

SYNTHESE DE L'EVALUATION EXTERNE : ANALYSE DES EFFETS DE LA READAPTATION FONCTIONNELLE EN ETHIOPIE (1994 – 2005)

Introduction

Cette évaluation, commanditée par Handicap International (HI), est co-financée par le Fonds pour la promotion des Etudes préalables, Etudes transversales et Evaluations (F3E) et HI. Présente en Ethiopie depuis 1987, l'Organisation Non Gouvernementale (ONG) a mis en œuvre une série de projets destinés aux réfugiés somaliens et au développement d'un environnement favorable à l'intégration des personnes handicapées. Depuis 2000 HI n'est pas directement impliquée dans la mise en oeuvre de projets sur le handicap physique mais préside le Forum National des ONG spécialisées dans ce domaine. L'ONG travaille actuellement sur un projet de sécurité alimentaire dans la région somali. Un autre projet orienté sur le VIH/SIDA devrait également démarrer dans cette région en 2006.

Handicap International a souhaité capitaliser son expérience dans le handicap à partir de l'évaluation des effets de deux projets de réadaptation fonctionnelle mis en oeuvre en Ethiopie sur la période 1994 – 2000 et repris ensuite par les ministères de tutelle (ministère du Travail et des Affaires Sociales et ministère de la Santé). L'objet de cette évaluation était de dresser le bilan de ces projets et de présenter un ensemble de recommandations stratégiques pour guider de futures interventions.

Le projet de réadaptation à base communautaire (RBC) s'est déroulé de 1994 à 1996 en collaboration avec le ministère des Affaires Sociales et ses équipes de travail à Nazareth et à Asella, deux villes de la région Oromiya. Durant cette période, Handicap International a apporté un appui financier¹. L'appui technique, par le biais d'une équipe de quatre expatriés kinésithérapeutes et techniciens orthopédistes, a permis de développer des activités communautaires et de formation. Le projet de réadaptation fonctionnelle dans les hôpitaux a couvert, de 1998 à 2000, onze sites répartis sur cinq régions et a été mis en oeuvre avec le personnel de santé et les techniciens de maintenance en collaboration avec une ONG locale : la RaDO (*Rehabilitation and Development Organization*). Handicap International a également mis à disposition des ressources financières² et humaines pour ce projet. Une équipe de deux expatriés, dont un kinésithérapeute et un technicien orthopédiste, a appuyé la mise en œuvre et le suivi du projet.

Ces deux types de projet, quoique à des niveaux d'intervention différents, visaient le développement de services de réadaptation afin d'améliorer la prise en charge des personnes souffrant de handicaps physiques. La construction d'ateliers destinés à la fabrication d'appareils orthopédiques, une formation de base à la kinésithérapie pour le personnel de santé, les techniciens et les agents communautaires accompagnée de séances de sensibilisation des professionnels de santé et de la population en ont constitué les principales activités. L'objectif était d'intégrer ces services dans le cadre institutionnel social et le système de santé public et de participer ainsi à l'élaboration d'une politique nationale de réadaptation fonctionnelle.

Le contexte éthiopien

Situé dans la corne de l'Afrique, la République démocratique fédérale d'Ethiopie, avec une population de 69 millions, comptait en 2002 un revenu annuel par habitant de 100 US\$. Environ 85% de la population vit en zone rurale avec pour principale ressource l'agriculture. Le café reste la principale exportation du pays. En 1991 le gouvernement a adhéré à une économie de marché mais une extrême pauvreté (moins de un dollar par jour) touche plus de 30% de la population.

¹ Le coût total du projet RBC a été de 635 000 Euros, avec plusieurs sources de financement dont le Gouvernement éthiopien à hauteur de 50%, l'Ambassade de Hollande, Caritas Hollande et les fonds propres de HI.

² Le coût total du projet a été de 774 000 Euros, dont 65% financés par l'Union européenne, 27% sur fonds propres de HI et 8% par le Gouvernement éthiopien.

Plusieurs facteurs expliquent ce phénomène : le pays a souffert de trois décennies de guerre et de troubles politiques ; de 1998 à 2000, le conflit armé avec l'Erythrée a provoqué le déplacement de milliers de personnes et blessé plus de 20,000 soldats et civils; la productivité agricole reste faible et vulnérable aux chocs externes comme les sécheresses ; la densité de population qui dépasse 150 habitants au kilomètre carré accroît la pression sur les terres cultivables et crée une insécurité alimentaire.

Les taux de mortalité infantile et maternelle sont associés à un taux de fécondité élevé, au manque de soins prénataux et aux complications obstétricales. La malnutrition sévère et modérée chez les enfants est plus élevée que dans les autres pays d'Afrique de l'Est. La situation épidémiologique montre la persistance des maladies transmissibles alors qu'en parallèle plusieurs affections à évolution chronique semblent progresser, notamment le diabète et les affections cardio-vasculaires. L'épidémie de VIH s'est rapidement étendue au cours des dernières années. La prévalence au sein la population adulte est estimée à 6.6 pour cent.

Le contexte du handicap

Selon le dernier recensement de population, le nombre de personnes handicapées en 1994 s'élevait à 988,849 mais ce chiffre semble être en deçà de la réalité puisque, selon l'OMS, environ 10 pour cent de la population dans les pays en voie de développement serait porteuse de handicap, qu'il soit physique ou mental. Une enquête de la Banque mondiale en cours de réalisation devrait permettre d'actualiser ces données.

Les causes du handicap en Ethiopie sont mal connues mais la malnutrition, les séquelles de poliomyélite, l'insuffisance des soins prénatals et postnatals et les accidents de tous genres jouent un rôle important. Malgré l'insuffisance de données chiffrées, la charge de travail chez les jeunes enfants, les accidents de la route et les accidents cardio-vasculaires seraient également responsables de handicaps. Par exemple en 2000-2001 les accidents ont compté parmi les dix premières causes d'hospitalisations.

Depuis 1997 l'Ethiopie a développé une politique de développement social qui cible les besoins des personnes handicapées et un programme national d'action. Le Département des Affaires de la Réadaptation au sein du ministère du Travail et des Affaires Sociales est responsable des politiques et des orientations techniques au niveau fédéral. Chaque région a un Bureau des Affaires Sociales qui a pour mandat de veiller à l'intégration socio-économique des personnes handicapées. Ces engagements restent néanmoins à un niveau très général et théorique sans une réelle mise en œuvre, avec une longue chaîne de prises de décisions depuis l'échelon fédéral et les bureaux régionaux ou avec les autres ministères comme le Ministère de la Santé. En outre le budget de l'Etat reste insuffisant pour faire face aux besoins de fonctionnement des structures.

A ce jour les cinq centres de référence de prothèses et d'orthèses sont les seuls services opérationnels pour les personnes handicapées. Ces centres, sous la tutelle du Ministère du Travail et des Affaires Sociales, reçoivent un appui financier de la Banque mondiale et un appui technique du CICR pour la production d'appareillages orthopédiques et d'orthèses. Il est également prévu de la kinésithérapie mais cette activité n'est pas encore opérationnelle, faute d'une réelle prise en compte des besoins et du manque de kinésithérapeutes expérimentés pour encadrer les nouveaux diplômés.

Très récemment des efforts ont été entrepris au niveau du Gouvernement pour développer la profession de kinésithérapeute. Malgré cette volonté qui se traduit par la reconnaissance de plusieurs formations, le manque d'encadrement et de terrains de stage fragilise la qualité de la formation pratique. La première promotion de kinésithérapeutes sera diplômée en juillet mais la profession n'est pas intégrée au sein des professionnels de santé jugés nécessaires dans le système public. L'absence d'une politique claire à ce sujet, y compris un appui budgétaire, compromet également l'avenir des futurs kinésithérapeutes.

Autres importantes caractéristiques du secteur sanitaire

Depuis le milieu des années 1990 l’Ethiopie s’est engagée dans un vaste programme de développement du secteur sanitaire. Il en a résulté d’importantes conséquences en matière de régulation et de financement du système de santé. L’adoption d’un état fédéral a permis la création de régions sanitaires autonomes. Le système sanitaire est organisé selon une pyramide distinguant les soins de santé primaire et plusieurs niveaux de référence. Depuis 1998 le processus de déconcentration est en cours mais des problèmes persistent dans la répartition des responsabilités et le décaissement des ressources financières.

En dépit des efforts du gouvernement pour garantir l’accès à des services sociaux de base, environ 49% de la population n’a pas accès aux services médicaux. Les ressources humaines sont insuffisantes en zone rurale. En moyenne on recense un médecin pour 35,603 habitants et seulement une infirmière pour 10,000 personnes. Actuellement l’Ethiopie consacre 5,7 pour cent de son PIB à la santé. Plus de 55% du budget est consacré aux salaires et les hôpitaux absorbent une part importante des ressources. En 2002 les dépenses de santé par habitant ont été chiffrées à 4 dollars et restent largement inférieures à la moyenne de l’Afrique sub-saharienne estimée à 42 dollars. Pour la période 1999-2000 les dépenses privées de santé, y compris des paiements directs aux praticiens privés, aux guérisseurs traditionnels et aux pharmacies privées, ont représenté trente-six pour cent des dépenses totales de santé.

Sur le plan financier, l’Ethiopie est très dépendante de l’assistance des bailleurs de fonds : en 2001, l’aide qu’elle a reçue représentait environ 18 % de son PIB. La part de l’aide alimentaire absorbe plus d’un tiers de l’aide. L’aide non alimentaire est consacrée à l’investissement public sous forme d’infrastructures et à l’éducation. Il est difficile de connaître réellement le montant alloué au secteur de la santé car une proportion non négligeable suit des canaux extrabudgétaires.

Le paiement direct des soins par les usagers est symbolique. Les usagers des services de santé publics ont pour la plupart des faibles ressources, ce qui limite les possibilités de recouvrement des coûts. En principe toute personne avec un revenu mensuel inférieur à 12 dollars est dispensée du paiement des soins. Les personnes handicapées sont prises en charge gratuitement sur la base d’un certificat de l’administration locale. Selon la législation en vigueur, les recettes dégagées par les structures de soins publiques retournent au Ministère des Finances. Une nouvelle loi vient d’être votée qui autorisera les hôpitaux et les centres de santé à utiliser la majeure partie de leurs recettes pour améliorer la qualité des soins offerts. A moyen terme il est prévu que les structures de santé deviennent financièrement autonomes.

Comme le précise le rapport 2004 publié par le Ministère de la Santé et la Banque mondiale, atteindre les Objectifs du Millénaire ne sont pas sans défis :

- Le nombre d’infrastructures de santé a augmenté, mais l’utilisation des services curatifs reste faible;
- Le coût des soins est plus élevé dans les hôpitaux publics que dans les centres de santé;
- Les coûts de transport pèsent sur le recours aux soins hospitaliers ;
- Les pauvres n’investissent pas dans la santé;
- Seulement 0,9 pour cent des dépenses totales des ménages sont consacré à la santé;
- La dépense de santé par habitant demeure l’une des plus faibles au monde;
- Les ressources humaines qualifiées sont insuffisantes.

Conception de l’évaluation

En l’absence d’une situation de référence et d’un groupe de contrôle, il n’était pas pertinent d’évaluer l’impact des projets. A l’examen des objectifs de l’évaluation, qui étaient de capitaliser l’expérience des projets et de poser les bases des recommandations, une analyse des effets a été convenu entre HI, le F3E et l’équipe d’évaluation.

Dans le laps de temps consacré à l'évaluation, il s'est avéré impossible de couvrir les onze hôpitaux répartis sur cinq régions. Le choix des sites, sous la responsabilité de l'équipe de HI à Addis Abeba, a pris en compte trois critères: (i) la répartition géographique afin que plusieurs régions soient représentées; (ii) la représentation de services de réadaptation opérationnels et non opérationnels; (iii) la représentation des projets RBC. La superposition des trois types de critères a conduit à l'itinéraire suivant: (i) Nazareth et Asella pour la RBC; (ii) Aksum, Jimma, Dire Dawa, Sodo pour les services hospitaliers.

L'analyse des effets a tenu compte des éléments suivants :

- Quel est le contexte?·
- De quelle manière influence t'il les projets?·
- Quels sont les effets principaux pour chaque projet?·
- Quelles en sont les causes principales et comment agissent-elles sur les projets?·
- Ces effets sont-ils viables ?
- Quelles leçons peut-on tirer de chaque projet à la lumière de ses points forts et de ses points faibles?

L'équipe d'évaluation, extérieure aux projets, était composée de deux personnes: une consultante internationale spécialisée en santé publique et en économie de la santé et un consultant éthiopien, anthropologue social. Le cahier des charges a donné à l'équipe une période de plusieurs semaines pour réaliser l'évaluation répartie comme suit: six semaines pour la phase préparatoire et cinq semaines pour le recueil des données sur le terrain.

La conception de cette évaluation, principalement qualitative, est un processus en cinq étapes. La première étape, réalisée par le consultant national, a porté sur la revue bibliographique et l'étude de documents internes. L'objectif de cette phase était également de faciliter le travail de terrain en diffusant l'information au sujet de l'évaluation et en organisant la logistique. Une première série d'entretiens avec les autorités sanitaires et sociales a permis d'établir des contacts et de cerner les enjeux institutionnels. Le consultant a visité les six sites pré-sélectionnés, a rencontré les personnes référentes et a identifié des enquêteurs potentiels pour chacun des sites.

Lors de la deuxième étape qui a coïncidé avec l'arrivée de la consultante internationale, la recherche de documents supplémentaires (documents officiels de statistiques, de politique sanitaire et de planification) a permis d'identifier les lacunes dans ce qui avait déjà été rassemblé et de contre-vérifier l'information recueillie. Les données préliminaires recueillies au cours des premiers entretiens ont aidé à l'analyse des parties prenantes. En raison de la multiplicité d'acteurs impliqués dans les deux projets, cette analyse s'est avérée essentielle pour (i) comprendre le contexte institutionnel et social; (ii) comprendre qui a influencé les projets et; (iii) identifier les intérêts des parties prenantes, leur influence et importance respectives.

L'évaluation s'est appuyée sur un ensemble de techniques d'enquête : observations, analyse des registres hospitaliers et des activités de RBC ; discussions de groupes, entretiens individuels avec les personnes référentes et les bénéficiaires. La troisième étape a tout particulièrement intégré la conception de questionnaires spécifiques pour les entretiens et d'un guide pour diriger les discussions de groupe.

A la quatrième étape, les travaux de terrain, d'une durée de vingt cinq jours, ont permis de réaliser les observations, une deuxième série d'entretiens avec les différents acteurs, les discussions de groupe avec le personnel formé et les entretiens avec les bénéficiaires. L'accès aux différents sites s'est déroulé soit en avion soit par la route, ce qui a permis de mieux comprendre les contraintes posées par la distance. La plupart des activités se sont déroulées sans imprévu mais suite au décès brutal du père du consultant national, le calendrier de travail a été réaménagé.

L'équipe d'évaluation a longuement expliqué les objectifs de l'évaluation aux différentes parties prenantes et aux bénéficiaires afin de minimiser les malentendus et les attentes. Dans l'ensemble, l'échange de points de vue avec les personnes interviewées a été constructif. Les différents acteurs ont accepté de partager leurs expériences et leurs préoccupations avec l'équipe. Ce climat de confiance a facilité le déroulement de la mission.

Les administrations locales, les centres de santé et les ONG ont fourni une aide précieuse, surtout pour identifier les bénéficiaires. Au total trente trois entretiens individuels ont été conduits avec les autorités sanitaires régionales, les directeurs d'hôpitaux, les représentants d'ONG. Quatre discussions de groupe ont été menées avec le personnel de santé, les techniciens et les agents RBC bénéficiaires de la formation de HI dans le passé. La nature participative de la discussion a permis à l'équipe d'évaluation d'explorer et contraster la vue des différents participants. Les discussions ont été conduites en Amharique ou dans le dialecte local.

Les observations ont porté sur les consultations externes, les services d'hospitalisation, les services de kinésithérapie, les ateliers d'appareillage orthopédique et les locaux de RBC. Elles ont donné une indication sur les aspects physiques des bâtiments et sur la façon dont le travail est organisé. Les aspects pratiques de l'évaluation, dont le vaste secteur géographique à couvrir dans un temps restreint et des données incomplètes sur les bénéficiaires, n'ont pas permis une analyse quantitative avec un logiciel statistique.

Le recueil de l'information auprès des bénéficiaires s'est appuyé sur l'administration d'un questionnaire. Le choix des bénéficiaires a été intentionnel à partir des registres lorsqu'ils étaient disponibles et a tenu compte de plusieurs critères : sexe, âge, localité et catégorie de handicaps. Vingt sept entretiens ont été réalisés avec les bénéficiaires des services de réadaptation à l'hôpital et cinquante avec les bénéficiaires du projet RBC.

Dans chaque site deux à quatre enquêteurs ont été formés à l'administration du questionnaire. La plupart d'entre eux avaient terminé l'école secondaire, parlaient un anglais de base, et habitaient la zone. Afin de réduire au minimum des biais potentiels ils étaient extérieurs aux projets. Pendant le recueil des données, l'équipe d'évaluation s'est divisée en deux groupes afin de superviser les enquêteurs et de vérifier la complétude des questionnaires. En parallèle aux travaux de terrain et avant que l'équipe ne se sépare, la consultante internationale a rédigé la première version du rapport à partir de l'analyse de données. Cette première version a permis de mettre en relation les effets, de clarifier certaines ambiguïtés et d'identifier les informations manquantes. Elle a également été très utile pour la restitution à l'équipe de HI et aux parties prenantes.

Au cours de la cinquième phase, un atelier de restitution s'est tenu à Addis Abeba. Cette démarche avait pour objectif de présenter les résultats de l'évaluation et d'impliquer les acteurs dans la réflexion d'une stratégie. Sur ce dernier point les attentes de chacun étaient très différentes, parfois en décalage avec la réalité ou trop ambitieuses par rapport au mandat d'une ONG, ce qui a souligné les difficultés à élaborer une stratégie pertinente et réalisable dans le domaine du handicap en Ethiopie où tout reste à faire.

Contraintes et limites : L'évaluation a souffert de plusieurs contraintes:

- Les difficultés à rencontrer les autorités sanitaires à l'emploi du temps très chargé;
- Les conditions historiques des activités (une période de dix ans): les documents disponibles pour les projets RBC étaient très limités, ce qui a posé des difficultés pour reconstituer l'historique du projet ;
- L'identification des bénéficiaires s'est avéré complexe et consommatrice de temps ;
- A Dire Dawa et Sodo, les services ne sont plus opérationnels, une situation qui n'a pas permis d'identifier les bénéficiaires du projet.

En dépit de ces limites, les résultats paraissent suffisamment représentatifs de la réalité des services de réadaptation fonctionnelle dans les cinq régions visitées.

Principaux effets pour les projets à base communautaire

Pionnier et porteur d'innovations dans ce domaine : Handicap International a favorisé le développement d'activités communautaires dans les zones rurales : activités génératrices de revenus, formation professionnelle, équipe mobile pour l'appareillage et la kinésithérapie, et création de clubs dans les établissements scolaires pour sensibiliser la population à la situation de handicap. L'ONG a su prendre en compte les besoins des équipes de la RBC, leur a donné une occasion unique d'élargir le champ de leurs compétences en développant un projet de formation et a valorisé les personnes handicapées en intégrant certaines d'entre elles au sein du projet.

Mais un manque d'intégration dans un cadre institutionnel: Le programme national n'a pas dépassé le stade d'expérience pilote menée par HI. La plupart des activités, perçues comme venant de l'extérieur, ne se sont jamais réellement inscrites dans le cadre institutionnel. A l'évidence leur développement n'a pas été suffisamment ancré dans une réflexion sur la viabilité du projet après le retrait de HI d'autant qu'une mise en oeuvre de deux ans semble un intervalle bien trop court. C'est donc l'une des faiblesses du projet de ne pas avoir engagé, ni lors de sa conception ni lors de son exécution, une réflexion approfondie sur le devenir de ces activités mais il s'agit là d'une responsabilité partagée avec le ministère de tutelle. En outre un suivi rigoureux semble avoir fait défaut, ce qui laisse un certain flou dans la gestion de certaines activités comme les celles génératrices de revenu.

Le transfert du projet a eu lieu à un moment peu propice alors que le ministère des Affaires Sociales était en pleine restructuration. Le vide institutionnel qui a suivi la passation du projet à l'échelon régional a généré une atmosphère d'instabilité, qui a conduit peu à peu à une paralysie des activités, faute d'intérêt de la part des autorités de tutelle et d'un budget suffisant.

Mais le manque de moyens financiers n'explique pas à lui seul le déclin des activités. On peut observer un désengagement financier de l'Etat pour le budget de fonctionnement des projets. Les activités communautaires ne semblent pas être une priorité. La politique sociale de l'Etat vis à vis des personnes handicapées est perçue comme insuffisante, ce qui a érodé la confiance du personnel et est une source de frustration pour les agents communautaires confrontés à la difficile réalité de terrain.

Aucun des projets ne remplit son objectif initial: Le constat actuel est que la RBC relève plus d'un principe que d'une réalité tant les services sont peu fonctionnels. Les quelques activités se limitent à du conseil et se concentrent en zone urbaine et. En effet les services de RBC limitent l'accès des services aux personnes handicapées en milieu rural puisque les équipes ne disposent pas d'un budget de fonctionnement suffisant. Les ateliers orthopédiques ne fonctionnent qu'à minima pour la production des aides techniques, ou sont fermés. A Nazareth les activités sont clairement liées à la motivation de quelques individus. A Asella, le projet a été absorbé dans les activités du centre de référence orthopédique et a perdu sa vocation première de stratégie de développement local visant la réadaptation, l'égalité des chances et l'intégration sociale de personnes handicapées.

Dans le contexte institutionnel actuel, il est clair que le secteur social est le « parent pauvre » par rapport au secteur de la santé, de l'éducation ou du développement rural. En réalité la visibilité de ce secteur s'affiche par le biais des centres de référence orthopédiques. Le volume des ressources mobilisées est important ce qui a pour effet de rendre la RBC encore moins attractive et ce qui est ressenti comme un puissant facteur d'injustice par le personnel.

Les personnes handicapées : une situation très précaire. Les entretiens soulignent la précarité dans laquelle vivent les personnes en situation de handicap, victimes aujourd'hui de l'absence de prise en charge institutionnelle. A ses débuts le projet a permis à nombre d'entre elles de bénéficier d'une prise en charge holistique (soutien psychosocial et scolaire, formation professionnelle, kinésithérapie), ce

qui n'est plus le cas depuis le retrait de HI. La fabrication d'appareillages et de prothèses est devenue un but en soi mais cette activité s'est considérablement ralentie de même que l'entretien et la réparation des appareillages orthopédiques et des orthèses.

Beaucoup de bénéficiaires ont remis en question la qualité des matériaux. Manifestement les prothèses récentes ne sont pas adaptées confortablement et de ce fait ne sont pas utilisées efficacement. Les soins pré et post-prothétiques n'incluent pas toujours la kinésithérapie pour préparer et s'assurer du bon usage des appareillages fonctionnels et éviter des effets secondaires ou des blessures.

Une réinsertion professionnelle est la préoccupation principale des bénéficiaires. Mais le projet ne facilite pas un accès à l'emploi, d'autant que l'Ethiopie est frappée par un taux de chômage élevé, ce qui souligne la complexité du problème. Bien qu'appréciant le travail des agents communautaires, les bénéficiaires sont désabusés vis à vis de ce type de projet qui n'apporte pas d'amélioration notable à leur qualité de vie. En réalité la confiance à l'égard des institutions gouvernementales est très faible. Le degré de solidarité dans la proche communauté est souvent fort et constitue le seul filet de sécurité avec le soutien familial et les amis proches.

Principaux effets pour les services de réadaptation à l'échelon des hôpitaux

Une meilleure visibilité de la réadaptation fonctionnelle: Handicap International et RaDO ont été les moteurs du projet et ont joué un rôle clé dans l'introduction du concept de réadaptation fonctionnelle à l'échelon des hôpitaux, dans la promotion de la kinésithérapie et dans la construction d'ateliers d'appareillage. Mais dès le départ l'expansion rapide d'infrastructures semblait difficile à pérenniser du fait des coûts de fonctionnement à la charge de l'Etat. Ces coûts récurrents auraient mérité une attention particulière sachant qu'ils représentent 30 à 40% des coûts d'investissement.

Peut-être était-il attendu de cette ambitieuse couverture géographique un effet d'entraînement. Néanmoins étant donné l'ampleur géographique du pays et la complexité du système de santé, l'on peut s'interroger sur une couverture ambitieuse et les difficultés qui en découlent, en particulier pour offrir un appui et un suivi satisfaisants. De plus une mise en oeuvre de dix huit mois paraît insuffisante pour introduire un concept relativement nouveau et construire une légitimité en l'absence d'une politique nationale.

La réadaptation au sein du système de santé et avec les autres acteurs : un bilan décevant: Le principal objectif du projet était de favoriser le développement d'une politique nationale en matière de réadaptation fonctionnelle, tentative qui se solde par un échec. En 2006, aucun des services visités n'est réellement opérationnel ni intégré au sein du système de santé. Cette situation n'est pas particulière aux quatre sites visités mais semble prévaloir dans les autres hôpitaux. Jimma, dont l'avenir du service de réadaptation est incertain, reste encore une exception : d'une part il s'agit d'un hôpital spécialisé qui dispose d'un chirurgien orthopédique ; d'autre part un kinésithérapeute expatrié s'est investi pendant deux ans pour consolider l'unité de kinésithérapie et la rendre opérationnelle. Malgré cela il est à craindre que ce service ne se pérennise, faute de soutien budgétaire et des difficultés à pourvoir le poste de chirurgien orthopédique.

Le constat est le suivant : en général les services n'ont pas résisté au choc du retrait de l'aide. Les ateliers d'appareillage orthopédique sont bien présents mais pour la plupart sont fermés, faute d'un budget de fonctionnement ou d'un réel intérêt de la part des décideurs. La formation de base à la kinésithérapie a bénéficié aux quelques individus toujours en poste. Il faut noter que la plupart des personnes formées ont été affectées à d'autres services et n'ont pas forcément eu l'occasion de mettre leur formation en pratique. Les services de réadaptation touchent les patients hospitalisés mais très peu de patients en ambulatoire et sont essentiellement à visée curative. Ils n'ont pas été rattachés à un service de chirurgie mais ont été conçus pour fonctionner de manière autonome, ce qui a rendu leur acceptation et leur intégration difficile, voire impossible. Dans la plupart des sites la coordination et la

collaboration avec les partenaires extérieurs, les centres de santé périphériques et les institutions locales ont été faibles et ont rendu le projet déconnecté des acteurs qui auraient pu participer et appuyer la mise en oeuvre.

A la lumière des entretiens avec les autorités sanitaires, il n'est pas certain que celles en poste au moment du projet aient eu une vision cohérente sur la manière dont intégrer et articuler ces services dans le système hospitalier. Comme la plupart des directeurs d'hôpitaux sont soumis à de fortes pressions pour assurer des prestations de service avec des budgets limités, tout projet externe est attractif, au détriment de la pertinence et de la pérennité de l'action.

Un projet très vulnérable aux changements des acteurs et du système: Le processus de déconcentration et la réforme du service public ont engendré de fortes pressions sur le système de santé et le personnel. Chez les directeurs d'hôpitaux on ne retrouve aucune mémoire institutionnelle vis à vis du projet, ce qui a pour conséquence une faible mobilisation pour les services de réadaptation.

Alors que trop de besoins restent non couverts, il faut également s'inquiéter des besoins qui ont changé, de cette réalité qu'est l'épidémie du VIH/SIDA. C'est probablement aujourd'hui le principal fléau et les hôpitaux font peine à voir. Les autres maladies transmissibles et les urgences obstétricales absorbent une grande partie de l'activité hospitalière mais aussi des ressources humaines et financières. Dans le même temps les hôpitaux présentent un certain nombre de dysfonctionnements et leur capacité à répondre à ces nouveaux besoins est fragilisée par l'incapacité à conserver le personnel qualifié. Cette hémorragie parmi les professionnels de santé est tout particulièrement préoccupante.

La réadaptation fonctionnelle n'est pas perçue comme une priorité: La prise en compte des services de réadaptation est encore à l'état embryonnaire, ce qui rend difficile une intégration dans le système de santé. Par ailleurs sans politique nationale, il ne peut y avoir ni viabilité institutionnelle ni viabilité financière. Au cours des dernières années les documents de politique sanitaire reflètent clairement les attentes des bailleurs de fonds en matière de réalisation des ODM. A l'évidence la réadaptation fonctionnelle n'est pas à l'ordre du jour, ce qui pénalise sa mise en oeuvre. Néanmoins l'information recueillie met en avant une tendance inquiétante, non documentée, qui est l'accroissement des traumatismes causés par les accidents de la route. Il est permis de penser que leur prise en charge pèsera de plus en plus lourd sur les services hospitaliers. La nécessité de documenter cette tendance et le développement des aspects préventifs ne sont pas encore à l'ordre du jour.

Le manque de reconnaissance vis à vis des compétences acquises : Une des hypothèses du projet était de permettre la reconnaissance des professionnels de réadaptation fonctionnelle. La formation a créé des attentes en matière de complément de salaire et de développement de carrière mais n'a jamais été accréditée. Le manque de reconnaissance professionnelle qui s'en est suivi a été une source continue de frustration. Aux salaires peu motivants s'ajoute une non-valorisation des soins de kinésithérapie et de faibles perspectives de carrière. A Aksum, il faut toutefois noter l'effet positif de la formation qui a permis à deux agents de santé d'accéder à d'une formation diplômante de kinésithérapeute. Il s'agit d'une exception car ailleurs, si le projet a donné au personnel de nouvelles compétences, ce dernier n'a reçu aucune incitation en dépit d'un surcroît de travail notamment pour les techniciens.

Une faible collaboration entre le personnel formé, les directeurs d'hôpitaux et les médecins: Les relations entre les professionnels de santé et les entités gestionnaires sont souvent conflictuelles. La formation a augmenté la capacité du personnel à prendre en charge les personnes handicapées mais n'a pas suffi à elle seule à résoudre les difficultés structurelles. Le personnel déplore le peu de soutien des directeurs d'hôpitaux et le manque d'intérêt des médecins. Dans l'ensemble il y a un sentiment de lutte permanente pour obtenir l'équipement et le matériel de base, une situation qui s'est aggravée au fil des ans. Quant aux directeurs d'hôpitaux, ils ont exprimé de sérieux doutes quant à la performance du personnel formé. Le projet n'ayant pas clairement abordé l'aspect de supervision avant son retrait, les lignes de redevabilité sont restées très floues. Dans la pratique, la formation de base dispensée n'a été suivie ni d'une réelle supervision ni d'une remise à niveau, ce qui a pu générer un manque de

crédibilité envers les services de réadaptation et réduire le nombre de patients référés vers les services de réadaptation.

Les bénéficiaires sont satisfaits mais un biais urbain domine: Dans l'ensemble les services ont amélioré les relations entre le personnel de santé, les techniciens et les patients mais malgré leur satisfaction les bénéficiaires reconnaissent les limites de ces services en termes de compétences et d'équipement. Les déterminants de l'accès aux services de réadaptation sont multiples, parmi lesquels les barrières physiques et financières et la faible capacité des hôpitaux à répondre aux pathologies complexes. Un autre aspect de la problématique est la faible utilisation des services par les populations rurales. Dans la pratique la réadaptation fonctionnelle a tendance à favoriser les personnes vivant à proximité de l'hôpital et à rester inaccessible aux populations rurales qui semblent par ailleurs peu informées de la disponibilité de ces services. Même si ces derniers soient gratuits, les coûts de transport, les frais de nourriture, et les compensations diverses pour le personnel sont autant d'obstacles difficiles à surmonter.

Qui va payer pour les services? La pauvreté de la population en Ethiopie pèse clairement sur l'accès aux soins et les solutions qui peuvent être développées localement. Le recouvrement des coûts a donné l'illusion qu'après le retrait de HI et de RaDO, les services de réadaptation pourraient être autonomes. C'était sans compter sur deux facteurs : d'une part il était évident, vu la pauvreté des utilisateurs, que le départ de HI et RaDO ne serait pas compensé par une injection de l'Etat ; d'autre part la législation en vigueur veut que les recettes des hôpitaux ne soient pas réinvesties dans les services, ce qui compromet toute tentative de recouvrement des coûts.

A l'avenir il est probable que les hôpitaux compteront essentiellement sur la seule participation financière de la population. L'évolution des stratégies de financement posera le dilemme « efficacité et équité ». En effet le risque de l'autonomisation des hôpitaux est que les responsables soient de moins en moins enclins à accorder des exemptions dans la mesure où ils dépendront de plus de plus de la contribution des usagers pour payer leurs frais de fonctionnement. La question cruciale sera alors de savoir qui va subventionner la prise en charge des personnes handicapées.

Conclusions et recommandations

Ces recommandations s'appuient sur le constat réalisé au cours de l'évaluation et sont destinées à contribuer à la réflexion stratégique de Handicap International.

Ne pas négliger l'importance du contexte institutionnel: La mise en oeuvre d'une politique sanitaire est influencée par des facteurs contextuels (situation macro économique, système politique, environnement social etc...) et par des facteurs structurels inhérents au système de santé. La proposition de projet initiale, conçue sous un angle purement technique, n'a pas réellement analysé le système de santé dans lequel allait s'inscrire l'action. Ce constat doit néanmoins être nuancé car les pratiques de l'ONG ont évolué depuis 1995, passant d'une approche interventionniste et technique à une approche orientée vers le développement.

A l'avenir il apparaît souhaitable d'appréhender la singularité du contexte local. Tout futur projet devra s'inscrire dans l'évolution des pratiques de Handicap International et prendre en compte une analyse contextuelle, qu'il s'agisse du système de santé, des forces et des faiblesses des différentes institutions ou des acteurs en présence.

Faire moins mais faire mieux: Indiscutablement les besoins des personnes handicapées en Ethiopie sont loin d'être couverts mais le problème, qui est complexe à l'image du contexte, va au-delà de la seule dimension de pauvreté et des capacités d'une ONG à y répondre. Les projets mis en oeuvre dans le passé étaient ambitieux et sur un pas de temps bien trop court. Les résultats de l'évaluation montrent clairement que les changements amenés de l'extérieur sont difficiles à pérenniser même s'il s'agit d'une responsabilité partagée entre tous les acteurs. Enfin l'absence d'un système de suivi-évaluation a limité le potentiel des évaluations pour contribuer à l'amélioration du programme.

Il est souhaitable de privilégier une conception de projet pragmatique qui fasse preuve de réalisme, s'inscrive dans le long-terme et intègre un système de suivi-évaluation. Handicap International pourrait également réfléchir à des stratégies de partenariat afin de réduire la fragilité des projets et de permettre la participation d'autres ONG ou des personnes handicapées à travers leurs associations. Néanmoins la question de la pérennité a ses limites et relève d'une responsabilité partagée entre tous les acteurs d'un projet.

L'intégration de la réadaptation fonctionnelle au sein d'une politique sanitaire: encore embryonnaire. Malgré les efforts de HI pour intégrer la réadaptation fonctionnelle dans le système de santé, le bilan reste décevant. La mise en œuvre de la réadaptation fonctionnelle exige une motivation forte à tous les échelons. L'engagement des autorités sanitaires vis à vis des besoins des personnes handicapées est encore insuffisant et nécessite des choix politiques difficiles et de nouveaux arbitrages. Enfin les professionnels de santé trouvent peu d'incitations à travailler dans les structures de santé publiques.

L'impact des accidents de la route et des maladies cardio-vasculaires sur les incapacités et leur prise en charge est mal connu. D'une part les données chiffrées actuellement disponibles sont insuffisantes ; d'autre part les enquêtes nationales de nature à porter un meilleur éclairage sur cette problématique font cruellement défaut. Tous ceux intéressés par la question s'en trouvent ainsi réduits à des supputations ou à des extrapolations à partir d'observations, de témoignages ou de statistiques souvent partiels. Par conséquent il n'y a pas une volonté forte de la part de l'Etat pour que des politiques de réadaptation fonctionnelle se développent.

Un engagement politique et un cadre institutionnel fort sont des conditions essentielles pour que la réadaptation fonctionnelle soit reconnue comme un élément de la politique sanitaire. Toute tentative visant à privilégier un travail avec les structures sanitaires doit amener HI à s'interroger sur les arguments en faveur d'un projet intégrant la réadaptation fonctionnelle au sein du système de santé ; les éléments à intégrer ; et à quel niveau de la pyramide sanitaire.

Un appui institutionnel au ministère des Affaires Sociales : un contexte peu favorable. Le morcellement des responsabilités et le fait que la RBC ne soit pas perçue comme une priorité constituent un frein à la mise en œuvre d'une politique efficace en faveur des personnes handicapées. La capacité du Ministère à intégrer le problème du handicap dans une stratégie à base communautaire paraît assez faible. Il s'agit de renforcer des lignes de redevabilité entre le Ministère et ses différentes entités décentralisées, de mobiliser les ressources nécessaires et de mettre en œuvre une politique nationale.

Plusieurs interlocuteurs ont émis le souhait d'une intervention de HI pour appuyer le Ministère du Travail et des Affaires Sociales. Dans d'autres pays Handicap International a travaillé à un niveau macro-politique en participant avec succès au développement de politiques nationales. Néanmoins le contexte institutionnel éthiopien ne permet pas encore à une ONG de jouer un tel rôle. Cette assistance technique dans le contexte actuel pourrait relever d'une aide bilatérale.

Quelles sont les alternatives?:

1. Les centres de référence prothétiques et d'orthèses représentent aujourd'hui une des rares portes ouvertes à la prise en charge du handicap physique. Seule la composante « appareillage » est opérationnelle et il semble que l'intégration de la kinésithérapie dès l'ouverture des centres n'ait pas été prise en compte par le CICR. Ce dernier est actuellement demandeur d'un appui technique auprès de HI. Il s'agirait d'accompagner les kinésithérapeutes fraîchement diplômés afin de garantir un environnement professionnel de qualité. Cette approche est certainement réductrice et ne résout pas le problème de la pérennité qui tôt ou tard se posera également pour les centres de référence, potentiels « éléphants blancs » lorsque cessera l'appui de la Banque mondiale. Néanmoins à l'examen des résultats de l'évaluation, ce processus d'accompagnement pour le développement de bonnes pratiques

pourrait être une piste intéressante s'il repose sur un accord de vrai partenariat avec le ministère du Travail et des Affaires Sociales et le CICR.

2. Handicap International, qui dispose auprès des partenaires institutionnels d'un vrai capital de confiance dans le domaine de la kinésithérapie, pourrait également envisager de s'appuyer sur des partenariats. D'une part il pourrait s'agir d'un service orthopédique déjà fonctionnel dans un hôpital spécialisé et mettre à disposition un kinésithérapeute expatrié pour développer un cadre de travail de qualité en collaboration avec un confrère national. Par exemple les autorités sanitaires d'Awassa qui paraissent dynamiques, sensibilisées à la réadaptation fonctionnelle et au travail des ONG, seraient prêtes à développer ces compétences dans le nouvel hôpital régional. D'autre part le conseiller régional à l'Ambassade de France a souligné l'intérêt d'une collaboration visant à appuyer le projet chirurgical de Médecins du Monde.

Une option stratégique serait de revenir à ce que la plupart des interlocuteurs valorise, à savoir une expertise dans le domaine de la kinésithérapie par le biais de partenariats. Cette alternative, d'envergure modeste, est loin d'être idéale mais paraît le mieux correspondre à la réalité du contexte actuel. Elle mérite d'être soigneusement évaluée dans le cadre de partenariats avec les référents institutionnels, le CICR ou Médecins du Monde.

3. Le système de santé éthiopien subit le poids des maladies transmissibles alors qu'en parallèle l'émergence des affections chroniques et les traumatismes dus aux accidents de la route viennent déstabiliser des services hospitaliers déjà vulnérabilisés par le manque de personnel qualifié et de ressources financières. Malheureusement l'absence de données fiables ne permet pas de documenter l'ampleur du problème ni de convaincre de cette réalité. Les décideurs ont donc trop peu conscience des vrais défis. Les rendre plus sensibles aux véritables enjeux du handicap pour le système sanitaire de demain pourrait être un autre axe opérationnel par le biais de campagnes de communication.

Il serait souhaitable de réfléchir à des stratégies de communication en collaboration avec le ministère des Affaires Sociales, les ONG et les associations de personnes handicapées représentant la société civile. Les efforts devraient cibler la mobilisation des décideurs et des agences des Nations unies (OMS, UNICEF, BIT) au service du handicap. Un plaidoyer est également nécessaire auprès des bailleurs multilatéraux et bilatéraux dans le cadre de stratégies de réduction de la pauvreté et des Objectifs du Millénaire.