n'étaient pas rémunérées. L'ONG n'a également n'a pas été au bout de ses engagements et n'a pas formé d'animateurs à sa méthodologie ce qui constitue une contrainte à la diffusion de l'approche.

La pâte fluorée a fait l'objet d'un important travail de préparation technique. Quoique très avancé il n'a pas abouti et la distribution de la pâte fluorée a finalement été abandonnée. Le Ministère des Finances a bloqué abruptement le dossier, en argumentant que la pâte n'est pas un médicament, mais un cosmétique du fait de sa composition. Elle

ne peut, de ce fait, être exemptée de taxe, ce qui la rend finalement aussi cher que n'importe quelle pâte commerciale. Les raisons du blocage du dossier, alors qu'il existe de nombreuses instances de concertation et qu'il avait l'appui du Ministère de la Santé, ne sont pas très claires. On ne peut pas exclure la possibilité de pressions des milieux industriels et commerçants.

L'enjeu sanitaire du « Paquet Minimum d'Activités » était de permettre aux infirmiers des centres de santé et de promotion sociale de prendre en charge l'urgence, y compris la réalisation d'un certain nombre d'actes techniques, dont l'extraction, traditionnellement réservée aux Chirurgiens-dentistes et aux Infirmiers Spécialistes en Odontologie et de pouvoir réaliser de l'éducation à la santé bucco-dentaire. Au niveau des centres médicaux avec antenne chirurgicale, le « Paquet Complémentaire d'Activités » incluait les mêmes activités, mais également l'introduction et une formation à un Traitement de Restauration Atraumatique. La mise en œuvre du « Paquet Minimum d'Activités » a été difficile. Elle a d'abord connu un retard important suite à l'inexistence d'un consensus entre les acteurs de la santé bucco-dentaire à propos de sa légitimité. Ce n'est qu'après 2000 et l'organisation d'une conférence de consensus au niveau national que ce volet a été approuvé (sous réserve cependant qu'un certain nombre de conditions d'application soient réunies). Seulement une formation a eu lieu, après l'arrêt du financement de la Commission Européenne (mars 2004). Elle a été financée sur les fonds propres d'AOI. Elle reste très controversée au niveau du fond.

4.2. Les résultats obtenus en termes de pérennisation au Burkina Faso

En ce qui concerne la pérennisation de l'action d'AOI, de nombreux résultats ont été enregistrés. On doit cependant distinguer entre les volets d'activités. Il faut aussi distinguer entre la pérennité des innovations portées par le projet proprement dit et la pérennisation de l'approche de santé publique innovante de AOI qui est en finale la plus importante en termes de diffusion de l'innovation.

4.2.1. La fonctionnalité des Services Dentaires de Référence

Paradoxalement, le volet curatif (en dehors de toute problématique de pérennisation) est celui qui a le mieux fonctionné avec l'IEC. A la clôture du projet, les fauteuils étaient toujours en place dans les Services Dentaires de Référence et plus ou moins fonctionnels. Les systèmes de gestion n'ont cependant pas été mis en place et les problèmes d'approvisionnement en consommables et de maintenance sont restés sans solution. Quoique les mesures d'accompagnement aient rencontré des problèmes, tout ceci ne porte pas à conséquence sur la fonctionnalité des Services Dentaires de Référence. En

effet, les Chirurgiens-dentistes et les techniciens ont eu recours à leurs propres systèmes et réseaux de relations pour s'approvisionner en médicaments et en petit équipement et assurer la maintenance des fauteuils. Ces systèmes « peu rationnels » ont cependant une influence sur la viabilité financière.

4.2.2. La viabilité financière des Services Dentaires de Référence

Au vu du diagnostic de fonctionnalité (5) et de l'analyse du projet on peut conclure que la pérennité des services dentaires de référence est problématique, principalement à cause de la carence de maintenance des équipements, et d'un système d'approvisionnement en produits et consommables peu effectif et contrôlable. Les Services Dentaires de Référence du Burkina Faso sont financièrement non viables et difficilement pérennes sans appui financier « extérieur » et dépendent donc de celle-ci. On notera que AOI était cependant réservée par rapport à la pertinence et aux possibilités de pérennisation du volet curatif en zone rurale (Orodara). Ce volet a en fait l'objet d'une négociation entre le Ministère de la Santé et AOI.

Certes, le diagnostic de fonctionnalité indique qu'en 2000, la viabilité du Service Dentaire de Référence d'Orodara avait été presque atteinte (y compris l'amortissement du fauteuil dentaire) suite à une hausse de la fréquentation et que l'équilibre était réalisable sous condition d'une réduction du personnel (en situation de pléthore). Mais les conditions particulières qui ont permis d'atteindre ce résultat (dynamisme et motivation du Chirurgien-dentiste) sont difficilement reproductibles à large échelle.

Le problème de la pérennisation des soins dentaires de deuxième niveau ne doit cependant pas être abordé en termes trop étroits. En effet, s'il est clair que le nombre de consultations et les ressources générées par ces dernières ne permettent pas d'amortir le fauteuil dentaire et de constituer une réserve pour son remplacement, dans la pratique, il peut en être tout autrement. Au niveau de la structure de référence, dans la gestion quotidienne, les ressources générées par les différents services (santé bucco-dentaire, chirurgie, radiologie, etc.) sont mises en commun. Si les revenus de la santé bucco-dentaire ne leur sont pas toujours restitués et servent à d'autres priorités, rien n'empêche en théorie, que la Direction de la structure décide de contribuer à l'achat d'un nouveau fauteuil ou à remédier à un manque de consommables si nécessaire. Ne serait-ce que pour tenter de maintenir le peu de revenus apportés par le service de dentisterie.

4.2.3. La viabilité institutionnelle des structures et programmes

Malgré le fait que le projet a tenté une rationalisation de la gestion des services bucco-dentaires, aucune réflexion ne semble avoir été faite sur l'organisation des relations financières entre les Services Dentaires de Référence et la structure du second échelon (Centre Médical avec Antenne Chirurgicale) dans lesquels ils s'insèrent.

4.2.4. L'Intégration des innovations aux systèmes hôtes et l'institutionnalisation

S'agissant d'un projet d'appui à un programme national, il est par définition intégré et institutionnalisé au niveau national. Par contre son intégration en termes opérationnels au niveau des Districts a été plus faible. De même les innovations techniques portées par le projet n'ont pas été jusqu'ici diffusées en dehors des zones d'intervention.

Pour évaluer l'importance du travail réalisé par AOI, il faut souligner le caractère très innovant du projet dans le contexte du Burkina Faso et les fortes résistances rencontrées au niveau des associations professionnelles. Au vu des résultats présentés, et dans les conditions actuelles, les innovations portées par le projet ne sont pas pérennisées et difficilement pérennisables. Néanmoins, la pérennisation de l'approche innovante proposée par AOI (approche de la santé bucco-dentaire en termes de santé publique) peut être envisagée sur le plus long terme. Les formations en santé publique réalisées par le projet sont probablement les activités qui auront le plus d'effet à long terme. Les cadres du Ministère de la santé et les Chirurgiens-dentistes qui ont été formés constitueront dans le futur des personnes ressources pour développer une approche de santé publique dans le domaine de la santé bucco-dentaire. De manière plus globale, le projet d'AOI contribue au changement de paradigme sur la façon d'aborder la santé bucco-dentaire même si les résistances sont bien réelles. La simple existence du PNSBD constitue un indice de pérennisation à long terme.

4.2.5. La qualité et l'accessibilité aux soins

Les rapports de fonctionnalité contiennent peu d'information permettant d'évaluer cette dimension. L'échelle du projet et le fait que le processus de pérennisation n'en est qu'à ses débuts ne permettent pas vraiment de prendre en considération ce critère.

G. LES INNOVATIONS, LES SYSTÈMES DE SANTÉ HÔTES ET LES CONTEXTES GLOBAUX

1. Introduction

Avant de nous lancer dans l'analyse des facteurs favorables ou défavorables à la pérennisation, et puisque nous nous intéressons aux interactions entre les innovations introduites par les ONG et les systèmes de santé, il est utile de décrire les innovations (portées par chaque projet d'appui), les systèmes de santé hôtes et un certain nombre de facteurs propres à chaque pays.

2. Les innovations portées par les projets

Dès leur conception, les trois projets se présentent comme « pilotes », porteurs d'innovations (parfois très importantes) et affichent un objectif de pérennisation. Aussi, les innovations ne doivent pas être estimées dans l'absolu, mais au regard des contextes dans lesquels elles se sont développées.

2.1. Les innovations introduites en Union des Comores

Le projet ASI, que ce soit dans sa phase Mitsoudjé ou dans sa phase d'appui à la réforme du système de santé, est probablement le plus innovant. Mais il faut préciser qu'il se déroule dans un contexte où le système de gestion et de financement des services de santé est quasi-inexistant et où le système de santé dans son ensemble est peu organisé (Cf. section 3.1.).

Le projet de création d'un centre de santé à Mitsoudjé comporte les innovations suivantes :

- l'adoption d'un système de financement conjoint entre le FENU, le Ministère de la Santé et la communauté villageoise de Mitsoudjé pour la construction et le fonctionnement du centre de santé ;
- la mise en place du recouvrement des coûts en lieu et place des soins gratuits ;
- le recrutement d'un médecin-chef comorien par ASI et la reprise de son poste par la fonction publique dans un contexte où les centres de santé étaient dirigés par des médecins expatriés (Volontaires des Nations Unies) ;
- l'élaboration d'un schéma thérapeutique par le médecin-chef, y compris la négociation de l'extension de la liste des médicaments essentiels avec le Ministère de la Santé (tout en respectant l'esprit de celle-ci) ;

- l'introduction de structures de gestion innovantes (Comités de Gestion et de Cogestion) ;
- une organisation spatiale de la participation communautaire autour des services du centre de santé ;
- une mise à disposition dans un centre de santé juridiquement autonome d'agents de la fonction publique ;
- l'organisation d'une rémunération supplémentaire du personnel sous forme de primes (environ 30% du salaire) financées par le centre de santé.

Dans le contexte comorien, et même au-delà, la réforme du système de santé est innovante. Outre les innovations propres à Mitsoudjé (recouvrement des coûts, tarification, structures de gestion, etc.), on peut souligner la création d'un cadre juridique auquel ASI apporte un appui conséquent en termes de conception et la création d'une « Cellule de Mise en Place de la Réforme ». Le point le plus important est certainement le statut juridique accordé aux formations sanitaires de la périphérie. Il s'agit, avec les centres de santé au Mali, de deux cas où des statuts d'économie sociale (privés à but non lucratif) ont été attribués à des services de statut public.

2.2. Les innovations introduites aux Kenya

Dans le contexte Kenyan, en 1996, l'introduction du concept de pharmacies communautaires n'est pas vraiment une innovation. Suite à l'adoption de l'Initiative de Bamako par le Gouvernement, de très nombreux projets de pharmacies communautaires avaient été mis en place sous l'impulsion de l'Unicef dès le début des années 90. Le projet de pharmacies communautaires de HI est cependant innovant en ce que les pharmacies communautaires sont situées au niveau des dispensaires ruraux (pour certaines au niveau des centres de santé) alors que, dans les autres projets, elles sont basées au niveau des villages et gérées directement par les Comités de Santé Villageois et/ou les agents de santé communautaire. Cette différence était voulue dès le départ par HI et l'Équipe Cadre du District. L'avantage de localiser les pharmacies communautaires dans les dispensaires était : de faciliter le contrôle de la pharmacie par les infirmiers ; de pouvoir élargir la liste des médicaments (antibiotiques) qui ne peuvent pas être dispensés aux agents de santé communautaires ; d'augmenter la fréquentation des dispensaires en leur permettant de traiter un plus large éventail de problèmes de santé.

2.3. Les innovations introduites au Burkina Faso

Dans le contexte des soins de santé bucco-dentaires au Burkina Faso (Cf. section 3.3.), le projet AOI comporte de nombreuses innovations. En réalité, c'est toute l'approche

promulguée qui est innovante. Mentionnons particulièrement : l'accent mis sur la prévention des affections bucco-dentaires (IEC, pâte fluorée) et l'intégration et la rationalisation des soins bucco-dentaires au niveau des Soins de Santé Primaires et des échelons périphériques du système de santé. Le projet est « pilote » également parce qu'il s'agit de démontrer aux acteurs de la santé bucco-dentaire qu'il est possible de mener une approche de santé publique dans le domaine et qu'une alternative existe à la chirurgie ou aux soins tels qu'ils sont pratiqués dans le Nord. Les alternatives se posent en termes d'approches, de techniques, de couverture et de prévention.

Le projet se veut être un projet de démonstration, pour le Burkina Faso et pour les autres pays de la région. Cependant, dans l'esprit d'AOI, il ne s'agissait pas à proprement parler d'institutionnaliser, à ce stade, les innovations au niveau national. Ce caractère pilote et/ou de « recherche-action » s'explique par le fait que les approches de santé publique préconisées dans le PNSBD sont novatrices dans le contexte burkinabé et en Afrique francophone et nécessitent donc de nombreuses expérimentations, la mise au point de normes et de procédures, etc.

3. Les systèmes de santé hôtes aux trois projets

Les systèmes de santé dans lesquelles se sont déroulées les interventions sont très différents.

3.1. Brève description du système de santé en Union des Comores

En Union des Comores, à l'indépendance (1975), le système de santé est pour l'essentiel hérité du système colonial français et centré autour de l'hôpital et de quelques dispensaires. Au milieu des années 80, date des premières interventions d'ASI, le système est à l'agonie et inorganisé. En outre, la tutelle est très faible.

3.2. Brève description du système de santé au Burkina Faso et au Kenya

Au Burkina Faso et au Kenya, les interventions se déroulent dans un cadre plus classique et préexistant. Dans ces deux pays, le système de santé se caractérise notamment par une organisation pyramidale à trois niveaux, la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires, de l'Initiative de Bamako et le recouvrement des coûts. Le système est fortement décentralisé au niveau des Districts de Santé et de son Équipe Cadre. Chaque District est organisé sur deux échelons à vocations complémentaires : le premier ou échelon de contact et le deuxième ou échelon de référence. Une équipe médico-technique - l'Équipe Cadre du District - assure le fonctionnement et le dynamisme de

l'ensemble du système. Pour chaque échelon, il a été défini un « Paquet Minimum d'Activités » concernant les soins à dispenser et un plateau technique correspondant (infrastructure, équipement, personnel, logistique, finance, etc.). Dans ces deux pays, l'État, s'il manque de ressources financières, est cependant structuré et l'administration sanitaire apparaît comme relativement efficace. Il existe pourtant des différences. Au Kenya, la politique de santé accorde une très large place à l'Initiative de Bamako. Le recouvrement des coûts a été partiellement introduit sous l'étiquette de *cost-sharing* dès le début des années 90 au niveau des hôpitaux et des centres de santé. Une partie seulement de l'argent provenant de ces structures est destinée au recouvrement des coûts, l'autre devant servir à des activités préventives et promotionnelles, dans l'esprit de l'Initiative de Bamako. En outre, et même s'il en a parfois été question, le concept n'a pas été introduit au niveau des dispensaires ruraux. À ce niveau, les soins restent pour l'essentiel gratuits.

3.3. Les soins de santé bucco-dentaires au Burkina Faso

L'organisation des soins de santé bucco-dentaires au Burkina Faso est pour l'essentiel héritée du système occidental. Les soins sont dispensés dans les structures de référence de l'État essentiellement dans les Hôpitaux Généraux de Référence et dans les centres médicaux avec antenne chirurgicale, bref dans les structures situées vers le haut de la pyramide sanitaire (2^{ème} ou 3^{ème} échelon), pour l'essentiel situées en milieu urbain alors que la population est majoritairement rurale (85%). Rien ou très peu n'existe au niveau des centres de santé et de promotion sociale périphériques, particulièrement dans les régions rurales. A ces niveaux, les « Paquets Minimum et Complémentaire d'Activités » ne font allusion à aucune prestation concernant la santé bucco-dentaire. Dans les cabinets, les activités sont essentiellement curatives et de haute technicité (le référent étant le cabinet dentaire occidental). Pour la plupart, les Chirurgiens-dentistes ont d'ailleurs été formés en France ou dans d'autres pays européens. Ces chirurgiens sont très peu nombreux au regard de la population (en 2000, 54 Chirurgiens-dentistes étaient recensés soit 1 pour environ 150.000 habitants) et exercent pour l'essentiel d'entre eux en milieu urbain. Pour pallier ce manque, des Infirmiers Spécialistes en Odontologie ont été formés (devenus des Attachés de Santé en Odontologie). Un des objectifs à l'origine de la création de ces catégories de personnel était de les déployer en milieu rural. Dans la pratique, ces derniers sont cependant restés en ville et effectuent le travail des Chirurgiens-dentistes, ce qui n'assure pas la complémentarité technique et géographique souhaitée.

4. Les contextes globaux

Les contextes politiques, économiques et socioculturels des trois pays dans lesquels se sont déroulés les interventions n'ont pas fait l'objet d'une analyse approfondie et détaillée. Un certain nombre de facteurs relatifs à ces contextes qui portent à conséquence (parfois très importante) sur la pérennisation ont toutefois pu être relevés. Nous les récapitulons ci-dessous.

4.1. Union des Comores

En Union des Comores, l'état de délabrement et d'inorganisation du système de santé et la faiblesse de l'État ont de fait offert de nombreuses opportunités de changement et étaient favorables à l'introduction d'innovations. Cependant, depuis la sécession de l'île d'Anjouan en 1997, l'archipel est rentré dans une période de crise politique institutionnelle profonde qui perdure. Cette instabilité explique pour une large part les difficultés rencontrées par le projet Santé II. Elle explique la faiblesse générale du Gouvernement et de la tutelle, les conflits et oppositions entre les Directions Régionales de la Santé et le Ministère de la Santé, les difficultés rencontrées pour le remboursement de la dette et finalement la clôture abrupte du projet. Dans un premier temps, la faiblesse de l'État permet la mise en œuvre de l'expérience Mitsoudjé (à travers le délabrement du système de santé de l'époque). Mais, dans un deuxième temps, ce même facteur constitue un frein à la diffusion de l'innovation au niveau périphérique. La société comorienne se caractérise par l'existence de forts réseaux d'entraide et de solidarité au niveau local. La vie communautaire et associative est intense et se perpétue au niveau de la diaspora. Elle est également fortement hiérarchisée. La « notabilité » et le droit d'aînesse y jouent des rôles très importants. La force de l'organisation et de l'identité communautaire est l'une des composantes essentielles de la pérennisation de l'expérience Mitsoudjé. Inversement ce « terreau communautaire », typique à la société comorienne, nuit à la mise en place de la réforme, particulièrement dans son aspect « renforcement » de la tutelle, et constitue un frein à l'intégration du système de santé publique. On peut se demander si le succès de la prise en charge des centres de santé villageois par les communautés ne participe pas lui-même d'un affaiblissement de la tutelle. Finalement, le même facteur jouerait positivement au niveau périphérique et négativement à l'échelon plus élevé.

4.2. Burkina Faso

Le Burkina Faso est l'un des pays les plus pauvres au monde (178^{ème}). Si l'État est politiquement stable, les ressources dont il dispose sont très faibles, limitant ses

possibilités d'appuyer et de développer le PNSBD. Cette faiblesse des ressources contribue également à la « perdiemite généralisée » qui, si elle existe dans de nombreux pays, a pris dans ce pays une ampleur exceptionnelle. La moindre activité (réunion, formation, déplacement, etc.) liée à l'exécution d'un projet de développement se doit d'être « gratifiée » en argent en plus des rémunérations officielles déjà versées, ce qui rend très difficile toute pérennisation ou institutionnalisation des activités d'un projet. Celles-ci s'arrêtent ou ne sont plus prises en charge dès que le projet se termine officiellement.

4.3. Kenya

Au Kenya, il est important de signaler que le District de Trans-N'Zoia est relativement riche (c'est le « grenier à maïs » du pays). Cette richesse joue sur la pérennisation des pharmacies, car il a une implication sur la motivation des acteurs en présence, notamment les autorités sanitaires et le personnel de santé qui a généralement choisi de se faire muter dans ce District « dynamique ». Au Kenya, la possibilité d'approvisionnement en médicaments auprès de MEDS permet un réapprovisionnement relativement aisé des pharmacies communautaires, facteur qui facilite la pérennisation de leur service (l'approvisionnement régulier étant leur fonction première).

H. L'ANALYSE TRANSVERSALE : FACTEURS FAVORABLES ET DÉFAVORABLES À LA PÉRENNISATION ET RECOMMANDATIONS

1. Introduction

Le nombre de facteurs pouvant influencer la pérennité et le processus de pérennisation des innovations soutenues par un projet d'appui est important. S'ils varient selon le type de projet mis en œuvre et les innovations introduites, les contextes, les systèmes de santé hôtes, etc., ils sont uniques à chaque configuration. Il n'est dès lors pas possible de proposer une procédure standardisée pour arriver à une pérennité des innovations introduites au niveau d'un système de santé par des ONG. Toutefois, il est possible d'identifier certains facteurs importants auxquels les opérateurs devront être particulièrement attentifs pour renforcer la pérennisation de leurs actions.

Dans les sections suivantes et conformément au cadre conceptuel et à la méthodologie de l'étude (cf. sections D et E), nous distinguerons trois grandes catégories de facteurs : 1°) les facteurs liés à l'innovation ; 2°) les facteurs liés aux systèmes hôtes ; et 3°) ceux liés au mécanisme d'appui. Pour chaque catégorie de facteurs ou de sous facteurs

analysés, nous formulons une conclusion et, le cas échéant, proposons des recommandations en vue d'accroître les possibilités de pérennisation.

Notre analyse se veut transversale et non comparative (entre les ONG). Elle s'appuie cependant sur des exemples illustratifs (positifs et/ou négatifs) issus des trois projets.

2. Les facteurs liés à l'innovation

Les facteurs de pérennisation identifiés et en rapport à l'innovation sont liés à ses qualités intrinsèques¹³ et à sa pertinence en termes de besoin des systèmes hôtes. Cette pertinence influe en effet fortement sur son acceptabilité.

2.1. La pertinence des innovations (et des projets) en termes de besoins du système de santé

Deux des trois projets analysés (HI et ASI) sont pertinents et répondent soit à des besoins du système de santé (au niveau des Districts et/ou au niveau national) soit à des problèmes de santé publique importants. Le projet d'appui au PNSBD répond également à un besoin du système de santé, puisqu'il appuie un programme national (par ailleurs encouragé par l'OMS). Il est cependant plus discutable en termes de priorité de santé publique.

2.2. La pertinence des projets et de leurs innovations en termes de besoins des populations/communautés

Les deux projets de santé communautaire répondent à un besoin ressenti par les populations en matière de santé. Le projet d'appui au PNSBD répond un peu moins à ce besoin, sauf en ce qui concerne le volet de prise en charge de l'urgence (ceci ne porte cependant pas à conséquence puisque les communautés n'ont pas à y jouer un rôle actif).

2.3. Conclusions et recommandations concernant la pertinence de l'innovation

L'analyse transversale indique que la pertinence de l'innovation est un élément clé, voir une condition de la pérennité d'un projet, quoiqu'il n'en soit pas la condition suffisante. Un projet d'appui innovant se doit donc de répondre à des besoins réels ou/et à des besoins ressentis par la population (s'il s'agit de projets de santé communautaires) ou du système de santé ou encore être à même de « créer une demande » pour le service

¹³ Nous ne nous prononcerons pas sur les qualités intrinsèques des innovations introduites par les ONG.

fourni. On comprendra dès lors qu'un projet non pertinent, qui ne répond pas à un/des besoins réels ou perçus, est difficilement pérennisable et qu'une innovation répondant à des besoins perçus (mais non réels) a peu de chance de se pérenniser.

En termes opérationnels, identifier et formuler un projet pertinent implique nécessairement une phase préalable relativement longue de consultation, de négociations (avec les populations et/ou les acteurs du système de santé) et, le cas échéant, des études approfondies. Ceci a été le cas dans les trois projets analysés. Une conception participative avec les acteurs du système de santé et avec les représentants des communautés favorisera également la pertinence de l'innovation et permettra d'assurer que les acteurs du système hôte soient également convaincu de celle-ci ce qui à son tour accroîtra la possibilité d'adoption de l'innovation.

3. Les facteurs liés aux systèmes hôtes

3.1. Les communautés¹⁴

3.1.1. L'acceptabilité du projet par les communautés

Les deux projets communautaires répondent à des besoins clairement ressentis (et identifiés) des populations et leur acceptabilité ne pose pas de problèmes importants.

On notera cependant que l'acceptabilité d'un projet par les populations peut être parfois complexe. Par exemple, en Union des Comores, le choix de localiser le centre de santé sur l'ASCSM a posé des problèmes d'acceptabilité pour la population du Canton de Hambou. L'ASCSM n'a pas pu résoudre les conflits préexistants avec d'autres villages environnants. Ceux-ci ont au contraire été exacerbés par le choix d'implanter le centre de santé à Mitsoudjé. En conséquence, à certaines périodes, le centre de santé a connu des taux d'utilisation faible, car les habitants de certains villages du Canton n'ont pas fréquenté le centre de santé (ce qui aurait pu nuire à sa viabilité). En même temps, il est très probable que cette décision a contribué à la pérennisation de la structure puisque, au vu de l'importance des conflits inter-villageois en Union des Comores, les centres de santé pluri-villageois fonctionnent mal, voire pas du tout.

¹⁴ Seuls les deux projets communautaires sont concernés par cette analyse.

3.1.2. La disponibilité des ressources humaines et financières nécessaires pour pérenniser le projet et leur mobilisation locale

Dans les deux projets communautaires, les ressources financières et humaines nécessaires à la mise en place des structures étaient localement disponibles ou ont pu être mobilisées. Dans certains cas, le terrain, la construction et l'équipement des structures de santé ont été financés conjointement, voir totalement, par les communautés et le personnel local est originaire des communautés environnantes. Les compétences communautaires nécessaires au fonctionnement des projets ont été identifiées au préalable. Lorsque ces compétences étaient insuffisantes, des formations *ad hoc* ont été organisées. De manière générale, les volets « formation » et « renforcement des capacités » ont été très importants.

3.2. Les systèmes de santé hôtes

3.2.1. L'acceptabilité des innovations par les systèmes hôtes partenaires (Ministère de la Santé et ou Équipes Cadres du District)

L'intégration des trois projets dans les politiques nationales n'a pas posé de problèmes majeurs. En Union des Comores, la réforme participe directement à la définition de la politique nationale et ne peut donc pas s'inscrire en faux. De même, au Burkina Faso, le projet appuie le programme national et s'inscrit nécessairement dans la politique nationale. Au Kenya, le principe des pharmacies communautaires est déjà intégré au niveau du Ministère de la Santé.

Au Burkina Faso, l'acceptation du projet a cependant été plus problématique. Si le projet a été bien accepté au niveau central du Ministère de la Santé (surtout dans sa deuxième phase où la conception a été très participative et constructive à ce niveau), le projet a connu davantage de problèmes d'acceptabilité au niveau des Districts de Santé (*cf.* section 4.3.) et au niveau des professionnels de santé.

Certains problèmes se sont posés à un moment en Union des Comores lors de l'expérience Mitsoudjé puisque la notion et l'importance de la « gestion du District » ont fait l'objet de discussions et d'interprétations différentes entre ASI et le Ministère de la Santé. Ceci n'a cependant pas nuit à la pérennisation de la structure, ni par la suite à la réforme.

Nous illustrerons les problèmes posés par les contradictions qui peuvent apparaître entre une politique nationale et un projet d'appui innovant en nous référant au cas du Kenya. Dans ce pays, la politique du Ministère de la Santé fortement centrée sur l'Initiative de Bamako, et peu préoccupée par l'instauration du recouvrement des coûts, joue négativement sur le projet de pharmacies communautaires. Sur le plan conceptuel, le non-respect de la politique nationale en la matière fait l'objet d'une discussion, voire de frictions récurrentes, entre le Ministère de la Santé, l'Équipe Cadre du District et HI. En réalité, les désaccords se posaient déjà lors de la conception du projet. Ce qui est « reproché » au projet par le Ministère de la Santé et l'Équipe Cadre du District est qu'il ne va pas « assez loin » dans l'esprit de l'Initiative de Bamako. On reproche aux assistants des pharmacies communautaires de ne jouer aucun rôle dans l'extension des Soins de Santé Primaires (curatifs et/ou préventifs) à la population, au contraire des agents de santé communautaire. Pour l'Équipe Cadre du District, les assistants de santé communautaire devraient par exemple former les agents de santé communautaires et leur vendre des médicaments. On notera cependant que ces discussions n'ont jamais conduit l'Équipe Cadre du District à remettre en cause les pharmacies communautaires. Elles servent essentiellement à justifier son peu d'empressement au niveau de la reprise de la supervision des pharmacies communautaires.

La position de l'Équipe Cadre du District n'est cependant pas exempte d'ambiguïtés, lesquelles reflètent celles de la politique nationale. Par exemple, elle se prononce pour que les pharmacies soient situées dans les dispensaires. Sur ce point, tous les acteurs sont d'accord et la décision prise au départ du projet semble être la bonne. De plus, en pratique, il existe une « dérogation de fait » puisque le projet de pharmacies communautaires, même si il est parfois critiqué en termes de l'Initiative de Bamako, est « avalisé » par l'Équipe Cadre du District. Mais, alors qu'elle se prononce favorablement sur la nécessité de prescriptions par le personnel de santé pour délivrer des médicaments, elle appuie simultanément la vente de certains médicaments aux agents de santé communautaire « *bien formés* » tout en dénonçant le fait que les pharmacies communautaires n'appartiennent pas suffisamment aux communautés.

3.2.2. Le fonctionnement et les capacités du système de santé (Ministère de la Santé et/ou Équipe Cadre du District)

Le fonctionnement et les capacités des systèmes de santé hôtes ont posé des problèmes au niveau des trois projets. Dans les trois études, l'État a régulièrement failli à ses engagements.

En Union des Comores, la tutelle était déjà défailante au niveau du projet de Mitsoudjé (retards dans le versement de la contribution du Gouvernement, affectation des personnels). Ces défailances ont faussé la répartition des financements et le taux de recouvrement des coûts réels de fonctionnement du centre de santé. Par la suite et au niveau de la mise en œuvre de la réforme, la tutelle s'est effondrée. Le Ministère de la Santé et les Directions Régionales de la Santé ont totalement démissionné de leurs responsabilités. Or, une grande partie de la réforme du système de santé reposait sur l'idée d'autonomiser et de décentraliser les services de santé en échange, précisément, d'un renforcement du rôle régulateur de la tutelle. Tandis que la première partie de l'équation a correctement fonctionné, la deuxième a connu davantage de difficultés.

Cette faiblesse de l'État en Union des Comores (effectifs trop faibles, problèmes de compétences, politisation, blocages et résistance au changement) s'explique comme nous l'avons vu précédemment par de nombreuses raisons d'ordre politique, qui échappent souvent aux possibilités d'action de l'ONG. Mais il n'est pas non plus évident que l'ONG, dans la mise en œuvre de son dispositif d'appui, aie tout mis en œuvre pour responsabiliser et renforcer la tutelle (*cf.* section 4.6.1.).

Au Kenya, l'un des principaux enjeux des pharmacies communautaires est la reprise de leur supervision par l'Équipe Cadre du District. À cause des problèmes de gestion, des dérives et de conflits récurrents entre acteurs (assistants de pharmacie communautaire, Comités de Gestion du Dispensaire, infirmiers), il est inenvisageable de ne pas superviser les pharmacies communautaires. Quoiqu'ayant marqué son accord sur une reprise de la supervision mensuelle, l'Équipe Cadre du District ne l'assume pas totalement dans la pratique. Trois raisons peuvent être avancées.

Premièrement, cette supervision représente des coûts en temps et en argent pour l'Équipe Cadre du District. Elle manque donc de motivation pour les réaliser. Deuxièmement, l'importance « perçue » des supervisions est différente entre l'Équipe Cadre du District (et le Ministère de la Santé) et HI. Cette différence est liée à l'importance et à la « prégnance » de l'esprit de l'Initiative de Bamako pour le personnel du Ministère de la Santé. Le problème est que le schéma général observé au niveau national (laisser entièrement la gestion aux mains des communautés sans supervision) ne peut s'appliquer au cas des pharmacies communautaires du projet, essentiellement parce qu'elles dispensent des antibiotiques (contrairement aux autres pharmacies communautaires situées en dehors des dispensaires). Pour HI, la supervision est centrale au projet et sa non reprise par l'Équipe Cadre du District demeure problématique. Troisièmement, la supervision des pharmacies communautaires n'est pas (ou très

faiblement) intégrée aux activités de supervision de l'Équipe Cadre du District, ce qui pourrait diminuer en partie les coûts qu'elle représente/implique.

Finalement, au Burkina Faso, la faiblesse de la tutelle s'exprime dans le peu de ressources dont dispose l'État pour encourager et investir dans le PNSBD et le peu d'énergie déployée pour imposer aux Chirugiens-dentistes sa propre politique nationale en matière de soins de santé bucco-dentaires.

3.3. Conclusions et recommandations par rapport aux systèmes hôtes

Les trois projets respectent les politiques nationales en vigueur. Par définition, s'agissant de projets innovants, des contradictions cependant peuvent survenir. On notera que ces contradictions ne nuisent pas nécessairement à la pérennisation des structures comme l'atteste le cas des pharmacies communautaires puisqu'elles sont finalement tolérées par le système hôte.

Comme on le voit, le problème de la mise à disposition des ressources par l'État (essentiellement financières, mais aussi humaines) est récurrent dans les trois projets. Ce problème met en péril la pérennisation et la pérennité des actions et effets des projets après le retrait des ONG. Les responsabilités sont ici partagées. En effet, il n'est pas certain que les ONG se soient toujours assurées que l'État avait la capacité et la volonté - ou qu'elles aient obtenu des garanties - que l'État prendrait à sa charge le coût de l'innovation introduite et/ou de la « reprise » de la structure et/ou des frais de sa supervision. Inversement, la manière dont l'État conçoit le rôle des ONG joue fortement sur les possibilités de pérennité de l'innovation. S'il conçoit les ONG essentiellement comme des opérateurs à instrumentaliser ou encore comme des « bouche-trous », il a tout intérêt à laisser croire à une reprise de l'innovation sans pour autant l'assurer par la suite.

Des pistes existent cependant pour tenter de résoudre ce problème difficile : la contractualisation, les conditionnalités, l'établissement de partenariat forts afin de s'assurer qu'il s'agit bien d'une priorité pour les systèmes hôtes. Il n'y a cependant pas de garanties en la matière comme l'illustre l'exemple comorien où la plupart de ces moyens avaient été mis en place.

Les coûts récurrents que représente la reprise de l'innovation par le système hôte méritent donc une attention particulière. Il peut être par exemple déterminant, pour la pérennisation de l'innovation, de s'intéresser aux rapports que la structure productrice du service peut entretenir avec les financements extérieurs, de façon à s'assurer si les fonds

nécessaires à la production du service (et les frais récurrents liés à la fourniture du service produit) sont ou non garantis dans le long terme. De manière générale également, plus l'innovation introduite sera simple, utile, adapté et peu coûteuse, plus ses chances de pérennisation seront grandes.

4. Facteurs de pérennisation liés à l'accompagnement des ONG

4.1. Conception et formulation des projets

4.1.1. Les expériences préalables

Préalablement aux projets considérés, les trois ONG étaient déjà intervenues dans les différents pays. Ces interventions ont leur importance, car elles ont permis aux ONG de se familiariser avec le contexte et le terrain, d'établir des relations de travail avec les différents acteurs locaux (communautés, Équipe Cadre du District, etc.) et/ou au niveau des Ministère de la Santé et parfois avec les bailleurs de fond. Dans le cas particulier de HI, les actions d'urgence préalables ont constitué une opportunité à la réalisation d'une phase d'étude en vue d'établir des actions de développement adaptées au contexte. En termes de pérennisation, ces interventions ont joué un rôle important, mais pas déterminant.

4.1.2. L'identification des besoins

Dans les trois projets, un important travail d'identification des besoins a été mené lors de leur formulation. Dans les deux projets de santé communautaire, l'ensemble du processus d'analyse de la situation, très systématique et rigoureux, a conduit les ONG à identifier des projets dont la pertinence en termes de « besoins » des communautés concernées ne fait pas de doute. Ce processus apparaît comme un des points forts de ces deux projets et a contribué à la pérennisation des structures mises en place. Malgré le temps écoulé depuis leur conception et l'évolution des contextes, celles-ci ont continué à répondre aux besoins identifiés.

4.1.3. L'adaptation des technologies du projet au contexte et à l'environnement

De manière générale, les technologies mises en œuvre dans les trois projets sont adaptées aux contextes et à leurs environnements. Elles ont fait l'objet d'un important travail méthodologique préalable en concertation avec les services de santé et/ou avec les populations. Quelques faiblesses ont pu être relevées, mais elles ne portent pas à conséquence en termes de pérennisation.

4.1.4. Les formations

Les compétences techniques ou gestionnaires nécessaires au fonctionnement des trois projets ont été identifiées au préalable et, lorsqu'elles ne l'étaient pas, des volets de formation *ad hoc* ont été prévus. De manière générale, les volets « formation » et de renforcement des capacités ont été très importants dans les trois projets.

4.1.5. Le travail institutionnel au niveau juridico-légal

L'analyse transversale fait ressortir la très grande importance d'une réflexion sur le cadre juridico-légal en termes de pérennisation des structures créées ou appuyées. *A posteriori* on peut dire que la prise en compte de ce facteur a été sous-estimée dans le projet de pharmacies communautaires au Kenya et dans la problématique de la viabilité des Services Dentaires de Référence au Burkina Faso.

4.1.6. Conclusion et recommandations en termes de la conception des projets

Les trois projets sont dans l'ensemble techniquement bien conçus, pensés, et répondent soit à des « besoins » des populations, de santé publique et/ou du système de santé. Dans les trois cas, un important travail d'analyse et d'identification de ces besoins a été mené préalablement ou au moment de leur formulation. Les projets sont adaptés à leurs contextes et les ressources financières et humaines nécessaires localement ont pu être mobilisées. Quand les compétences étaient insuffisantes, les besoins en formation ont également été comblés. Cette « bonne conception » technique d'ensemble des projets a certainement contribué à la pérennisation, même si l'on constate qu'il ne s'agit là finalement que d'une condition préalable et non suffisante, quoique absolument nécessaire.

La conception d'un projet innovant (recherche de consensus, grande participation, études préalables d'identification des besoins) influe directement sur les possibilités d'appropriation du projet par les acteurs, sur sa pertinence et sur les possibilités de le rendre pérenne. L'adaptation aux contextes, la disponibilité des ressources financières et humaines nécessaires localement à sa mise en œuvre (y compris les frais récurrents éventuellement impliqués) et les besoins en formation requièrent une attention particulière, de même que les aspects juridiques et légaux. Ce cadre est trop souvent sous-estimé, alors qu'il s'agit de l'un des déterminants fondamentaux pouvant assurer la viabilité institutionnelle de l'innovation ou des structures appuyées et dès lors de leur viabilité financière.

Ceci pose un problème quant à la pérennité. En effet, dans la plupart des situations (l'Union des Comores doit être considérée ici comme une exception), les ONG sont limitées au niveau des possibilités de travail sur les législations nationales et dépendent de la bonne volonté du politique. Des solutions sont cependant envisageables. L'importance de la capitalisation et du plaidoyer ne doit pas être sous-estimée.

En termes d'institutionnalisation d'une innovation, il est nécessaire d'identifier un ou plusieurs systèmes hôtes susceptibles de l'intégrer. Il s'agira le plus souvent d'une structure de santé, d'une communauté, du Ministère de la Santé ou de ses services décentralisés (Équipes Cadres de District, Directions Régionales de la Santé). Il ne suffit cependant pas d'identifier formellement ce système. Il est nécessaire d'analyser et de connaître ses points forts et faibles, ses intérêts, son fonctionnement et les contraintes (ressources, politique nationale) qui pèsent sur lui. Plus le système hôte possède un leadership, une organisation et un réseau fort, plus il sera à même de prendre en charge l'innovation. Dans le même temps, il peut être plus contraignant et rigide ce qui n'est pas favorable à la reprise de l'innovation. Il est également préférable que cette analyse soit réalisée en partenariat avec les acteurs locaux (communautés, structures) qui seront amenés à reprendre l'innovation et éventuellement à la diffuser. Ceci présentera l'avantage de responsabiliser ces acteurs dès le départ à la problématique de la pérennité et permettra une analyse plus pertinente. En effet, les acteurs locaux ont en général une très bonne connaissance des contraintes qui peuvent peser sur la pérennisation d'une innovation.

En termes de pérennisation, ceci requiert de la part des ONG une capacité d'analyse des systèmes de santé hôte (voir une expertise spécifique). Un élément clé, à ce niveau, est la qualité de l'assistance technique. Le facteur âge, la formation et l'expérience préalables seront importants à ce niveau. Elle influera également sur la construction d'un véritable partenariat avec les acteurs locaux (Équipes Cadres de District, etc.),

4.2. Le partenariat avec les populations

Dans les deux projets à participation communautaire, les communautés ont été impliquées très rapidement et les associations villageoises ont été, dès le départ, informées et associées au projet. Les potentiels d'auto-organisation villageois avaient été repérés et ont servi de critère au choix des lieux d'intervention. Ceci a contribué au processus d'appropriation du projet et la prise de responsabilité des populations. Il ressort nettement de l'analyse que, dès le stade de leur formulation, les ONG ont voulu développer un partenariat fort avec les communautés. Pour les deux projets

communautaires, les structures mises en place sont perçues positivement, appréciées et sont utilisées par la population.

4.3. Le partenariat avec le Ministère de la Santé ou ses structures décentralisées

Au niveau national (ou des Districts dans le cas de HI), les trois projets sont mis en œuvre en partenariat avec les Ministères de la Santé. Les structures du Ministère ont été très rapidement associées et ceci dès le stade de l'identification/formulation. Dans aucun des projets, il n'y a eu d'intention de la part des ONG de court-circuiter le Ministère de la Santé ou ses structures décentralisées. En termes de pérennisation et de diffusion des expériences, cette implication a permis une « appropriation » des projets par les Ministères de la Santé ou par les Équipes Cadres du District.

En Union des Comores, ASI a essentiellement travaillé comme exécutant ou « bureau conseil » dans des projets financés par des agences des Nations Unies ou de la Banque Mondiale, mais formulés par l'ONG elle-même. Par définition, ces projets sont des projets conjoints Gouvernement-Nations Unies et sont gérés et mis en œuvre à travers les structures gouvernementales. Cependant, il faut tenir compte du fait que le projet Santé II de la Banque Mondiale était très peu intégré au Ministère de la Santé étant donné la faiblesse de ce dernier. Le projet disposait de son propre Directeur, locaux, personnels et procédures de gestion.

En Union des Comores, en l'absence d'un système de santé organisé et au vu de la position institutionnelle de l'ONG, il n'a pas été nécessaire d'établir des relations avec une Équipe Cadre de District pour la mise en place du centre de santé de Mitsoudjé. Le partenariat s'est développé avec le Ministère de la Santé et certaines de ses structures ont été associées. Il en a été de même au niveau de la réforme proprement dite, laquelle a été conçue avec les Directions du Ministère de la Santé. Il est à noter que toutes les interventions d'ASI ont fait l'objet de conventions, contrats, etc. avec le Ministère de la Santé et les bailleurs de fonds.

En termes de pérennisation, des difficultés dans le partenariat sont apparues en Union des Comores avec le projet SII de la Banque Mondiale. En effet, les interventions de l'ONG étaient « dépendantes » des relations entre la Banque et le Gouvernement et de nombreuses contraintes ont été imposées à ASI par le *Modus Operandi* de la Banque Mondiale et son système de gestion des projets. Le projet Santé II a rencontré de nombreux problèmes et qui, ultérieurement, ont nuit à la mise en œuvre de la réforme du système de santé. Les origines de ces problèmes sont très diverses (changements

dans le personnel et les compétences des gestionnaires, interruptions du financement de la Banque Mondiale à plusieurs reprises suite au non remboursement de la dette, fait que le Projet Population et Ressources Humaines-composante santé n'était pas une priorité pour la Banque). Lorsque les relations entre la Banque et le Gouvernement comorien se sont détériorées, cela a *de facto* nuit au travail de l'ONG qui en a pâti en termes d'image. Les difficultés et les dérives survenues dans la mise en œuvre du projet Santé II ne dépendaient pas ou n'étaient pas sous le contrôle d'ASI. Rétrospectivement, on peut regretter qu'ASI n'ait pas eu davantage de contrôle sur la gestion du projet Santé II et de poids dans la Cellule d'Exécution.

En ce qui concerne HI, il n'y a pas de montage institutionnel au départ du projet au niveau central ni au niveau de l'Équipe Cadre de District, mais bien un partenariat de fait. Ce n'est qu'en 2001 qu'un accord cadre de collaboration a été signé entre l'Équipe Cadre de District et HI. Aucune convention spécifique ne lie cependant les deux partenaires en matière de gestion des pharmacies communautaires.

Au Burkina Faso, quoique toute l'approche des soins bucco-dentaires de santé publique vise à l'intégration des activités dans les Soins de Santé Primaires, et selon le modèle de l'organisation du système de santé préconisé par l'OMS, il ressort de l'analyse que l'intégration du projet au niveau des Districts a été problématique. Après réajustement, si le montage institutionnel AOI/Ministère de la Santé a bien fonctionné au niveau national, il a toutefois conduit à un manque d'appropriation du projet au niveau des acteurs de terrain (Direction Régionale de la Santé et Équipes Cadres de District), ce qui a finalement nuit à sa pérennisation. En particulier, le « Groupe Projet », créé avec l'intention de rapprocher le Projet d'Appui des Districts, n'a pas joué pleinement son rôle. Celui-ci se situe peu ou prou à l'échelon des Directions Régionales de la Santé et court-circuite, en termes opérationnels, les Districts de Santé et leurs Équipes Cadres. De ce fait, malgré le montage institutionnel (associant direction de l'ONG et du Ministère de la Santé), le projet reste perçu comme un projet « ONG ». Le montage n'a pas suffisamment pris en compte le niveau opérationnel et décisionnel que constitue le District de Santé dans le système de santé Burkinabé. En effet, les Districts y disposent d'une large autonomie décisionnelle et budgétaire. C'est le niveau où sont prises les décisions opérationnelles concernant la santé des populations. Le médecin-chef et son Équipe Cadre ont beaucoup d'autonomie pour décider des programmes d'action prioritaires au niveau local. L'approche du projet reste très « verticale » et peu intégrée horizontalement. Les Districts ont été perçus comme des « courroies de transmission » d'un programme national du Ministère de la Santé.

Ces difficultés ont été renforcées par périodes par un manque de dynamisme de la structure et de la Coordination locale, cette dernière ne s'étant pas suffisamment rapprochée des Districts. La Coordination et AOI semblent avoir sous-estimé ou mal compris cette donnée de base.

4.4. Temps pour mener à bien chaque étape du projet, planification et respect des délais

Les ONG ont disposé de suffisamment de temps pour concevoir leurs interventions qui ont fait l'objet de larges consultations et de négociations à tous les niveaux. Le projet AOI a cependant connu de très nombreux retards et ceux-ci se sont accumulés dans le temps. Pour ce projet, le temps a manqué. Le problème a des origines diverses : l'incertitude quant au financement, les difficultés au niveau du montage institutionnel, le lobbying et les tentatives systématiques de blocage de la part de certains professionnels, le système de programmation glissante utilisé au niveau du Comité de Suivi (ce mécanisme a entraîné à la fois un éparpillement des activités, une accumulation de retards et une certaine rigidité au niveau de la mise en œuvre) et un manque de dynamisme de la Coordination locale à certaines périodes.

4.5. La continuité dans le processus : conception-formulation-exécution-suivi-évaluation

Les trois projets sont très cohérents dans la définition de leurs objectifs et de leurs activités. Ceux-ci ont toujours été très clairement formulés dans les documents de projet. On observe très peu de « glissements » à ce niveau et, de manière assez remarquable, ces objectifs sont repris lors des évaluations. En termes de stratégies et d'approches, on retrouve également une très grande recherche de cohérence.

Cette continuité dans l'action et cette cohérence caractérise particulièrement bien la démarche d'ASI en Union des Comores. Après l'expérience pilote de Mitsoudjé qui a servi de laboratoire pour tester de nombreuses hypothèses de travail et l'élaboration du cadre de la réforme, dès 1993-1994, les actions/interventions suivantes s'y sont « naturellement » inscrites. En termes de continuité d'appui et de pérennisation, il est intéressant de noter que le projet Santé II est engagé avant la clôture du projet Mitsoudjé. Il existe une réelle continuité entre les deux projets, non seulement en termes conceptuels, mais aussi en termes d'assistance technique. Il est remarquable que les textes juridiques dérivent en partie de l'expérience Mitsoudjé et que le rapport final du projet mentionne explicitement le processus en cours avec la Banque Mondiale. Le projet

Mitsoudjé porte en germe des innovations qui seront introduites dans la réforme par la suite.

Au niveau de la mise en œuvre, les trois projets ont été suivis de très près, tant au niveau local que global (rapports, évaluations). La permanence, relative néanmoins, de l'assistance technique a certainement joué positivement à ce niveau. Ils ont également été régulièrement évalués, « audités » et, en règle générale, les évaluations ont été suivies d'effets.

4.6. Stratégies de diffusion et d'institutionnalisation de l'innovation

Si l'adoption de l'innovation dépend pour une large part de sa pertinence, de son acceptabilité et des capacités du système hôte à l'intégrer et à l'institutionnaliser, le mécanisme d'appui joue un rôle important dans ce processus. Sont centrales ici, la stratégie suivie, l'assistance technique, la capitalisation et la phase de désengagement.

4.6.1. Stratégies de diffusion de l'innovation

Cette analyse ne porte que sur le projet ASI. En effet, les deux autres projets n'ont pas atteint le stade de l'institutionnalisation de l'innovation ou de sa reproduction à plus large échelle. Rappelons que ASI a pour une large part réussi à institutionnaliser les innovations portées par le projet Mitsoudjé grâce au travail réalisé en terme de réforme du système de santé comorien. *A posteriori*, on peut cependant s'interroger sur la stratégie suivie par ASI après la mise en place de la réforme en 1994-1995. Une fois la réforme adoptée, ASI s'est en effet concentrée sur un certain nombre de volets du projet Santé II en négligeant sans doute trop le renforcement des Directions Régionales de la Santé. Pourtant, dans les documents produits par ASI lors de la formulation du projet Santé II, l'importance et les responsabilités de ces niveaux ressortent clairement. Or, dans le système de santé comorien, les Directions Régionales de la Santé auraient dû être consolidées en priorité, car elles avaient à jouer un rôle technique fondamental dans la mise en œuvre de la réforme (diffusion, formation, supervision). À ce niveau, des blocages sont apparus. La Commission Nationale n'a pas été relayée au niveau des Directions Régionales de la Santé et les moyens financiers ne leur ont pas été attribués. Dans la phase d'extension de la réforme en périphérie, ASI a préféré, suite au fonctionnement peu efficace de la « Commission de mise en œuvre de la réforme », mettre en œuvre les organes de gestion et les outils directement en court-circuitant les Directions Régionales de la Santé. Une fois le cadre de la réforme mis en place, il semble qu'ASI a surtout travaillé à la périphérie du système de santé, en se concentrant sur le

fonctionnement des structures (centres de santé), au détriment du renforcement de la tutelle (Direction Régionales de la Santé notamment).

En somme, dans un État qui est tiraillé à tous les niveaux par des forces centripètes, au point d'être à la limite de la désintégration totale (l'expression « esprit de clocher » est faible en Union des Comores), ce qui a peut être manqué dans l'action d'ASI et du projet Santé II était une action centrifuge et intégrative au niveau de la gestion du système de santé dans son ensemble et au niveau régional.

4.6.2. L'Assistance technique

Nous ne nous prononcerons pas dans le cadre de ce rapport sur l'utilité ou non de l'assistance technique dans le cadre de projets de développement. Nous ne l'envisageons que sous l'angle de la pérennisation. Les trois projets ont eu recours à de l'assistance technique permanente (pendant plusieurs années. Des visites régulières d'appui méthodologique, d'évaluateurs, de consultants divers ont aussi été réalisées en parallèle à ce soutien technique permanent.

En termes de mécanisme d'appui des ONG ce qui ressort de l'analyse transversale est :

- 1°) l'importance de l'assistance technique au niveau de la conception de l'innovation et de sa mise au point (donc essentiellement en début de projet) et, le cas échéant, au niveau de la mise en oeuvre des formations nécessaires ;
- 2°) la nécessité de désengager progressivement l'assistance technique en prévision de la reprise du projet par le système hôte (ce qui peut poser des problèmes au niveau individuel dans le cas où la pérennisation n'est pas vécue comme un objectif important par l'assistant technique et/ou que celle-ci s'identifie trop au « projet ») ;
- 3°) l'esprit de partenariat qui anime l'assistance technique (à certaines époques, selon les projets et les individus) : les différents assistants techniques ont pu prendre des formes plus « substitutives » et « directives », ce qui a nuit à la pérennisation et au partenariat (conflits de personnes) ;
- 4°) l'expertise de l'assistance technique, particulièrement en termes de capacités d'analyse et de compréhension des systèmes hôtes (communautaires et systèmes de santé). Les compétences en santé publique et l'expérience semblent ici cruciales ;
- 5°) la capacité de l'assistance technique à capitaliser le projet d'appui et à jouer un rôle actif dans sa diffusion (fonction de plaidoyer).

4.6.3. Capitalisation et diffusion des acquis

La capitalisation et la diffusion régulière des acquis et expériences auprès des acteurs concernés sont centrales au processus de diffusion de l'innovation et à son institutionnalisation. À l'exception du projet ASI, la capitalisation est restée problématique. Tout au long de l'expérience Mitsoudjé, des ajustements et des remises en cause se sont succédés. Il y a eu à la fois des expérimentations (ce qui est cohérent puisqu'il s'agissait aussi de tester une série de mécanismes nouveaux dans un centre de santé), la volonté de les capitaliser et d'en tirer des enseignements. Le travail de capitalisation réalisé par ASI a été très systématique et fouillé durant cette phase.

Les problèmes rencontrés par AOI et HI en termes de capitalisation puisent leurs origines dans la taille et les ressources humaines et financières des ONG qui ne leur permettent pas de s'investir suffisamment. Au niveau de HI au Kenya, le caractère très opérationnel du projet a également pu jouer.

4.6.4. Le désengagement progressif de l'ONG

Les trois ONG étaient claires au départ sur leur objectif de pérennisation et ont mené leur projet en ce sens (désengagement de l'assistance technique, capitalisation, etc.). Dans la pratique, cependant, le désengagement de l'ONG peut être problématique.

Par exemple au Kenya, un désengagement progressif de l'ONG avait été programmé. Cependant, à cause d'un certain « paternalisme » et de la substitution d'une assistante technique de HI pendant la période 1997-1999, le mécanisme de reprise du projet par l'Équipe Cadre de District a rencontré des difficultés. Il ne s'agissait cependant pas d'une volonté de HI. Cette situation était également « imposée » par les réalités du terrain et du projet : persistance des malversations, difficultés de l'Équipe Cadre du District à intervenir et à effectuer les supervisions, pression psychologique des assistants de pharmacie communautaire qui réfèrent leurs problèmes à HI plutôt qu'à l'Équipe Cadre du District, etc.

4.6.5. Conclusions et recommandation en termes de stratégies de diffusion et d'institutionnalisation de l'innovation

Pour avancer sur la voie de la pérennité, celle-ci doit être pensée dès le départ. Le dispositif d'appui de l'ONG devra donc contenir une composante d'analyse du processus de pérennisation. En effet, une analyse des différents facteurs susceptibles d'influencer le processus de pérennisation est nécessaire afin d'identifier les facteurs du contexte qui lui

sont favorables/défavorables. Cette connaissance pourra influencer positivement sur la conception du projet et le mécanisme d'appui. Elle permettra de mettre en évidence les facteurs favorables à la pérennisation, de les valoriser et de les renforcer. Elle permettra également de prendre en compte les facteurs défavorables et de les minimiser. Cette analyse doit être continue et réalisée à différentes phases du projet, mais certainement dès sa formulation et sa planification. En termes de mécanisme d'appui, l'analyse de la pérennisation doit être envisagée dès la phase de formulation et de planification. La pérennisation étant un processus dynamique, elle doit être analysée et évaluée régulièrement aux différentes phases du cycle du projet (évaluations à mi-parcours, phase de désengagement). Elle est une composante qui traverse toutes les phases du projet.

4.7. Les contraintes liées aux Bailleurs de Fonds

Pour clôturer cette analyse rappelons que les possibilités d'appui des ONG sont partiellement limitées et influencées par les contraintes posées par les bailleurs de fonds. Il ressort de l'analyse transversale que ces contraintes ont joué un rôle important en termes de pérennisation et de pérennité.

Relevons particulièrement des retards importants dans l'approbation de financements, des clôtures abruptes, le non financement d'études de faisabilité préalables et/ou de la capitalisation, des carcans administratifs ou budgétaires trop contraignants.

Selon les projets, ceci s'est traduit par des incertitudes, des failles dans la programmation générale des activités, des retards, la mise à mal du partenariat, de la capitalisation, un manque de flexibilité, un désengagement abrupte et la reprise difficile des innovations par les systèmes hôtes.

Malgré les apparences, la pérennisation comme processus et la pérennité comme objectif prennent du temps. En premier lieu, cela implique de pouvoir construire des projets solides bien conçus, répondant à des besoins du système de santé bien identifiés et de construire de véritables partenariats à tous les niveaux du système hôte. Le bon enchaînement de ces phases devrait conduire les ONG et les bailleurs à favoriser et à renforcer les partenariats existants, ainsi que l'expérience d'une ONG dans un pays et/ou une région. Toutes ces conditions nécessitent des financements à long terme des projets d'appui et suffisamment de souplesse et de flexibilité pour permettre d'adapter les innovations aux contextes locaux.

RÉFÉRENCES

1. FONTAINE, D., GALLAND, B., RASIDY, K., et *al.*, 1997, Évaluer la viabilité des centres de santé, Fascicule N°1, Guide méthodologique. Paris : Réseau Médicaments et Développement.
2. FONTAINE, D., GALLAND, B., RASIDY, K., et *al.*, 1997, Évaluer la viabilité des centres de santé, Fascicule N°2, Manuel de l'enquêteur. Paris : Réseau Médicaments et Développement.
3. ABDOU, C.B., BEDJA, S.A., MOHAMED, S.A., Évaluation des Centres de Santé de : Mitsoudje Hambou & Karthala Mvouni. Association Santé Internationale, avril 2003.
4. KOUASSI, F., Rapport d'évaluation des dispensaires ruraux et des pharmacies communautaires des villages de Gituamba, Kachibora et de Kapkoi (Kenya). Handicap International, mai-juin 2003.
5. TRAORE, C., Rapport du diagnostic de fonctionnalité Burkina Faso, Aide Odontologique Internationale., août 2004.
6. LEFÈVRE, P., Accompagnement des changements dans les services de santé : Quelles priorités pour quelle pérennité ? Étude de cas N°1 : Les interventions d'Association Santé Internationale en Union des Comores, Fonds pour la Promotion des Études Préalables, Études Transversales, Évaluations, mai 2005.
7. LEFÈVRE, P., Accompagnement des changements dans les services de santé : Quelles priorités pour quelle pérennité ? Étude de cas N°2 : Le projet Handicap International au Kenya, Fonds pour la Promotion des Études Préalables, Études Transversales, Évaluations, mai 2005.
8. LEFÈVRE, P., Accompagnement des changements dans les services de santé : Quelles priorités pour quelle pérennité ? Étude de cas N°3 : Le projet Aide Odontologique Internationale au Burkina Faso, Fonds pour la Promotion des Études Préalables, Études Transversales, Évaluations, mai 2005.
9. PAWSON, R. & TILLEY, N., 1997, *Realistic Evaluation*, Beverly Hills : Sage Publications
10. TILLEY, N., 2000, Realistic Evaluation : An Overview. Paper presented at the Founding Conference of the Danish Evaluation Society, September 2000.
www.danskevalueringsselskab.dk/pdf/Nick%20Tilley.pdf
11. SARRIOT, E.G., WINCH, P.J., RYAN, L.J., et *al.*, Qualitative research to make practical sense of sustainability in primary health care projects implemented by non-governmental organizations, *Int J Health Plann Mgmt* 2004; 19: 3-22.
12. STAKE, R.E., 1995, *The art of case study research*, Beverly Hills: Sage Publications.

13. LEFÈVRE P., KOLSTEREN P., DE WAEL M.-P., BYEKWASO F., BEGHIN I., 2001, *Comprehensive Participatory Planning and Evaluation*, Rome : IFAD/BSF-JP.
14. GUBA, E.G. & LINCOLN, Y.S., 1989, *Fourth generation evaluation*, Beverly Hills : Sage Publications.
15. OLSEN, I.T., 1998, Sustainability of Health Care : a framework for analysis. *Health policy and planning* ; 13(3) : 287-295.
16. SARRIOT, E.G., WINCH, P.J., RYAN, L.J., et *al.*, 2004, A methodological approach and framework for sustainability assessment in NGO-implemented primary health care programs, *Int J Health Plann Mgmt*; 19: 23-41.

Annexe A

Grille d'analyse des dispositifs d'accompagnement du projet et du processus d'institutionnalisation de l'innovation

Cette grille suit le cycle du projet (il y a différents « cycles du projet » proposés dans la littérature et/ou par les agences de coopération/ONG mais à quelques détails près ils sont très semblables). Elle est inspirée du document du CIDR « Grille d'analyse du processus d'accompagnement des services de santé ». Elle devra être adaptée à chaque projet en particulier.

1. Pré- Phase d'identification / Formulation

Origine et caractéristiques de la demande ? (Qui ?, Quand ?, Comment ?)

Pour répondre à quel(s) problème(s) ? , besoins (perçus ou réels) ?

Reprise/ continuation d'un projet existant/ antérieur ?

Négociation /prise de décision à ce stade ? (Si oui Qui ? Quand ?, Comment ?)

Aspects personnels/ individuels

Caractéristiques du contexte (système de santé, environnement, etc..) à ce stade ?

Accompagnement ONG à ce stade ?

Rôle des partenaires à ce stade ?

Innovations introduites ? (Si oui caractéristiques)

Financement de cette phase / contraintes liées à ce financement/ implications

Facteurs favorisants / entravants /conditions critiques à ce stade internes ou externes à l'ONG

2. Phase d'évaluation des besoins / Assessment (si réalisée)

Porte sur quoi ?

Réalisée par qui (rôle des acteurs), Comment ?

Résultats

Niveau de prise en compte des résultats de l'évaluation des besoins ?

Négociation /prise de décision à ce stade ? (Si oui Qui ? Quand ?, Comment ?)

Caractéristiques du contexte (système de santé, environnement , etc..) à ce stade ? (si changements majeurs)

Accompagnement ONG à ce stade ?

Rôle des partenaires à ce stade

Innovations introduites ? (Si oui caractéristiques)

Financement de cette phase / contraintes liées à ce financement/ implications

Facteurs favorisants / entravants / conditions critiques à ce stade internes ou externes à l'ONG

3. Phase de faisabilité (si réalisée)

Porte sur quoi ?

Réalisée par qui (rôle des acteurs), Comment ?

Résultats

Niveau de prise en compte des résultats de l'étude de faisabilité ?

Négociation / prise de décision à ce stade ? (Si oui Qui ? Quand ? Comment ?)

Caractéristiques du contexte (système de santé, environnement , etc..) à ce stade ? (si changements majeurs)

Accompagnement ONG à ce stade ?

Rôle des partenaires à ce stade

Innovation introduite (Si oui caractéristiques)

Financement de cette phase / contraintes liées à ce financement/ implications

Facteurs favorisants / entravants / conditions critiques à ce stade internes ou externes à l'ONG

4. Phase de planification (choix des stratégies, activités)

Réalisée par qui (rôle des acteurs) ?, Comment (méthodologie)?

Négociation/ prise de décision à ce stade (si oui ? Qui ? Quand ? Comment ?)

Contractualisation ?

Caractéristiques du contexte (système de santé, environnement, etc..) à ce stade ? (si changements majeurs)

Accompagnement ONG à ce stade ?

Rôle des partenaires à ce stade

Innovations introduites (Si oui caractéristiques)

Financement de cette phase / contraintes liées à ce financement / implications

Facteurs favorisants / entravants / conditions critiques à ce stade internes ou externes à l'ONG

5. Planification opérationnelle

Réalisée par qui (rôle des acteurs) ?, Comment (méthodologie)?

Négociation/ prise de décision à ce stade (si oui ? Qui ? Quand ? Comment ?)

Contractualisation ?

Caractéristiques du contexte (système de santé, environnement, etc..) à ce stade ? (si changements majeurs)

Accompagnement ONG à ce stade ?

Rôle des partenaires à ce stade

Innovations introduites (Si oui caractéristiques)

Financement de cette phase / contraintes liées à ce financement/ implications

Facteurs favorisants / entravants /conditions critiques à ce stade internes ou externes à l'ONG

6. Phase de mise en œuvre du projet

Qui ? Organisation des instances de gestion ?

Comment ? Contractualisation ?

Négociation/ prise de décision à ce stade ?

Caractéristiques du contexte (système de santé, environnement, etc..) à ce stade ? (si changements majeurs)

Accompagnement ONG à ce stade ?

Rôle des partenaires à ce stade

Innovations introduites (Si oui caractéristiques)

Financement de cette phase / contraintes liées à ce financement/ implications

Facteurs favorisants / entravants /conditions critiques à ce stade internes ou externes à l'ONG

7. Suivi (monitoring)

Réalisé par qui (rôle des acteurs) ?

Comment ? Mise en place d'un système d'information ?

Négociation /prise de décision à ce stade ? (Si oui Qui ? Quand ?, Comment ?)

Caractéristiques du contexte (système de santé, environnement, etc..) à ce stade ? (si changements majeurs)

Accompagnement ONG à ce stade ?

Rôle des partenaires à ce stade

Innovations introduites (Si oui caractéristiques)

Financement de cette phase / contraintes liées à ce financement/ implications
Facteurs favorisants / entravants /conditions critiques à ce stade internes ou
externes à l'ONG

8. Évaluation

Quels types ? (ex post, revues à mi-parcours, etc.) Quand ? Qui (acteurs)?, Comment (méthodologie) ?

Négociation /prise de décision à ce stade ? (Si oui Qui ? Quand ?, Comment ?)

Caractéristiques du contexte (système de santé, environnement, etc..) à ce stade ? (si changements majeurs)

Accompagnement ONG à ce stade ?

Rôle des partenaires à ce stade

Innovations introduites (Si oui caractéristiques)

Financement de cette phase / contraintes liées à ce financement/ implications

Facteurs favorisants / entravants /conditions critiques à ce stade internes ou
externes à l'ONG

9. Désengagement/ transfert/ institutionnalisation

Comment ? (Projet spécifique ?)

Planifié au départ ?

Négociation /prise de décision à ce stade ? (Si oui Qui ? Quand ?, Comment ?)

Lobbying ?

Caractéristiques du contexte (système de santé, environnement, etc..) à ce stade ? (si changements majeurs)

Accompagnement ONG à ce stade ?

Rôle des partenaires à ce stade

Innovations introduites (Si oui caractéristiques)

Financement de cette phase/ contraintes liées à ce financement/ implications

Facteurs favorisants / entravants /conditions critiques à ce stade internes ou
externes à l'ONG

Projet : "accompagnement des changements dans les services de santé" : quelles priorités pour quelle pérennité ?

Termes de référence sociologue Evaluation des dispositifs d'appui

1. Contexte de l'étude

Depuis plusieurs années, les ONG se sont investies dans le développement de services de santé (centres de santé de premier niveau et hôpitaux de district notamment) autonomes, remplissant des missions de service public de qualité, attractifs pour la population et financièrement accessibles au plus grand nombre.

Pour y parvenir, elles recherchent des approches innovantes et mettent l'accent sur :

- La collaboration entre professionnels de la santé et les populations bénéficiaires organisées,
- L'évolution de leur appui vers un accompagnement et une expertise partagée au lieu d'une expertise technique extérieure et d'un simple appui matériel et financier.

Cet accompagnement poursuit comme objectifs :

- L'autonomie par rapport à l'appui financier initial grâce au paiement par les usagers et éventuellement d'autres bailleurs nationaux (l'Etat, les collectivités locales...). C'est le "recouvrement des coûts",
- La maîtrise de la gestion et du contrôle des services de santé grâce au renforcement des capacités des acteurs locaux.

Pour atteindre ces objectifs, les ONG jouent le rôle d'un médiateur et facilitateur qui renforce la communication entre les différents acteurs et développe entre eux des espaces de négociation. Cet accompagnement cherche à prendre en compte les particularités locales et les aspects culturels singuliers pour moduler et adapter la Politique Nationale de Santé dans ses modalités d'application locales. En ce sens, les ONG peuvent contribuer à faire évoluer les politiques nationales grâce aux projets locaux.

Six ONG se sont réunies pour mettre en commun les questions qu'elles se posent quant à la nature de l'appui apporté à l'amélioration du fonctionnement des centres de santé en vue de leur pérennité.

HI, AOI, ASI, CIDR, MDM ont constitué un groupe de travail avec l'objectif d'élaborer des outils opérationnels de nature à renforcer l'efficacité et l'efficience de l'appui apporté aux services de santé et qui tienne compte de l'évolution de l'environnement institutionnel :

- Une grille de lecture des facteurs institutionnels de la pérennité et des outils permettant le diagnostic dans un contexte donné,
- Une capitalisation des "bonnes pratiques" d'accompagnement des acteurs dans un contexte,

- Un guide d'aide à la définition, la mise en place, et l'évaluation d'un accompagnement qui tienne compte des aspects de viabilité dès la phase de planification d'un projet (avant l'intervention), puis pour améliorer l'organisation des rôles des acteurs des services de santé (pendant l'intervention).

L'étude est réalisée dans le cadre d'un partenariat avec le MAE et le F3E qui en financent certaines phases.

2. Problématique

Les processus d'innovation appuyés par les ONG se déroulent dans un **contexte** caractérisé par :

- L'émergence d'une offre de services de santé privée, à but lucratif ou non, créant de fait une situation de concurrence.
- La recherche de nouvelles modalités de gestion de l'offre, quels que soient les modèles (Comités de gestion, association, acteur privé à but non lucratif, collectivité décentralisée...). Ils ont pour caractéristique d'introduire une gestion "profane" des services de santé (par des représentants de la population), qui se place aux côtés des professionnels de santé et de l'Etat.
- Une tendance générale à la décentralisation des décisions et une redistribution des rôles et des responsabilités entre l'administration et des acteurs de la société. De même, les collectivités territoriales, dont la place est aujourd'hui peu affirmée, devraient voir leur importance croître.
- Les politiques sanitaires nationales sont souvent définies avec de plus en plus de précision, avec la volonté de standardiser l'offre de services. Cette évolution est positive, car un cadre est nécessaire pour définir les missions et l'organisation des services de santé, mais cette volonté de standardisation est parfois excessive, laissant peu de marge de manœuvre en termes :
 - ⇒ Techniques : l'offre est souvent normalisée par le "PMA" (paquet minimum d'activités) et ne peut être adaptée au contexte local.
 - ⇒ Economiques : politique tarifaire, modalités de financement propres des services de santé, affectation des fonds publics, sont souvent définis au niveau national sans possibilité de modulation. Dans la pratique, le retrait de l'appui financier des ONG est souvent rendu difficile en raison de l'inadaptation des schémas de financement ou de leur non-respect.
 - ⇒ Institutionnels : les textes de référence existent, mais ils sont souvent inadaptés face à la multiplicité des situations des structures de santé, et les responsabilités des acteurs sont souvent mal définies. Les entités gestionnaires n'ont pas souvent la personnalité morale, et la gestion des fonds par des non-fonctionnaires peut parfois poser des questions de transparence quand les bases juridiques ne sont pas clairement définies

La stricte application des politiques nationales de santé donne des résultats contrastés :

- Les programmes de type "Initiative de Bamako" mis en place ont permis d'assurer une certaine disponibilité des médicaments, des équipements, et du personnel soignant, et donc ont permis de mettre (ou remettre) en route une offre de soins décentralisée dans les quartiers et les zones rurales de nombreux pays.

- Cependant, ces services de santé délivrent souvent des soins de faible qualité et sont peu utilisés, ce qui témoigne de leur faible pouvoir d'attraction auprès de populations qui pourtant attendent beaucoup de ces soins "modernes".
- De plus, une partie de ces structures présentent régulièrement des dysfonctionnements dans leur gestion et leur contrôle, qui se traduisent par des disparitions d'argent ou de médicaments. Le point de rupture se fait souvent lorsque la disponibilité en médicaments n'est plus assurée et que les usagers cessent de fréquenter le centre.

Les contraintes identifiées. Dans certains pays on observe un désengagement matériel et financier de l'Etat par rapport aux services de santé, alors que les ressources engagées étaient déjà faibles. Avec les processus de décentralisation de la gestion des services, les structures de l'Etat ont du mal à trouver un nouveau positionnement : elles jouent difficilement leur rôle de régulation, de réglementation et d'arbitrage, alors qu'elles conservent la gestion du personnel de l'état (le premier poste budgétaire), ce qui peut limiter l'autonomie reconnue aux services de santé.

Les relations entre les professionnels de santé et entités gestionnaires sont souvent conflictuelles, amenant parfois à une remise en cause des modalités d'exercice de la cogestion (recentralisation de la gestion aux mains de l'Etat par exemple).

Les usagers des services de santé ont pour la plupart des faibles ressources, ce qui limite les possibilités de "recouvrement des coûts".

Le partenariat entre intervenants du "Nord" et population, professionnels et pouvoirs publics du "Sud" est générateur de contraintes : attentes différentes, non-dits, recherche des techniques de pointe utilisées au "Nord", attente passive des dons... Les modalités de fonctionnement des bailleurs de fonds sont elles aussi génératrices de contraintes : délais de décaissement, nécessité de respecter des affectations budgétaires lignes par lignes et de suivre un calendrier de "réalisations" définis préalablement.

La recherche de solutions innovantes. Ce constat pousse les ONG à s'interroger sur la pérennité d'une grande partie des structures fonctionnant selon les normes définies par les politiques nationales. Ces questions encore non résolues interrogent la pratique des ONG, autant sur leur façon d'accompagner les services de santé que sur leur position dans le jeu institutionnel. La mobilisation populaire dans le fonctionnement des services de santé professionnels serait-elle un leurre ? N'est elle que le résultat de conditions cadres mal définies ou de processus d'accompagnement mal adaptés ? Comment peut-on améliorer l'organisation du rôle des acteurs dans les services de santé du district ?

3. Hypothèses

Quatre hypothèses principales ont été identifiées. L'étude transversale aura à se prononcer sur leur bien fondé :

- **Hypothèse 1** : Les attentes et motivations des acteurs, et les liens entre acteurs, sont des déterminants de la pérennité des actions entreprises. Ils doivent être identifiés, analysés, et pris en compte dès la phase de formulation du projet.
- **Hypothèse 2** : La constitution d'un espace de concertation et/ou négociation entre les acteurs de la société civile impliqués et les pouvoirs publics conduit l'ONG d'appui à actualiser les objectifs poursuivis et la méthodologie d'appui utilisée.

La caractérisation et les articulations que cet espace peut prendre selon les conditions d'expression (cadre législatif, développement des municipalités), le type d'intervention, les conflits entre groupes d'intérêt, seront plus particulièrement analysés par l'étude.

- **Hypothèse 3** : La contractualisation entre les différents partenaires d'une démarche commune pour le fonctionnement et l'évaluation des résultats permet de réguler les conflits entre acteurs. Cette démarche commune intègre dès le départ un processus d'information et de discussion des résultats accessibles aux utilisateurs du système de santé et qui leur permet une intervention dans le centre de santé.
- **Hypothèse 4** : L'accompagnement doit se donner des objectifs en terme de renforcement des capacités des acteurs à jouer effectivement leur rôle (" empowerment "), en particulier par un processus de contractualisation.

4. Objectifs de l'évaluation

L'étude proposée ici voudrait à partir d'une étude comparative entre plusieurs " projets », mener une évaluation critique du processus d'accompagnement au regard de l'objectif de pérennité visé par chacun des projets.

Objectifs généraux :

- ⇒ La mesure de la cohérence entre le processus d'accompagnement et le contexte,
- ⇒ La perception initiale et finale que les acteurs locaux ont de l'appui,
- ⇒ Connaître la compréhension que les acteurs locaux ont de l'autonomie et de la pérennité. Il s'agira d'appréhender la logique et les enjeux des acteurs.

5. Activités et méthodologie

Les termes de référence de l'ensemble de l'étude (en annexe) donnent les détails des activités et des phases. Dans le cadre de cette étude, le sociologue participera à certaines activités sur une période s'étalant de décembre 2002 à janvier 2004 :

- lors de la phase 1 : Il accompagnera le groupe de travail dans la rédaction de la grille d'analyse des projets qui sera appliquée à une dizaine de projets préalablement sélectionnés par le groupe. Il appuiera également le groupe dans la sélection, sur la base de la grille, de 3 projets qui feront l'objet d'une évaluation sur le terrain. Il apportera le regard extérieur qui permettra de veiller à la cohérence des choix du groupe. Enfin, il validera la méthodologie proposée pour les diagnostics de fonctionnalité à réaliser par des experts en santé publique sur les 3 projets sélectionnés. Il s'assurera que les données à recueillir lors de ces diagnostics lui apporteront les éléments nécessaires à l'évaluation qu'il réalisera par la suite.

Nombre de jours de travail : 6 jours
Période : décembre 2002

- lors des phases 2 et 3, le sociologue n'intervient pas.
- lors de la phase 4 : Il effectuera 3 missions pour évaluer et capitaliser les méthodologies d'appui utilisées dans les 3 projets. L'expert du pays de compétence santé publique

l'appuiera (pendant 10 jours) pour restituer les conclusions du diagnostic de fonctionnalité établi précédemment. Il rédigera un rapport par évaluation. Il réalisera ensuite un rapport provisoire de synthèse transversale comportant un résumé d'une dizaine de pages maximum diffusable largement. Il restituera cette synthèse au comité de pilotage.

Nombre de jours de travail : 80 jours au total soit 24 jours par projet (dont 19 de mission proprement dite et 5 de rédaction – restitution) et 8 jours pour la rédaction de la synthèse transversale.

Période : Mars - Avril 2003 : 24 jours (projet 1)

Août - Octobre 2003 : 48 jours (projets 2 et 3)

Octobre - Novembre 2003 : 8 jours (rédaction et restitution de la synthèse transversale)

- lors de la phase 5* : Il participera à l'atelier de synthèse de 4 jours qui se tiendra en France et réunira les membres du groupe de travail et des acteurs ayant participé à l'évaluation des projets sur le terrain. Cet atelier permettra de capitaliser l'expérience des 3 projets et de poser les bases de recommandation de bonnes pratiques.

Nombre de jours de travail : 4 jours

Période : janvier 2004

* la mise en place de cette phase est conditionnée à l'obtention d'un financement

Méthodologie

La méthodologie détaillée utilisée pour les évaluations des dispositifs d'appui sur le terrain sera proposée par l'expert sociologue et discutée avec le groupe de travail.

Elle devra inclure les évaluations suivantes :

- capitalisation des processus
- capitalisation des méthodologies d'appui
- caractérisation des enjeux autour du fonctionnement des services
- appui apporté par les ONG au travers de la paroles des acteurs institutionnels bénéficiaires

Il devra également conduire un atelier d'évaluation par les acteurs institutionnels locaux.

Ces évaluations seront abordées avec les différents partenaires de l'accompagnement à savoir, les acteurs des services de santé, les pouvoirs publics et, selon les cas, les collectivités locales.

Le consultant disposera de différents outils pour mener cette évaluation :

⇒ la grille de lecture des projets qu'il aura participé à rédiger avec le groupe.

⇒ Les résultats des diagnostics de fonctionnalité qui seront réalisés sur chacun des projets. Ces diagnostics seront faits sur la base du guide REMED. Le diagnostic portera sur la pérennité de la ou des structure(s) et son ou leur autonomisation structurelle. D'autres investigations pourront être menées ponctuellement selon les besoins identifiés.

6. Suivi

Le sociologue travaillera en lien avec plusieurs acteurs, à des titres divers.

1 – Le groupe de travail Pérennité sera son interlocuteur opérationnel notamment lors des différentes phases indiquées ci-dessus. Il s'agira plus particulièrement de :

- la préparation de la grille d'analyse des projets, la sélection des 3 projets à évaluer et la finalisation de la méthodologie des diagnostics de fonctionnalité.
- la préparation, le suivi du déroulement des missions et de la finalisation des 3 rapports d'évaluation des dispositifs d'appui et de la synthèse transversale.
- la coordination avec les différents acteurs impliqués dans l'étude : experts en santé publique, projets étudiés, comité de pilotage.

2 – Les 3 experts en santé publique pour :

- la validation des diagnostics de fonctionnalité réalisés localement en phase 3 et leur inclusion dans son étude.

3 – Le Comité de pilotage (cf. composition en annexe 1) assurera la concertation des différentes parties prenantes de l'étude et veillera à la cohérence de l'exercice. Il aura sélectionné le consultant sur la base d'un appel d'offre lancé par le F3E.

Il examinera les différents travaux réalisés par le consultant (et suivis par le groupe Pérennité) :

- phase 1 : grille d'analyse des projets, choix des 3 projets à évaluer, méthodologie retenue pour le diagnostic
- phase 3 : rapports de diagnostic de fonctionnalité réalisés par les experts santé : il proposera au consultant des orientations pour son travail d'évaluation.
- phase 4 : les rapports provisoires d'évaluation des dispositifs d'appui et la synthèse transversale : il pourra proposer des améliorations pour les rapports finaux.

7. Résultats attendus

- ⇒ Un rapport par pays (étude de cas) décrivant le processus d'accompagnement suivi et une analyse critique de la méthode utilisée pour chacun des projet
- ⇒ Un rapport provisoire de synthèse transversale qui servira de base de travail lors de l'atelier de restitution. Ce rapport de synthèse transversale s'attachera à identifier les conditions qui ont rendu les changements possibles, les modalités d'accompagnement ayant favorisé la prise de responsabilité des acteurs, les facteurs ayant amélioré la pérennité des services de santé appuyés.
- ⇒ Un rapport définitif à l'issue de l'atelier, qui formulera des recommandations sur les modalités d'intervention pour les ONG.

Ce rapport sera utilisé par les ONG du Groupe de Travail Pérennité pour élaborer un guide de "bonnes pratiques" en matière d'accompagnement et de pérennisation des services de santé.

8. Moyens

Le consultant devra disposer d'une compétence d'une part en sociologie des organisations ou anthropologie ou bien en développement institutionnel et d'autre part en évaluation.

Budget prévisionnel en Euros TTC

	Coût
Phase 1	
Honoraires 6 jours x 410 Euros	2 460
Phase 4	43 680
Honoraires 3 évaluations de 24j + 8j synthèse transversale (80j au total x 410 Euros)	32 800
Billets d'avion 3 missions	2 740
Perdiem 3 missions (sociologue)	3 540
Divers missions (visas, assurance...)	460
Déplacements locaux 3 missions + 3 ateliers locaux	2 060
Divers et imprévus (5% sur justificatifs)	2 080
Phase 5 : honoraires 4 jours x 410 Euros	1 640
TOTAL en Euros TTC	47 780

L'exécution de la totalité de l'étude est soumise à l'obtention d'une partie du financement non encore acquise (une partie de la période 2 de réalisation, cf. calendrier en annexe 2).

9. Contractualisation

Un contrat sera signé avec Handicap International pour l'ensemble de l'étude, (le F3E sera cosignataire pour ce qui concerne la phase 4).

Annexe 1

Termes de référence pour l'ensemble de l'étude transversale

**« L'ACCOMPAGNEMENT DES CHANGEMENTS
DANS LES SERVICES DE SANTE :
QUELLES PRIORITES POUR QUELLE PERENNITE ? »**

A. Problématique

1. Les objectifs poursuivis par les ONG

Depuis plusieurs années, les ONG se sont investies dans le développement de services de santé (centres de santé de premier niveau et hôpitaux de district notamment) autonomes, remplissant des missions de service public de qualité, attractifs pour la population et financièrement accessibles au plus grand nombre.

Pour y parvenir, elles recherchent des approches innovantes et mettent l'accent sur :

- La collaboration entre professionnels de la santé et les populations bénéficiaires organisées.
- L'évolution de leur appui vers un accompagnement et une expertise partagée au lieu d'une expertise technique extérieure et d'un simple appui matériel et financier.

Cet accompagnement poursuit comme objectifs :

- L'autonomie par rapport à l'appui financier initial grâce au paiement par les usagers et éventuellement d'autres bailleurs nationaux (l'Etat, les collectivités locales...). C'est le "recouvrement des coûts".
- La maîtrise de la gestion et du contrôle des services de santé grâce au renforcement des capacités des acteurs locaux.

Pour atteindre ces objectifs, les ONG jouent le rôle d'un médiateur et facilitateur qui renforce la communication entre les différents acteurs et développe entre eux des espaces de négociation. Cet accompagnement cherche à prendre en compte les particularités locales et les aspects culturels singuliers pour moduler et adapter la Politique Nationale de Santé dans ses modalités d'application locales. En ce sens, les ONG peuvent contribuer à faire évoluer les politiques nationales grâce aux projets locaux.

2. L'analyse de l'environnement

Ce processus d'innovation se déroule dans un contexte caractérisé par :

- L'émergence d'une offre de services de santé privée, à but lucratif ou non, créant de fait une situation de concurrence.
- La recherche de nouvelles modalités de gestion de l'offre, quels que soient les modèles (Comités de gestion, association, acteur privé à but non lucratif, collectivité décentralisée...). Ils ont pour caractéristique d'introduire une gestion "profane" des services de santé (par des représentants de la population), qui se place aux côtés des professionnels de santé et de l'Etat.
- Une tendance générale à la décentralisation des décisions et une redistribution des rôles et des responsabilités entre l'administration et des acteurs de la société. De même, les collectivités territoriales, dont la place est aujourd'hui peu affirmée, devraient voir leur importance croître.
- Les politiques sanitaires nationales sont souvent définies avec de plus en plus de précision, avec la volonté de standardiser l'offre de services. Cette évolution est positive, car un cadre

est nécessaire pour définir les missions et l'organisation des services de santé, mais cette volonté de standardisation est parfois excessive, laissant peu de marge de manœuvre en termes :

- ⇒ Techniques : l'offre est souvent normalisée par le " PMA " (paquet minimum d'activités) et ne peut être adaptée au contexte local.
- ⇒ Economiques : politique tarifaire, modalités de financement propres des services de santé, affectation des fonds publics, sont souvent définis au niveau national sans possibilité de modulation. Dans la pratique, le retrait de l'appui financier des ONG est souvent rendu difficile en raison de l'inadaptation des schémas de financement ou de leur non-respect.
- ⇒ Institutionnels : les textes de référence existent, mais ils sont souvent inadaptés face à la multiplicité des situations des structures de santé, et les responsabilités des acteurs sont souvent mal définies. Les entités gestionnaires n'ont pas souvent la personnalité morale, et la gestion des fonds par des non-fonctionnaires peut parfois poser des questions de transparence quand les bases juridiques ne sont pas clairement définies.

La stricte application par les ONG des politiques nationales de santé donne des résultats contrastés :

- Les programmes de type " Initiative de Bamako " mis en place ont permis d'assurer une certaine disponibilité des médicaments, des équipements, et du personnel soignant, et donc ont permis de mettre (ou remettre) en route une offre de soins décentralisée dans les quartiers et les zones rurales de nombreux pays.
- Cependant, ces services de santé délivrent souvent des soins de faible qualité et sont peu utilisés, ce qui témoigne de leur faible pouvoir d'attraction auprès de populations qui pourtant attendent beaucoup de ces soins " modernes ".
- Ces structures présentent régulièrement des dysfonctionnements dans leur gestion et leur contrôle, qui se traduisent par des disparitions d'argent ou de médicaments. Le point de rupture se fait souvent lorsque la disponibilité en médicaments n'est plus assurée et que les usagers cessent de fréquenter le centre.

3. Les contraintes identifiées

Dans certains pays on observe un désengagement matériel et financier de l'Etat par rapport aux services de santé, alors que les ressources engagées étaient déjà faibles. Avec les processus de décentralisation de la gestion des services, les structures de l'Etat ont du mal à trouver un nouveau positionnement : elles jouent difficilement leur rôle de régulation, de réglementation et d'arbitrage, alors qu'elles conservent la gestion du personnel de l'état (le premier poste budgétaire), ce qui peut limiter l'autonomie reconnue aux services de santé.

Les relations entre les professionnels de santé et entités gestionnaires sont souvent conflictuelles, amenant parfois à une remise en cause des modalités d'exercice de la cogestion (recentralisation de la gestion aux mains de l'Etat par exemple).

Les usagers des services de santé ont pour la plupart des faibles ressources, ce qui limite les possibilités de "recouvrement des coûts".

Le partenariat entre intervenants du "Nord", population, professionnels et pouvoirs publics du "Sud" est générateur de contraintes : attentes différentes, non-dits, recherche des techniques de pointe utilisées au "Nord", attente passive des dons... Les modalités de fonctionnement des bailleurs de fonds sont-elles aussi génératrices de contraintes : délais de décaissement, nécessité de respecter des affectations budgétaires lignes par lignes et de suivre un calendrier de "réalisations" définis préalablement.

4. La recherche de solutions innovantes

Ce constat pousse les ONG à s'interroger sur la pérennité d'une grande partie des structures fonctionnant selon les normes définies par les politiques nationales. Ces questions encore non résolues interrogent la pratique des ONG, autant sur leur façon d'accompagner les services de santé que sur leur position dans le jeu institutionnel.

La mobilisation populaire dans le fonctionnement des services de santé professionnels serait-elle un leurre ? N'est-elle que le résultat de conditions cadres mal définies ou de processus d'accompagnement mal adaptés ? Comment peut-on améliorer l'organisation du rôle des acteurs dans les services de santé du district ?

Ce constat a poussé certaines ONG à tester des approches innovantes recherchant une adaptation des politiques nationales au contexte local et l'organisation d'une offre de soins de qualité. Exemples :

Programme d'appui sanitaire et d'éducation pour la santé aux populations du Nord Mali (Cercle de Gourma-Rharous, région de Tombouctou) par Handicap International,

Organisation de services de santé privés à but non lucratif gérés par une association locale aux Comores par l'ASI (Association Santé Internationale), et le CIDR

Appui décentralisé au système de santé au Nicaragua par Médecins du Monde,

Appui à la structuration du secteur bucco-dentaire au Burkina Faso par AOI (Aide odontologique internationale),

Appui à la promotion d'associations de soutien cogestionnaires de services de santé à Madagascar par le CIDR (Centre international de développement et de recherche).

D'autres projets sont susceptibles d'être préselectionnés dans les pays suivants :

- Le Mali; le Burkina Faso ; le Kenya ; La Mauritanie; le Niger .

B. Présentation des ONG du groupe de travail (ordre alphabétique)

- **AOI, Aide Odontologique Internationale**

Date de création : 1983

But de l'association : l'association a pour but de contribuer à l'amélioration de la situation bucco-dentaire à travers le monde et plus particulièrement dans les pays en développement

Exemple de projet : Projet d'appui au Plan National de Santé Bucco-Dentaire du Burkina Faso dans les provinces : Houet, Comoé, Kéné Dougou, Tuy et Leraba (juillet 1998 – juin 2001) :

1. Mise en œuvre d'un programme de promotion de la santé bucco-dentaire intégré à la politique des soins de santé primaires.
2. Renforcement de la qualité des prestations curatives.

Le projet s'inscrit dans le cadre du Plan National de Santé Bucco-Dentaire. Il est localisé dans les provinces : Houet, Comoé, Kéné Dougou, Tuy et Leraba.

Le but du projet est de promouvoir la santé bucco-dentaire de la population dans le cadre des soins de santé primaires. Les objectifs spécifiques sont :

- Améliorer les habitudes d'hygiène bucco-dentaire de la population et celles des enfants et des mères en âge de procréer.
- Améliorer l'accessibilité de la population en milieu rural à un paquet minimum d'activités curatives et promotionnelles en santé bucco-dentaire intégré aux activités du district.
- Améliorer le fonctionnement et la qualité des soins des services dentaires de référence.
- Développer les compétences en santé publique des chirurgiens dentistes et l'intégration de la santé bucco-dentaire dans le système de santé.

Président : Monique Triller. Directeur : Bernard Decroix.

- **ASI, Association Santé International**

Depuis 1982, ASI développe des conceptions innovantes et des techniques nouvelles axées sur une réelle re-appropriation du système de santé par l'ensemble de ses acteurs. Ses interventions sont sous-tendues par une exigence constante de responsabilisation des acteurs du système de santé, et de renforcement de leur capacité dans un souci de viabilité pérennisée du système.

Sa capacité à appréhender et à s'appuyer sur les fondements et les évolutions en profondeur des sociétés dans lesquelles elle intervient, a conduit ASI à se spécialiser dans l'appui méthodologique et technique à la formulation et à la mise en œuvre des réformes institutionnelles intégrant la décentralisation. Dans ce cadre, ASI intervient notamment en matière de définition et de mise en place d'un nouveau cadre législatif et réglementaire (y

compris l'exercice de la tutelle), de régionalisation de l'organisation des soins, de conception et de mise en œuvre de la participation communautaire et de recouvrement des coûts, de mise en place de l'approche contractuelle, de conception et de mise en œuvre des plans de formation en particulier dans le cadre des réformes institutionnelles.

Au niveau des institutions ou des programmes de santé, dans une vision systémique de la santé, ASI apporte son appui à la conception, à la réorganisation des structures de santé. ASI intervient également dans les domaines de la programmation des équipements, de l'évaluation en profondeur et de l'analyse institutionnelle ainsi que dans l'ingénierie de la qualité.

Président : Professeur Pierre CORNILLOT. Chargé de missions : Armand NGOMA PHUATI

- **CIDR, Centre International de Développement et de Recherche**

Depuis près de quarante ans, le CIDR cherche à promouvoir un développement solidaire et durable et efficace au niveau familial, villageois et régional dans de nombreux pays du Sud. Il intervient plus particulièrement dans les secteurs de l'appui à la promotion des micro ou petites entreprises, le financement du développement local, la protection sociale et la gestion des services de santé.

Dans le secteur de la santé, le CIDR conçoit et met en œuvre des programmes sur deux axes de travail complémentaires, la cogestion des services de santé et la promotion d'organisation mutualistes.

Sur le thème de la cogestion, il a apporté un appui technique et méthodologique à la conception de systèmes de cogestion aux Comores, à Madagascar et au Togo. L'objectif de l'appui est de mettre en place des organisations d'usagers capables de s'impliquer en responsabilité dans la gestion des services.

La modification des conditions cadres organisant la gestion et le financement des services de santé est un impact attendu des programmes menés à l'échelle du district. Le CIDR participe à des processus de réforme institutionnelle s'appuyant sur la validation de schéma organisationnel ayant prouvé leur viabilité.

Les programmes mutualistes visent à organiser les usagers de services dans un triple but : faciliter l'accès financier aux services de santé, réduire les exclusions et améliorer la qualité des soins.

L'appui apporté a pour but l'autonomie technique et financière et institutionnelle des organisations gérant une assurance maladie.

Des programmes sont en cours au Bénin, aux Comores, en Guinée, en Ouganda.

Président : Nicolas Béroff. Responsable des études et de la recherche dans le secteur sanitaire et social : Dr Bruno Galland.

- **HI, Handicap International**

Depuis plus de 15 ans, Handicap International met en place des structures d'appareillage et de rééducation ainsi que des programmes d'insertion sociale pour les personnes handicapées dans de nombreux pays. Progressivement ; ces programmes ont été conçus de manière à appréhender l'ensemble de facteurs qui génèrent des situations de handicap. Parallèlement et de manière complémentaire à cette approche globale, Action Nord Sud le département pluridisciplinaire de Handicap International, privilégie une approche territoriale qui prend en

compte l'ensemble des paramètres d'un territoire donné et contribue à l'émergence d'espace et de mécanismes de négociation et de coopération entre les différents acteurs qui constitue le tissu social de ce territoire. Action Nord Sud développe des activités dans le domaine de l'infrastructure, de l'hydraulique, de l'agronomie, du micro-crédit, de la santé et de l'éducation.

Dans le secteur de la santé, les programmes sont conçus autour de deux priorités, l'appui à la mise en œuvre des politiques de santé communautaire et l'appui aux structures publiques et associatives de lutte contre le Sida. Dans les deux cas, l'intervention d'ANS s'inscrit dans le cadre strict d'une fonction appui/conseil au service d'une médiation entre les acteurs impliqués. Elle fait appel à des compétences dans les domaines des soins de santé primaire, l'animation/structuration et l'économie de la santé.

Handicap International via son département pluridisciplinaire Action Nord Sud appuie actuellement trois programmes de santé communautaire au nord Mali, Cambodge et Laos. Elle soutient également deux associations de lutte contre le VIH au Kenya et au Burundi.

Président : Dr. Jean-Noël Sersiron. Directeur de programmes : Dr Claude Simonnot. Directrice adjointe : département pluridisciplinaire Action Nord Sud : Catherine Delcroix-Howell. Chargé de missions : Franck Flachenberg.

- **MDM, Médecins du Monde**

Créé en 1980, Médecins du Monde développe des actions de solidarité internationale en France et à l'étranger auprès des populations en situation de vulnérabilité, de précarité ou de résistance. Médecins du Monde s'engage dans une démarche d'accompagnement des populations dans leur processus de reconstruction et de recouvrement de leur capacité à se développer et à s'autonomiser.

Les principaux domaines d'activités de l'association :

- La santé abordée sous l'angle des problèmes de santé, de l'accès aux soins et du soutien aux structures de santé ; un travail sur des déterminants spécifiques, tels que l'accès à l'eau par exemple.
- Les droits de l'homme.
- Des thématiques particulières, telles que celles des enfants, des femmes, des réfugiés et minorités, la nutrition, etc.

Les trois grands types de programmes développés par Médecins du Monde :

- L'urgence, articulée autour de deux principes d'intervention : renfort du personnel local ; missions d'assistance médicales ;
- La réhabilitation : programmes de 6 mois à 3 ans ; concerne les infrastructures des programmes médicaux et nutritionnels ;
- Les programmes long terme : portant sur les domaines de la santé communautaire et de la santé publique.

Médecins du Monde en chiffres :

- Plus de 500 volontaires interviennent dans 57 pays, y compris en France ;
- Plus de 2000 bénévoles et quelques 250 salariés participent à l'action de l'association.

Dans la réalisation de chacun de ces programmes, Médecins du Monde a le souci d'intégrer la dimension des droits de l'homme, d'apporter un soutien à la citoyenneté, et de renforcer les partenariats locaux.

Président : Dr Jacky Mamou. Directeur général : Dr Michel Brugières. Responsables de l'étude transversale : Drs Frédéric Jacquet et Chantal Mannoni.

C. Les objectifs de l'étude

L'étude proposée ici voudrait à partir d'une étude comparative entre plusieurs "projets" proposer des recommandations pour améliorer l'accompagnement des services de santé par des opérateurs, notamment les ONG, qu'elles soient du Nord ou du Sud.

Objectifs généraux

Les objectifs généraux de l'étude se situent à deux niveaux :

1. Identifier les conditions actuelles de pérennisation des centres de santé¹ de premier niveau pouvant délivrer des soins de qualité.
2. Améliorer les méthodologies d'intervention et la capacité de négociation par les ONG et leurs partenaires (essentiellement les associations locales et régionales, mais aussi les communes) pour l'accompagnement de structures sanitaires.

Objectifs opérationnels

1. Effectuer un bilan des actions en terme d'autonomie et de pérennité des structures
2. Capitaliser les processus d'accompagnement suivis afin de déterminer :
 - Quelles sont les conditions favorables à l'émergence d'une dynamique permettant le développement d'innovations par les partenaires locaux ?
 - Quels sont les stratégies et dispositifs d'appui à mettre en œuvre pour parvenir à l'autonomie des structures de gestion ?
3. Appréhender les enjeux et les logiques des acteurs impliqués dans la structure de santé.

D. Résultats attendus

1 L'élaboration d'outils

Les résultats attendus sont :

- Une grille de lecture des facteurs institutionnels² de la pérennité et des outils permettant le diagnostic dans un contexte donné.
- Une capitalisation des "bonnes pratiques"³ d'accompagnement des acteurs dans un contexte.

¹ Le terme "centre de santé" inclut au sens large la structure de soins, les processus (de soins et de gestion) qui y ont lieu, et le système des acteurs qui contribuent à son fonctionnement.

² Facteur institutionnel : tout ce qui caractérise les relations entre acteurs, qu'elles soient hiérarchiques, fonctionnelles, ou informelles.

- Un guide d'aide à la définition, la mise en place, et l'évaluation d'un accompagnement qui tienne compte des aspects de viabilité dès la phase de planification d'un projet (avant l'action), puis pour améliorer l'organisation des rôles des acteurs des services de santé (pendant l'action).

2 Des évolutions dans la pratique des acteurs

Les résultats attendus sont :

- La diffusion des expériences innovantes réussies et des difficultés rencontrées.
- Un renforcement des capacités des opérateurs dans leur façon de concevoir, négocier, et mener un accompagnement des acteurs des centres de santé.
- Une contribution à l'évolution des pratiques de la tutelle des services de santé (Ministère de la santé et ses services déconcentrés).
- Une contribution à l'évolution des pratiques des bailleurs de fonds extérieurs, dans leur façon d'organiser leur aide aux systèmes de santé.

E. Méthodologie

L'étude sera mise en œuvre par le groupe de travail " pérennité des services de santé ", composé des représentants des 5 ONG ayant participé à la préparation du projet : Aide Odontologique Internationale (AOI), Centre International de Développement et de Recherche (CIDR), Association Santé International (ASI), Handicap International (HI), Médecins du Monde (MmM), Ce groupe de travail sera chargé de la préparation et du suivi de l'étude. La coordination et le secrétariat seront assurés par une des ONG.

1 Quatre hypothèses principales sous-tendent cette étude :

- Hypothèse 1 : Les attentes et motivations des acteurs, et les liens entre acteurs, sont des déterminants de la pérennité des actions entreprises. Ils doivent être identifiés, analysés, et pris en compte dès la phase de formulation du projet.
- Hypothèse 2 : La constitution d'un espace de concertation et/ou négociation entre les acteurs de la société civile impliqués et les pouvoirs publics conduit l'ONG d'appui à actualiser les objectifs poursuivis et la méthodologie utilisée.
La caractérisation et les articulations que cet espace peut prendre selon les conditions d'expression (cadre législatif, développement des municipalités), le type d'intervention, les conflits entre groupes d'intérêt, seront plus particulièrement analysés par l'étude.
- Hypothèse 3 : La contractualisation entre les différents partenaires d'une démarche commune pour le fonctionnement et l'évaluation des résultats permet de réguler les conflits entre acteurs. Cette démarche commune intègre dès le départ un processus d'information et de discussion des résultats accessibles aux utilisateurs du système de santé et qui leur permet une intervention dans le centre de santé.
- Hypothèse 4 : L'accompagnement doit se donner des objectifs en terme de renforcement des capacités des acteurs à jouer effectivement leur rôle (" empowerment "), en particulier par un processus de contractualisation.

³ Terme utilisé pour décrire le bon déroulement d'un processus et l'identification des facteurs de succès.

2 Les composantes à analyser :

Une étude ex post de 3 “ projets ” sera réalisée afin d’apprécier différentes dimensions en fin de projet ou après le retrait de l’appui. Ces trois projets seront sélectionnés à partir des 10 à 12 projets les plus pertinents présentés par les ONG du groupe de travail. L’étude portera sur les points suivants :

2.1 Résultats de l’accompagnement de l’ONG en terme de fonctionnalité des services de santé :

- Amélioration de l’offre de soins.
- Adaptation de l’offre aux demandes des populations.
- Amélioration de l’utilisation des services.
- Implication des bénéficiaires.
- Maîtrise de la gestion par les acteurs locaux.
- Autonomisation des structures de gestion et capacités d’adaptation.

2.2 Capitalisation des processus

Elle portera sur l’ensemble du processus, depuis la phase d’initiation des projets jusqu’au retrait de l’ONG (et au-delà si les données sont disponibles) :

- Qui est à l’initiative du projet, quelle est son origine ?
- Quel a été le cadre d’intervention, quels étaient les objectifs ?
- Quels ont été les obstacles, et les facteurs favorisants ?
- Comment l’accompagnement a-t-il été négocié ?
- Dans quelles mesures les engagements pris ont-ils été tenus ?
- Un espace de négociation a-t-il été créé ? Comment a-t-il fonctionné ? Est-il durable ?
- Comment les utilisateurs des services ont-ils été associés au suivi des objectifs et de la démarche ?
- Y a-t-il eu intervention des utilisateurs sur le fonctionnement des services de santé (rétroaction) ?

2.3 Capitalisation des méthodologies d’appui utilisées afin de déterminer :

- Quelles sont les conditions favorables à l’engagement durable des acteurs dans le financement, la gestion et le contrôle des services appuyés.
- Dans quelle mesure la méthodologie utilisée rendait-elle possible une autonomie des acteurs ?
- Quelles ont été les évolutions des objectifs suite à des décisions prises par les acteurs ?
- Quel a été le rôle de l’ONG en phase de diffusion ?

2.4 Caractérisation des enjeux autour du fonctionnement des services de santé :

- A travers l’analyse des conflits entre acteurs, et des enjeux de pouvoir.
- A travers les difficultés et les réussites rencontrées dans la pérennisation des centres de santé : y a-t-il eu simple réplique du schéma existant auparavant, ou le système fonctionne-t-il avec de nouvelles règles ? Le centre de santé a-t-il été utilisé pour des enjeux n’ayant rien à voir avec la santé ?
- A travers l’interaction entre les différents types de recours et de pratiques liés à la santé et la maladie

2.5 : Evaluation par les acteurs institutionnels bénéficiaires de l'appui apporté par les ONG
Il s'agira de donner la parole aux bénéficiaires afin de réunir des éléments de réponses aux questions suivantes :

- Comment l'intervention de l'ONG a-t-elle été comprise ?
- Quelles sont les attentes que l'appui n'a pas prises en compte ou satisfaites ?
- A part ceux de l'ONG, y a-t-il eu d'autres partenariats ou implication de " réseaux " ?
- Que veut dire pour eux, autonomie ou pérennité ?
- Quels sont leurs motivations à rechercher une autonomie par rapport à l'accompagnement ?
- Quelles sont les difficultés identifiées pour aller vers cette autonomie ?

Ces questions seront abordées avec les différents partenaires de l'accompagnement, à savoir les acteurs des services de santé, les pouvoirs publics et selon les cas, les collectivités locales. L'évaluation associera :

- Des compétences de santé publique, afin d'analyser la fonctionnalité et la gestion de la structure sanitaire.
- Et celles d'un sociologue des organisations ou d'un anthropologue pour appréhender la perception des acteurs et analyser leurs interprétations et ré interprétations des projets sélectionnés.

F. Les phases de la mise en œuvre

L'étude comportera 6 phases sur une durée totale de 14 mois.

Les phases 2, 3, 4 se déroulent en 2 temps :

- phase 2, 3 et 4 pour le premier projet sélectionné (janvier – avril 2003)
 - phase 2, 3 et 4 pour les 2 autres projets sélectionnés (avril – novembre 2003)
- (cf. calendrier en annexe 3).

- La première phase verra la rédaction d'une première grille d'analyse des projets, qui sera appliquée à une dizaine projets des ONG du groupe de travail. Ce travail sur dossiers permettra de tester la grille d'analyse et de sélectionner les 3 projets qui feront l'objet d'une évaluation sur le terrain.
- La deuxième phase consistera en une mission préparatoire de 15 jours dans chacun des 3 projets choisis. Menée par un membre de l'ONG concernée, avec l'appui d'un expert en santé publique du pays, mais extérieur au projet, elle permettra de :
 - ⇒ Susciter une dynamique d'évaluation sur le terrain, par les acteurs du projet eux-mêmes.
 - ⇒ Mettre au point une méthodologie et un programme de réalisation du diagnostic de fonctionnalité.
- La troisième phase consistera en France à faire la synthèse des missions préparatoires et à organiser les missions d'évaluation du dispositif d'appui, pendant que sur le terrain les 3 experts en santé publique réaliseront le diagnostic de fonctionnalité des services de santé concernés.

- La quatrième phase sera celle des évaluations des méthodologies d'appui. Un expert en sociologie des organisations effectuera 3 missions de 20 jours pour évaluer successivement et capitaliser les méthodologies d'appui utilisés dans les 3 projets. Au cours de chaque mission, un atelier d'évaluation par les acteurs institutionnels locaux impliqués sera organisé en utilisant :
 - ⇒ les résultats du diagnostic de fonctionnalité
 - ⇒ les résultats de l'analyse des dispositifs d'appui.

Pour chacune des 3 évaluations, un rapport sera produit (étude de cas) décrivant le processus d'accompagnement suivi et une analyse critique de la méthode utilisée. Chaque rapport sera validé par le Comité de Pilotage et diffusé aux sein des projets évalués.

Un rapport de synthèse provisoire transversale sera ensuite produit. Il s'attachera à identifier les conditions qui ont rendu les changements possibles, les modalités d'accompagnement ayant favorisé la prise de responsabilités des acteurs et les facteurs ayant amélioré la pérennité des services de santé appuyés. Ce rapport sera restitué au Comité de pilotage.

- La cinquième phase consistera en un atelier de synthèse de 4 jours, qui se tiendra en France et réunira les membres du groupe de travail et des acteurs ayant participé à l'évaluation des projets sur le terrain. Cet atelier permettra de capitaliser l'expérience des 3 projets, et de poser les bases des recommandations de “ bonnes pratiques ”.
- La sixième phase consistera à rédiger un rapport de capitalisation transversale des projets qui formulera des recommandations sur les modalités d'intervention pour les ONG. Ce rapport sera ensuite utilisé par les ONG du groupe de travail pérennisé pour élaborer un guide de bonnes pratiques en matière d'accompagnement et de pérennisation des services de santé.

Les 6 phases sont détaillées ci-dessous :

Phase 1 : Rédaction d'une grille d'analyse des projets

Cette étape préparatoire a pour but de définir une grille permettant d'analyser les modalités d'appui aux services de santé, et les possibilités de pérennité d'un service de santé. Appliquée à plusieurs projets analysés sur dossier, elle servira également à sélectionner les 3 projets qui seront évalués. Les experts qui participeront à l'évaluation seront également identifiés lors de cette première phase.

Etape 1.1 : Recherche documentaire

Collecte et revue de la documentation existante sur les deux champs que sont la pérennité des services de santé et les processus d'accompagnement du changement. La recherche documentaire s'appuiera sur les bases de données classiques, une recherche sur Internet, et la recherche de “ littérature grise ” dans les ONG elles-mêmes (rapport de projets, évaluations, études d'impact...).

Parallèlement, un(e) sociologue des organisations connaissant si possible les systèmes de santé dans les pays en développement sera identifié(e) et associé(e) aux travaux du groupe.

Etape 1.2 : Brainstorming sur l'accompagnement des services de santé en vue de la pérennité

Une journée de travail permettra de rassembler l'expérience des représentants des ONG du groupe de travail, en complément des données de la littérature, et de structurer les principales dimensions de la grille d'analyse.

Etape 1.3 : Rédaction de la grille d'analyse des projets

La recherche documentaire et le brainstorming se concluront par un travail de mise en ordre sur les processus d'accompagnement et les facteurs de la pérennité des services de santé sous forme d'une première grille d'analyse des projets.

Etape 1.4 : Test de la grille d'analyse et choix des projets à évaluer

La grille d'analyse provisoire sera appliquée à plusieurs projets présentés par les ONG du groupe de travail. Cette revue des projets sera effectuée en France sur dossiers, chaque ONG recueillant les documents et témoignages concernant le ou les projets qu'elle soumettra au groupe de travail.

Ceci permettra d'une part de confronter la grille d'analyse aux réalités du terrain, et ainsi de l'améliorer, et d'autre part de choisir les 3 projets qui feront l'objet d'une évaluation. La liste des critères de sélection sera affinée au préalable. Il s'agira de projets pour lesquels l'appui extérieur est en cours (avec assez de recul pour juger des effets sur la viabilité des structures) ou terminé. A priori, les critères suivants paraissent être les plus intéressants :

- Pérennisation des acquis (viabilité après retrait de l'ONG probable ou problématique).
- Degré d'innovation (projets innovants ou projets classiques par exemple).
- Evolution des modalités d'accompagnement ou originalité de ce processus.

D'autre part, les experts du Sud de compétence santé publique ou gestion / économie de la santé, pouvant conduire dans chaque pays le diagnostic de fonctionnalité des structures de santé, seront identifiés.

Phase 2 : Missions de démarrage sur le terrain

Cette phase a pour but d'impliquer les acteurs des 3 projets à évaluer dans la démarche d'analyse des processus d'accompagnement, et de mettre en place l'évaluation de la fonctionnalité des structures qui sera pilotée par les 3 experts du Sud.

Une mission de démarrage de 15 jours sera effectuée sur chacun de ces 3 projets par le représentant de l'ONG concernée membre du groupe de travail. Elle aura lieu tout d'abord pour le projet 1 puis dans un second temps pour les projets 2 et 3.

La mission aura pour objectifs :

- D'associer les acteurs du projet à la démarche d'évaluation.
- De discuter la grille provisoire pour l'enrichir selon l'expérience des acteurs.
- De former l'expert du pays au diagnostic de fonctionnalité, sur la base du Guide d'évaluation de la viabilité des centres de santé (ReMeD, 1997), ou d'autres outils complémentaires qui auront été définis. Ceci permettra d'obtenir une comparabilité des méthodes d'évaluation dans les 3 projets.

Phase 3 : Synthèse des missions de démarrage et diagnostic de fonctionnalité

Cette phase a pour but de préparer les évaluations par l'expert sociologue en faisant la synthèse des missions préparatoires, tandis que sur le terrain les 3 experts du Sud réalisent chacun un diagnostic de fonctionnalité sur la base duquel ils rédigent un rapport.

La synthèse des missions de démarrage par le groupe de travail se conclura par la rédaction d'une nouvelle grille d'analyse des projets sur les processus et méthodologies d'intervention, et par la rédaction du protocole d'évaluation à mettre en place par l'expert sociologue des organisations, en précisant notamment pour chaque projet les hypothèses de l'évaluation. Cette grille d'analyse portera sur les étapes suivies depuis l'initiation du projet jusqu'à son achèvement, et permettra de caractériser l'appui apporté en termes qualitatif et quantitatif.

Phase 4 : Evaluation des dispositifs d'appui

Cette phase a pour but d'évaluer dans les conditions de terrain l'accompagnement de services de santé en vue de leur pérennisation, en suivant le protocole et la grille d'analyse mis au point.

Chaque mission d'une durée de 20 jours sera conduite par un expert en sociologie des organisations ou éventuellement un anthropologue. L'expert du pays de compétence santé publique l'appuiera pour ce qui concerne le diagnostic de fonctionnalité établi précédemment. Un atelier d'évaluation par les acteurs institutionnels locaux sera conduit par l'expert en sociologie pour compléter sa propre évaluation.

Le groupe de travail assurera une coordination méthodologique entre les experts détachés sur le terrain (protocole de travail, mise en forme des rapports et exploitations des conclusions).

Les trois missions seront conduites par le même expert en sociologie. Chaque mission donnera lieu à un rapport, qui sera restitué au comité de pilotage de l'étude et sera diffusé au sein des projets étudiés.

Un rapport de synthèse transversale sera ensuite produit. Il s'attachera à identifier les conditions qui ont rendu les changements possibles, les modalités d'accompagnement ayant favorisé la prise de responsabilités des acteurs et les facteurs ayant amélioré la pérennité des services de santé appuyés. Ce rapport sera restitué au Comité de pilotage.

Phase 5 : Atelier de synthèse de 4 jours

Cette phase a pour but de tirer les conclusions des évaluations en faisant une analyse comparative des projets évalués.

L'atelier de synthèse, d'une durée de 4 jours, aura lieu en France. Il réunira 15 à 20 personnes : les membres du groupe de travail, des acteurs des programmes étudiés, et les experts ayant participé aux évaluations sur le terrain. Il s'appuiera sur un rapport préparatoire rédigé par le groupe de travail sur la base des évaluations des 3 projets. Il débouchera sur la validation de la grille d'analyse, des recommandations de "bonnes pratiques d'accompagnement", et une proposition d'outils d'aide à la décision.

Phase 6 : Rédaction d'une capitalisation/guide de bonnes pratiques

Cette phase conclut l'étude par la rédaction, par le groupe de travail ou sous sa responsabilité, d'un document comportant :

1- Une capitalisation transversale des projets :

sur la base des rapports des projets, du rapport préparatoire et des conclusions de l'atelier, elle s'attachera à identifier :

- Les conditions ayant rendu les changements possibles.
- Les modalités d'accompagnement ayant favorisé la prise de responsabilité des acteurs.
- Les facteurs ayant amélioré la pérennité des services de santé appuyés.
- Le rôle et les termes des relations entre l'ONG et les bailleurs de fonds ayant contribué au succès du projet.

2- Un guide de bonnes pratiques en matière d'accompagnement et de pérennisation des services de santé :

- Décrivant des conduites à tenir et des procédures à suivre pour la conception, la mise en œuvre et le retrait d'un dispositif d'appui ;
- Présentant des outils (système d'information, de suivi et d'évaluation du niveau d'autonomie, contrats...) utilisés dans les différents projets après validation.

G. Le suivi de l'ensemble de l'étude

Il sera assuré par le groupe de travail Pérennité et par le Comité de Pilotage avec les responsabilités suivantes :

Le groupe de travail Pérennité, composé des membres de chaque ONG impliquée (AOI, ASI, CIDR, HI, MdM), aura en charge la coordination opérationnelle de l'étude, notamment auprès de :

- l'évaluateur, lors de :
 - ⇒ la préparation de la grille d'analyse des projets, la sélection des 3 projets à évaluer et la finalisation de la méthodologie des diagnostics de fonctionnalité
 - ⇒ la préparation, le suivi du déroulement des missions et de la finalisation des 3 rapports d'évaluation des dispositifs d'appui, ainsi que de la synthèse transversale.
- des 3 experts en santé publique (préparation des missions ...).

Le Comité de pilotage, composé des ONG membres du Groupe Pérennité et des représentants du Ministère des Affaires Etrangères (santé, évaluation, mission pour la coopération non gouvernementale), est présidé par le F3E. Il a pour mandat d'assurer la concertation des différentes parties prenantes de l'étude et la cohérence de l'exercice tout au long de sa réalisation. C'est à ce titre qu'il sélectionnera le consultant sur la base d'un appel d'offre lancé par le F3E et qu'il examinera les travaux réalisés lors des différentes phases de l'étude :

- Au terme de la première phase de l'étude, il examinera la grille d'analyse des projets, le choix des 3 projets à évaluer et la méthodologie retenue pour le diagnostic.
- Lors de la phase 2, il sera informé à distance des résultats des missions exploratoires réalisées par le groupe.
- Lors de la phase 3, il examinera les rapports de diagnostic de fonctionnalité réalisés par les experts santé sur les 3 projets et sur cette base proposera au consultant des orientations pour son travail d'évaluation.
- Lors de la phase 4 : il examinera, lors de restitutions, les rapports provisoires d'évaluation des dispositifs d'appui et la synthèse transversale. Il pourra proposer des améliorations pour les rapports finaux.