

L'APPROCHE PARTICIPATIVE ET L'INFLUENCE SUR LA PRISE DE DECISION DANS UN CONTEXTE INTERNATIONAL D'AIDE D'URGENCE : UNE EVALUATION EN AFGHANISTAN

RIDDE VALERY, Étudiant au doctorat en santé communautaire, Département de médecine sociale et préventive, Pavillon de l'Est, Université Laval, Québec, G1K 7P4, valery.ridde.1@agora.ulaval.ca

RESUME

La participation, le répète-t-on, est souvent essentielle à l'appropriation des résultats d'une évaluation. L'Afghanistan est en guerre depuis plus de 20 ans et les gouvernements successifs ont laissé l'aide internationale non gouvernementale prendre en charge l'ensemble du système de santé public. Les mécanismes de financement des services de santé ont des incidences sur l'efficacité des programmes et sur l'équité d'accès aux soins. A la lumière d'une expérience d'évaluation de l'implantation de ces mécanismes, nous analysons comment, dans un contexte d'urgence et de rareté des ressources, l'approche participative a été possible et ce qu'elle a apportée. Pour ce faire, nous utilisons un cadre d'analyse issu de la définition de l'évaluation participative selon neuf critères principaux, d'après M.Q. Patton, que nous avons regroupés en trois catégories : la contenu, le processus et les finalités de l'évaluation. Ce cadre nous donne l'occasion de faire ressortir les éléments facilitants et contraignants de cette démarche. A partir des résultats de cette analyse, nous inférons sur la capacité à influencer les décisions prises par les utilisateurs potentiels de l'évaluation au regard de deux facteurs que sont les liens d'engagements entre l'évaluateur et les participants et le contexte de l'évaluation. Notre conclusion nous amène à penser que le renforcement de ces liens à travers une évaluation participative peut contrecarrer, en partie, les effets potentiellement négatifs du contexte d'un pays en guerre.

INTRODUCTION

Le financement des services de santé en Afghanistan est, semble-t-il, devenu un sujet d'actualité pour l'ensemble des acteurs de la coopération internationale. Alors que les gouvernements successifs avaient toujours refusé d'aborder le sujet relatif au paiement direct des usagers des services (ticket modérateur), malgré son utilisation depuis le début des années 90, celui-ci est récemment passé à l'ordre du jour. Mollah Omar, commandant des croyants et chef suprême des Talebans a signé un document en juin 2000 (découvert en juin 2001 mais encore peu diffusé) où il a précisé les modalités à mettre en œuvre en ce qui concerne le paiement direct de la part des patients [1]. C'est dans ce contexte politique particulier, où des restrictions sont imposées à la participation démocratique de la population, que nous avons réalisé une évaluation participative de l'implantation des mécanismes de financement.

Dans un premier temps, nous ferons une brève description du contexte dans lequel s'est déroulée cette évaluation. Nous présenterons succinctement, dans un deuxième temps, les objets de l'évaluation ainsi que la méthodologie employée. A partir d'un cadre d'analyse fondé sur une définition de l'évaluation participative, nous nous emploierons dans un troisième temps à vérifier en quoi la démarche utilisée en Afghanistan est de l'ordre de la stratégie d'une approche pluraliste. De plus, nous avons dû nous adapter à l'environnement, ce que nous aborderons dans le quatrième chapitre du présent document. Dans le cinquième chapitre nous avancerons quelques hypothèses à propos de deux éléments facilitant l'appropriation des résultats et la prise de décision par les utilisateurs potentiels. Nous exposerons en conclusion les adaptations nécessaires pour

envisager, à l'avenir, une plus grande contribution à la prise de décision optimale des participants dans un tel contexte d'aide d'urgence internationale.

1 CONTEXTE

Après le départ des troupes d'occupation soviétiques en 1989, qui avaient provoqué une guerre de dix ans (79-89), et la chute du gouvernement communiste (89-92) les Moujahidines, résistants d'origines ethniques diverses, n'ont pas réussi à s'entendre pour diriger le pays. Pendant quatre ans (92-96), c'est une véritable guerre civile qui opposait toutes les factions internes de l'ancienne résistance. Émergés à la fin de l'année 94, les Talebans (étudiants en théologie) ont pris la capitale (Kaboul) en septembre 96 et ont étendu progressivement leur pouvoir pour finalement, en 2001, détenir le contrôle de près de 90% du territoire national [2].

L'Afghanistan est une société rurale à 85% et sa population, estimée à 25 millions de personnes, est composée de nombreuses ethnies (Pashtounes, Tadjiks, Ouzbeks, Hazaras...). Cette guerre vieille de 20 ans a fait des Afghans le deuxième plus grand peuple de réfugiés au monde après les Palestiniens. Ils sont plus de 3,5 millions, essentiellement répartis au Pakistan et en Iran, auxquels il convient d'ajouter plus d'un million de personnes déplacées à l'intérieur du pays. Malgré le fait d'être le premier producteur d'opium au monde¹ et de conserver un rôle essentiel dans l'économie régionale (en tant que couloir en Asie Centrale), l'économie du pays en est une de guerre, illicite et moribonde [3]. Le PIB a été de 180\$US par personne en 1995 [4]. Les Talebans ont instauré une politique de ségrégation et de répression intense à l'égard des femmes (interdiction de travailler en dehors du secteur de la santé, restriction dans les déplacements, fermeture des écoles, etc.), dont les conséquences sur le plan de la santé physique et mentale sont maintenant bien connues [5]. Cela ne fait qu'aggraver une situation sanitaire fort déplorable présentée dans le tableau suivant.

Tableau 1 : Comparaison de quelques indicateurs entre l'Afghanistan et le Canada en 2001

| <i>Source : UNDP [6]</i> | Afghanistan | Canada |
|---|----------------------|---------------|
| Taux de mortalité maternelle (pour 100.000) | 1.700 ^[4] | 6 |
| Taux mortalité infantile (pour 1.000) | 165 | 6 |
| Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1.000) | 257 | 6 |
| Accouchement à la maison | 99% | - |
| Espérance de vie à la naissance | 42.5 ans | 78.7 ans |
| Taux de fertilité | 6.9 | 1.6 |
| Accès à l'eau potable | 13% | 100% |
| Taux d'alphabétisation adulte (+15 ans) | 36% | - |

¹ 75% de la production mondiale en 1999

Selon un rapport des Nations Unies, les dépenses annuelles de santé par habitant sont de 10\$US par personne [7]. Le financement public de la santé est quasiment inexistant. L'ensemble des ressources résulte de l'aide internationale et la plupart du temps, les patients payent les soins de santé lorsqu'ils consultent (mis à part dans les situations extrêmes de prise en charge de réfugiés/déplacés). Le secteur privé est florissant et les prix des médicaments ne sont pas en adéquation avec les capacités financières de la majeure partie de la population. En 2001, l'Afghanistan est classé 89^{ème} sur 90 pays en développement en ce qui concerne l'indice de pauvreté humaine [6].

La province du Laghman où s'est effectuée l'évaluation est exclusivement rurale, à l'exception de la capitale, Metherlam (qui compterait environ 30.000 personnes). La province est située à l'est du pays et au nord de Jalalabad et six districts (Uluswali) la composent : Alishang, Alingar, Metherlam, Qarghai, Dawlat Shah et Nouristan (voir carte à l'annexe 1). La population totale est d'environ 400.000 habitants et est essentiellement concentrée dans le Sud, c'est-à-dire proche de la route nationale reliant Peshawar (ville pakistanaise et lieu de refuge des Afghans), Jalalabad et Kaboul. La moitié nord de la province, essentiellement le Nouristan, est difficilement accessible compte tenu d'une géographie très accidentée et des combats incessants entre les forces de l'opposition et les Talebans. Alors que cette province avait été l'une des plus désertée durant l'occupation soviétique (79-89), à partir de 1992, de nombreux réfugiés sont retournés s'y installer, aidés en cela par des programmes de développement financés par l'aide internationale.

Au plan politique, le Laghman a toujours été considéré comme le bastion du parti fondamentaliste de Gul Buddin Hekmatiar, le Hezb e Islami. Puis, après la chute du gouvernement du Dr Najibullah (1991), l'assemblée (shura) du Nangharar a pris le contrôle du Laghman, mais le Hezb e Islami était encore majoritaire et son chef local, Abdellah Jan Wahidi était le vice-président de la shura (le président étant Hadji Abdel Kader). Enfin, c'est en 1996, pratiquement au moment de la prise de Kaboul, que les Talebans ont mis la main sur cette province de l'Est. Le Nord et le Nord-Ouest de la province restent encore sous le contrôle de l'opposition et des combats sporadiques sont régulièrement rapportés [8].

L'évaluation a eu lieu dans cette province de l'Est de l'Afghanistan où une organisation non gouvernementale (ONG) soutient un hôpital régional et trois dispensaires de première ligne. L'ONG a choisi de réaliser cette évaluation dans cette région car il y existe une volonté de coordination et d'organisation des services entre les différents acteurs. Alors que cette ONG développe des programmes dans ce pays depuis 1979, son appui au système de santé de cette province date de 1996 à l'occasion d'un programme financé par

l'Union Européenne (UE)². Depuis cette période, mis à part quelques mois de ralentissement de ses activités dû à l'absence de contrat avec l'UE, l'ONG a progressivement étendu ses activités sanitaires. Outre de nombreux travaux de réhabilitation, elle a organisé un soutien technique médical quasi-permanent. Depuis 1996, se sont relayés des dizaines d'expatriés (médecins, infirmières, chirurgiens, anesthésistes...) dont l'objectif principal d'intervention était le renforcement des capacités techniques du personnel médical de l'hôpital³. En 1998 l'hôpital régional (Metherlam) a bénéficié d'un étage supplémentaire, construit spécifiquement pour augmenter la capacité de l'hôpital à accueillir des femmes⁴. Près de 20% du personnel est féminin, ce qui demeure aujourd'hui une exception en Afghanistan.

En ce qui concerne les activités cliniques de l'hôpital, qui compte 58 lits, près de 48000 consultations externes ont été réalisées et plus de 4300 personnes (dont 50% de femmes de plus 15 ans) ont été hospitalisées en 2000. Quatre cent trente et un cas de chirurgie ont été pris en charge au cours de cette même année. Nous estimons, selon nos calculs, le taux d'utilisation des consultations externes à l'hôpital à 0,10 par habitant de la province pour l'année 2000. Le budget mensuel de fonctionnement de l'hôpital, alloué par l'ONG, est d'environ 9000 Euros (sans compter les frais d'expatriés et de supervision), dont 42% pour les salaires des 53 employés. Les ressources propres de l'hôpital sont constituées du paiement des consultations, des hospitalisations, des actes médicaux et des médicaments. Le prix de l'hospitalisation est forfaitaire (médicaments compris). Les médicaments sont fournis gratuitement par l'ONG à l'hôpital et vendus aux patients des consultations externes à 60% de leur prix de vente dans le secteur privé.

Pour implanter l'ensemble de ses activités, qui s'ajoutent à des programmes mis en œuvre dans cinq autres provinces du pays (Kunar, Kaboul, Logar, Kapissa, Mazar), l'ONG s'efforce de responsabiliser le personnel local. C'est ainsi que chaque projet, dans les différentes provinces, est suivi par un coordinateur médical local appartenant à l'organisation.

Les autorités locales en matière sanitaire sont officiellement encore présentes, mais 20 ans de guerre ont fait fuir la plupart des cadres locaux compétents et aujourd'hui, nous pouvons dire que le système de santé ne fonctionne que par l'intermédiaire de l'aide internationale non gouvernementale. Le ministère de la santé ne dispose de pratiquement aucune ressource, ni financière ni humaine. De fait, l'intervention de cette ONG dans le Laghman se situe en complète substitution, cette dernière finançant l'ensemble des activités. D'autres

² l'hôpital a été construit par une ONG allemande en 94

³ en moyenne, 14 expatriés sur le terrain au cours de l'année 2000 pour l'ensemble de la mission

⁴ Le nombre de consultations pour les femmes de plus de quinze ans était de plus de 16000 en 2000 alors qu'il ne dépassait pas 6200 en 98 et 10100 en 99. Le nombre d'accouchements est passé de 413 en 98, à 676 en 99 et 1152 en 2000

organisations sont également présentes dans la région (HealthNet, Swedish Comitee of Afghanistan, Ibsina...) et 22 centres de santé de première ligne seraient en place [9].

Au regard des objectifs du programme et de ceux de l'évaluation, il ressort que l'ONG s'est fixé un objectif d'équité (améliorer l'accès aux soins aux plus vulnérables) mais souhaite aussi une certaine efficacité financière (recouvrement des coûts et viabilité du projet). Si le dilemme efficacité vs équité est classique dans la problématique du financement des services de santé [10], l'évaluation proposée vise à voir comment l'ONG a cherché à atteindre simultanément ces deux objectifs.

2 UNE ÉVALUATION D'IMPLANTATION

L'évaluation réalisée en est une d'implantation [11]. Nous nous sommes intéressés à la dynamique interne du programme (évaluation du processus) et notamment aux activités organisées dans le but de rendre le programme plus pérenne. Nous avons également cherché à connaître le degré de satisfaction des populations par rapport aux modes de financement actuels. Puisque les patients doivent financièrement contribuer aux coûts de fonctionnement, nous nous sommes souciés de mesurer leur capacité et leur volonté à payer. L'évaluation avait une visée essentiellement formative, en ce sens qu'il s'agissait moins de porter un jugement normatif que de permettre une amélioration du programme en cours.

Cette évaluation s'est effectuée selon deux étapes distinctes qui souhaitaient répondre à deux types de questions d'évaluation : les questions préévaluatives et les questions évaluatives [11]. Dans un premier temps, à l'aide d'une description et d'une analyse des méthodes actuelles de paiements et des caractéristiques propres des modes de financement des formations sanitaires, nous nous sommes appliqués à décrire et à caractériser le déroulement du programme. C'est ce que nous appelons l'étape des questions préévaluatives, indispensable pour répondre aux questions évaluatives. Dans un second temps, à l'aide d'une enquête auprès de 120 ménages sélectionnés selon une procédure aléatoire et auprès de personnes hospitalisées (39), nous avons tenté de comprendre les liens pouvant exister entre les résultats actuels au plan du financement des services et les capacités financières ainsi que l'opinion des populations du Laghman.

Les méthodes employées pour cette évaluation étaient principalement quantitatives et à finalité formative. Cependant, des entretiens formels ou informels, réalisés tant à la coordination de l'ONG que dans les différents sites auprès d'informateurs clefs, nous ont donné l'occasion d'approfondir certaines informations et de qualifier certaines pratiques liées à notre problématique. Les données qualitatives issues des entrevues

ont été utilisées en complément des données quantitatives. La collecte des données a été réalisée à partir de différents outils permettant une certaine triangulation des informations. Il était en effet indispensable de recourir à plusieurs méthodes à la fois [12] afin d'accroître la validité des informations recueillies. Ces outils, ainsi que les questions d'évaluation et les indicateurs retenus sont donnés en détail en annexe 2 puisque la communication des résultats n'est pas l'objet de cette présentation. Il est utile, cependant, de mentionner que les résultats ont montré combien le système de tarification était régressif. Peu de mesures étaient en vigueur pour améliorer l'accès aux soins des indigents et les fréquentes ruptures de stocks en médicaments (50% de l'année) contraignaient les patients à les acheter sur le marché privé, rendant caduque le système de paiement forfaitaire de l'hospitalisation. L'enquête auprès des ménages a révélé que proportionnellement à leur richesse, les plus pauvres dépensent dix fois plus que les plus riches dans le domaine de la santé. De surcroît, le paiement direct de la part des usagers ne permet de recouvrir qu'une infime partie des coûts des formations sanitaires (de 4% à 10%).

Nous avons déjà collaboré avec cette organisation internationale durant plus de trois ans, notamment en Afghanistan en 1996 et 1997. Nous avons également accompli une mission d'appui à l'ouverture d'un programme au Timor-Oriental (99) et effectué une évaluation des besoins au Niger (98). L'évaluation de cet été 2001 s'est déroulée durant quatre semaines, dont trois dans la province, sans compter le temps passé à la préparation ou celui consacré, ensuite, à la rédaction du rapport. *A priori*, aucune réticence particulière n'était pressentie, si ce n'était de la part des responsables des formations sanitaires qui souhaitaient conserver leur capacité à lever localement des fonds en faisant payer les patients puisqu'ils en avaient l'utilisation discrétionnaire.

Nous avons opté pour une stratégie pluraliste puisque nous souhaitions d'abord, augmenter le degré d'acceptation des outils, ensuite favoriser les rétroactions pendant le processus et enfin, obtenir une meilleure appropriation des résultats.

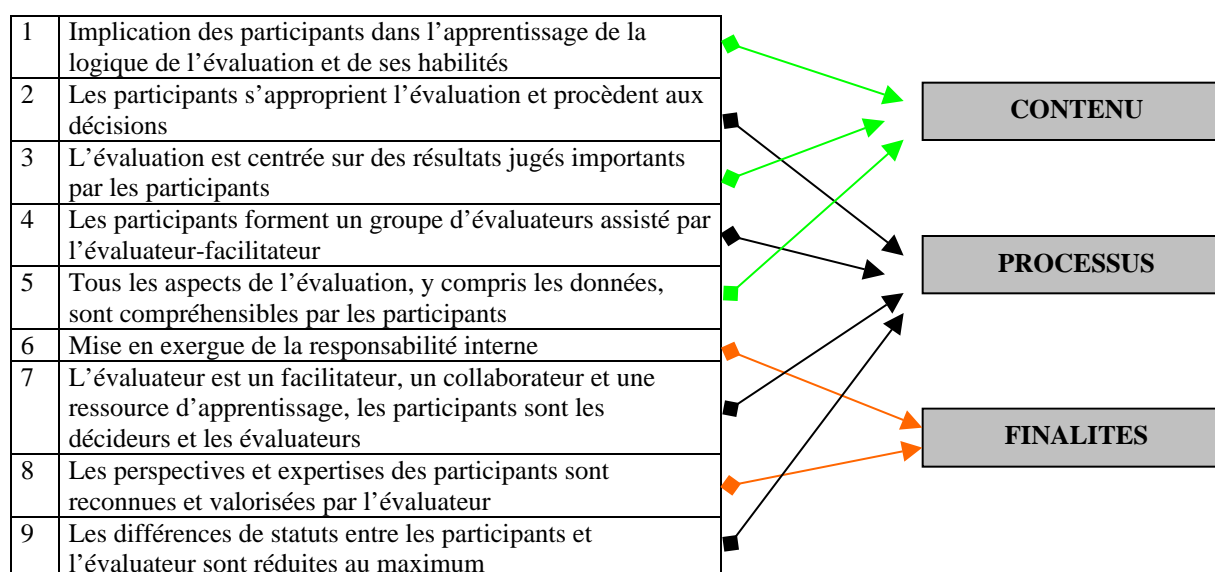
Dans ce contexte très spécifique, que l'on pourrait qualifier « d'urgence perpétuelle », comment a-t-il été possible d'adopter, sans pour autant relater une expérience idéale, une approche participative pour effectuer l'évaluation que nous venons de présenter ? C'est l'objet des prochains chapitres.

3 AVONS NOUS BIEN AFFAIRE À UNE ÉVALUATION PARTICIPATIVE ?

S'il n'existe pas de définition simple et universellement reconnue de l'évaluation participative, il faut ici admettre qu'un personnage particulier domine le milieu de l'évaluation nord-américaine depuis quelques lustres, Michael Quinn Patton. Il y a certes quelques ouvrages francophones fort intéressants concernant ce domaine, nous pensons notamment au guide écrit par Franklin Midy et ses collègues [13], mais il n'en demeure pas moins que le livre de Patton « Utization-Focused Evaluation » est indiqué lorsque l'on souhaite traiter de la question de l'évaluation participative [14]. Voilà pourquoi, nous avons décidé d'emprunter sa définition pour analyser en quoi notre évaluation d'implantation en Afghanistan a été participative.

Les neuf principes de base permettant de qualifier une évaluation participative, selon cet auteur, nous serviront donc de cadre d'analyse. De plus, nous avons remarqué que certains d'entre eux pouvaient être logiquement regroupés selon trois catégories : le contenu (quoi ?), le processus (comment ?) et les finalités (pour quoi ?) de l'évaluation. Nous passerons donc en revue ces trois catégories au regard des neufs principes de Patton selon la schématisation suivante.

Figure 1 : réduction des neuf critères principaux d'une évaluation participative selon Patton [14] à trois catégories



Mais d'abord, il est nécessaire de préciser que nous avons ici affaire à trois catégories de participants dont la hiérarchie est instituée en fonction de leur capacité à intervenir dans l'utilisation des résultats de l'évaluation. La première catégorie est composée des décideurs principaux, c'est-à-dire les premiers utilisateurs potentiels des résultats. Même au sein d'organisations démocratiques telles que sont les ONG internationales, il existe des lignes de commandement qui font qu'au bout du compte, un très petit nombre de personnes décident. Dans notre cas, ce groupe est composé de quatre personnes : d'une part, le chef de mission et la coordinatrice

médicale générale qui sont présents sur le terrain, et d'autre part, la responsable de programme et la responsable médicale, basées toutes les deux à Paris. La plupart du temps, les décisions sont prises collégalement après un processus itératif de partage de l'information. Nous mettons ici à part le délégué général de l'association ainsi que le conseil d'administration puisque les objectifs de l'évaluation sont principalement techniques et ne remettent fondamentalement pas en cause ni les valeurs ni les fondements qui sous-tendent l'existence de l'ONG.

La deuxième catégorie de participants à l'évaluation est composée du personnel cadre de l'organisation. Nous entendons par là, les différents coordinateurs médicaux locaux, les expatriés en mission et les responsables des formations sanitaires impliqués dans les changements à venir. Malgré une hémorragie importante de personnel local compte tenu du contexte particulier, l'ONG s'est toujours attachée à appliquer une politique de responsabilisation maximale des professionnels afghans. Ainsi, pas moins de huit coordinateurs locaux supervisent les programmes, soit par région soit par thème particulier (médicaments essentiels, malnutrition...). Ces cadres travaillent en collaboration étroite avec les expatriés venus ponctuellement réaliser une mission d'expertise (présence moyenne de 9 mois en 2000) et avec les médecins directeurs des hôpitaux ou responsables des dispensaires. Même si cette catégorie de participants ne décide pas réellement, leur influence sur les prises de décisions est très importante. Ceci est d'autant plus vrai que, fidèle à sa politique, l'organisation a décidé d'assigner un coordinateur médical local à l'évaluation. Ainsi, l'évaluation s'est organisée sous la coordination d'un binôme composé de ce dernier et de l'évaluateur externe.

Enfin, la population de la région et les malades hospitalisés constituent la troisième et dernière catégorie de participants. Cependant, s'ils participent activement à la production de l'information nécessaire à la prise de décision, ils ne sont pas partie prenante dans le processus de décisions en tant que tel. Ajoutons que si l'ONG applique depuis quelques mois des modalités de participation des communautés à l'organisation des centres de santé, cette orientation visant à plus de réactivité n'en est pas moins récente pour l'association et très nouvelle pour les populations locales.

Le tableau suivant résume notre analyse.

Tableau 2 : Les trois catégories de participants à l'évaluation

| Niveau de décision | Composition |
|--|--|
| Décident en dernier ressort | Sur le terrain : chef de mission et coordinatrice médicale Au siège : responsables de programme et médicale |
| Influencent la décision | Cadres locaux, expatriés en mission et responsables des formations sanitaires |
| Participent à la compréhension du problème | Population et malades |

Nous le comprendrons, compte tenu, d'une part, du temps imparti à l'évaluation et de la difficulté dans une société tribale et actuellement cléricale et totalitaire d'accéder facilement à la population, et d'autre part, du niveau de participation à la prise de décision, nous avons focalisé notre démarche participative sur les deux premiers niveaux. Cela ne veut évidemment pas dire qu'il n'est pas important de donner la parole aux habitants du Laghman et aux utilisateurs des services de santé, mais il faut reconnaître que cela est pratiquement impossible dans l'état actuel des choses. Cependant, des recommandations ont été explicitement formulées auprès de l'ONG pour poursuivre et intensifier l'approche mise en œuvre depuis quelques mois auprès de la population.

Mais revenons à notre propos initial et regardons maintenant comment la démarche adoptée en Afghanistan tend vers une évaluation de type participatif. C'est une description empirique que nous souhaitons proposer. Pour chacune des trois catégories, nous présentons les faits et en analysons les tenants et aboutissants en matière de participation relativement à notre expérience particulière.

3.1 Le contenu de l'évaluation

La première stratégie utilisée pour permettre aux participants de comprendre la logique et les outils de l'évaluation a été de leur remettre quelques semaines avant la mission un plan d'évaluation. Nous avons élaboré ce plan en nous appuyant sur les « termes de référence », envoyés par le siège de l'organisation et préalablement négociés lors d'une rencontre préliminaire à Paris avec le chef de mission et la responsable de programme. Ce plan d'évaluation mentionnait la démarche évaluative qui a été suivie lors de la mission en Afghanistan. Les points suivants étaient abordés : identification des partenaires, enjeux et objectifs de l'évaluation, contexte et décision de l'évaluation, objets de l'évaluation, méthodes et outils, plan de communication et enfin le plan de travail et les ressources nécessaires. C'était la première fois que l'ONG recevait un tel document car les évaluations externes étaient encore rares pour cette dernière et lors des (quelques) précédentes expériences, les consultants n'avaient pas jugé utile de présenter un tel plan. La lecture de ce document par l'ensemble des participants du premier niveau a incontestablement permis une meilleure compréhension de la logique mise en application lors de notre travail. Nous n'avons pas eu l'opportunité, mis à part avec les responsables du siège de l'organisation lors de notre passage à Paris avant d'aller à Peshawar⁵, d'échanger sur le contenu du plan d'évaluation. La distance géographique et l'utilisation difficile du courrier électronique au Pakistan ont été des facteurs contraignants. Le contexte d'aide d'urgence où les employés des ONG sont en activité sept jours sur sept et ne disposent que peu de temps pour des

⁵ base arrière de l'ONG au Pakistan, à la frontière de l'Afghanistan

activités non opérationnelles, n'est pas sans avoir contribué aux difficultés d'intégration du plan d'évaluation. De même, la rédaction du document en français n'a pas favorisé à tous les cadres afghans une pleine appropriation du contenu du plan puisque ces derniers devaient s'appuyer sur la transmission de l'information (traduite) de la part du chef de mission. Ajoutons qu'il est possible que le fait, pour ce dernier, d'avoir participé en juin 2000 à une journée de sensibilisation à l'évaluation animée par un expert, ait facilité la compréhension de la logique de la démarche.

Pour pallier cette carence de transmission d'information immédiatement constatée lors de notre arrivée sur place, nous avons volontairement décidé de reprendre, points par points, et avec le maximum de participants possibles, le plan d'évaluation. Cette méthode nous a permis de vérifier le niveau de compréhension chez nos interlocuteurs et d'apporter les éclaircissements nécessaires à l'appropriation. Tant l'objet de l'évaluation que les critères utilisés ont ainsi été longuement discutés avec tous les participants. De surcroît, il a ainsi été possible de revoir les outils d'évaluation avec la responsable médicale du siège et le coordinateur médical local assigné à l'évaluation. Des précisions ont été données et des adaptations ont été utiles puisque les outils avaient été construits au Québec. Cette révision des outils a été particulièrement pertinente pour familiariser les participants à la définition des critères de l'évaluation.

Au milieu de l'évaluation, le coordinateur médical local a dû quitter le pays pour se rendre à Karachi, au sud du Pakistan, suivre une formation à l'Université Agha Kahn. Un autre coordinateur l'a remplacé, ce dernier revenant de cette même université après une session de formation de quatre semaines sur le thème de la recherche sur les systèmes de santé. Ce changement à mi-parcours constituait des avantages et des inconvénients. Concernant les avantages, cela nous a permis de transmettre nos connaissances et d'améliorer la compréhension de la démarche évaluative à deux coordinateurs au lieu d'un seul. En outre, le médecin rentrant de Karachi avait acquis de nouveaux concepts liés à la recherche et proches des méthodes et outils d'évaluation. Par contre, l'inconvénient principal était que les erreurs commises par le premier et qui s'estompaient au fur et à mesure du déroulement de l'enquête auprès des ménages, apparaissaient de nouveau après le passage de témoin entre les deux personnes.

La décision de réaliser cette évaluation a été prise par la responsable de programme au siège et le chef de mission. L'objectif initial était très large et c'est au cours d'une réunion de travail à Paris que nous avons pu, avec ces deux protagonistes, circonscrire les objets de l'évaluation et les résultats qu'ils en attendaient. L'explication de certaines considérations méthodologiques (par exemple le temps nécessaire pour produire une analyse qualitative rigoureuse) a notamment permis de focaliser l'évaluation en tenant compte du temps

et du budget impartis. Il faut ici souligner le fait que cette évaluation n'avait pas été initialement prévue dans le budget du programme et que certains aménagements (financiers et matériels) ont été nécessaires par la suite pour sa réalisation.

De l'avis de tous les participants, quel que soit leur niveau d'influence sur les choix futurs (et même si nous n'avons pas *a priori* posé la question aux populations), les questions liées au financement des services de santé, à la pérennité des formations sanitaires et aux conséquences sur l'accès aux soins des modalités de paiement sont éminemment pertinentes dans le contexte afghan. Les résultats de l'évaluation en sont d'autant plus importants. Ajoutons que le responsable local de l'UE, bailleurs de fonds du programme de l'ONG, s'il n'est pas inclus dans les participants de l'évaluation, il aura un moment ou à un autre son mot à dire, par exemple lorsqu'il devra accepter une proposition de programme prenant en considération les résultats de l'évaluation. De surcroît, cette personne n'a pas caché qu'elle attendait avec impatience le rapport final.

Nous pouvons également illustrer l'adéquation entre notre démarche et la participation au contenu de l'évaluation par la question des médicaments essentiels. Les responsables de formation sanitaire sont fortement intéressés par les résultats en ce qui a trait à la qualité des approvisionnements en médicaments. Les avoir aidés à quantifier le niveau des ruptures de stocks, et à reproduire régulièrement l'expérience, leur donne maintenant la possibilité d'influencer les décisions de l'ONG quant aux méthodes employées pour fournir les centres de santé en médicaments. Sans cette amélioration de l'approvisionnement, leur revenu tiré de la vente des médicaments ne s'accroîtra pas de même que leur indépendance financière. En outre, le fait d'avoir montré qu'il y avait certaines pratiques qualifiées d'irrationnelles dans les prescriptions médicamenteuses permettra aux directeurs et aux coordinateurs médicaux d'enclencher des activités de recyclage afin de pallier cette méconnaissance des protocoles thérapeutiques.

Il convient de distinguer les niveaux de connaissances, dans le domaine de l'évaluation et dans celui de la méthodologie, entre les deux premières catégories de participants. Nous l'avons dit, certains membres de la première catégorie de participants avaient déjà été sensibilisés aux différents aspects de l'évaluation lors d'un séminaire. En outre, trois des quatre personnes de ce groupe sont des médecins formés en France avec une certaine expérience clinique dans ce même pays. La deuxième catégorie de participants est certes constituée majoritairement de médecins, mais soit ces derniers ont été formés à Kaboul où la qualité de l'enseignement est mise en doute soit ce sont de jeunes médecins expatriés qui ne possèdent pas une grande expérience. Il n'a donc pas été vraiment nécessaire d'insister sur les aspects méthodologiques de l'évaluation pour la première catégorie. En revanche, nous avons rapidement constaté qu'il était indispensable d'exposer à la

deuxième catégorie les tenants et aboutissants de la méthodologie adoptée pour les deux enquêtes. Il a fallu par exemple insister à plusieurs reprises sur la nécessité de la sélection au hasard de l'échantillon des ménages participant à l'enquête. Nous avons observé la même chose lorsqu'il a fallu procéder aux calculs économiques et comptables (par exemple la question des amortissements) et au moyen de quelques séances d'explications nous avons, sans difficulté, inculqué les quelques connaissances requises pour analyser les résultats.

En ce qui concerne les données collectées, nous pouvons aisément avancer qu'elles étaient, en tous les cas pour celles du recensement hospitalier, bien comprises par les participants. Nous avons pu nous en rendre compte lors du séminaire de discussion sur les résultats. La compréhension des données de l'enquête auprès des ménages n'était pas non plus difficile d'accès, bien que nous n'ayons pas eu l'opportunité d'en discuter en détail.

Ce sont donc les aspects méthodologiques qui ont posé le plus de problèmes de compréhension aux participants

3.2 Le processus de l'évaluation

L'un des outils qui ont été employés durant le processus d'évaluation est un recensement hospitalier (Bed census [15]). Dans la même journée, tous les patients hospitalisés ont été interrogés par l'intermédiaire d'un court questionnaire. Pour mener cette enquête, nous avons décidé de demander aux médecins de l'hôpital d'en assurer l'administration. Si ce choix était d'ordre méthodologique⁶ il a également permis aux docteurs de participer à l'évaluation pendant le processus. Par exemple, nous cherchions à connaître le nombre moyen de médicaments prescrits par patient ainsi que des renseignements sur les caractéristiques des malades (distance d'habitation par rapport à l'hôpital, prix payés...). Indéniablement, cela a donné l'occasion aux médecins de se rendre compte, contrairement à ce qu'ils avaient tendance à croire, que les malades provenaient d'un rayon kilométrique moyen peu étendu (15 km) pour un hôpital de référence régionale. Ils ont en outre pu mesurer l'ampleur de la tâche qui leur restait à accomplir pour rationaliser les prescriptions médicales encore bien « généreuses ». Si cela a été possible pour les médecins hommes, ce fut plus compliqué pour les femmes. D'abord parce qu'aucune d'entre elles ne parlaient l'anglais et qu'ensuite, compte tenu de la politique en vigueur, en tant qu'homme, il nous était impossible de nous rendre

⁶ le fait de bien connaître les patients et d'être capable d'écrire et de comprendre l'anglais améliorerait la validité des données issues des questionnaires

officiellement à l'étage des femmes. La collecte des données a donc été effectuée par une jeune sage-femme comprenant la langue de Shakespeare et formée à l'utilisation du questionnaire par une doctoresse expatriée. Nous avons pris le prétexte de cette enquête auprès des personnes hospitalisées à Metherlam pour intégrer le personnel de l'hôpital dans la réflexion. Il nous semblait essentiel de trouver un moyen pour que cette évaluation, (et *a posteriori* ses recommandations), soit la plus participative possible, et ce, pas uniquement en ce qui concerne les responsables de l'ONG. Il est évident que l'organisation demeurait limitée dans sa capacité à intervenir au sein de l'administration de l'hôpital et que la participation du personnel et notamment du comité de gestion de la formation sanitaire pouvait être une stratégie pour améliorer l'utilisation future des résultats de l'évaluation. En outre, le contexte de conflit en cours entre les deux entités (ONG vs comité de gestion) favorisait la pertinence de cette démarche. Précisons que cette enquête ponctuelle a été replacée, au cours d'une réunion préalable avec les deux enquêteurs masculins et pendant une rencontre avec le directeur, dans le contexte global de l'évaluation et de ses objectifs. Par le hasard du calendrier, il s'est trouvé que nous avons pu saisir l'occasion du passage de la coordinatrice médicale générale pour restituer les résultats devant le comité de gestion, les coordinateurs médicaux locaux et cette dernière. Si les résultats proposés se limitaient à la clientèle de l'hôpital, nous avons tenté de donner un avant-goût de nos recommandations au regard des prémices de notre évaluation globale. Cela a servi, d'une part, aux participants de contribuer au processus d'évaluation, et d'autre part, à l'évaluateur de tester quelques hypothèses et de voir comment, au vu de certains résultats dont la portée dépassait le cadre de l'enquête, les réactions pouvaient se manifester.

Nous avons trouvé que le fait que les coordinateurs médicaux locaux aient été associés à la collecte des données de l'enquête auprès des ménages, que ce soit en tant que superviseur ou comme enquêteur, a contribué à améliorer leur connaissance des populations de la région. Cette remarque est d'autant plus vraie pour les populations rurales éloignées qui vivent parfois dans des conditions de vie dramatiques et qui utilisent peu sinon pas du tout les services de santé modernes. Être confrontés à ce type de conditions a très certainement permis aux coordinateurs de mieux comprendre les incidences possibles d'une tarification des services trop onéreuse et hors de portée de ces populations. Cela a été notamment une découverte pour les coordinateurs non originaires de cette région du pays et pour celui qui, une fois sa formation achevée dans la capitale, s'est immédiatement réfugié au Pakistan et donc n'avait pratiquement aucune connaissance du milieu rural.

Demander au directeur de l'hôpital le nombre d'exemption de paiement (gratuité pour les plus pauvres) des frais d'hospitalisation donnés au cours des derniers mois offrait la possibilité à ce dernier de prendre conscience de la cherté des services. Effectivement nous avons pu nous rendre compte que pratiquement

aucune exemption n'avait été inscrite dans les registres au cours des douze derniers mois alors qu'il était évident qu'une partie de la population de la région était incapable de payer les soins et demeurait éligible à de telles pratiques de gratuité.

Pour juger de la capacité des formations sanitaires à être autonomes au point de vue financier, il était indispensable de connaître le niveau de rupture de stocks en médicaments puisque la majeure partie des revenus des formations résulte de la vente de ces produits. C'est en la présence du directeur que nous avons demandé au pharmacien de l'hôpital de calculer les taux de ruptures des stocks pour les dix médicaments les plus essentiels. Pour ce faire, il a fallu dans un premier temps expliquer comment établir ces taux, et dans un second temps, récolter l'information nécessaire à ces calculs. Tout le processus a été effectué par ces deux personnes et nous n'avons fait que faciliter la pratique. C'est ainsi qu'ils ont pu attribuer des données chiffrées à une situation empiriquement connue et se rendre compte de la dépendance de leur autonomie financière vis-à-vis de l'approvisionnement en médicaments de la part de l'ONG.

Cette même démarche de participation à l'évaluation au cours du processus a été suivie à propos des calculs économiques et comptables avec les responsables de l'administration du programme de l'ONG afin de mesurer le niveau du recouvrement des coûts par les recettes propres.

Il n'a pas été possible, comme on nous le conseille souvent [12, 13], de créer un comité d'évaluation constitué de représentants des acteurs concernés. La durée trop courte de la mission et la répartition géographique des participants trop éparpillée (entre les différentes régions en Afghanistan, à Paris et à Québec) constituaient des freins à l'établissement d'un tel comité. Mais cela n'a pas empêché l'évaluateur externe de jouer un rôle de facilitateur. Les participants n'ont pas formé un groupe mais cette fonction de facilitation a été possible au cas par cas, avec des participants isolés ou des petits groupes composés sur le terrain.

Il a fallu s'adapter à la situation et impulser, malgré les difficultés organisationnelles, cette volonté de faciliter le travail des participants à l'évaluation. Par exemple, alors que la collecte des données de l'enquête auprès des malades de l'hôpital a été exécutée par deux médecins et une sage-femme, nous avons fait en sorte de créer un groupe de travail pour interpréter les résultats, comme nous l'avons décrit au chapitre précédent. Qui plus est, il était primordial d'être disponible à tout moment au cours de la mission pour répondre aux questions des uns et des autres et améliorer la compréhension qu'ont les individus de la démarche évaluative. Il faut reconnaître que ces discussions étaient volontairement et majoritairement informelles et avaient lieu au

cours d'un repas, d'un déplacement en véhicule ou lors d'une des nombreuses soirées passées en compagnie du personnel de l'ONG.

L'approche adoptée par l'évaluateur externe a été facilitée par le fait que l'ONG s'est toujours donné le mandat d'appuyer les institutions locales, « *de favoriser la prise en charge de leurs propres problèmes par ces populations* (article 1 de la charte de l'ONG) » et donner « *la priorité à la formation d'agents de santé locaux* (article 3) ».

Nous pensons avoir largement abordé dans les chapitres précédents la question du rôle de facilitateur joué par l'évaluateur externe, précisément vis à vis des deux premières catégories de participants. Nous avons été disponibles à chaque instant pour expliquer et vulgariser certaines notions tant au plan méthodologique qu'en ce qui concerne l'état des connaissances sur les modalités de financement des services de santé dans les pays du Sud et du Nord.

Comme nous l'avons déjà relevé, les participants n'ont pas tous agi en tant que décideurs ou évaluateurs au même degré. La troisième catégorie n'a ni décidé ni évalué mais elle a participé par l'intermédiaire de la collecte des données. La deuxième catégorie a largement participé à l'évaluation, notamment sur des sujets tels que la rupture des stocks en médicaments, les calculs économiques et comptables, le nombre d'exemptions, l'adaptation des outils, la collecte des données, l'analyse des résultats du recensement hospitalier. Elle ne décidera pas de l'application des recommandations mais elle influencera largement les choix que fera la première catégorie de participants. Cette dernière a décidé des objets de l'évaluation, mais a moins participé à l'évaluation et plus orienté son action sur les décisions.

Il est vrai que notre présence sur le terrain afghan était vue comme celle d'un expert, à tout le moins comme un spécialiste de la question du financement des services de santé dans les pays du Sud. C'était notamment pour répondre à des questions techniques de cet ordre que les responsables de l'organisation souhaitaient la mise sur pied de cette évaluation. L'évaluateur externe provenait d'un département universitaire canadien consacré à la santé communautaire, fraîchement diplômé en la matière, il poursuivait ses études doctorales. Nous avons donc un statut différent qui pouvait être un handicap certain dans notre volonté d'engager une démarche participative. Cependant, plusieurs facteurs ont limité cet écart et nous ont ainsi rapprochés le plus possible des participants.

D'abord, le fait d'avoir travaillé pendant 18 mois dans cette région du monde et notamment dans cette province de l'Afghanistan, a favorisé notre adaptation à la culture locale et notre compréhension des valeurs et des codes de conduite en vigueur. Notre passage d'un an et demi avait, semble-t-il été fort apprécié et notre style de management laissant une large place à la responsabilisation du personnel local était en phase avec notre démarche évaluative participative, quatre ans après. De surcroît, même si de nombreux cadres locaux étaient partis pour l'occident ces dernières années, quelques-uns demeuraient en poste et le dialogue était ainsi stimulé par nos relations passées (amicales ou professionnelles). Ensuite, notre collaboration depuis 1996 avec cette organisation, en tant que chef de mission pour des projets à long terme ou en tant qu'intervenant sur des missions plus courtes, a rendu grandement possible notre intégration dans l'équipe (au siège et sur le terrain) et notre perception de la philosophie qui sous-tend les programmes en cours. Enfin, il faut souligner le caractère déterminant des conditions de vie et de travail dans la minimisation de la distance entre l'évaluateur et les participants. Point d'hôtel ou de restaurant en Afghanistan, nous logions dans l'unique maison de l'organisation qui faisait office de lieu d'habitation et de bureau. Cette promiscuité a renforcé les liens entre les différents acteurs. Il n'y a par contre pratiquement pas eu d'interaction entre l'évaluateur et les populations puisque le contexte politique fortement troublé ne le permettait pas, au risque de compromettre l'évaluation et les enquêtes dans leur totalité.

3.3 Les finalités de l'évaluation

Il est très probable qu'avoir attiré l'attention de cette ONG, par l'intermédiaire de l'évaluation, sur la dimension éthique des modalités de financement des services de santé dans un contexte d'urgence a servi à mettre en exergue la responsabilité sociale qui lui revient [16].

Au niveau central, c'est-à-dire au siège parisien de l'organisation, nous avons effectué en juin 2001 deux présentations sur la problématique du financement des services de santé. Juin est la période habituelle de l'assemblée générale, organe de décisions ultimes, où tous les adhérents de l'association sont présents pour valider les rapports d'activités et financiers exposés par le président et le trésorier. La première présentation s'est donc déroulée dans une ambiance associative, souvent animée et très hétérogène en ce qui concerne les connaissances en santé publique. Cet exposé, en réponse à une requête du délégué général (responsable de l'exécutif de l'association) se voulait une première approche de la complexité des modes de financement et de leurs incidences aux plans de l'efficacité et de l'équité sur le système de santé et l'accès aux soins. Nous avons voulu effectuer une sensibilisation du public à la systémique de l'organisation des services de santé et nous avons montré combien les déterminants de la pérennité des actions de l'organisation (puisque c'était la

question initiale) étaient nombreux et ne se limitaient pas aux seules questions financières. Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur la description des différentes fonctions d'un système de santé, telles que proposées par l'Organisation Mondiale de la Santé dans son rapport annuel de l'année 2000 (prestation de services, production de ressources, financement et administration générale) [17]. Il s'agissait de faire prendre conscience à l'ensemble des membres de l'association que l'objectif de pérennisation n'est pas si simple à atteindre et que le financement des services de santé n'est qu'une des variables à considérer. La seconde intervention au cours de cette semaine du mois de juin 2001 a été de nature bien plus scientifique et technique et s'est adressée uniquement aux chefs de mission. Ces derniers, responsables des programmes dans les différents pays d'actions de l'ONG, possèdent également des connaissances diversifiées à propos de la problématique du financement. Après avoir abordé les fondements idéologiques du paiement direct des usagers, nous sommes entrés dans le détail des effets des différents modes de financement sur l'utilisation des services, la génération de ressources et l'équité d'accès aux soins. Tant l'équipe associative de l'ONG que ses responsables exécutifs ont ainsi pu amorcer une réflexion préliminaire aux questions relatives aux dilemmes des modes de financement. L'objectif étant pour nous, dans le contexte de notre évaluation, de susciter une lecture moins néophyte des résultats et recommandations mis en avant dans notre rapport.

Mentionnons, par un exemple, que l'évaluation a rendu explicite la responsabilité jouée par l'ONG à propos de l'approvisionnement en médicaments. Nous avons notamment mis en évidence l'incohérence de réclamer un paiement forfaitaire (comprenant les médicaments, les soins, la nourriture... quelle que soit la durée de séjour) pour les malades hospitalisés alors que la moitié du temps ces derniers se retrouvent dans l'obligation d'acheter les médicaments sur le marché privé puisque la moitié de l'année l'hôpital doit faire face à une pénurie de médicaments faute d'un approvisionnement digne de ce nom.

Si les valeurs de l'ONG ont été reconnues, il n'en demeure pas moins que nous avons tenté de les souligner et de montrer aux participants qu'elles n'étaient pas tout à fait respectées et mises en application. Il ressort par exemple nettement de l'évaluation, qu'à l'instar d'autres expériences en Afrique de l'Ouest [18], l'ONG s'est d'avantage concentrée sur la concrétisation de son objectif d'efficacité (rendre les formations sanitaires plus pérennes) que sur celui de l'équité (améliorer l'accès aux soins pour les plus vulnérables). Nous avons, par exemple, profité d'une réunion avec le comité de gestion de l'hôpital pour amorcer une réflexion sur le fait (mondial) de permettre au personnel de santé et à leurs proches parents d'avoir un accès gratuit aux soins de santé tandis que pour les plus pauvres cet accès demeure limité, peu connu par ces derniers et souvent stigmatisant.

En insistant sur notre rôle de formateur/facilitateur auprès des coordinateurs médicaux locaux, nous avons poursuivi l'application de la politique de responsabilisation développée par cette ONG depuis maintenant bien longtemps. La reproduction du même type d'enquête est aujourd'hui envisageable bien que l'analyse des résultats ne soit pas encore complètement maîtrisée pour ces derniers. Nous n'avons malheureusement pas eu le temps de montrer comment utiliser les procédures statistiques nécessaires à l'interprétation des données quantitatives issues des enquêtes. Toutefois, nous avons sensibilisé les coordinateurs à l'utilisation d'un logiciel de traitement et expliqué quelques notions élémentaires en statistiques descriptives.

En outre, pour la première fois, l'avis des populations a été recueilli par l'intermédiaire de l'enquête auprès des ménages du Laghman. Nous avons ainsi pu intégrer leurs valeurs et perspectives dans les résultats de l'évaluation. Bien que cette reconnaissance des savoirs des populations soit encore nouvelle pour l'organisation et qu'elle se soit obtenue par l'intermédiaire de questions très fermées, il reste que la démarche fait suite à quelques expériences éparses et qu'elle n'attend plus qu'à être généralisée.

* * *

En revenant sur les neuf critères minimaux d'une évaluation participative selon Patton, nous sommes en mesure de réaliser une représentation tabulaire résumant le degré de participation des trois catégories de participants que nous avons préalablement identifiées.

Il ressort de l'analyse de ce tableau que les malades et la population n'ont que très peu participé à cette évaluation, et ce, quel que soit le niveau dans lequel nous nous situons. Au contraire, les deux autres groupes de participants ont beaucoup plus été impliqués. Il faut toutefois relever que les décideurs ont plus collaboré à la définition du contenu et à la réflexion sur les finalités de l'évaluation qu'au processus, tandis que le deuxième groupe de personnes a essentiellement participé au processus évaluatif et moins aux deux autres catégories.