AFRICA CHILD SURVIVAL INITIATIVE
COMBATTING CHILDHOOD COMMUNICABLE DISEASES
(ACSI-CCCD)

PN ABW-137

ETUDE SUR LA GESTION DE PROGRAMMES INTERNATIONAUX DE SANTE PUBLIQUE

UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT
Africa Regional Project (698 0421)

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
Public Health Service
Centers for Disease Control
and Prevention
International Health Program Office

J.K. Laslene Dawkins est un spécialiste de la gestion de la santé publique qui a été affecté au International Health Program Office (IHPO), Centers for Disease Control and Prevention (CDC) grâce à un accord personnel intergouvernémental avec l'Université de Médecine et des Sciences Charles R. Drew et la Fondation des Professions Médicales des Minorités afin d'aider au développement des activités de formation à la gestion. Reginald Amonoo-Lartson est un pédiatricien ghanéen et médecin de la santé publique expérimenté en administration sanitaire, en planification de projets et en évaluation. Il propose une assistance technique à travers Assistance Technique des Services de Santé à Tema au Ghana. Ruth P. Wilson est une anthropologue médicale qui développe, met en application et coordonne les données anthropologiques recueillies afin de soutenir les activités de recherche opérationnelle du IHPO,CDC.

Ce document a été appuyé par BUREAU FOR AFRICA, OFFICE OF OPERATION AND NEW INITIATIVES (ONI) et OFFICE OF ANALYSIS, RESEARCH AND TECHNICAL SUPPORT (ARTS), United States Agency for International Development (A.I.D.) - l'Agence Américaine pour le Développement International - dans le cadre du projet Africa Child Survival Initiative - Combatting Childhood Communicable Diseases (ACSI-CCCD), projet régional pour l'Afrique # 698-0421, Washington, D.C.

Ce document a été préparé par l'equipe du projet ACSI-CCCD aux Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et ne réflecte pas nécessairement les idées et opinions des CDC ou de l'USAID (l'Agence Américaine pour le Développement International). Les opinions exprimées dans ce document n'engagement que leurs auteurs.

La reproduction partielle ou intégrale de ce document à des fins non-commerciales est autorisée avec mention de la source.

Des copies supplémentaires (099-4054) sont disponibles à:

ACSI-CCCD Technical Coordinator
International Health Program Office
Centers for Disease Control and Prevention
Atlanta, Georgia 30333
FAX (404) 639-0277

Etude sur la gestion de programmes internationaux de santé publique

J. K. Laslene Dawkins,[1] Reginald Amonoo-Lartson,[2] Ruth P. Wilson[3]

1 Charles R. Drew University of Medicine and Science and Minority Health Professions Foundation, 8403 Colesville Road, Suite 340, Silver Spring, MD 20910.

2 Health Services Consultancy, P.O. Box 1659, Tema, Ghana.

3 Social and Behavioral Sciences Branch, Technical Support Division, International Health Program Office, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA 30333.

UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT
Africa Regional Project (698-0421)
Participating Agency Service Agreement (PASA) No. 0421 PHC 2233

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
Public Health Service
Centers for Disease Control
and Prevention
International Health Program Office
Atlanta, Georgia 30333

1994

REMERCIEMENTS

Cette étude n'aurait pas pu se faire sans la coopération, collaboration et participation d'un grand nombre de personnes, et nous nous excusons si nous ne les avons pas toutes nommées dans ces remerciements.

Notre gratitude la plus sincère va aux officiels et au personnel des ministères de la santé (MS), les Missions de l'Agence américaine pour le développement international (USAID), les ambassades américaines des divers pays, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation mondiale de la santé, et le Peace Corps. Ils ont partagé leurs expériences avec nous au cours d'interviews au Burundi, en République Centrafricaine, en Côte d'Ivoire et en Guinée. Nous apprécions sincèrement le temps qu'ils ont consacré à répondre à nos nombreuses questions. Nous remercions de même les personnes qui ont répondu à nos questionnaires d'enquêtes; leurs commentaires ont été en profondeur et instructifs.

Nous devons beaucoup à l'équipe volante qui a travaillé avec nous lors de la phase de recueil des données de l'étude, particulièrement à Sylvia Acquah pour son application à collecter des données de terrain au Burundi et en République Centrafricaine. Merci encore à William Brieger, dont la contribution à la mise au point finale du rapport a été inestimable. Nous remercions les personnels des CDC, A.I.D., et Minority Health Professions Foundation (MHPF) qui ont joué un rôle essentiel au niveau consultatif et ont soutenu la réalisation du protocole et du rapport final, en particulier les membres du Groupe consultatif d'étude de cas: Laurie Ackerman-Gulaid; David Bassett; Eric Farag; Jennifer Friday; Mark LaPointe; Melinda Moore; Jean Roy; and Cathy Shoemaker. Nous remercions tout particulièrement Edwin Afari, Directeur de l'épidémiologie, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, l'Université du Ghana - Legon, pour ses révisions et commentaires sur la première épreuve de ce rapport final; Stanley Foster, Michael Malison et George Stroh, International Health Program Office, CDC, pour leur révision technique des épreuves ultérieures; David Boyd, Bureau for Africa, A.I.D. pour ses précieux commentaires; Virginia Sturwold pour sa critique constructive et ses commentaires de rédaction; et Jacquelyn Jones d'avoir fourni un soutien de secrétariat inestimable tout au long de l'étude.

Table of Contents

RESUME EXECUTIF ix

Constatations Importantes ix

Recommandations Importantes. xi

Conclusion xii

INTRODUCTION 1

Généralités sur le projet ACSI-CCCD 1

Le Concept de conseiller technique 3

Objectifs de l'étude de cas 4

METHODES 5

Population Etudiée 5

Méthodes 5

Entrevues en profondeur 6

Sélection des candidats aux entrevues et des participants à l'enquête. 7

Formulaires. 8

Collecte de Données 10

Analyse de données. 11

Limites de l'étude 12

RESULTATS 13

Reponses a l'enquete par correspondance 14

Rapports d'entrevues en profoundeur 21

Burundi 22

Republique Centrafricaine 29

Cote D'Ivoire 36

DISCUSSION ET CONCLUSIONS 46

Connaissances et aptitudes des conseillers techniques considérées46
importantes pour une bonne mise en oeuvre de projet 46

Effet de l'affectation de conseiller technique aux ministères de
la santé lors de la mise en oeuvre du projet ACSI-CCCD 48

Caractéristiques du pays 49

L'Avenir 50

ABREVIATIONS 55

Appendice A: Description du Poste Conseiller technique 57

Appendice B: Bibliographie 61

Appendice C: Groupe de travail d'étude de cas 67

"La responsabilité du conseiller technique est de faciliter la mise en oeuvre du projet. D'un côté il y a le bailleur de fonds (USAID) avec ses propres objectifs et les fonds nécessaires; de l'autre côté se trouve le gouvernement national (MSP) lui aussi avec ses propres objectifs mais sans fonds. Le rôle du conseiller technique consiste àrapprocher les deux agences afin qu'elles puissent travailler conjointement conformément aux objectifs du pays"

(MSP Côte d'Ivoire, interview, 1992).

RESUME EXECUTIF

Le projet Africa Child Survival Initiative - Combatting Childhood Communicable Diseases (ACSI-CCCD), qui se termine en septembre 1993, a fourni des services de survie de l'enfant avec la vaccination, le traitement de la diarrhée et la lutte contre le paludisme, dans 13 pays d'Afrique au sud du Sahara. Une bonne documentation a été rassemblée sur la réalisation accomplie à la fin des douze années du projet, au niveau de l'aide apportée aux pays participants pour étendre la couverture vaccinale, amplifier l'usage de la thérapie de réhydratation par voie orale, prévenir et traiter le paludisme chez l'enfant et la femme enceinte. Cependant, on a obtenu moins de documentation sur les aspects de la gestion du projet ACSI-CCCD.

Ce rapport présente les résultats d'une étude de cas, dont le sujet était la stratégie à choisir pour la gestion dans les pays du projet ACSI-CCCD, l'affectation àlong terme des conseillers techniques aux Ministères de la santé (MS). Les données proviennent de sources multiples:

- des documents du projet ACSI-CCCD.
- des entrevues individuelles dans les ministères de santé, CDC, A.I.D., et avec d'autres organisations affiliées au projet au Burundi, en République Centrafricaine et en Côte d'Ivoire
- des réponses à une enquête envoyée aux personnels des ministères de la santé, CDC et A.I.D affiliés au projet.

Les objectifs de l'étude étaient les suivants:

- identifier les techniques des officiers techniques (OT), importantes pour une mise en oeœuvre réussie du projet
- expliquer l'effet de l'affectation des conseillers techniques aux ministères de la santé, sur la mise en oeuvre du projet ACSI-CCCD
- identifier les caractéristiques spécifiques à chaque pays, susceptibles d'améliorer les capacités des conseillers techniques à mettre en oeuvre le projet de façon efficace.

Constatations Importantes

1. L'affectation des conseillers techniques aux ministères de la santé a été considérée comme une stratégie importante pour la mise en oeuvre du projet ACSI-CCCD. Les commentaires provenant des entrevues et du sondage ont été dans l'ensemble positifs et favorables à cette stratégie.

2. Dans les réponses obtenues aux entrevues et aux enquêtes, la planification fut considérée comme l'accomplisement majeur au niveau de la gestion, que les conseillers techniques devaient acquérir. L'ordre d'importance des huit autres connaissances était différent entre les trois pays et selon le groupe employeur (ministère de santé, A.I.D., CDC) dans l'enquête; mais, la gestion de l'information, la communication et l'évaluation ont été sans exception parmi les techniques de gestion considérées comme les plus importantes.

   Le personnel des ministères de la santé a considéré comme très importantes des aptitudes interpersonnelles, mais celles-ci n'étaient pas inclues dans les conditions requises par la description du poste des conseillers techniques. Les autres connaissances et aptitudes considérées comme importantes par les personnes interrogées étaient une connaissance du

gouvernement hôte et des règlements et procédures de l'A.I.D., des connaissances en formation et une maîtrise de la langue française.

3. Bien que la planification ait régulièrement été citée comme la connaissance en gestion la plus importante pour un conseiller technique, les fonctions de gestion et techniques des conseillers techniques semblent avoir été compromises en raison du grand nombre d'heures passées sur l'administration de projet. En moyenne, les conseillers techniques ont consacré 50 % de leur temps àl'administration du projet.

4. Les problèmes de gestion auxquels le projet a fait face sont imputables aux trois agences principales participant à la mise en œuvre (A.I.D., CDC, Ministère de la santé). Les raisons principales données pour expliquer la concentration sur l'administration, étaient les lourdes procédures et conditions exigées par l'agence bailleuse de fonds, l'A.I.D., et l'assistance administrative limitée procurée soit par le personnel conractuel soit par la Mission USAID. Les CDC n'ont pas pu mettre leurs conseillers techniques en place à temps et n'ont pas considéré les questions de gestion comme prioritaires. Le Ministère de la santé était incapable de se conformer aux procédures comptables de l'A.I.D et, le système hautement centralisé de gouvernement, a empêché la mise en œuvre du projet par les conseillers techniques et les homologues nationaux, parcequ'il ralentissait le mécanisme de prise de décision.

5. Lors des entrevues et dans le sondage, la plupart des personnes interrogées ont décrit les rôles des OT comme renforçant la gestion de la formation de nationaux par le Ministère de la santé. Au Burundi, principalement, il y a eu des différences concernant la reponsabilité du conseiller technique au niveau de la gestion financière du projet. Ces différences provenaient d'une incompatibilité dans les espérances de l'A.I.D., des CDC et du Ministère de la santé.

6. La perception de la transmission des connaissances et des aptitudes, différaient entre Les personnes sondées au Ministère de la santé ou dans les CDC. Dans les CDC on avait davantage l'impression que les connaissances et les aptitudes avaient été transmises, que dans les ministères de santé. Cependant, les personnes interrogées à la fois lors de l'entrevue et durant l'enquête ont fréquemment cité la planification, la gestion de l'information, l'évaluation et la gestion de l'approvisionnement comme connaissances et aptitudes transmises par les conseillers techniques aux homologues nationaux (HN). La gestion de l'approvisionnement a été considérée comme tranmise également, bien qu'elle n'ait pas été au nombre des connaissances les plus importantes qu'un conseiller technique doit posséder.

7. Alors qu'une certaine transmission de connaissances et de techniques lors de la formation sur le tas a été rapportée entre les conseillers techniques et les homologues nationaux, Il semble que les homologues nationaux n'aient pas eu suffisamment d'occasions d'utiliser ce qu'ils avaient appris.

8. L'occasion qu'avait le projet ACSI-CCCD d'ajouter et de développer un noyau de directeurs pour les ministères de la santé, bien entraînés, qui pourraient par la suite assumer la prise en charge complète des activités du projet, n'a pas été totalement accomplie à la suite de désaccords et de débats pour décider qui serait inclus dans les cadres supérieurs, et qui dans les cadres moyens, ainsi qu'un manque de formation officielle pour les cadres supérieurs.

9. Les résultats des entrevues et du sondage ont indiqué que la main d'oeuvre et les fonds du projet ACSI-CCCD auraient pu être utilisés avec plus d'efficacité si davantage de ressortissants avaient été formés. La formation aurait dû être plus importante à tous les

niveaux - des cadres supérieurs au personnel des provinces - en gestion financière, épidémiologie, utilisation des données et évaluation. Cela aurait pu être accompli de diverses façons: dans le pays; sur le tas; formation à court et à long terme; par des institutions de formation permanente et des tournées de travail et d'étude.

10. L'infrastructure du pays, l'organisation des services gouvernementaux, les prestations des services de santé et les systèmes traditionnels, ont joué un rôle important dans la mise oeuvre du projet ACSI-CCCD par les conseillers techniques. D'autres facteurs plus importants ont toutefois été cités. En RCA, on a rapporté qu'une bonne stratégie de gestion incluant un travail d'équipe entre les conseillers techniques et les HN, des coordinateurs du projet ACSI-CCCD National pleins de ressources, de bonnes relations interpersonnelles et un soutien de la part des représentants de l'A.I.D., étaient les facteurs les plus importants pour la réussite du projet.

11. Pour un meilleur succès des projets de développement dans le futur, les personnes interrogées lors des entrevues et de l'enquête ont recommandé qu'ils soient multisectoriels, ne soient pas conçus dans les bureaux des bailleurs de fonds puis imposés sur le pays, ils devraient inclure des nationaux au niveau du développement et de la gestion et leur mise en œuvre devrait être plus flexible.

12. La capacité des pays à soutenir les activités du projet ACSI-CCCD était la préoccupation majeure des personnes sondées dans les ministères de la santé et l'une des questions soulevées par les bailleurs de fonds.

Recommandations Importantes

1. Durant sa démarche actuelle de restructuration et de réorganisation de ses opérations, l'Agence pour le développement international devrait examiner ses procédures administratives afin de repérer les zones à modifier et à rationaliser.

2. Le personnel administratif du projet devrait être engagé sur place afin de soulager le fardeau administratif qui accable les conseillers techniques à long terme et faciliter ainsi une mise en oeuvre efficace et effective de futurs projets de développement.

3. Lors de la conception de projets de développement à venir, on devrait considérer la définition d'Helfinbein (1986) des "cadres supérieurs" comme 1) directeurs de programme nationaux dans le cadre des interventions ACSI-CCCD; 2) officiers de santé régionaux ou leurs homologues; et 3) le personnel de "haut niveau" des ministères de la santé tels que reésponsables de la santé et officiers médicaux en chef.

4. La formation des cadres supérieurs ne devrait pas tant mettre l'accent sur des connaissances et aptitudes techniques spécifiques, qu'insister sur des concepts de gestion plus genéraux tels que planification, gestion financière, savoir résoudre des problèmes, savoir prendre des décisions et la gestion des ressources en personnel, puisqu'à longue échéance les directeurs possédant ces aptitudes amélioreront les institutions.

5. Une orientation dans le pays sur les procédures de l'USAID et du Ministère de la santé à l'intention des conseillers techniques et du personnel des ministères de la santé, devrait être

organisée pour stimuler la formation d'équipes, aider àidentifier au plus tôt les problèmes et proposer des solutions pour les résoudre.

6. Le recrutement des futurs conseillers, à long terme, devrait prendre en considération les connaissances et aptitudes non seulement dans le domaine technique, mais aussi dans celui de la gestion, nécessaire à la mise en oeuvre du projet. Les futurs conseillers à long terme ou conseillers techniques doivent posséder des aptitudes interpersonnelles, du dynamisme et de la créativité pour aider à relever les défis lancés par les systèmes sanitaires dans les pays en voie de développement.

Conclusion

L'affectation des conseillers techniques aux ministères de la santé a été une stratégie très importante et très utile pour mettre en oeuvre le projet ACSI-CCCD dans les pays participants. Ses avantages, cependant, devraient être analysés dans le contexte des nombreux autres facteurs qui sont aussi critiques. Cette étude essaye de repporter quelques-uns de ces facteurs dans l'espoir qu'on les considèrera lors de la conception de futurs projets de développement.

INTRODUCTION

Généralités sur le projet ACSI-CCCD

Le Projet lutte contre les maladies transmissibles de l'enfance (ACSI-CCCD) remonte à 1981 lorsqu'un projet régional a été instauré pour renforcer les possibilités de survie de l'enfant et les services afférents en Afrique. Lorsque le projet ACSI-CCCD a été proposé en 1981, le but était d'augmenter les capacités des gouvernements africains dans les domaines suivants:

- Lutter contre six maladies transmissibles de l'enfance (rougeole, polio, tuberculose, diphtérie, coqueluche et tétanos) avec le Programme élargi de vaccination (PEV),
- Lutter contre des maladies d'importance locale telles que la fièvre jaune, le pian et éventuellement le paludisme, et
- Fournir un traitement simple pour la lutte contre les maladies diarrhéiques (LMD).

Le groupe cible de vaccination comprenait des enfants de moins d'un an (selon le programme de vaccination établi par l'Organisation mondiale de la santé) et des femmes enceintes. En ce qui concerne le traitement des maladies diarrhéiques, les cibles étaient les enfants de moins de 5 ans (A.I.D. et CDC 1981). Après évaluation des pays, les objectifs du projet ont été modifiés et rendus plus spécifiques, c'est àdire: prévenir les maladies transmissibles de l'enfance les plus importantes, qui puissent être évitées par une vaccination, traiter la déshydratation diarrhéique par la thérapie de réhydratation par voie orale (TRO), traiter le paludisme chez les enfants et prévenir le paludisme chez les femmes enceintes (Atlantic Resources Corporation 1990). Les stratégies adoptées pour atteindre ces objectifs étaient la formation, l'éducation pour la santé, les systèmes d'information sanitaire, la recherche sur les opérations et le financement des soins de santé. Le projet est financé par l'Agence américaine pour le développement international (A.I.D.) et représente un effort de collaboration avec les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), d'autres agences gouvernementales et des organisations privées.

Les actions prédominante du projet ACSI-CCCD de 1981 à 1983 étaient dans le domaine de PEV et la LMD. Le paludisme a été ajouté au projet lors de l'évaluation par pays, lorsque des responsables dans les pays visités indiquèrent que le paludisme était un problème de santé infantile prioritaire. En 1988, en réponse aux affectations du Congrès, le nom du projet a été changé en ajoutant "Action pour la survie de l'enfant en Afrique" (Africa Child Survival Initiative (ACSI)).

A la suite de l'accord de 1981 sur le projet et les évaluations de quatre pays anglophones et de huit pays francophones, des projets ont été lancés entre 1982 et 1985 au Burundi, en République Centrafricaine (RCA), au Congo, en Côte d'Ivoire, en Guinée, au Lesotho, au Libéria, au Malawi, au Ruanda, au Swaziland, au Togo et au Zaïre. Le Nigéria a été le 13ème pays à se joindre au projet en 1986. La sélection originale des 12 pays était basée sur une couverture de 25 % des pays au sud du Sahara. La République du Congo a quitté le projet prématurément en 1987 en raison d'allocations de ressources disproportionnées aux soins tertiaires, ce qui était incompatible avec les projet ACSI-CCCD. Les années 1991 à 1993 marquent la phase finale du projet ACSI-CCCD, la Guinée et le Lesotho achevant leurs projets en 1991. Les projets au Libéria et au Zaïre ont été arrêtés la même année à cause de conflits sociaux. Après plusieurs prorogations , la Côte d'Ivoire et le Togo ont finalement achevé leurs projets en 1992. En 1993, le projet s'achèvera au Burundi et au Nigéria. Le Tableau 1 indique les dates de début et de fin des accords ainsi que les affectations des conseillers techniques.

Tableau 1

Dates des accords ACSI-CCCD et Affectations des conseillers techniques par pays		
PAYS ACSI-CCCD	DATES DE PROJET	AFFECTATIONS DES CONSEILLERS TECHNIQUES
Burundi	1985-1993	1985-1986 1988-1990 1992-1993
Congo	1985-1987	1984-1986 1986-1987
République Centrafricaine	1984-1992	1984-1986 (basé au Congo) 1986-1987 1987-1990 1990-1992+
Côte d'Ivoire	1985-1992	1985-1988 1989-1991
Guinée	1985-1991	1985-1987 1988-1991
Lesotho	1984-1991	1984-1987 1987-1991
Libéria	1983-1990	1984-1988 1989-1990
Malawi	1984-1988	1985-1988
Nigéria	1987-1993	1987-1989 1989-1990 1990-1993 1991-1993
Ruanda	1984-1988	1984-1988
Swaziland	1984-1991	1984-1987 (basé au Lesotho) 1987-1991
Togo	1983-1993	1983-1986 1987-1991 1991-1993
Zaïre	1982-1991	1982-1986 1986-1988 1989-1991

Le Concept de conseiller technique

Alors que le projet régional ACSI-CCCD touche à sa fin en septembre 1993, l'A.I.D. et les CDC procèdent à son examen rétrospectif. Leur rapport d'enquête a pour centre d'intérêt les leçons à tirer des 12 années d'existence du projet. Les stratégies développées et utilisées dans le projet sont en train d'être reportées et partagées.L'une des stratégies de gestion principales était l'affectation d'officiers techniques (OT) aux ministères de la santé (MS) pour aider à la mise en œuvre du projet ACSI-CCCD. Le document initial du projet ACSI-CCCD indiquait dans la description de la gestion de projet que " Outremer, L'Agence exécutrice affectera des épidémiologistes médicaux et **des assistants d'opérations** pour travailler avec les organisations régionales, subrégionales et les pays choisis en recherche opérationnelle et dans le domaine des activités de développement technique, pour aider les pays africains au sud du Sahara à planifier et mettre en œuvre de meilleurs moyens de lutter contre les maladies transmissibles de l'enfance (souligné)" (A.I.D. et CDC 1980). Le concept

de gestion "d'assistants d'opérations" est devenu plus tard celui "de conseiller technique" résident, des programmes nationaux ACSI-CCCD.

L'affectation des conseillers techniques n'était nullement une nouvelle stratégie de gestion de projet. Elle avait des antécédents solides dans la Campagne d'éradication globale de la variole de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans les années 60 et 70. En collaboration avec l'OMS, les CDC ont envoyé dans les pays endémiques des équipes de personnel médical et administratif ayant une formation en épidémiologie, en gestion et dans d'autres techniques. L'accent a aussi été mis sur leur formation linguistique et culturelle (Ogden 1987). Ces membres du personnel de gestion, ou "assistants d'opérations" étaient des conseillers de santé publique des CDC dont la tâche consistait à "assurer l'expertise de gestion et de logistique dans chaque pays" (Etheridge 1992). Selon Hopkins (1989),

> *"A mesure que la campagne se développait, il est devenu de plus en plus clair que l'effort était une opération de gestion autant que d'épidémiologie . C'est pourquoi le concept de conseiller de santé publique (PHA), a reçu de plus en plus d'attention et un autre facteur important pour la réalisation de la campagne a été l'emploi d'un tel personnel. Peu à peu, les conseillers de la santé publique sont devenu un élément majeur de la campagne en Afrique occidentale. Très souvent, l'expertise en gestion s'est révélée plus importante que les connaissances médicales. Il est bientôt devenu évident que les PHA pouvait également se charger de la plupart des problèmes épidémiologiques."*

La leçon de gestion principale, tirée de l'emploi de conseillers techniques dans un programme sanitaire, a été l'importance de se concentrer sur les aptitudes et l'engagement, qualifications et statut non traditionnels (Hopkins 1989). Selon Etheridge (1992), ces conseillers tecniques se sont révélés si importants pour la réussite de la campagne contre la variole que, plusieurs années plus tard, l'A.I.D. et les CDC appliquaient encore les leçons tirées de l'emploi de ce cadre à la mise en œuvre du projet ACSI-CCCD.

Une "description de poste" pour le poste de conseiller technique en République Centrafricaine montre les fonctions et les responsabilités des conseillers techniques dans d'autres Projets ACSI-CCCD. Celles-ci sont soulignées ci-dessous et une description détaillée se trouve dans l'Appendice A (CDC 1989).

- Planification, mise en œuvre et surveillance des activités de programme.
- Evaluation de l'efficacité et de la conformité du programme
- Liaison avec des organisations non-gouvernementales (ONG) et des organisations internationales
- Formation du personnel du pays hôte, en gestion de programmes et en interventions techniques
- Développement et coordination de systèmes logistiques
- Encouragement à la participation publique aux activités du projet
- Fournir des informations et préparer les rapports et les plans de travail annuels

Les activités citées ci-dessus devaient être accomplies en collaboration avec des ressortissants du pays hôte (appelés homologues) dont on espérait qu'ils acquièrent ces aptitudes à la gestion de programmes et aux interventions techniques. Cette collaboration devait être facilitée par la situation directe des conseillers techniques au sein des ministères de la santé hôtes, un objectif qui a été atteint dans 12 des 13 pays participant au projet ACSI-CCCD.

En conclusion, en ce qui concerne le projet ACSI-CCCD, il est important de faire la distinction entre la gestion de programme et l'administration du projet. Le document initial du projet avait établi que tandis que les CDC fourniraient l'aide technique nécessaire, "l'A.I.D. sera responsable ... de l'administration des finances du projet CCCD et de la fourniture de matériel et d'équipement requis par les accords individuels" (A.I.D. et CDC 1980).

Objectifs de l'étude de cas

La décision d'avoir pour objectif dans cette étude la stratégie de mise en œuvre consistant à affecter des conseillers techniques aux ministères de la santé était fondée sur la haute priorité accordée par l'A.I.D. aux leçons à tirer des aspects de gestion du projet. Il semblait que ces leçons pourraient guider le développement et la mise en œuvre de futurs projets d'assistance technique. L'objectif global était de reporter les expériences des projets nationaux ACSI-CCCD, qui utilisaient la stratégie consistant à affecter des conseillers techniques aux ministères de la santé. En conséquence, les objectifs primaires de l'étude sont devenus les suivants:

- identifier les aptitudes des conseillers techniques, importantes pour une bonne mise en œuvre du projet.
- reporter l'effet produit par l'affectation des conseillers techniques aux ministères de la santé sur la mise en œuvre du projet ACSI-CCCD.
- identifier les caractéristiques propres au pays qui aideraient à accentuer les capacités des conseillers techniques à mener à bien la mise en œuvre du projet.

METHODES

Le choix d'une approche qualitative ou quantitative est une question de conception, différente des décisions concernant les besoins en données spécifiques et les méthodes de collecte de données (Patton 1987). Dans cette étude particulière, la conception de l'étude de cas était fondée sur la méthode de choix qualitative. Une étude de cas est une enquête empirique qui utilise plusieurs sources de données, afin d'étudier un cas contemporain dans son contexte naturel (Yin 1989). Un "cas" peut être une personne, un programme, un laps de temps, un incident critique, une communauté ou un évènement (Patton 1987). La conception de l'étude de cas est appropriée lorsqu'on a besoin de profondeur et de détail à partir d'un petit nombre de cas, si le nombre disponible est trop petit pour permettre des généralisations sûres. Le projet ACSI-CCCD comprenant 13 pays hôtes, l'étude de cas convenait pour étudier les fonctions et les rôles du conseiller technique.

Population Etudiée

La section d'introduction a décrit le projet ACSI-CCCD et listé les 13 pays dans lesquels il a été mis en œuvre. Des représentants de ces 13 projets nationaux, et en particulier les conseillers techniques qui les dirigeaient, forment la population étudiée. Un effort a été fait pour obtenir des informations sur les 13 pays, mais des recherches sur le terrain ont été entreprises dans 3 pays: le Burundi, la République Centrafricaine et la Côte d'Ivoire.

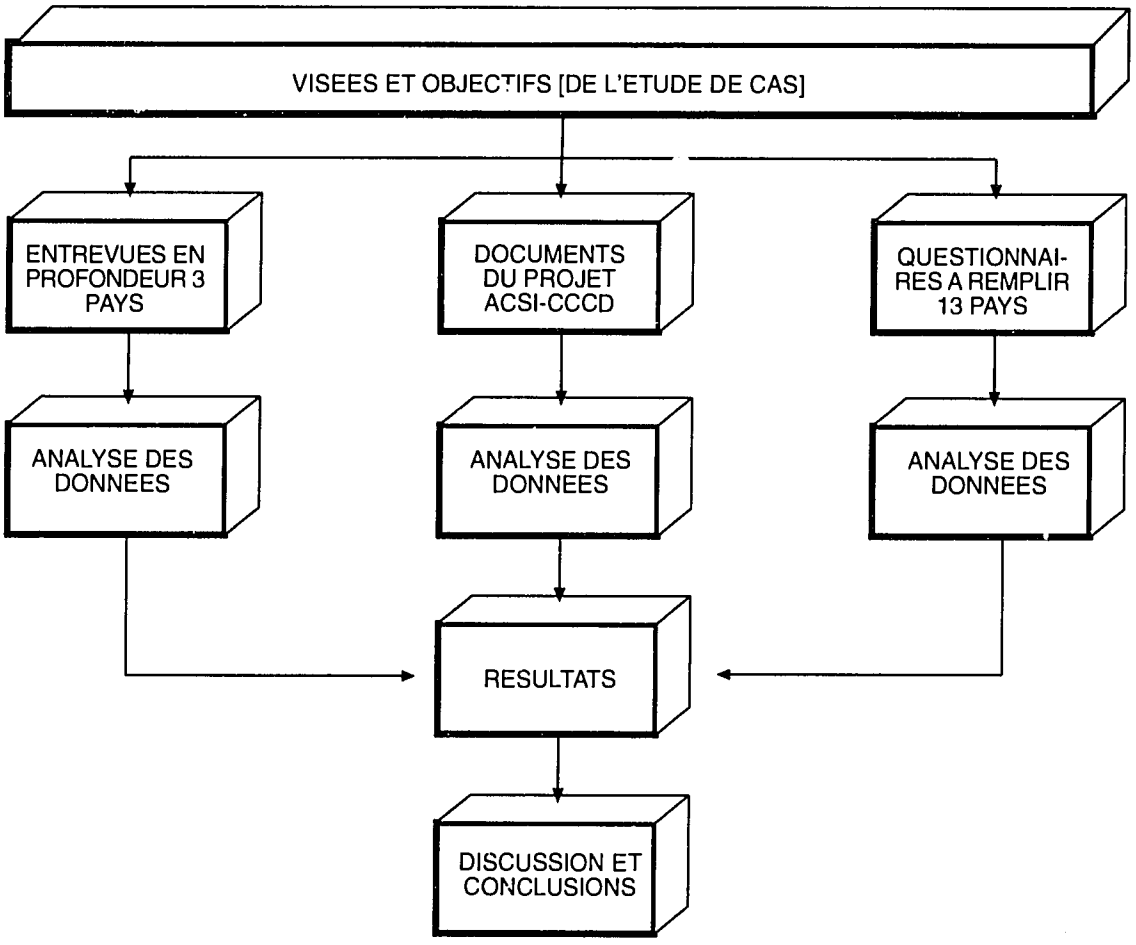
Méthodes

Les conceptions de recherche qualitative utilisent trois sortes générales de méthodes de collecte de données: 1) des entrevues en profondeur et sans limite de durée; 2) l'observation directe; et 3) des documents écrits (Patton 1987). La conception de l'étude de cas, bien que qualitative par essence, peut utiliser une combinaison des deux méthodes, qualitative et quantitative. Selon Yin, il est parfois avantageux de poser les mêmes questions à deux groupes de personnes — un petit groupe, qui est le sujet des entrevues de l'étude de cas et un groupe plus grand, qui est le sujet d'une enquête. Cette approche a été adoptée dans cette étude afin d'augmenter les sources de données, pour améliorer ainsi la validité des données et obtenir une indication sur la prédominance des questions tirées des entrevues de l'étude de cas. On a utilisé trois méthodes de collecte de données:

- Entrevues en profondeur
- Questionnaires à remplir (enquête par correspondance)
- Etude des documents du projet ACSI-CCCD

La figure 1 présente le cadre organisationnel de l'étude.

FIGURE 1



Entrevues en profondeur

Sélection de trois pays

A partir des 13 pays ACSI-CCCD, on en a identifié trois comme sites des entrevues de l'étude de cas. A l'origine, une tentative a été faite pour guider le choix de pays selon les considérations suivantes:

- les personnes se rappelant le projet ACSI-CCCD, disponibles pour des entrevues
- la participation à des projets de suivi ultérieurs, financés par l'USAID
- pays grands et petits, selon la zone géographique
- les pays de différents niveaux de développement économique et d'infrastructure sanitaire
- les pays anglophones et francophones

- le soutien logistique existant, tel qu'un personnel ACSI-CCCD actuel, pour faciliter la collecte des données
- les pays dans lesquels les CDC avaient encore des relations de travail avec le Ministère de la santé ou la Mission USAID, ou avec les deux

Il a cependant été difficile d'incorporer tous ces facteurs à la sélection finale des pays, car seulement quatre d'entre eux ont répondu positivement à un cable envoyé aux missions USAID pour décrire l'étude et inviter à la participation. Le Burundi, la République Centrafricaine et la Côte d'Ivoire (tous pays francophones) ont été sélectionnés. On a tenté d'inclure des pays anglophones; mais cela n'a pas été possible pour différentes raisons: il n'y avait pas de conseiller technique affectés au Ministère de la santé (Nigéria), à cause des restrictions de déplacements causées par la sécheresse (Lesotho), à cause d'un malaise social (Libéria), en raison de tensions subsistant entre l'USAID et le Ministère de la santé au sujet du projet (Swaziland) et àcause du départ de personnel du ministère de la santé, qui avait travaillé au projet (Malawi).

Sélection des candidats aux entrevues et des participants à l'enquête

En recherche qualitative, l'échantillonnage n'est pas une question de probabilité mais de théorie. Comme une enquête qualitative est centrée sur les expériences et perspectives diverses de différents participants pendant le déroulement du programme (Patton 1987), on a dû considérer les différentes catégories de participants à sonder pour obtenir un panorama des rôles et des fonctions des conseillers techniques au sein du Ministère de la santé.

Une première liste des personnes ayant été employées ou associées au projet ACSI-CCCD a été dressée à partir de rapports (annuel, de pays, de voyage, etc.) ou d'informateurs clefs[1]. C'est à partir de cette liste que l'on a sélectionné les candidats aux entrevues et les participants a l'enquête.

Candidats aux entrevues

Le Tableau 2 présente un cadre d'identification des personnes à interroger. En gros, les participants au projet ACSI-CCCD étaient divisés en deux groupes: les participants affiliés à l'agence cible du pays hôte (MS) et ceux qui sont associés avec les bailleurs de fond extérieurs (CDC, USAID). En outre, trois niveaux de participation au programme ont été délimités, le premier comprenant les personnes directement concernées par la direction des activités, les conseillers techniques eux-mêmes, et leurs homologues locaux (employés du Ministère de la santé qui ont travaillé directement avec les conseillers techniques à la mise en œuvre du projet) tels que les coordinateurs nationaux et les directeurs d'accords techniques spécifiques, comme le PEV, LMD, le Paludisme. Au second niveau se trouvait le personnel administratif et les personnes chargées de prendre les décisions, tels que le personnel national de l'USAID et le directeur des départements ministériels appropriés. Au troisième niveau se trouvait le personnel extérieur des agences bailleuse de fonds ou collaboratrices telles que l'UNICEF et L'OMS.

1 Les informateurs clefs sont des personnes avec lesquelles un enquêteurä développe des relations particulières dans le but d'échanger des informations. Lesä informateurs clefs sont considérés comme des "experts" en vertu de leursä connaissances et de leur expérience spécialisées sur le sujet faisant l'objet de l'étude. L'enquêteur a plusieurs discussions et entrevues avec l' informateur clef (WHO/ARIä Focused Ethnographic Study of Acute Respiratory Infections, November 1990ä (OMS/IRA Etude ethnographique pointue des infections respiratoires aiguës,ä novembre 1990)).

Tableau 2

Cadre des Entrevues			
NIVEAU	PERSONNEL	AGENCE BAILLEUSE DE FONDS	PAYS HOTE
I	Principaux exécuteurs du projet	Conseillers techniques	Coordinateurs de projet national Directeurs de programme
II	Principales organisations exécutrices	USAID, directeurs des CDC	Directeurs du MS
III	Agences bailleuses de fonds ou collaboratrices	UNICEF, Peace Corps, OMS	Ne s'applique pas

Avant l'arrivée de l'équipe de recherche, on a demandé à la Mission USAID de chacun des trois pays faisant partie de l'étude de cas de fournir une liste de noms tirés des catégories ci-dessus, qui pourraient être candidats aux entrevues. Ces personnes ont été contactées par la Mission USAID et invitées à participer. A son arrivée dans le pays, l'équipe a comparé les noms des candidats éventuels de sa liste de base et ceux ayant été identifiés par la Mission USAID. Les différences entre les noms se trouvant sur la liste de l'équipe et ceux qui avaient été identifiés par la Mission USAID ont alors été résolues ou oblitérées et les noms d'autres candidats aux entrevues ont été ajoutés.

Participants à l'enquête

La liste définitive totalisait 185 participants éventuels et les questionnaires de l'enquête leur ont été envoyés. Parmi eux se trouvaient des membres du personnel de l'A.I.D. et leurs homologues des missions USAID; du personnel de terrain des CDC (comprenant des conseillers techniques) et pour superviser, des conseiller de snaté publique (PHAs), basés à Atlanta, des coordinateurs de projet, et du personnel d'assistance technique; des coordinateurs nationaux, des directeurs de programme et du personnel du projet avec qui les conseillers techniques travaillaient étroitement. Une lettre d'accompagnement expliquant le but de l'étude et les invitant à participer a été préparée, signée par des responsables de l'A.I.D./Bureau de l'Afrique et des CDC/IHPO, et envoyée avec chaque questionnaire.

Formulaires

Les formulaires des entrevues et du sondage utilisés pour collecter les données étaient identiques, à l'exception de leur mode d'administration, c'est à dire soit administrées par un enquêteur, soit un questionnaire à remplir soi-même et de deux questions ajoutées au questionnaire de l'enquête: 1) Nom du pays ACSI-CCCD pour lequel vous répondez; et 2) Si vous avez servi dans plus d'un pays ACSI-CCCD, veuillez bien faire part des expériences inter-pays qui seraient utiles à cette enquête. Ces questions auraient été superflues pour les entrevues en profondeur car le pays était déjà connu et la majorité des personnes interrogées étaient des employés du Ministère de la santé qui n'avaient travaillé qu'avec le projet ACSI-CCCD de leur propre pays.

Les formulaires ont été conçus avec l'assistance d'un Groupe consultatif d'étude de cas (voir l'Appendice C pour les noms et les affiliations à des organisations) qui a proposé des questions possibles pour chaque objectif de l'étude de cas. Certaines questions ont été sélectionnées parmi celles qui avaient été proposées et ont été développées et rassemblées sous forme de formulaires de collecte de données. Les formulaires ont été traduits en français, préalablement testés en Guinée et révisés selon les besoins.

Les formulaires définitifs comportaient quatre sections, qui consistaient en un groupe de questions à choix multiple et un groupe de questions à réponses libres. Pour les premières, les personnes interrogées étaient priées de 1) choisir une des réponses proposées; 2) choisir une réponse et donner une explication; et 3) classer un certain nombre d'articles. Les questions à réponse libre ont été conçues pour permettre des réponses spontanées et sans guide.

Démographie

La section concernant la démographie était composée principalement de questions à choix multiple et demandait des données sur les caractéristiques de la personne interrogée, telles que son âge, sexe, affiliations organisationnelles passées et présentes, ainsi que les postes occupés pendant leur association avec le projet ACSI-CCCD.

Projet ACSI-CCCD

Les deux types de questions sur le projet ACSI-CCCD demandaient aux personnes interrogées de faire un rapport sur les interventions et les stratégies de soutien. Les questions posées concernaient les sujets suivants: les politiques sanitaires du pays; si le projet était considéré comme une réussite ou un échec; les raisons de la réussite ou de l'échec; et les problèmes rencontrés lors de la mise en œuvre des interventions du projet.

Conseiller technique

Des questions précises concernant l'affectation du conseiller technique ont été posées, parmi celles-ci: lieu et département de l'affectation et effet perçu de l'endroit où le conseiller technique était physiquement situé; nombre d'homologues et leur statut organisationnel par rapport au conseiller technique; rôle perçu des conseillers techniques et comment ils ont passé leur temps; ainsi que, connaissances et aptitudes considérées comme indispensables pour les conseillers techniques.

Homologues nationaux

Cette dernière section contenait d'autres questions exigeant une réponse personnelle, donnant aux personnes interrogées l'occasion d'exprimer plus librement leurs opinions sur la transmission de techniques des conseillers techniques aux homologues nationaux, l'effet sur le projet de certains facteurs particuliers au pays, l'efficacité du projet et l'ACSI-CCCD en tant que modèle de futurs projets de développement.

Collecte de Données

Entrevues

Les deux auteurs principaux ont mené, avec l'aide d'interprètes, un total de 36 entrevues dans les trois pays. L'auteur principal est jamaïcain avec des notions de français, le second est ghanéen et parle couramment français. Les interprètes, tous africains, parlaient couramment français et anglais et les entrevues se sont faites et ont été enregistrées dans la langue (français ou anglais) des personnes interrogées. Les transcriptions d'entrevues en français ont été traduites en anglais, et les données de chaque entrevue ont été transcrites et saisies sur ordinateur (WordPerfect 5.1) dans la langue dans laquelle l'entrevue s'était faite (c'est à dire français ou anglais). Un assistant de recherche a corrigé chaque dossier et la confidentialité des réponses a été assurée.

Enquête par Correspondance

Pour cette enquête, des questionnaires à remplir ont été envoyés par la poste. Les personnes qui n'avaient pas répondu dans les délais imposés ont été relancées par téléphone ou par lettre. Un deuxième questionnaire a été envoyé aux personnes qui n'avaient pas reçu, ou avaient perdu, le premier questionnaire envoyé. L'identité des personnes interrogées était protégée par le codage de chaque questionnaire.

Documents

En recherche qualitative, l'analyse de documents écrits produit des extraits, des citations ou des passages entiers d'archives, de correspondance, de rapports officiels et de transcriptions (Patton 1987). Le but de l'examen de documents dans cette étude était non seulement d'obtenir des informations générales sur le projet ACSI-CCCD, mais encore de déterminer les prévisions organisationnelles officielles concernant les activités (description du poste) du conseiller technique. De plus, on a recherché des informations générales aussi bien que spécifiques au pays, sur l'effet réel d'avoir des conseillers techniques sur le terrain. Voici quelques exemples des types de documents analysés pour cette étude:

- Documents du projet ACSI-CCCD
- Autorisation du pays ou documents portant sur les accords
- Description du poste des conseillers techniques
- Rapports des évaluations du pays et du programme

Une bibliographie complète se trouve à l'Appendice B.

Analyse de données

En recherche d'étude de cas, à l'inverse de l'étude statistique, il existe quelques formules fixes pour guider l'analyse."Une pensée rigoureuse avec une présentation suffisante de preuves et une considération circonspecte d'autres interprétations" (Yin 1989). Avec les "preuves" disponibles, on cherche les catégories principales dans les réponses et observations qui vont dans le sens de la (ou des) propositions de base de l'étude. Dans cette situation, la proposition théorique est qu'une gestion réussie du projet ACSI-CCCD dépendait du conseiller technique et d'une transmission effective de connaissances et de techniques des conseillers techniques à leurs homologues nationaux (Midiwo 1988). Une analyse approfondie des preuves identifie des tendances renouvellées, dans et en dehors des cas, fournissant ainsi des explications des tendances observées (Yin 1989).

Entrevues

Les données provenant des questions à choix multiple ont été contrôlée manuellement et les réponses aux questions exigeant une réponse personnelle ont été groupées par question à l'aide d'un logiciel de traitement de texte (GOfer). Dans l'analyse préliminaire, les réponses à des questions spécifiques de toutes les personnes interrogées ont été comparées et on en a étudié les similitudes et les thèmes. Finalement, les réponses aux entrevues ont été comparées à celles de l'enquête afin d'identifier les similitudes et les différences.

Enquête par correspondance

Le même code numérique a été affecté aux réponses correspondantes aux questions à choix multiple. Un guide de codage a été conçu pour quelques questions exigeant une réponse personnelle, tandis que les commentaires étaient enregistrés tels quels pour d'autres. Les réponses en français ont été traduites en anglais et l'exactitude en a été vérifiée. Les réponses aux questionnaires ont été saisies sur un dossier *Epi Info* . On a préparé des fréquences, des tabulations par recoupement et des listages variables.

Rapports

On a utilisé les données des rapports pour illustrer les objectifs de l'étude, vérifier les résultats des entrevues et de l'enquête, et aussi pour servir d'informationsä générales.

Limites de l'étude

Il est difficile de fournir une mesure exacte de la contribution du conseiller technique, étant donné les ressources limitées et le type d'étude. On aurait pu obtenir de meilleurs résultats si le projet ACSI-CCCD avait été conçu pour mesurer l'effet de la présence du conseiller technique depuis le début, de façon à ce que les objectifs d'impact, de déroulement et de résultats puissent être planifiés et mesurés sans interruption. Par exemple, il n'y avait aucun moyen d'estimer précisément si des techniques spécifiques avaient été transmises des conseillers techniques aux homologues nationaux, car on ne disposait d'aucune donnée de base sur les techniques et aptitudes des homologues nationaux.

Le biais de la mémoire peut aussi avoir aidé à fausser les données. Le projet ACSI-CCCD s'est déroulé sur une période de 12 ans et un grand nombre de participants pouvaient avoir été affectés à un poste différent de leur affectation initiale. Lors

d'appels téléphoniques de suivi, plusieurs personnes qui n'avaient pas renvoyé leurs questionnaires ont mentionné qu'un problème de mémoire existait.

Les questionnaires par courrier sont connus pour leur lenteur de réponses, comparés aux enquêtes par téléphone et aux entrevues personnelles (Fowler 1988). Néanmoins, l'emploi de questionnaires par courrier était justifié dans cette étude étant donné la distribution géographique de l'échantillon: 62 membres du personnel des ministères de la santé dans 13 pays d'Afrique de l'est, de l'ouest et du sud; ainsi que 74 employés des CDC et 48 de l'A.I.D. en poste à Atlanta, à Washington, DC, et dans le monde entier. Des enquêtes par téléphone et des entrevues personnelles auraient été plus coûteuses et auraient pu avoir un taux de réponses encore plus bas dans certains pays. Cependant, un effort a été fait pour améliorer le taux de réponses en organisant un suivi par lettres de rappel, appels téléphoniques et messages électroniques.

Le taux de réponses le plus bas, pour cette enquête provenait du personnel des ministères de la santé (47 %). Le taux de réponses du personnel de l'A.I.D. était de 63 % et celui des CDC était de 69 %. Le taux de réponses, bas, du personnel des ministères de la santé peut avoir eu pour causes: 1) l'agitation politique au Libéria, au Zaïre et au Togo dont on n'a reçu que quelques réponses, et 2) les grosses difficultés rencontrées pour joindre ce groupe pour le suivi. Un grand nombre de non-répondants des CDC ont dit n'avoir travaillé qu'en tant que conseillers à court terme et ne connaissait pas assez bien le projet ni le rôle du conseiller technique pour répondre aux questions. Les non-répondants n'ont pas été sondés en raison du manque de temps et de personnel.

Des erreurs ont pu se produire en raison de la manière dont les pays de l'étude avaient été choisis. Il n'a pas été possible d'appliquer les considérations sur la sélection citée plus haut, parce que quatre pays seulement (tous francophones) ont répondu positivement à la demande de participation à l'étude. Un des pays était le site des tests préliminaires et les trois autres étaient les sites des entrevues de l'étude de cas.

Pour compenser la possibilité d'erreur, des méthodes de collecte de données multiples ont été utilisées. D'après les similitudes entre les résultats des différentes méthodes utilisées, nous pensons que les résultats n'ont pas été affectés outre mesure par la mémoire et d'autres erreurs.

RESULTATS

Le travail sur le terrain est inestimable en recherche qualitative. Par exemple, en réponse à une question de sondage par correspondance, l'une des personnes interrogées a noté que "Cette question est bien trop complexe pour qu'on puisse y répondre de cette façon. Je n'ai donc aucun commentaire à faire." De même, lors d'une entrevue, une personne interrogée a dit aux enquêteurs: "Se trouver en face d'une équipe provoque une impression différente. C'est très encourageant." Les résultats de cette étude sont par conséquent présentés en deux parties: la première présente les résultats des réponses à l'enquête par correspondance; la deuxième décrit les entrevues en profondeur auxquelles s'ajoutent les informations recueillies, d'observations des interactions parmi les membres de la population étudiée sur la gestion logistique, sur l'organisation et sur d'autres aspects de la dynamique organisationnelle. Les données de chaque partie sont complétées avec des données de document du projet lorsque c'est possible.

REPONSES A L'ENQUETE PAR CORRESPONDANCE

Caractéristiques des personnes interrogées

Sur 185 questionnaires envoyés, 111 ont été renvoyés (60 %). Mais ils n'étaient pas tous utilisables. Neuf d'entre eux ont dit que leur association avec le projet n'avait été qu'à court terme et ont donc choisi de ne pas répondre. Sept questionnaires n'étaient même pas rempli aux trois quarts et n'ont pas été inclus dans l'analyse. Le nombre total de questionnaires utilisables (95) représentait 51 % des envois initiaux.

Parmi les questionnaires renvoyés utilisables, la réponse la plus éleveee était de 57 % provenant de 74 employés des CDC, suivie par 52 % provenant de 48 employés de l'A.I.D. et par 44 % provenant de 62 employés des ministères de la santé. Parmi les questionnaires renvoyés par les employés des ministères de la santé, 14 provenaient de pays anglophones et 13 de pays francophones.

Sur les 95 questionnaires analysés, 61 (64 %) provenaient d'hommes et 34 (36 %) provenaient de femmes. Parmi les 94 qui ont répondu complètement aux données démographiques, 27 (29 %) avaient travaillé, ou avaient été affiliés au projet ACSI-CCCD par l'intermédiaire du ministère de santé, 22 (23 %) étaient affiliés par l'intermédiaire de l'USAID ou de l'A.I.D., 41 (44 %) par l'intermédiaire des CDC, et 4 (4 %) par l'intermédiaire d'autres organisations[2]. Soixante-huit personnes interrogées (75 %) avaient travaillé, ou avaient été affiliés au Projet pendant une durée de 2 à 6 ans, et 14 (15 %) personnes avaient travaillé le plus longtemps (7 à 11 ans). La plupart des personnes interrogées étaient âgées de plus de 36 ans: 30 (32 %) avaient de 36 à 40 ans; 21 (22 %) avaient de 41 à 45 ans; 10 (11 %) avaient de 46 à 50 ans; et 25 (27 %) avaient plus de 50 ans. Trente personnes interrogées (32 %) sont actuellement employées par d'autres organisations, 29 (31 %) par les CDC, 18 (19 %) par l' A.I.D. ou l'USAID, et 17 (18 %) par le ministère de santé.

2 Ces quatre personnes qui étaient associées avec d'autres organisations pendantä leur affiliation au Projet ACSI-CCCD n'ont pas été inclues dans les analysesä ultérieures à cause de leur petit nombre.

Connaissances et compétences des conseillers techniques considérées importantes pour une bonne mise en oeuvre du projet

L'un des objectifs de l'étude de cas était d'identifier les connaissances et les techniques nécessaires pour que les conseillers techniques procèdent à une bonne mise en œuvre du projet ACSI-CCCD. D'après un document d'évaluation ACSI-CCCD (A.I.D et CDC, sans date) on a identifié neuf fonctions de gestion comme faisant partie des responsabilités du conseiller technique. On a demandé aux personnes interrogées de les classer par ordre d'importance de 1 (la plus importante) à 9 (la moins importante). En se basant sur les résultats moyens obtenus pour chaque article, on les a classés selon l'employeur (Ministère de la santé, A.I.D et CDC) au moment du projet ACSI-CCCD (Tableau 3). Quatre-vingt-neuf personnes, représentant les trois groupes d'employeurs ont répondu à cette question. Tous sont tombés d'accord sur le fait que la planification était la première aptitude prioritaire qu'un conseiller technique devait posséder en matière de gestion. La gestion des informations a été classée en deuxième position par le personnel des ministères de la santé, mais a été classée troisième et quatrième par le personnel de l'A.I.D. et des CDC respectivement. La communication a été classée seconde, par ordre d'importance, par le personnel des CDC et de l'A.I.D. , et quatrième par le personnel des ministères de la santé. Les 15 conseillers techniques sondés ont classé ces articles dans le même ordre que toutes les personnes interrogées, des CDC combinées.

Tableau 3

Connaissances et aptitudes à la gestion souhaitées pour le conseiller technique classées par groupes d'employeurs

	ORDRE DE CLASSEMENT* PAR GROUPE D'EMPLOYEUR		
APTITUDE (N = nombre de réponses à la question)	MS (N = 27)	A.I.D. (N = 22)	CDC (N = 40)
Planification	1	1	1
Gestion d'informations	2	3	4
Communication	4	2	2
Evaluation	3	5	5
Administration	6	4	3
Gestion financière	5	6	7
Gestion du personnel	8	7	6
Gestion des transports	9	9	9
Gestions des fournitures	7	8	8

1 = le plus important; 9 = le moins important

On a également demandé aux personnes interrogées de classer les connaissances et aptitudes souhaitables pour le conseiller technique de 1 à 4 (1 = les plus importantes). Comme on peut le voir dans le Tableau 4, les personnels des ministères de la santé et des CDC ont tous deux classé la surveillance des maladies comme la plus importante, alors que les employés de l'A.I.D. l'ont classée seconde. A nouveau, les 15 conseillers techniques ont classé ces articles dans le même ordre que toutes les personnes interrogées des CDC combinées.

Tableau 4

Connaissances et aptitudes à la gestion souhaitées pour le conseiller technique classées par groupes d'employeurs			
	ORDRE DE CLASSEMENT* PAR GROUPE D'EMPLOYEUR		
APTITUDE (N = nombre de réponses à la question)	MS (N = 27)	A.I.D. (N = 22)	CDC (N = 40)
Enquêtes sur la couverture vaccinale	3	3	2
Conception et mise en œuvre des calendriers de vaccination	2	1	3
Surveillance des maladies	1	2	1
Connaissances sur la résistance aux médicaments	4	4	4

1 = le plus important; 4 = le moins important

Les personnes interrogées ont considéré comme importantes les autres connaissances et aptitudes suivantes, pour les conseillers techniques:

- connaissance des règlements du gouvernement hôte
- connaissance des règlements et des procédures de l'A.I.D.
- aptitudes interpersonnelles décrites comme *"style d'opération"*, *"attitude et personnalité"*, *"bonnes relations de travail avec les officiels des ministères de la santé"*, *"esprit d'équipe"* et *"dynamique, créatif"*
- connaissance de la formation
- connaissances en langue française

Rôle du conseiller technique

En plus des questions à choix multiple demandant de classer les connaissances et aptitudes nécessaires à un conseiller technique, les personnes interrogées ont dû répondre à une question exigeant une réponse personnelle décrivant leur propre perception du rôle du conseiller technique. Les 71 réponses obtenues ont été codées et sont présentées dans le Tableau 5. Le rôle mentionné le plus souvent par les trois groupes était "renforcer la gestion locale", suivi par "gérer le projet ACSI-CCCD", "formation, transmission d'aptitude," "facilitateur/catalyste". Les personnes interrogées au sein des ministères de la santé voyaient comme importante la promotion du travail d'équipe, alors que le personnel des CDC s'intéressaient davantage à la promotion des liaisons inter-organisationnelles.

Tableau 5

Rôle perçu du conseiller technique par groupes d'employeurs			
	Pourcentage de personnes interrogees mentionnant chaque role par groupes d'employeurs		
ROLE (N = nombre de réponses à la question)	MS (N = 22)	A.I.D. (N = 15)	CDC (N = 34)
Renforcer la gestion locale	59%	40%	50%
Gérer le projet ACSI-CCCD	36%	33%	29%
Facilitateur, catalyste, aider àgénérer de nouvelles idées	22%	33%	35%
Formateur, transmission d'aptitudes	18%	20%	23%
Liaison, lien, interprète	4%	0%	17%
Promotion du travail d'équipe	22%	13%	5%
Technicien	4%	6%	8%
Direction	0%	0%	8%

Utilisation du temps du conseiller technique

Bien que la planification ait été citée par les personnes interrogées comme la technique de gestion la plus importante qu'un conseiller technique devrait posséder pour mettre en œuvre et gérer le projet ACSI-CCCD, lorsqu'on leur a demandé quel pourcentage du temps du conseiller technique était consacré à l'administration, au terrain ou àd'autres activités, 77 sur 95 ont dit que les conseillers techniques consacraient la plupart de leur temps à l'administration (Tableau 6). En fait, les conseillers techniques eux-mêmes ont donné l'estimation moyenne la plus basse (42 %) pour le temps qu'ils avaient passé sur l'administration, alors que les personnels des CDC et des ministères de la santé estimaient tous deux que 59% du temps des conseillers techniques était consacré à l'administration. Dans toutes les catégories de personnes interrogées, on a rapporté que l'administration occupait la plus grand portion du temps des conseillers techniques. Cela est conforme aux résultats des entrevues en profondeur effectuées dans les trois pays visités.

Tableau 6

Estimation du pourcentage de temps passé par les conseillers techniques sur les activités du projet				
	Estimation du pourcentage de temps			
ACTIVITE (N = nombres de réponses à la question)	MS (N = 22)	A.I.D. (N = 20)	CDC (N = 20)	conseille r techniqu e (N = 15)
Administration	59%	49%	59%	42%
Travail sur le terrain (technique)	27%	37%	31%	38%
Autre	14%	14%	10%	20%

Le temps moyen perçu passé sur les activités (techniques) de terrain était environ et globalement d'un tiers, les conseillers techniques disant eux-mêmes qu'ils passaient plus de temps sur le terrain que ne l'avaient rapporté les autres personnes interrogées. D'autres activités comprenaient l'assistance aux réunions, la coordination entre les agences, la conception du projet, le développement de politiques, le développement de plans de travail, la formation, la recherche opérationnelle et le contrôle du programme.

Effet de l'affectation des conseillers techniques aux ministères de la santé sur la mise en oeuvre du projet ACSI-CCCD

La stratégie clé des CDC en ce qui concernait la mise en œuvre du projet ACSI-CCCD était l'affectation des conseillers techniques aux ministères de la santé. A l'exception d'un pays (le Nigéria) les conseillers techniques travaillaient dans le même département et souvent dans le même bâtiment que leurs homologues nationaux. Les commentaires personnels étaient principalement positifs et en faveur de cet arrangement, par exemple:

Commentaires des ministères de la santé:

- *"A stimulé des relations de travail étroites et [fourni] des conseils et un soutien techniques sur le tas"*
- *"A créé une occasion favorable de [transférer] des connaissances et aptitudes appropriées aux homologues"*
- *"Effet bénéfique, la communication est plus facile, la collaboration s'est améliorée"*
- *"Relations de travail plus étroites, accessibilité possible pratiquement tout le temps"*

Commentaires de l'A.I.D.:

- *"A amélioré la planification et la coordination, un meilleur accès aux hauts fonctionnaires du gouvernement"*
- *"Extrêmement efficace pour fournir une assistance dans la planification et le développement de programmes de formation ainsi que pour d'autres domaines d'assistance technique selon les besoins"*
- *"Collaboration et soutien plus étroits, meilleur moral"*

Commentaires des CDC:

- *"Très positif. Le conseiller technique a mieux compris les problèmes et les contraintes du Ministère de la santé et a pu mieux s'y adapter et y faire face"*
- *"Critique pour l'interaction non officielle et officielle. Particulièrement utile au développement de plans de travail nationaux, ainsi que pour explorer de nouvelles stratégies et activités, basées sur les données disponibles. Très important pour gagner la confiance des homologues. Utile pour apprendre la bureaucratie et le protocole correct du Ministère de la santé"*
- *"Critique pour la coordination de l'assistance technique et pour faire avancer le projet"*
- *"Incroyablement utile et efficace en raison d'échanges et de dialogues quotidien sur la planification, la mise en œuvre et l'évaluation"*

Il y a eu très peu de commentaires négatifs. Un employé du Ministère de la santé a noté que cet arrangement "reléguait l'homologue national au second rang." Un membre de l'A.I.D. a fait observer que "c'était une idée solide; mais, il y a eu quelques conflits de personnalités." Un autre a expliqué qu'être situé dans le Ministère de la santé ne signifiait pas toujours être situé dans le même bâtiment, et que si le conseiller technique et l'homologue national avaient été au même endroit, "le conseiller technique aurait été mieux à même de faciliter les communications."

Transmission des connaissances et des aptitudes

Selon un rapport des CDC, les conseillers techniques ont joué un rôle essentiel dans la gestion efficace du projet ACSI-CCCD, de par leur fonction de transmetteurs des connaissances et des aptitudes à leurs HN (Midiwo 1988). Le rôle du CT en tant qu'agent de transmission des connaissances et des aptitudes, aux cadres supérieurs des ministères de la santé, avait été défini plus haut et dans un article de 1986, qui indiquait que la formation des cadres supérieurs nationaux par le projet ACSI-CCCD s'effectuerait au moyen de cours et de formation sur le tas, fournis par des conseillers techniques (CDC 1986). Par conséquent, l'effet de l'affectation des conseillers techniques au Ministère de la santé a été analysé en termes de connaissances et compétences transmises à leurs homologues nationaux.

On a demandé aux personnes interrogées si une transmission des connaissances et des aptitudes s'était faite au niveau des neuf domaines de gestion identifiés. Des connaissances et des aptitudes qui auraient été transmises par les conseillers techniques aux homologues nationaux, la planification, la gestion d'informations et l'évaluation était les plus souvent mentionnées par les trois groupes de personnes interrogées, comme le montre le tableau 7.

Tableau 7.

Transmission perçue des connaissances et des techniques des conseillers techniques, aux homologues nationaux par groupes d'employeurs			
	Pourcentage de personnes interrogees qui ont dit qu'une transmission a eut lieu		
CONNAISSANCES ET COMPETENCES (N = nombre de réponses à la question)	MS (N = 27)	A.I.D. (N = 22)	CDC (N = 40)
GESTION:			
Planification	74%	65%	78%
Gestion des informations	77%	68%	82%
Communication	33%	36%	60%
Evaluation	70%	61%	62%
Administration	18%	40%	47%
Gestion financière	18%	40%	50%
Gestion du personnel	3%	31%	62%
Gestion des transports	29%	22%	44%
Gestion des fournitures	63%	45%	52%
TECHNIQUE:			
PEV	59%	63%	67%
LMD	59%	54%	60%
Paludisme	48%	59%	55%

L'ensemble des 15 conseillers techniques ont été très positifs quant à la transmission des connaissances et compétences suivantes: planification (93 %); gestion des information (93 %) communication (90 %); évaluation (80 %); et gestion des fournitures (80 %).

De façon intéressante, le personnel des CDC interrogé avaient géneralement une perception plus élevée de la transmission des connaissances et compétences, que le personnel des ministères de la santé. Les exceptions étaient l'évaluation et la gestion des fournitures. La différence la plus grande se trouvait dans le domaine de la gestion du personnel, dans lequel un seul membre du MS a indiqué que la transmission avait eu lieu, comparé à 62% des personnes interrogées aux CDC. Le Tableau 7 montre aussi que seulement 50 % à 60 % environ, ont perçu une connaissance technique et des talents devant être transmis à tous les groupes d'employeurs. Certaines personnes interrogées ont pensé, cependant, que tandis que les conseillers techniques ont réussi àtransmettre des connaissances dans certains domaines, ils ont moins bien réussi pour ce qui est de déléguer les responsabilités afin que les connaissances transmises puissent être apprises, pratiquées, assimilées àfond et institutionnalisées:

- *"Le Conseiller technique était très bon mais il a trop fait pour le Ministère de la santé, plutôt que de travailler à travers le MS"*
- *"A moins que les gens du pays ne fassent le travail eux-mêmes, les résultats ne dureront pas, même si le projet atteint les objectifs fixes par les américains"*

Rôle de la formation dans la transmission des connaissances et des aptitudes

En réponse aux questions concernant la manière dont la main d'œuvre et les fonds du projet ACSI-CCCD auraient pu être utilisés avec plus d'efficacité, les personnes interrogées ont dit que davantage de nationaux auraient dû être formés. Une formation plus complète, ont-ils dit, aurait pu être donnée à tous les niveaux du personnel — de la direction centrale à celle des provinces — dans les domaines de la gestion financière, de l'épidémiologie, de l'utilisation des données et de l'évaluation. Ceci aurait pu se faire avec une formation dans le pays, sur le tas, à long ou à court terme, la formation permanente et des périodes de service de travail et d'étude.

Les personnes interrogées ont dit que le maintien des programmes sanitaires, le développement de ressources humaines nationales, le renforcement des capacités nationales et la motivation du personnel pourraient se faire par la formation de nationaux. Les nombreuses recommandations en faveur d'une meilleure formation des nationaux pourraient indiquer une transmission insuffisante des connaissances et aptitudes à travers le projet ACSI-CCCD. Ces résultats corroborent le rapport d'Helfenbein (1986) qui recommandait et discutait des stratégies pour former les cadres supérieurs.

Caractéristiques du Pays

Le troisième objectif de l'étude de cas était d'identifier des caractéristiques spécifiques du pays qui auraient pu affecter les capacités du conseiller technique lors de la mise en œuvre du projet. Les responsables de l'A.I.D. voudraient savoir quelles caractéristiques d'un pays pourraient affecter positivement, négativement, ou nullement, les capacités d'un conseiller technique lors de la mise en œuvre de projets tels que celui de l'ACSI-CCCD. Les questions de l'étude ont porté sur quatre groupes de caractéristiques:

- Infrastructure (routes, électricité, approvisionnement en eau, et télécommunications)
- Organisation des services gouvernementaux (centralisés ou décentralisés)
- Prestations sanitaires (accès aux formations sanitaires, effectifs, entreposage et distribution des fournitures, collecte et conservation des données, supervision et coordination des bailleurs de fonds)
- Facteurs propres au pays (systèmes sanitaires traditionnels, gouvernements et pratiques)

Sur les 92 personnes qui ont répondu à la question sur l'infrastructure, 44 % on dit qu'un service électrique insuffisant, et 35 % ont dit que le manque d'approvisionnement en eau propre avait des effets négatifs sérieux sur la mise en oeuvre du projet. La plupart des personnes interrogées (66 % de 90) pensaient qu'un système de gouvernement décentralisé aurait un effet positif sur la mise en œuvre du projet. Ces personnes ont dit que seuls l'accès aux formations sanitaires (62 % des 90 personnes), la supervision (55 % des 92 personnes) et la coordination des bailleurs de fonds (66 % des 94 personnes) ont contribué positivement aux capacités du conseiller technique dans la mise en œuvre du projet. 59 % des 92 personnes interrogées ont dit que le système traditionnel de gouvernement avait eu un effet positif sur les capacités du conseiller technique dans la mise en œuvre du projet.

Autres caractéristiques du Pays

Les personnes interrogées ont relevé des caractéristiques différentes de celles qui étaient spécifiées dans l'étude: la taille du pays, les ressources économiques, l'atmosphère politique et les différences culturelles au sein des pays. Leur commentaire a été que ces caractéristiques devraient, tout comme celles qui étaient spécifiées dans l'étude, être considérées sérieusement, pays par pays, lors de la planification de futurs projets de développement:

- *"regarder de plus près et analyser les caractéristiques d'un pays donné [et concevoir] des propositions pertinentes sur les façons de résoudre quelques-une. des contraintes, tout en favorisant le développement et le maintien ..."*
- *"Les buts et les objectifs devraient être clairement développés et classés par priorités pour chaque pays. Ils doivent être réalistes par rapport à la situation - non pas fondés sur une généralisation pour la région."*

Enfin, les problèmes inhérents aux systèmes de prestation de soins ont été liés au besoin en formation à la gestion, comme le montre la réponse suivante:

- *"[Il serait difficile] d'atteindre des résultats dans des domaines spécifiques sans prêter attention aux faiblesses de la gestion et aux problèmes du système général de la santé."*

RAPPORTS D'ENTREVUES EN PROFONDEUR

Caractéristiques des personnes Interrogées

Onze entrevues ont été menées au Burundi, douze en RCA et treize en Côte d'Ivoire (36 au total). Le tableau 8 présente les nombres et les catégories de personnels interrogés ainsi que leurs affiliations.

Tableau 8

Catégories de personnel interrogé		
Personnel (N Total = 36)	Agence donatrice (N = 12)	Pays hôte (N = 14)
Exécuteurs principaux du projet (conseiller technique & homologue national)	2	4
Autre personnel des organisations exécutrices principales	6	20
Personnel des agences collaboratrices et apparentées	4	n/a

Soixante-sept pour cent des personnes interrogées (24/36) étaient des employés des ministères de la santé. La moitié des personnes interrogées (18/36) avaient travaillé au projet de 2 à 6 ans et 8 personnes y avaient travaillé de 7 à 11 ans. Le reste avaient soit travaillé pendant moins de 2 ans, soit n'ont pas répondu à cette question. Sur les 36 personnes interrogées, 26 (72 %) étaient des hommes, 10 (28 %) étaient des femmes et 31 (86 %) ont donné leur âge: 16 (52 %) avaient entre 30 et 39 ans; 12 (39 %) avaient entre 40 et 49 ans; et 3 (9 %) avaient 50 ans et plus.

BURUNDI

L'accord du projet ACSI-CCCD au Burundi a été signé le 30 août 1985 pour une période de 30 mois. Ce projet venait à la suite d'un projet de Programme élargi de vaccination (PEV) qui a eu un tel succès que, selon l'une des personnes interrogées, *"les responsables burundais ont demandé que le projet continue. CCCD était un moyen de poursuivre les activités du PEV."*[3] En août 1985, l'idée était de créer un programme plus étendu qui, en deux ans, fournirait une couverture vaccinale à 80 % du groupe d'âge ciblé, ainsi que des services de TRO et de traitement du paludisme à 50 %, des enfants de moins de 5 ans (USAID/Burundi et Ministère de la santé du Burundi 1985).

Une évaluation du projet environ 26 mois plus tard, a bien montré les progrès réalisés dans ce but; en conséquence, le projet a été prolongé jusqu'à septembre 1991 et a bénéficié d'une augmentation de fonds. D'après les recommandations qui suivent l'évaluation, le projet modifié a mis l'accent sur la coordination des bailleurs de fonds, la supervision et la coordination des activités concernant le paludisme et la diarrhée ainsi que le financement des soins de santé (USAID/Burundi Ministère de la santé 1988).

3 Toutes les citations proviennent des entrevues en profondeur sauf indication contraire.

Mise en oeuvre du projet

Les personnes interrogées ont unanimement reconnu que le projet avait réussi au Burundi. La réussite du projet, cependant, se caractérisait principalement par la réussite du programme de vaccination:

> *"La vaccination a été une réussite. Nous avons réussi à atteindre les objectifs prévus pour les années 90, à décentraliser ce programme et à l'utiliser comme base pour l'intégration des soins de santé primaires. Toutes les ressources disponibles ont été utilisées afin de soutenir le reste des soins de santé primaires."*

La raison le plus souvent citée de la réussite de l'intervention de vaccination était le haut niveau de mobilisation sociale à tous les niveaux, "Les plus hautes autorités ont participé et la mobilisation sociale dans toute la périphérie est devenue une réalité." Les personnes interrogées ont également mentionné la formation comme stratégie importante contribuant à la réussite du projet, ceci mis en évidence par les résultat suivant, "dans n'importe quel centre de soins, les employés sont capables d'assembler des graphiques pour suivre le PEV [grâce à la formation qu'ils ont reçue]."

Des commentaires sur la façon dont le programme s'était développé pendant ces quelques années ont été exprimés d'un point de vue temporel, c'est à dire, les problèmes confrontés "au début ..." et les problèmes confrontés "maintenant ..."

> *"**Au début**, la population [cible] ne comprenait pas tout à fait le but et les objectifs de l'execice [de vaccination]. Dans certaines zones, dans la périphérie en particulier, des problèmes d'accessibilité existaient, le nombre de centres de soins était insuffisant, la logistique était difficile à organiser et le personnel était peu disposé à travailler de façon continue. Il y a eu parfois des interruptions dans la fourniture des vaccins, non pas au niveau des bailleurs de fonds et du projet mais entre les niveaux intermédiaires et la périphérie. La conservation frigorifique était difficile à organiser dans la périphérie. Une formation avait été fournie [avant] mais [maintenant] les nouveaux techniciens ont [eux aussi] besoin d'être formés, ce que le Ministère prévoit de prendre en compte dans les facultés de médecine."*

Après sept ans, les problèmes ont évolué: " ***Maintenant**, le problème du projet est sa longévité ... Il y a aussi un problème concernant la qualité du programme."*

Tandis qu'un grand nombre des employés du Ministère de la santé considéraient le programme de vaccination comme bien intégré au sein des services de soins de santé primaires et décentralisé vers la périphérie, hors du Ministère de la santé les opinions différaient et la nature "verticale" du programme est apparue comme un problème.

Le conseiller technique

Comme bien d'autres pays participant au projet ACSI-CCCD, le Burundi a eu plus d'un conseiller technique pendant la durée du projet, comme le montre le Tableau 1 (Introduction). Il y avait de grandes différences entre les affectations des conseillers techniques. Les conseillers techniques se différenciaient par leur formation, leur expérience internationale et, comme on le verra plus tard, par leurs tâches. Les deux premiers conseillers techniques avaient une maîtrise de santé publique. A l'époque de leur affectation au projet, leur expérience internationale était de cinq ans dans un cas et

de quatre ans dans l'autre. Le troisième conseiller technique est un épidémiologiste ayant une vaste expérience des systèmes de surveillance sanitaire, domaine auquel il a été affecté au Burundi, mais n'ayant aucune expérience internationale àlong terme.

Toutes les personnes interrogées ont indiqué que les conseillers techniques étaient affectés au Département d'hygiène et de prévention du Ministère de la santé. Mais en ce qui concerne le nombre d'homologues nationaux attribué à chaque conseiller technique, il y avait des dissensions. La moitié des personnes interrogées ont répondu que le conseiller technique avait un homologue national, c'est à dire le Coordinateur du projet national CCCD (qui appartient au Département d'hygiène et de prévention). L'autre moitié a répondu qu'il y avait plus d'un homologue et a inclus les coordinateurs des interventions comme homologues.

Le conseiller technique actuellement en poste n'est pas affecté au Département d'hygiène et de prévention mais plutôt à l'Unité épidémiologique et statistique (EpiStat) du Département des services de santé. Il est en relations directes, et quotidiennement, avec les directeur de cette unité. Néanmoins, en tant que conseiller technique du projet ACSI-CCCD, il continue à travailler avec le Coordinateur national et les directeurs de programmes pour la diarrhée et le paludisme; il passe environ "75 % de son temps avec EpiStat et 25 % avec ACSI-CCCD." A cause de la spécificité de son affectation qui consiste à établir un Système d'information sanitaire (SIS) à l'échelon du Ministère, le conseiller technique actuellement en poste considère son homologue comme le directeur de l'Unité EpiStat plutôt que le coordinateur national. En 1989, une étude interne du projet a décrit le conseiller technique de la manière suivante: "il fonctionne comme l'homologue du coordinateur de projet et fournit une assistance technique aux coordinateurs et aux techniciens/directeurs de programme" (Delliquardi, et al 1989). Cela implique que le conseiller technique devait avoir un homologue officiel —le coordinateur national, qui travaille cependant avec les directeurs de programme.

Dans l'ensemble, les personnes interrogées se sont montrées favorables au placement d'un conseiller technique au Ministère de la santé, même si, comme il est décrit ci-dessous, il y a eu quelques problèmes pendant la durée du programme:

- *"Un effet positif provoqué par le contact direct."*
- *"C'était positif dans l'ensemble, mais il y a une légère différence [dans] la communication entre les différents conseillers techniques."*
- *"C'était une bonne chose parce que cela a facilité le contact entre le conseiller technique et son homologue ainsi que la prise de décisions. Cela a favorisé la collaboration. Il y avait contact direct."*

Le fait que le conseiller technique et les homologues nationaux étaient d'abord situés dans le même bâtiment, a été considéré comme la "stratégie clé garantissant communication, collaboration et relations." Le conseiller technique actuellement en poste, cependant, n'est pas situé dans le bureau ACSI-CCCD avec le coordinateur national; il occupe un bureau dans l'Unité EpiStat près de son nouvel homologue. Ni le conseiller technique, ni le coordinateur national de l'ACSI-CCCD n'ont ouvertement exprimé d'inquiétude quant à la manière dont cet arrangement affecte leurs relations de travail, tous deux ont dit qu'ils se voient de temps en temps.

Rôle du conseiller technique

Les perceptions du rôle du conseiller technique allaient de ce qui serait idéal, à ce qui serait pratique et ce qui se passait réellement. D'une façon **idéale,**

> *"Un Conseiller technique devrait avoir plus de rapports avec son homologue. Un conseiller technique devrait considérer tout problème du point de vue de l'autochtone, il devrait comprendre la raison pour laquelle on affecte un conseiller technique au Ministère de la santé et aussi que ce dernier est là pour enseigner. Il ne doit pas être le patron mais plutôt le collaborateur et le formateur de son homologue."*

> *"Le conseiller technique doit avoir de bonnes aptitudes dans son domaine, posséder des connaissances pratiques et doit aussi travailler sur le terrain." Il doit travailler avec l'homologue national et le former et le soutenir afin de renforcer ses compétences."*

Un autre commentaire a été que, sur le plan **pratique,**

> *"La chose la plus importante est d'arriver à un compromis sur les objectifs concernant les homologues nationaux. La mission assignée au conseiller technique par son organisation, est d'atteindre ces objectifs et il n'y parviendra que s'il les partage avec ses homologues et les leur fait comprendre. Il convient de manier ces objectifs avec prudence car certains d'entre eux pourraient ne pas correspondre à la réalité du pays concerné. L'objectif du conseiller technique est de ne jamais devenir un homme clé."*

> *"Il doit avoir les compétences que nous n'avons pas et former les homologues nationaux qui travaillent avec lui. C'est, à mon avis, ce qui est le plus important.."*

On a aussi fait observer qu'en **réalité,**

> *"Le conseiller technique à cette époque était un technicien et il n'avait peut-être pas les possibilités de régler certains problèmes [de gestion], parce que lorsque nous avons vu le rapport d'audit nous nous sommes demandé pourquoi le conseiller technique n'avait rien dit. Après tout, il travaillait avec les autochtones et il aurait dû dire que quelque chose n'allait pas bien. Ce sont de bons techniciens, mais ils ne contrôlaient pas les aspects de gestion ACSI-CCCD."*

Connaissances et aptitudes du conseiller technique

L'importance de connaissances et aptitudes spécifiques à la gestion a été notée par les personnes interrogées sur une échelle de 1 à 9 (1 = la plus importante). La planification a été considérée comme la "plus importante" des connaissances et aptitudes, suivie par la gestion de l'information, la communication, l'évaluation et l'administration. La gestion financière, la gestion du personnel et la gestion des transports ont reçu des notes plus basses, enfin la note la plus basse a été donnée à la gestion de l'approvisionnement. Aux questions sur les connaissances et aptitudes techniques, la plupart des réponses ont mentionné la conception et la mise en œuvre des calendriers de vaccination comme "très importantes", suivies de la surveillance des maladies, les études sur les couvertures vaccinales et les connaissances concernant la résistance aux médicaments. Une évaluation du programme, de 1987, met l'accent sur les aptitudes réelles d'un conseiller technique du projet du Burundi:

Il a montré des compétences techniques dans tous les domaines du projet et des techniques administratives remarquables. L'efficacité de son travail avec le Ministère de la santé et d'autres bailleurs de fonds, est apparue clairement àtous les observateurs et était amplement démontrée lors de la visite d'évaluation. Son haut niveau d'énergie et son aptitude àmettre en route les activités en motivant les autres sont rares. Le conseiller technique s'est montré particulièrement efficace par ses interventions fréquentes, pertinentes et courtes en matière de formation, d'éducation pour la santé et des composants SIS du projet (Bossert, et al 1987).

Transmissions des connaissances et aptitudes

La plupart des personnes interrogées ont pensé que les connaissances et aptitudes avaient été transmises aux homologues nationaux. La planification, la communication, la gestion de l'information et la gestion de l'approvisionnement. Ironiquement, la gestion de l'approvisionnement a été classée comme la moins importante des connaissances et aptitudes. Etant donné l'importance de son PEV, le projet ACSI-CCCD du Burundi exigeait évidemment beaucoup de travail en gestion d'approvisionnement et des connaissances et aptitudes au niveau pratique. A l'heure actuelle, les efforts concernant la transmission des connaissances et aptitudes sont plus spécialisés car la mission du conseiller technique actuellement en poste comporte des responsabilités spécifiques concernant le SIS. Cela n'est pas considéré seulement comme une assistance technique, mais aussi comme de *"la formation les nationaux afin qu'ils soient capables de faire le même travail après son départ."*

La gestion ACSI-CCCD au Burundi

Bien qu'il n'ait pas été explicitement mentionné comme un but ou un objectif du projet ACSI-CCCD, (comme c'était le cas pour les buts techniques), l'amélioration de la gestion était implicite dans l'Annexe 1 de l'Autorisation de subvention du projet de 1985:

> ... l'accent serait mis sur l'amélioration de la prestation de soins d'un point de vue administratif, logistique et épidémiologique; et l'on mettrait aussi l'accent sur l'amélioration de la gestion financière y compris les allocations de carburant et de matériel sanitaire tel que l'équipement frigorifique ... (USAID/Burundi et Ministère de la santé du Burundi 1985).

Problèmes de Gestion

La responsabilité de la mise en œuvre du projet ACSI-CCCD au Burundi incombait aux trois agences engagées dans le projet: USAID/Burundi, Ministère de la santé et les CDC. Tous les problèmes de directions auquel le projet a eut à faire face, sont imputables à ces trois organisations.

Au sein du Ministère de la santé, on a dit que les problèmes majeurs étaient *"des problèmes administratifs — le Coordinateur national n'a pas été en mesure de présenter de reçus pour les dépenses. Il n'avait aucun soutien de comptabilité et personne n'était en charge d'établir le budget du projet. Ce n'est que plus tard, en août [1992], que l'on a engagé quelqu'un pour s'occuper de la comptabilité et des prévisions budgétaires pour le projet."* A la suite de cette question de comptabilité, USAID/Burundi a demandé un audit externe du projet en 1991. Selon le rapport,

> ... les dossiers et les rapports financiers ne sont pas vérifiés et ne sont pas correctement soutenu, les rapports de liquidation financière sont soumis en moyenne à 4 mois d'intervalle plutôt que 30 jours, les rapports financiers trimestriels et les rapport semestriels sur

l'avancement du travail ne sont pas préparés comme il serait souhaité (Price Waterhouse 1991).

La question posée était "Pourquoi l'USAID a-t-elle éprouvé le besoin de demander un audit externe des coûts en monnaie locale, dont le Ministère de la santé était en charge, six ans après le début du projet, si son propre mécanisme de surveillance interne fonctionnait?" On peut en trouver la réponse dans l'observation suivante faite par l'une des personnes interrogées sur la gestion du projet par l'USAID:

"L'USAID devrait s'engager davantage dans le projet. Si l'on compare les autres projets de l'USAID ayant un administrateur et un comptable à plein temps, ACSI-CCCD est la dernière roue de la charrette, ou le nouveau-né de l'USAID. Son importance est reconnue, mais elle n'a pas reçu la même attention que les projets concernant l'agriculture et le développement économique. Le conseiller technique ne peut pas tout faire".

A son crédit, la Mission USAID/Burundi a tenté de recruter un responsable de santé, population et nutrition (SPN) mais a eu des difficultés à trouver un candidat parlant français. Elle a donc été obligée de compter sur le personnel disponible pour gérer le portefeuille de la santé, demandant souvent l'assistance du conseiller technique. Ce n'est que récemment (milieu de l'année 1992) que ce problème a été résolu en engageant à plein temps un spécialiste du programme ACSI-CCCD qui s'occupe des questions concernant ACSI-CCCD et la santé.

L'environnement global de gestion au sein du Ministère de la santé a aussi été considéré comme ayant contribué aux problèmes du projet, cela est évident dans les commentaires suivants:

"Le Ministère de la santé a une organisation centralisée. Comme le personnel mobile n'a pas de véhicules, il ne peut y avoir de formation ni de visites de supervision dans la périphérie. Les projets sont presque tous verticaux et le niveau périphérique n'a pas de ressources mais fait tout le travail."

"Les projets font fonctionner le Ministère de la santé parce que c'est là que les fonds se trouvent. Les fond vont directement aux projets. Le Ministère de la santé ne touche pas l'argent."

Un autre problème de gestion au Ministère de la santé était le manque de qualifications de base en gestion de projet, dans des domaines spécifiques plutôt critiques tels que la gestion financière. L'audit de Price Waterhouse a étudié les descriptions de postes et les qualifications du personnel associé au projet afin de déterminer la pertinence des descriptions et leurs aptitudes à assurer les fonctions de gestion financière. Il a trouvé que "les aptitudes à la gestion financière, du personnel en charge du projet sont en général faibles. Les personnes qui s'occupent de la gestion financière du projet ont des connaissances limitées en comptabilité et en simple tenue de la comptabilité. Ces personnes ont besoin d'une formation considérable pour atteindre les standards minimaux de comptabilité et de présentation de rapports" (Price Waterhouse 1991).

Du point de vue des CDC, une des contributions majeures aux problèmes de gestion du projet a été le manque de continuité dans les affectations des conseillers techniques, causé par les longs décalages entre les remplacements. Il y a eu, par exemple, une période de près de deux ans entre le départ du pemier conseiller technique et l'arrivée de son remplaçant. De même, presque deux années se sont écoulées entre l'arrivée du second et du troisième conseiller technique.

En ce qui concerne spécifiquement l'audit, les personnes interrogées ont noté que le conseiller technique ne répondait pas à toutes leurs espérances. En plus du problème de communication à propos des espérances, il ne semblait pas que le conseiller technique ait accepté le fait qu'il était aussi en charge de l'administration financière du projet:

> *"Je pense qu'il a un rôle à jouer au niveau de la gestion. C'est un conseiller — pas un décideur — mais il peut quand même faire remarquer ce qui ne va pas. Ils [les nationaux] n'ont pas été prévenus par le conseiller technique que le projet avait des difficultés [financières]. Il a semblé que le conseiller technique ne prenait pas sérieusement la situation en main."*

> *"Le conseiller technique ne s'est pas vraiment occupé de la gestion financière sauf dans le cas de dépenses spécifiques telles que les frais de communication. Il aurait été préférable d'avoir dès le début un directeur compétent et motivé."*

Cette expérience a fait aboutir une question majeure de répartition des responsabilités entre les CDC et l'USAID et, en principe, les premiers seraient en charge de la gestion du programme, l'autre serait en charge de l'administration fiscale. Le fait de faire gérer les deux responsabilités par un seul membre du personnel résident a été exposé clairement par une autre personne interrogée: "N'avoir qu'une personne sans soutien de l'USAID n'est pas suffisant. On a besoin d'un assistant administratif et d'un comptable ... Un conseiller technique qui soit un directeur, possédant des aptitudes techniques et soit soutenu par l'assistance technique, à plus long terme des consultants pourrait marcher."

Utilisation du temps du conseiller technique

Les besoins en soutien administratif ont été confirmés par les personnes interrogées, qui ont estimé que le conseiller technique a consacré, en moyenne, 72 % de son temps à l'administration et seulement 28 % au travail (technique) sur le terrain. Mais cette formule a changé avec le conseiller technique actuellement en poste car il ne croit pas devoir consacrer la plupart de son temps aux affaires administratives. On a obtenu aussi depuis peu une assistance administrative, en engageant un comptable pour travailler avec le Ministère de la santé et en affectant au soutien du projet un membre du personnel de l'USAID.

Caractéristiques du Pays

Les personnes interrogées ont exprimé leur inquiétude quant au fait que le développement national ait pu affecter la mise en œuvre du programme et les capacités de bon fonctionnement du conseiller technique. Ils ont noté que bien que seulement 5 % de la population vivent en zone urbaine, l'infrastructure globale (routes, électricité, approvisionnement en eau et télécommunications) a été bénéfique à la mise en œuvre du projet. En particulier, les télécommunications ont été améliorées grâce à l'acquisition d'un téléfax pour communiquer avec les régions.

Un grand nombre de personnes interrogées ont pensé que le système très centralisé de prise de décisions et d'administration dans le pays avait un effet négatif sur les possibilités de mise en œuvre des programmes du conseiller technique. Et plus particulièrement, cela a retardé les efforts. Au niveau du système culturel local, les personnes interrogées ont pensé que cela avait un effet positif sur la mise en œuvre du projet, surtout parce que cela favorise une mobilisation politique communautaire.

L'Avenir

Au Burundi, l'avenir du projet a inquiété le personnel national, cette inquiétude se reflète bien par une des personnes interrogées:

> *"Tout d'abord, nous avons des inquiétudes sur l'achèvement très proche du projet [ACSI-CCCD]. Nous sommes inquiets au sujet des aspects financiers des programmes que nous avons réussi à mettre en œuvre ces dernières années. Par exemple, la couverture vaccinale s'arrêtera dès que le conseiller technique partira et les fonds ne seront plus disponibles."*

Le gouvernement du Burundi doit maintenant faire face au problème critique de savoir comment maintenir les activités du projet après la date de cloture. Lorsque le projet se terminera en 1993 et que le conseiller technique sera parti, les Burundiens seront-ils en mesure de poursuivre les activités du projet? Pour certains membres du personnel du Ministère de la santé, cette perspective n'était guère engageante, mais heureusement, ils ont aussi pensé à des solutions:

> *"Il faudrait prendre des mesures pour éviter la cessation totale du projet. Il faudrait continuer à disposer de fonds et àpressentir en même temps d'autres bailleurs de fonds et bénéficiaires pour participer au maintien du projet."*

> *"Il faudrait former davantage de nationaux aux techniques de maintien du projet. La continuation doit être garantie. Nous avons encore besoin d'assistance."*

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

En 1983, le Gouvernement de la République Centrafricaine a demandé à l'USAID de procéder à une évaluation de pays, basée sur l'intérêt qu'ils trouverait dans un programme de collaboration pour lutter contre les maladies transmissibles de l'enfance. Un accord sur un projet de quatre ans a été signé par la suite, en 1984 entre la RCA et les Etats-Unis, l'USAID apportant une contribution de 691 000 dollars US, et la RCA 217 065 dollars US pour le financement du projet. Ce projet devait "réduire les niveaux de morbidité et de mortalité du nouveau-né et de l'enfant en République Centrafricaine, en étendant et en améliorant les services de vaccination et de réhydratation par voie orale et en fournissant un traitement présomptif des fièvres paludéennes" (USAID et Ministère de la santé de la RCA 1984). Comme il n'y a pas de mission USAID en RCA, la supervision locale du projet a été assurée pour le bailleur de fonds par l'Officier de liaison de l'A.I.D. (OLA) de l'Ambassade des Etats-Unis. La surveillance générale a été assurée par le responsable SPN de la Mission USAID de Yaoundé au Cameroun (Raleigh, et al 1990).

Mise en oeuvre du projet

Les indicateurs fréquemment utilisés pour évaluer les besoins d'un pays (infrastructure économique et autre, organisations des services gouvernementaux, services et ressources de prestation de soins, influences traditionnelles et culturelles) aurait donné un tableau un peu sinistre du potentiel de la RCA au niveau du soutien du projet ACSI CCCD. Cependant, les personnes interrogées et les informateurs clefs du projet, considèrent la RCA comme le pays ayant réussi le mieux, des trois pays visités, car elle a eu les affectations les plus régulièrement positives, de conseiller technique. La réussite de la RCA a aussi été reconnue en 1990 par le Conseil national pour la santé internationale qui a reconnu les mérites du gouvernement dans le domaine de la survie de l'enfant.

Toutes les personnes interrogées ont répondu que le projet en RCA avait été une réussite et en ont donné trois raisons majeures:

1. **Homologues nationaux compétents**

   "Les nationaux qui sont en charge du projet sont remarquables, les coordinateurs nationaux ont une aptitude innée pour la gestion de la santé publique. Ils savent où ils veulent aller et comment y arriver. Certains des techniciens ont fait d'énormes progrès et sont les piliers de la réussite du projet. Ils ont les pouvoirs de faire quelque chose et ils sont motivés."

2. **Assistance et soutien techniques de la part des conseillers techniques et des consultants des CDC**

   "Les facteurs principaux de cette réussite sont la permanence et la continuité du projet ainsi que la compétence des experts; ces deux éléments sont liés à la pertinence de la stratégie."

3. **Travail d'équipe**

   "Cette expérience a été positive pour tout le monde. Nous travaillons sur une base de travail d'équipe et non pas d'une seule personne faisant tout. Le personnel a pu étendre ses compétences. Maintenant, agir sur une base rationnelle est fermement ancré dans les activités quotidiennes (modus operandi); on collecte les données, on établit une politique nationale, on définit où l'on veut aller et on décrit la manière dont on va y arriver."

Les chercheurs ont aussi observé l'esprit de travail d'équipe et le dévouement du personnel du Ministère de la santé au projet ACSI-CCCD. Par exemple, lors de la visite du site, alors qu'une grève nationale était en cours et que l'on pouvait voir un grand nombre d'employés du Ministère de la santé assemblés en groupes à l'extérieur des bâtiments du Ministère, les membres du personnel ACSI-CCCD étaient au travail dans leurs bureaux et ont volontiers participé aux entrevues. En réponse à des questions sur la grève, l'une des personnes interrogées a dit:

"Les personnes n'ont pas été payés depuis 6 ou 7 mois mais elles reconnaissent que ce qu'elles sont en train de faire est important, alors ces personnes viennent malgré les grèves. La motivation est grande. Elles sentent qu'elles ont une contribution àapporter."

Le conseiller technique

La RCA était le seul des trois pays visités à avoir une certaine continuité dans les affectations des conseillers techniques. Il y a eu quatre périodes d'affectation des conseillers techniques: 1984 à 1986; 1986 à 1987; 1987 à 1990; et 1990 à 1992. Le même conseiller technique qui avait été affecté de 1984 à 1986 a servi à nouveau de 1990 à 1992. Un intérimaire a également été en poste pendant environ quatre mois en 1990.

Le conseiller technique affecté en RCA de 1984 à 1986 a géré le projet à mi temps et était également en charge du projet ACSI-CCCD au Congo. Cet arrangement avait été proposé dans l'évaluation du pays, en 1983:

> En plus des activités soulignées plus haut, le responsable ACSI-CCCD régional, fournira le financement des visites périodiques en RCA d'un conseiller technique, basé dans un autre pays ACSI-CCCD. Ce conseiller technique fournira des conseils en gestion, en opérations , en logistique, et collaborera étroitement avec ceux des responsables du Ministère de la santé de la RCA qui sont en charge de la mise en œuvre des activités ACSI-CCCD. Le conseiller technique consacrera 20 % de son temps de travail annuel total, à la consultation en RCA (CDC 1983).

Ce statut à mi-temps s'est traduit en visites du conseiller technique, de deux à trois semaines tous les trois mois, le temps étant partagé entre le Ministère de la santé et l'Ambassade des Etats-Unis. Cet arrangement s'est révélé peu satisfaisant parce que difficile àgérer efficacement dans un intervalle si court et "psychologiquement perturbateur." Le suivi des activités était difficile, bien qu'un membre du personnel de l'Ambassade des Etats-Unis ait été en charge d'assurer l'intérim pendant l'absence du conseiller technique. Ces premières expériences leur ont appris que "Pour être un bon conseiller technique, on doit l'être à plein temps. On a besoin d'un homologue. On a besoin d'argent." L'affectation d'un conseiller technique à plein temps a commencé en janvier 1986 lorsque l'OLA a été détaché du Département d'état aux CDC pour le poste. Le rapport de l'évaluation externe de novembre 1986 a mentionné les progrès effectués dans le développement du projet depuis l'arrivée d'un conseiller technique à plein temps et a souligné "l'importance vitale d'avoir un conseiller technique ACSI-CCCD à plein temps, qui reste en RCA jusqu'à la fin du projet en mai 1989 (ou mai 1990 si l'extension du projet jusqu'à cette date, recommandée par l'équipe d'évaluation, est approuvée). Des conversations avec le coordinateur national ACSI-CCCD du gouvernement de la RCA et le [personnel] de l'Ambassade des Etats-Unis indiquent un accord de principe à ce sujet" (Westinghouse 1986).

Les personne interrogées ne pensaient pas que le changement de conseiller technique (4 en 8 ans) avait affecté le projet outre mesure car la haute qualité et la cohérence de la gestion du projet par les homologues nationaux, compensaient les changements des conseillers techniques et les retards que cela entraînait.

La mise en place du conseiller technique dans le Ministère de la santé a été considérée par toutes les personnes interrogées comme ayant un effet positif sur la mise en œuvre du projet, ce qui est évident dans les commentaires suivants:

"La raison la plus importante de cette réussite est le fait que le conseiller technique soit au Ministère de la santé. La communication est facile."

"Les décisions sont plus faciles à prendre parce qu'ils (le conseiller technique et l'homologue national) se trouvent dans le même bâtiment."

"Les conseillers techniques ont pu inspirer confiance plus rapidement. [Leurs] compétences ont été acceptées. Ils [les nationaux] sont arrivés à mieux connaître les conseillers techniques."

Rôle du conseiller technique

Les personnes interrogées ont décrit le rôle du conseiller technique en termes de qualités et qualifications exigées par le poste. De bonnes aptitudes à la gestion et aux relations interpersonnelles étaient les points importants sur lesquels les personnes interrogées en RCA ont insisté:

"[Le conseiller technique doit] connaître la politique recommandée par l'OMS, la gestion de programme, la planification, la budgétisation et doit être un bon directeur."

"Il doit être capable de former une équipe et avoir des aptitudes aux relations interpersonnelles. Il doit connaître ses limites, [par exemple] savoir quand faire venir un expert ou quand nous avons besoin d'un consultant pour les études CAP. Il est impératif qu'il soit conscient de ses propres limites."

"Sa contribution doit être évidente dans la conception du programme, sa mise en œuvre et les solutions apportées aux problèmes techniques."

Le rôle de défenseur et de facilitateur, du conseiller technique a également été souligné:

"Son rôle est de faciliter le travail. Le conseiller technique intervient lorsque des problèmes se présentent [comme par exemple] lorsque le Ministère veut utiliser les véhicules du projet pour d'autres tâches."

"Le conseiller technique a un rôle important dans le projet dans ce sens qu'il est exactement comme le Maire du projet. Il nous aide à résoudre nos problèmes."

De plus, l'importance des capacités du conseiller technique à bien comprendre les besoins du pays et ceux du projet a été résumée dans la réponse d'un employé du Ministère de la santé et du bailleur de fonds:

> *"Il doit posséder à fond le système dont il fait partie. Il doit faire l'effort de comprendre le système dans lequel il travaille. Au niveau opérationnel, le conseiller technique doit comprendre les divers éléments du projet et sa propre place dans le projet. Il doit être capable de coopérer avec son homologue. Nous avons eu la chance d'avoir des personnes très efficaces."*

> *"[Le rôle du conseiller technique est d'] aider son homologue à la mise en œuvre du projet, de se tenir au courant des problèmes du pays et de les comprendre."*

Utilisation du temps du conseiller technique

On a dit que l'administration des activités du projet prenait en moyenne 61 % du temps du conseiller technique, alors que 36 % en moyenne étaient consacrés aux activités (techniques) sur le terrain. Le reste du temps, 3 %, était consacré à "assurer la coordination entre le personnel du Ministère de la santé et d'autres partenaires, tels que le Peace Corps." Même avec l'aide d'un assistant administratif, le conseiller technique a consacré la plupart de son temps aux affaires administratives.

Connaissances et aptitudes du conseiller technique

Les questions concernant le classement par ordre d'importance (1 = maximum) des connaissances et aptitudes spécifiques ayant trait à la gestion et la technique ont donné les résultats suivants, basés sur la moyenne du classement effectué par huit personnes: 1) planification; 2) gestion d'information; 3) communication; 4) gestion financière; 5) administration; 6)gestion du personnel; 7) gestion de l'approvisionnement; 8) évaluation; et 9) gestion des transports. Les personnes interrogées ont classé les connaissances et aptitudes comme suit: 1) conception et mise en œuvre des calendriers de vaccination; 2) faire des enquêtes sur la couverture vaccinale; 3) surveillance des maladies; et 4) avoir des connaissances sur la résistance aux médicaments.

Transmission des connaissances et aptitudes

Toutes les personnes interrogées (sauf une) ont pensé que le conseiller technique avait transmis des connaissances et des aptitudes en planification aux homologues nationaux. La plupart (sauf deux), ont dit que la transition s'était produite au niveau de la gestion d'information, de l'évaluation et de la gestion de l'approvisionnement, bien que, comme il a été indiqué plus haut, ces deux derniers domaines n'aient pas été classés comme les premiers en termes d'importance. Moins de personnes encore ont considéré qu'il y avait eu transfert de gestion financière, de gestion du personnel et de gestion des transports, en connaissance et aptitudes. L'un des employés du Ministère de la santé a répondu ainsi à la question:

> *"Je ne pense pas que le rôle du conseiller technique soit de transférer des compétences, mais [plutôt] d'identifier les points faibles de l'homologue. Le conseiller technique peut communiquer ces points faibles à des experts [qui peuvent aider]. La transmission devrait se faire au niveau matériel et de manière discrète."*

Autrement dit, le conseiller technique devrait identifier les domaines dans lesquels l'homologue a besoin d'aide et faire venir de consultants pour travailler avec eux dans ces domaines. De cette façon, la transmission des connaissances et aptitudes peut s'effectuer, mais de manière prudente.

Gestion ACSI-CCCD en RCA

Le facteur principal de la réussite du projet et des affectations des conseillers techniques en RCA a été attribué au fait que les conseillers techniques et les homologues nationaux possédaient et ont fait montre des connaissances et aptitudes à la gestion requises, ont été capables de les combiner en une approche d'équipe efficace pour aborder leur travail. Leur respect de l'autre et leurs bonnes relations interpersonnelles ont permis de cimenter l'équipe. L'évaluation externe du projet de 1990 a dit beaucoup de bien de la stratégie de gestion de l'équipe du projet RCA:

> L'équipe de gestion actuellement en poste a montré une sagesse stratégique remarquable et un sens aigu de la gestion en renversant une situation difficile et en faisant de rapides progrès dans les domaines de l'évaluation des besoins, la formation, les systèmes de soutien logistique et de l'information, la gestion et la supervision. Une des clés de la stratégie a été de s'attaquer aux trois interventions techniques majeures (PEV, LMD et lutte antipaludéenne) une à la fois. L'Equipe d'évaluation a été impressionnée par l'efficacité de la stratégie qui s'est soldée par une intégration complète des rôles de directeur, technicien et formateur dans le cas de chaque directeur du DMPGE (Raleigh, et al 1990).

Problèmes de gestion

En dépit de l'atmosphère de travail harmonieuse décrite plus haut, le projet a encore éprouvé des difficultés qui sont imputables aux trois agences exécutrices. Selon les réponses des personnes interrogées, les problèmes au Ministère de la santé provenaient d'une mauvaise coordination au niveau national entre les départements du Ministère de la santé, de la concentration de projets financés par des bailleurs de fonds dans le Département de la médecine préventive et des grandes endémies (DMPGE) du Ministère de la santé, décrit comme *"le moteur du Ministère de la santé parce que c'est là que se rendent un grand nombre de bailleurs de fonds pour leurs projets"*, et de la coordination des bailleurs de fonds. Les évaluations externes de 1986 et de 1990 ont aussi mentionné des problèmes attenant à la coordination des bailleurs de fonds et le rapport de 1986 a fourni quelques explications sur l'hésitation du gouvernement à formaliser la coordination des bailleurs de fonds:

> Les efforts déjà effectués auparavant pour mettre en place une structure de coordination des bailleurs de fonds plus formelle, sont restés sans succès en raison des inquiétudes du gouvernement concernant l'utilisation du comité des bailleurs de fonds comme influence pour forcer le gouvernement à agir contre son gré. L'équipe [d'évaluateurs] est d'avis qu'il n'est pas nécessaire d'avoir un comité complet à ce stade des activités concernant la survie de l'enfant/ACSI-CCCD, mais pense qu'à mesure que le programme devient opérationnel, des consultations plus fréquentes entre le gouvernement et les bailleurs de fonds ainsi qu'entre les bailleurs de fonds eux-mêmes seront plus utiles et nécessaires (Westinghouse 1986).

La question n'a toujours pas été résolue et les personnes interrogées ont dit que seul existe un réseau non officiel. Voici l'opinion d'un des représentants d'une agence donatrice, *"Globalement, la coordination des bailleurs de fonds jusqu'à présent est mauvaise. Elle est déjà difficile au sein des Nations Unies, alors en dehors des Nations Unies c'est encore pire. C'est le gouvernement qui a la tâche d'établir une bonne atmosphère. Il n'y a aucune volonté politique [au gouvernement] de coordonner les bailleurs de fonds. Le gouvernement doit créer un mécanisme et un corps de techniciens pour coordonner tous les programmes."*

On a aussi rapporté que la coordination entre les départements du Ministère de la santé avait posé des problèmes, et l'évaluation de 1990 a recommandé que l'OLA prête son assistance pour le renforcement des services du Directeur général de la santé publique, pour qu'il puisse à son tour, "renforcer son rôle de coordinateur entre les différentes administrations, tout en maintenant sa politique actuelle de décentralisation de la gestion, là où c'est nécessaire (Raleigh, et al 1990). Cependant, les possibilités d'établir une telle coordination lorsque les fonds sont principalement concentrés dans un seul département (DMPGE) sont discutables. En ce qui concerne le rôle du projet ACSI-CCCD, une réponse d'un bailleur de fonds a noté que *"les ACSI-CCCD vont devoir coordonner leurs activités avec d'autres départements du Ministère de la santé [et] ne pas concentrer toute leur attention sur le DMPGE. La structure actuelle du Ministère de la santé ne favorise pas l'intégration."*

Le problème de gestion majeur, relatif à l'A.I.D. a été rapporté comme étant *"le fardeau de responsabilité financière"* imposé par l'agence. L'A.I.D. a été décrite comme *"se noyant dans la paperasse"*. Heureusement pour la RCA, qui n'a pas de Mission, la tendance de l'agence à *"microgérer"* le projet ne s'est pas trop fait sentir. L'OLA est principalement responsable devant le Département d'état et ne considère pas son rôle principal comme un poste de rapporteur. Au niveau des rapports, ses priorités sont différentes de celles d'un assistant SPN de l'USAID.

Dans le passé, on ne considérait pas que les CDC fournissaient un soutien suffisant au projet. Mais, *"il y a eu un grand changement"* et l'on reçoit beaucoup plus de soutien maintenant. Le soutien supplémentaire a été attribué à l'expansion des capacités et de de l'expérience du Bureau du programme de santé internationale des CDC. Il a été noté qu'aux CDC, on ne considère pas les questions de gestion comme importantes, ou *"prioritaires comme les questions techniques."*

Caractéristiques du pays

En RCA, la plupart des personnes interrogées ont rapporté que de mauvaises routes et un système électrique médiocre autour de la capitale Bangui, avaient eu des effets négatifs sur la mise en œuvre du projet, alors que l'approvisionnement en eau et les télécommunications avaient eu des effets positifs. Le système d'organisation et de prise de décisions en RCA, ancienne colonie française, est centralisé depuis très longtemps. Le gouvernement a fait des efforts de décentralisation de la gestion au niveau régional, ce qui a été reconnu par la majorité des personnes interrogées comme une influence positive sur les efforts de mise en œuvre. La majorité des personnes interrogées ont aussi rapporté que le système traditionnel de gouvernement avait eu un effet positif sur la mise en œuvre du projet. Finalement, les personnes interrogées ont considéré l'effectif réduit du personnel du Ministère de la santé comme le seul élément du système de prestations sanitaires qui ait eu un effet négatif sur la mise en œuvre du projet en RCA.

D'autres facteurs se sont également révélés aussi importants, sinon plus, pour la mise en œuvre du projet , que l'infrastructure, l'organisation des services gouvernementaux, la distribution des services de santé et les facteurs traditionnels et culturels. Cette conclusion est basée sur le fait que, parmi les trois pays de l'étude de cas, la RCA a été régulièrement citée comme le pays possédant le projet et les affectations de conseiller technique les plus réussis. Comparée à la Côte d'Ivoire, la RCA a une infrastructure et un système de prestation des soins moins développés et un statut sanitaire et économique plus bas. Cependant, d'autres facteurs que ces caractéristiques de pays précisées dans l'étude ont joué un rôle essentiel en étendant les possibilités des conseillers techniques et des homologues nationaux à mettre en œuvre le projet en RCA, tels que:

- l'accent mis sur le travail d'équipe
- des homologues nationaux compétents
- une bonne approche de la gestion de projet

L'Avenir

L'avenir des activités du projet ACSI-CCCD en RCA semblait liée au récent projet USAID Sustainable Child Survival qui a commencé en 1992. On a dit à l'équipe de chercheurs; *"Nous avons un engagement de cinq ans avec 12,5 millions de dollars US. C'est le même type d'activités [qu'avec ACSI-CCCD]. Il n'y a pas de rupture dans les activités."*

La question est de savoir cependant, si ces activités sont intégrées aux programmes du Ministère de la santé afin qu'elles soient maintenues après la fin du financement par bailleurs de fonds. Un des bailleurs de fonds a répondu:

> *"ACSI-CCCD en tant que programme vertical est périmé. Pour la réussite du pays, il y a un besoin d'intégration. Il y a quelques années, la plupart de nos projets était gérés de manière verticale [mais] il y a deux ans, nous sommes passés à une base intégrée. Auparavant nous soutenions le PEV avec ACSI-CCCD, [mais] à present, nous soutenons les SSP. Nous avons changé d'approche parce que c'est meilleur au niveau des objectifs de maintien."*

Selon l'évaluation externe de 1990, le personnel du projet ACSI-CCCD et ses activités sont intégrés au DMPGE au niveau national et des éléments ACSI-CCCD sont intégrés àcertaines fonctions des personnels des centres de soins de la périphérie. Cependant, les mécanismes de soutien du projet ACSI-CCCD sont semi-autonomes et n'ont pas été intégrés aux systèmes de soutien globaux du Ministère de la santé (Raleigh, et al 1990). Le défi lancé maintenant au DMPGE, est la manière d'intégrer à la structure du Ministère de la santé les approches de gestion efficaces et les systèmes de support, qu'il a utilisés pour mettre en œuvre les activités du projet ACSI-CCCD.

COTE D'IVOIRE

La Côte d'Ivoire est entrée dans le projet ACSI-CCCD au début de l'année 1986 après la signature d'un accord de projet entre l'A.I.D. et le gouvernement de Côte d'Ivoire en juin 1985. Le projet a pris fin officiellement en septembre 1992, mais en raison de l'absence de conseiller technique la plupart de l'année, on peut considérer que le projet s'est terminé avec le départ du dernier conseiller technique. Les activités majeures du projet avaient plus ou moins été suspendues et il est probable que le reste des fonds du projet sera absorbé par un nouveau projet qui a démarré en 1992.

Mise en oeuvre du projet

Lors des entrevues, on a demandé aux participants de faire partager leurs idées sur les résultats du projet et d'en suggérer les raisons possibles. Toutes les personnes interrogées sauf une ont dit que le projet était une réussite. Voici quelques-uns des commentaires: *"il nous a permis de travailler ensemble," "le personnel possédait une formation," "le projet a fourni un soutien logistique," et "cela a conduit à l'amélioration des politiques sanitaires."* Toutes les personnes interrogées ont dit qu'il existait une politique de vaccination antérieure au projet ACSI-CCCD, alors que la majorité des gens pensaient qu'il existait des politiques de lutte contre les maladies diarrhéiques et le paludisme. La plupart des personnes interrogées ont dit que la politique du PEV existante était compatible avec les buts de ACSI-CCCD, alors que la moitié des personnes interrogées pensaient que les politiques LMD et du paludisme allaient de concert avec ACSI-CCCD. Une clarification apportée par une personne clée du Ministère de la santé a expliqué le problème de politique contre mise en œuvre:

> *"Oui, les objectifs du projet sont conformes à la politique, mais pas au niveau de la réalisation. Dans ce processus, il faut tenir compte de la structure organisationnelle du Ministère. La mission du conseiller technique doit être intégrée à cette structure sur une base horizontale; c'est à dire , soutenir la structure existante. Il doit avoir une idée globale des problèmes."*

Le conseiller technique

L'affectation du conseiller technique au Ministère de la Santé était considéré comme une question clef par l'USAID et les CDC pour la réalisation des objectifs du projet ACSI-CCCD. Deux conseillers techniques ont servi en Côte d'Ivoire. Le premier a été affecté de 1985 à 1988, et le second de 1989 à 1991. A toutes fins utiles, le projet s'est terminé prématurément lorsque le second conseiller technique a été muté dans un autre pays et n'a pas été remplacé. A la suite de cela, des consultants et du personnel des CDC ont été envoyés pour des missions à court terme pour remplacer le conseiller technique. Lorsqu'on a demandé quel effet le fait de ne pas remplacer le conseiller technique qui partait avait eu, on a reçu les commentaires typiques suivants:

> *"Très mauvais. Le problème n'est pas encore complètement résolu. Nous n'avons encore trouvé personne qui ait les mêmes compétences, talents et qualités, que le dernier conseiller technique"*

> *"Il n'y a pas eu de suivi et nous n'avons pas profité d'experts pendant les intervalles successifs"*

> *"Tout était bloqué et, à cette époque, un grand nombre de consultants experts sont venus mais n'ont démarré aucune activité sur le projet. Cette période d'interruption a tout bloqué et tout reste bloqué encore aujourd'hui."*

Selon les personnes interrogées, le conseiller technique était installé au Département de la planification et des statistiques sanitaires du Ministère de la santé, et il avait un homologue national. Voici ce que certaines personnes ont pensé du fait que le conseiller technique se trouvait dans le Ministère de la santé et dans le même bâtiment que l'homologue national:

> *"C'était une bonne chose. Auparavant, l'homologue national travaillait directement avec le conseiller technique. Maintenant, il est très difficile de communiquer [avec le personnel ACSI-CCCD]. On doit s'adresser à différents directeurs [de programmes] situés à différents endroits et cela entrave la mise en œuvre du projet."*

> *"Cela eut un effet positif [parce que] travailler ensemble a amélioré les relations de travail entre les homologues et a encouragé la coopération, ce qui a également facilité la collaboration."*

> *"Le fait d'avoir le conseiller technique au Ministère la santé entraînait une bonne coordination. Les Coordinateurs nationaux ont pensé qu'ils n'étaient pas oubliés et qu'ils avaient leur importance. La prise de décisions et les solutions de problèmes se faisaient rapidement. Les nationaux trouvaient qu'ils pouvaient contacter le bureau et le personnel ACSI-CCCD facilement. Entrer en contact avec l'A.I.D., par exemple, était un problème. Le conseiller technique était immédiatement au courant des problèmes rencontrés par les homologues nationaux. On pouvait facilement entrer en contact avec le personnel du Ministère de la santé.*

Rôle du conseiller technique

On a demandé aux participants aux entrevues d'exprimer librement leurs conceptions sur ce qu'un conseiller technique devrait être. Leurs réponses ont été comparées aux fonctions du conseiller technique telles qu'elles sont décrites dans la description de poste des CDC (Tableau 9).

Tableau 9

Rôle perçu du conseiller technique comparé aux fonctions de la description de poste des CDC	
Fonctions selon la description de poste des CDC	**Role perçu selon les personnes interrogees**
Directeur de programme	Facilite la mise en œuvre du projet ACSI-CCCD Réalise les objectifs du programme Mobilise les ressources Echange ses expériences avec les nationaux qui travaillent avec lui Fait partie d'une équipe Apporte son soutien au programme de conception à de planification et à la mise en œuvre Fournit un soutien financier et technique
Technicien de la santé	Epidémiologiste Spécialiste des systèmes d'information sanitaire Consultant pour les études CAP
Coordinateur de l'assistance des bailleurs de fonds	Intermédiaire entre le Ministère de la santé et le bailleur de fonds
Formateur	Fournit la formation Transmet des connaissances et aptitudes à l'Homologue national à la fin du projet Forme le personnel à l'emploi de données informatisées
Administrateur	(pas de réponses correspondantes)
PLANIFICATEUR	Fournit le soutien au développement et à la planification des éléments du projet Connaît les problèmes du pays et trouve des solutions
Conseiller	Sert aussi de conseiller
(Pas de catégorie correspondante)	Chercheur sur le terrain Interprète et ambassadeur Quelqu'un qui comprend n'importe quel problème du point de vue des nationaux Quelqu'un qui est au courant des réalités sanitaires, sociales et culturelles du pays auquel il ou elle est affecté Quelqu'un qui est ouvert et sait s'adapter Quelqu'un qui communique bien Quelqu'un qui a de bons rapports avec les gens Quelqu'un qui n'est pas égoïste

En plus des nombreuses qualités mentionnées par les personnes interrogées, une qualité de gestion particulièrement importante, était d'avoir de bonnes relations interpersonnelles ce qui était considéré comme nécessaire à la création d'une bonne atmosphère de travail, avec comme objectif de réussir. L'un des membres du Ministère de la santé a fait le commentaire suivant à ce sujet::

> *"Ce n'est pas un facteur scientifique mais un facteur humain: le respect de la personne, de l'individu. Il doit exister de bonnes relations interpersonnelles. Ce facteur peut affecter un programme. On peut avoir des ressources, des moyens et une technologie, mais sans bonnes relations interpersonnelles, rien n'est possible."*

Utilisation du temps du conseiller technique

On a demandé de donner le pourcentage de temps que le conseiller technique avait consacré à l'administration du projet et aux activités (techniques) sur le terrain. Les personnes interrogées ont dit que le conseiller technique avait consacré en moyenne 53 % de son temps à l'administration et 43 % aux activités sur le terrain. On a dit que le reste du temps, 4 %, avait été passé en "conférences, réunions, etc." Selon une réponse du Ministère de la santé:

> *"S'il y avait eu une équipe désignée, [le conseiller technique] aurait passé moins de temps sur les tâches administratives. Le travail administratif de mise en œuvre était gênant. Par exemple, la gestion des fonds a affecté le projet et le travail du conseiller technique parce qu'il était obligé d'envoyer des rapports àWashington."*

En Côte d'Ivoire, le second conseiller technique avait un assistant administratif et un spécialiste de programme qui travaillaient sur les questions administratives et était basé au Bureau régional du développement et de l'aide économique (REDSO). Que le premier conseiller technique ait eu un assistant administratif, est peu vraisemblable, car on a commencé à les engager plus tard au cours du projet.

L'étude de certains documents relatifs au projet ont mieux éclairé les fonctions du conseiller technique. Les réactions étaient mitigées comme on peut le voir dans le rapport d'évaluation de 1987:

> [Alors que] le contact entre les deux contractants à long terme des CDC[4] et le coordinateur national du projet a été généralement informel et positif, il n'a pas toujours fourni une attention soutenue aux progrès, aux problèmes et à la planification (Plopper, et al 1987).

Finalement, un rapport d'évaluation de 1988 a noté "les relations de travail coopératif excellentes", qui avaient été favorisées en partie par le conseiller technique entre ACSI-CCCD et d'autres bailleurs de fonds, particulièrement l'UNICEF et l'OMS (Brown, et al 1988). Cela a été considéré comme une contribution de valeur par l'équipe d'évaluateurs, parce que le Ministère lui-même n'avait aucun mécanisme de coordination officiel des bailleurs de fonds. Cette conclusion fait un contraste avec l'observation d'une des personnes interrogées qui a mentionné une concurrence entre les bailleurs de fonds, une rivalité au niveau de l'assistance technique et a suggéré, "Nous devons nous débarrasser des croyances coloniales."

Connaissances et Aptitudes du conseiller technique

Lorsqu'on leur a demandé de choisir, parmi neuf, cinq connaissances et aptitudes à la gestion de base indispensables au conseiller technique, les personnes interrogées ont, le plus souvent, choisi les suivantes dans cet ordre d'importance: 1) planification; 2) évaluation; 3) gestion de l'information; 4) communication; et 5) gestion financière. En ce qui concerne les quatres domaines de connaissances et aptitudes techniques, elles ont choisi les trois les plus importantes dans l'ordre suivant: 1) conception et réalisation des calendries de vaccination; 2) enquêtes sur la couverture vaccinale; et 3) surveillance des maladies..

---

4 Il s'agit ici d'une référence au CT et à un épidémiologiste médical, basés en Côte d'Ivoire pour travailler sur toute la région.

Transmission des connaissances et aptitudes

On a demandé aux participants s'il y avait eu transmission de connaissances et aptitudes (gestion et technique) du conseiller technique à l'homologue national. Le nombre de "sans opinion" a presque toujours égalé le nombre de "oui" dans le cas des connaissances et aptitudes en gestion. Par exemple, le même nombre de personnes (6/13) ont répondu "oui" et "sans opinion" lorsqu'on leur a demandé s'il y avait eu transmission de connaissances et aptitudes en planification, communication et gestion des transports. A la question concernant l'évaluation, 7 sur 13 on répondu "sans opinion", alors que 4 sur 13 ont répondu affirmativement. En ce qui concerne la gestion de l'approvisionnement et la gestion financière, les "sans opinion" étaient de 6 sur 13, les "oui" de 5 sur 13. Et pour l'administration, 7 sur 13 "sans opinion" contre 3 sur 13 "oui". Ce n'est que pour la gestion de l'information que les "oui" (7/13) l'ont emporté sur les "sans opinion" (5/13). Les participants du Ministère de la santé qui ont donné des réponses négatives aux questions ont dit que *"[comme] il n'y avait pas d'équipe, les aptitudes n'avaient pas pu être transmises,"* et *"c'est difficile à dire."*

Bien que la moitié des personnes interrogées aient dit qu'une certaine transmission de connaissances et aptitudes s'était faite, lorsqu'il a été question de l'intervention antipaludéenne, personne n'a pu donner d'exemples. La transmission de connaissances et aptitudes en vaccination a été mentionnée le plus souvent, confirmant le fait qu'une politique de vaccination était fermement établie, précédant le projet ACSI-CCCD d'environ dix ans. Par conséquent, le PEV a fait l'objet de plus d'efforts que LMD et la lutte contre le paludisme.

Gestion ACSI-CCCD en Côte d'Ivoire

Le projet de Côte d'Ivoire a éprouvé des difficultés concernant la communication, l'organisation et le soutien de la direction. A un moment donné, le coordinateur national s'est inquiété du fait que les rapports d'activités mensuels préparés par le conseiller technique pour les CDC ne lui étaient pas présentés. Un rapport d'évaluation a également noté les inquiétudes des nationaux à l'égard des décisions concernant les besoins en consultants:

> *Les coordinateurs d'éléments variés du projet n'ont pas toujours été consultés adéquatement en ce qui concernait l'assistance technique extérieure; le besoin de consultants a souvent été déterminé par des assistants techniques américains et présenté au personnel du projet, local. Cela peut contribuer aux problèmes de propriété locale, d'identification et de responsabilités pour les activités du Projet ACSI-CCCD (Plopper, et al 1987).*

Un membre du Ministère de la santé interrogé, a évoqué les idées précédentes par le commentaire suivant: *"Un point très important en ce qui concerne l'assistance technique est que les gens ne devraient pas venir avec des programmes déjà tout préparés. Le conseiller technique doit prendre en considération les priorités du pays."*

L'équipe d'évaluation de 1987 a pensé qu'une relation conseiller technique-homologue national plus active était nécessaire pour surmonter les problèmes du programme ACSI-CCCD au sein du Ministère, particulièrement l'idée que "le projet ACSI-CCCD soit considéré comme un projet quelque peu séparé et parallèle, plutôt que comme une source d'assistance pour les programmes établis de santé publique du Ministère" (Plopper, et al 1987).

Une autre réponse du Ministère de la santé était que *"[ACSI-CCCD] aurait dû être placé à l'intérieur du Département de médecine sociale dès le début. On le considérait comme un*

programme parallèle." et encore que: "Le projet n'était pas considéré comme quelque chose pour nous aider à améliorer notre système mais plus comme quelque chose qui venait de l'extérieur."

Trois conditions notées dans le rapport de Plopper semblent avoir encore davantage exacerbé les problèmes de communication et d'organisation:

1. un manque de stratégies du ministère bien définies pour les trois interventions sur les maladies,[5]

2. le manque de formation médicale ou médico-sociale du coordinateur national qui a contribué aux problèmes concernant l'établissement de sa légitimité, et

3. le fait que le coordinateur national n'était responsable d'aucun des coordinateurs des différents éléments du projet ACSI-CCCD, qui, eux-mêmes, n'étaient pas toujours responsables à plein temps de ces parties du programme non plus.

En ce qui concerne spécifiquement la structure organisationnelle du Ministère de la santé, l'équipe d'évaluation de 1987 a noté qu'un des problèmes du projet ACSI-CCCD était que, "Il a parfois été difficile d'obtenir une participation et une collaboration actives, particulièrement des coordinateurs de la lutte antipaludéenne et de la lutte contre les maladies diarrhéiques, toutes deux basées à la DSPP (Direction de la planification et de la statistique sanitaire)" (Plopper, et al 1987). Cela a inhibé la communication et la coordination parmi les différents éléments techniques du programme ACSI-CCCD.

Les problèmes de niveau de soutien des CDC et de l'A.I.D. pour les questions non techniques ont été notés dans l'évaluation de 1988:

> Alors que le conseiller technique ACSI-CCCD bénéficiait d'un soutien important d'un point de vue technique provenant des CDC/Atlanta et de l'AID/Washington, le même soutien n'a pas été apparent pour les problèmes de gestion sanitaire générale et les problèmes d'organisation (Brown, et al 1988).

L'équipe d'évaluation de 1987 a également noté que l'un des aspects manquant du soutien administratif était le besoin de faciliter les communications entre le coordinateur national et le Bureau régional du développement et de l'aide économique (REDSO) à propos des questions financières. Cependant, l'équipe de 1988 a quitté le pays avec "l'impression que la situation s'était améliorée pendant les six à neuf derniers mois," après l'arrivée d'un spécialiste des programmes ACSI-CCCD au REDSO (Brown, et al 1988).

5 Comme il a été expliqué plus haut, les politiques n'ont pas toujours donné les résultats escomptés au niveau de la mise en pratique. Par conséquent, ce résultatä n'est pas en contradiction avec la notion générale, exprimée par les personnesä interrogées lors de nos entrevues, que la Côte d'Ivoire possédait déjà des politiquesä correspondant aux buts CCCD avant le début du projet.

Plusieurs personnes interrogées ont pensé que les procédures administratives de l'A.I.D. étaient trop rigides, ne permettaient pas l'usage de la totalité des fonds et provoquaient des retards d'obtention de matériel nécessaire. Ces inquiétudes sont exprimées dans les commentaires suivants:

"Si ACSI-CCCD n'était pas obligée de passer par l'A.I.D. chaque fois pour autorisation, les fonds auraient pu être mieux utilisés et il y aurait eu moins de retard causés par des autorisations de fonds tardives".

"La rigidité du programme ne facilite pas la tâche du coordinateur national. Nous avons actuellement de très sérieux problèmes et faisons face à de sérieuses difficultés à cause de l'absence d'un conseiller technique."

On a expliqué ainsi la raison d'être des procédures rigides, particulièrement en ce qui concerne REDSO:

"Les règlements et procédures de comptabilité du financement n'ont pas été communiqués au gouvernement. Une avance de 150 000 dollars n'a pas pu être réapprovisionnée en raisons du manque de connaissances sur les procédures comptables de l'A.I.D. A moins qu'on ne justifie la première avance, on ne peut pas obtenir d'autres fonds. En conséquence, les activités restent au point mort. En raison des problèmes de gestion financière, le projet n'a pas pu continuer sans difficultés. Certains assistants techniques ont surmonté le problème en utilisant des fonds provenant d'autre sources. C'est lorsqu'on a discuté du problème, qu'on aurait dû faire quelque chose dans ce sens. Les CDC n'ont pas expliqué clairement qui était en charge de la direction du projet: l'A.I.D., le conseiller technique ou le Ministère de la santé."

Les tensions qui subsistent entre le Ministère de la santé et REDSO au sujet du projet ont paru évidentes aux chercheurs non seulement à travers ce qui s'est dit mais aussi par la manière dont les personnes agissaient les unes avec les autres. Les nationaux ont déploré le fait qu'il n'y avait personne pour faire l'intermédiaire entre REDSO et eux:

"Nous avons besoin de quelqu'un qui puisse assurer la coordination entre le coordinateur national et REDSO."

"Il a aidé à clarifier certaines questions. Par exemple, comment remplir un formulaire de mise en œuvre de projet. Personnellement, il m'a fallu un an pour en comprendre le mécanisme."

L'impression générale glanée à partir des entrevues a été que le projet en Côte d'Ivoire souffrait d'un manque d'unité et d'esprit d'équipe. Nous avons fait référence plus haut au manque de travail d'équipe en ce qui concerne le temps consacré à l'administration et à la transmission de connaissances et d'aptitudes. D'autres références ont été faites sur la question:

"Le conseiller technique ne doit pas travailler [seul] dans son bureau. Il ne doit pas travailler isolé mais avec une équipe."

"Une équipe doit être formée au sein du Département de la médecine sociale afin de travailler spécifiquement sur les différents éléments du projet."

"Prévoir la formation d'une personne, autochtone ou d'une équipe nationale qui sera supervisée par les CDC. Cela sera moins coûteux pour les CDC car les assistants techniques coûtent bien plus cher que les nationaux."

Caractéristiques du pays

On a demandé aux participants si les facteurs spécifiques au pays avaient un effet positif, négatif ou nul sur la mise en œuvre du projet ACSI-CCCD. Pour la Côte d'Ivoire, la plupart des personnes interrogées ont répondu que le système existant de routes, d'électricité, d'approvisionnement en eau et de télécommunications avait en général un effet positif, bien qu'un petit nombre ait répondu que les télécommunications avaient eu un effet défavorable. Quelques participants ont pensé que ces aménagements n'avaient eu aucun effet sur la mise en œuvre du projet.

En ce qui concerne l'organisation des services de santé, environ un tiers des personnes interrogées ont classés les effets comme positifs, négatifs ou nuls. L'accès aux formations sanitaires et l'effectif du personnel de santé ont été considérés comme des aspects positifs du système de prestations sanitaires, tandis que la supervision et la répartition du matériel étaient perçues comme un problème. La plupart ont pensé que les systèmes de gouvernement traditionnels n'avaient aucun effet sur la mise en œuvre du projet.

Le problème du manque d'intégration du projet à la structure du Ministère de la santé a été expliquée par un membre du Ministère de la santé en termes d'organisation des services gouvernementaux:

"La centralisation a facilité la transmission à tout le monde des décisions prises par la direction (par conséquent, elle a eu un effet positif). La mise en œuvre des activités sur le terrain a été décentralisée avec des directives spécifiques, selon des procédures établies. Mais la nature verticale du projet a été négative pour le Ministère lui-même, et cela a éclipsé l'organisation locale. En l'absence de plan d'action clair, le projet a développé son plan avec ses propres ressources. L'idéal, aurait été que le Ministre eut sa propre politique et un programme bien défini avant de demander des ressources extérieures. La conséquence en est que lorsque les ressources sont épuisées , il y a un manque de vaccins, d'aiguilles, de réfrigérateurs, etc. et la vaccination ne peut pas se faire. [A cet égard], il n'y a pas eu d'intégration, ou bien elle n'était pas programmée au début (par conséquent, le rôle du gouvernement a eu un effet négatif sur le projet ACSI-CCCD)."

L'Avenir

C'était comme si l'avenir du projet ACSI-CCCD en Côte d'Ivoire avait déjà été déterminé, c'eat à dire que ce qui restait des fonds du projet serait ajouté au nouveau Projet pour la santé et le planning familial financé par l'A.I.D. En outre, la direction du REDSO avait changé et on ne voyait pas la nécessité d'affecter un conseiller à long terme au Ministère de la santé.

Néanmoins, grâce aux réponses aux entrevues on peut tirer bien des leçons pour la conception de futurs projets de développement en Côte d'Ivoire.Le manque d'approche multisectorielle dans la réalisation des objectifs du projet ACSI-CCCD suggère des directions pour l'avenir:

> *"Le projet doit avoir une expansion multisectorielle. Il ne doit pas être considéré uniquement comme un projet sanitaire. Par exemple, en réhydratation par voie orale, l'eau potable doit être accessible pour la préparation de la solution à la maison, cela optimisera les efforts."*

En outre, les projets sanitaires futurs sont susceptibles de mieux réussir s'ils ont plus de flexibilité:

> *"Il a été difficile d'inclure certains éléments dans le ACSI-CCCD. Par exemple, il y avait de nombreux cas de pian dans les villages. Une simple petite injection de pénicilline éliminerait la maladie. Après le traitement, la population aurait mieux accepté le programme qu'on lui proposait. De cette manière, tous les domaines doivent être exploités pour mettre en place un projet."*

Le problème du manque de flexibilité peut être "lié à la conception des documents du projet à Washington et à Atlanta, qui sont basés sur certaines restrictions." Et, pour mettre en œuvre des projets de développement d'une manière plus efficace:

> *"[nous devons] comprendre et discuter davantage ainsi qu'écouter les nationaux, de façon à mieux connaître leurs problèmes. La gestion des ressources financières [en particulier] doit être plus flexible. On doit mettre l'accent sur les relations interpersonnelles. On doit [aussi] laisser davantage de nationaux participer à la gestion du projet."*

Travailler en relation plus étroite avec les nationaux pour concevoir des projets pour leurs propres pays pourrait favoriser une unité, un travail d'équipe et l'esprit de responsabilité.

DISCUSSION ET CONCLUSIONS

Les différentes méthodes de collecte de données utilisées se sont avérées d'une valeur inestimable, de trois façons: 1) les visites sur le terrain ont fourni des éclaircissements, des expériences et des interprétations des résultats que l'on n'aurait pas pu obtenir avec des questionnaires; 2) en rassemblant les résultats de terrain et les résultats des questionnaires on a pu étendre l'envergure des informations et valider les résultats; et 3) l'examen des documents a permis de vérifier les résultats des entrevues et des questionnaires. Comme il est noté dans la section Méthodes, le taux de réponses au questionnaire parmi les employés du Ministère de la santé était le plus bas des trois groupes d'employeurs. De cette façon, le travail sur le terrain a fourni l'occasion d'interroger un plus grand nombre d'employés du Ministère de la santé, puisque leurs opinions sur la valeur de ce travail sont très importantes. Les visites sur le terrain ont aussi fourni l'occasion d'étudier l'expérience du conseiller technique dans le temps. Plusieurs projets employaient plus d'un conseiller technique et les visites sur le terrain ont permis de sonder et de clarifier les questions qui ont expliqué ce qui s'était passé pendant les périodes de fonction des différents assistants. Les visites sur le terrain ont aussi permis de mieux comprendre les conflits de responsabilités rencontrés par les conseillers techniques qui ont souvent été obligés de s'occuper de tâches administratives dépassant les responsabilités techniques et de gestion de programme qui leur avaient été assignées.

Connaissances et aptitudes des conseillers techniques considérées importantes pour une bonne mise en oeuvre de projet

Les résultats des entrevues et des questionnaires ont montré que c'était la planification qui était considérée comme l'aptitude à la gestion la plus importante pour les conseillers techniques. Une bonne planification est essentielle au développement et à la réalisation de programmes viables.

D'après les expériences au Burundi, en RCA et en Côte d Ivoire, la formation et l'expérience du conseiller technique devrait aussi mettre l'accent sur des qualités de gestion et des qualités de relations interpersonnelles. Les implications en sont très importantes pour le recrutement et l'orientation des CT. Le personnel à long terme comme les conseillers techniques doit avoir une formation suffisante, une certaine expérience et de bonnes aptitudes avant d'être recruté et affecté aux pays qui ont besoin d'assistance. Il y a eu des différences entre le degré d'expérience et le type de formation des différents CT en poste. Typiquement, il y a eu deux sortes de recrues: 1) Des CSP ayant reçu une formation des CDC et ayant servi en tant qu'assistants sur le terrain dans des départements de santé d'état, aux Etats-Unis et comme assistants d'opérations dans la Campagne d'éradication de la variole, et 2) des personnes ayant une maîtrise de santé publique, ayant acquis de l'expérience en travaillant àl'étranger pour le Peace Corps. Des affectations outre-mer préalables et une maîtrise de la langue française, étaient des considérations importantes pour le recrutement. Cependant, la direction du projet ACSI-CCCD aux CDC et à l'A.I.D. n'avaient pas prévu qu'à la différence du Programme de lutte contre la variole ou une expérience dans le Peace Corps, le projet ACSI-CCCD exigerait une expérience de gestion, des connaissances et des aptitudes d'une autre sorte. Le projet ACSI-CCCD était plus vaste et par conséquent, plus complexe. Il demandait de travailler avec de nombreuses organisations (UNICEF, OMS, Peace Corps, etc.) et de mettre d'accord divers groupes de gens. La formation d'équipes, la direction de groupes, l'engagement, l'aptitude à organiser et la gestion financière étaient les autres connaissances, aptitudes et expériences critiques que les conseillers techniques du projet ACSI-CCCD devaient posséder à un degré plus élevé que pour le Programme variole, ou une expérience de volontaire au Peace Corps. Bien que les aptitudes interpersonnelles aient été considérées comme extrêmement importantes par les nationaux, elles n'étaient pas au nombre des conditions requises dans les descriptions de poste

des conseillers techniques. Le recrutement des futurs projets de développement doit prendre en considération les connaissances et aptitudes non seulement techniques, mais aussi interpersonnelles et de gestion, nécessaires pour la mise en œuvre d'un projet dans un pays particulier.

Rôle du conseiller technique

Les futurs conseillers techniques à long terme devront également être, selon les personnes interrogées elles-mêmes, "dynamiques et créatifs" parce que les défis lancés par les systèmes sanitaires dans les pays en voie de développement l'exigent. La plupart des personnes interrogées ont pensé que le rôle du conseiller technique devrait être de renforcer la direction du Ministère de la santé et de former des nationaux. En dernière analyse, les conditions requises pour les conseillers techniques à long terme et les responsabilités qu'ils doivent assumer doivent se fonder sur les besoins des gouvernements hôtes et les critères établis par les gouvernements et les organisations donatrices. Les responsabilités des conseillers techniques à long terme doivent être clairement définies afin d'éviter des conflits sur des espérances qui seraient différentes pour chaque cas.

Utilisation du temps du conseiller technique

Une question qui est revenue souvent dans les données provenant des entrevues, du sondage et des documents est celle de la différence de temps passé par le conseiller technique sur l'administration du projet en contraste avec les activités (techniques) sur le terrain. Même en RCA et en Côte d'Ivoire, où les conseillers techniques bénéficiaient d'une assistance administrative, ils consacraient encore plus de 50 % de leur temps à l'administration. Pour permettre aux CT de mieux employer leur temps à mettre en œuvre les interventions et fournir une formation, dont on a grand besoin, aux nationaux du pays, l'A.I.D. devrait sérieusement considérer la réduction ou l'élimination d'un grand nombre de ses lourdes exigences administratives. Nous croyons que le mouvement actuel de restructuration et de réorganisation des opérations, qui est en train de se produire au sein de l'A.I.D. lui donne une excellente occasion de trouver des zones possibles de modification et de rationalisation des procédures administratives, financières et d'acquisition de matériel. Comme les procédures administratives qui conviennent à un système peuvent ne pas être appropriées pour un autre, les agences donatrices devraient se montrer assez flexibles pour permettre aux programmes de pays individuels d'adapter certaines procédures de gestion à leurs circonstances individuelles. Nous recommandons aussi que, pour les futurs projets, un personnel local compétent soit engagé pour s'acquitter d'une bonne part de l'administration et de la gestion financière du projet afin que le personnel technique, conseiller technique compris, puisse consacrer plus de temps à la planification, la mise en œuvre et l'évaluation du programme.

Le fardeau de responsabilité administrative hérité par le conseiller technique pourrait aussi provenir de conflits de responsabilités entre l'USAID et les CDC. Cela était évident au Burundi, où le rôle du CT au niveau de la gestion financière du projet n'a jamais été clarifié. En conséquence, tous les participants, de l'agence bailleuse de fonds, au personnel du Ministère de la santé, avait une conception différente des responsabilités du conseiller technique.

Par exemple, la gestion des fonds pour le projet était compliquée en elle-même. Alors que l'USAID avait l'autorité et la responsabilité globales de l'allocation des fonds pour le projet, le conseiller technique était responsable de la gestion directe d'une petite allocation des CDC, et le Ministère de la santé était responsable de la gestion et des rapports concernant les fonds bilatéraux. L'existence de fonds distincts attribués à un même projet mais exigeant des rapports séparés est un arrangement

compliqué. La manière de traiter les questions financières et qui doit le faire sont des questions à analyser pour de futurs projets. Les agences agissant en collaboration devront négocier ce point critique.

La meilleure solution consiste peut-être, comme l'a suggéré une personne interrogée au Burundi, à laisser une seule agence s'occuper de tous les aspects du projet.

Effet de l'affectation de conseiller technique aux ministères de la santé lors de la mise en oeuvre du projet ACSI-CCCD

Dans l'ensemble, l'affectation de conseiller technique aux Ministères de la Santé est apparue comme une stratégie valable pour la mise en œuvre du projet ACSI-CCCD parce que la facilité d'interaction entre conseiller technique et homologue national a facilité la coordination. Néanmoins, si les conseillers techniques ne possèdent pas les connaissances et aptitudes requises pour assister les nationaux dans la mise en œuvre du programme, leur présence a peu de valeur.

Transmission des connaissances et aptitudes

Afin que les activités du projet réussissent et se poursuivent, les connaissances et aptitudes à la gestion — particulièrement en ce qui concerne la planification de programme, la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation — doivent être transmises au personnel national. Les résultats de l'étude, cependant, ont montré des conceptions divergentes de la transmission réelle de connaissances et aptitudes, particulièrement entre les réponses du Ministère de la santé et celles des CDC. On a rapporté que certaines connaissances et aptitudes étaient plus fréquemment transmises que d'autres. La planification, par exemple, a été le plus souvent transmise à cause de l'accent placé sur le développement de plans de travail, de même, de même, la gestion du matériel en raison de la grande quantité de marchandises exigée pour atteindre les objectifs du projet. Mais ce n'était pas le cas pour la gestion du personnel parce que cette activité était traitée séparément, c'est à dire que le conseiller technique ne dirigeait que le personnel engagé directement par les CDC pour travailler au projet ACSI-CCCD, tandis que le coordinateur national dirigeait le personnel du Ministère de la santé qui avait été affecté au projet.

Alors que la formation de cadres moyens[6] s'était faite avec des cours dans le pays financés par ACSI-CCCD, aux Etats-Unis et dans les pays du tiers-monde, la formation des cadres supérieurs aurait dû se faire en grande partie sur le tas.

6 Les documents étudiés suggèrent des désaccords considérables quant àäl'attribution des titres de cadres supérieurs ou de cadres moyens. Helfenbein (1986)ä définit trois groupes qui comprennent la catégorie des cadres supérieurs: 1) lesä directeurs de programmes nationaux pour les interventions ACSI-CCCD; 2) lesä officiers de santé régionaux ou leurs homologues; et 3) le personnel "de haut niveau" des ministères de la santé tels que les directeurs de la santé et les médecins chefs.ä L'OMS a défini les cadres supérieurs comme directeurs nationaux des programmesä PEV et TD, et les cadres moyens comme directeurs de région ou de district etä directeurs de centres de soins. Et la propre définition des CDC pour les cadresä supérieurs est: les responsables de haut niveau au Ministère qui prennent lesä décisions et établissent les politiques, pour les cadres moyens qui sont lesä responsables qui gèrent les programmes PEV et TD (CDC 1986).

La formation officielle pour le personnel du projet ACSI-CCCD s'est concentrée sur la transmission des connaissances et aptitudes requises pour la délivrance des services dans les trois interventions du projet (PEV, TD et lutte antipaludéenne); mais elle ne s'est pas concentrée sur les qualités essentielles pour la gestion de programmes telles que la gestion financière, le développement des ressources humaines, l'analyse de décisions, la résolution des problèmes et la planification stratégique. Si l'on emploie la définition des CDC des "cadres supérieurs" comme étant "les responsables de haut niveau au ministère qui prennent les décisions et établissent les politiques," il est peu probable qu'un conseiller technique puisse transmettre des connaissances et aptitudes de base en matière de gestion à des "cadres supérieurs" par une formation sur le tas, car les conseillers techniques n'étaient pas régulièrement en contact avec eux, aussi souvent qu'ils l'étaient avec leurs homologues "cadres moyens". Une formation officielle à la gestion non technique est donc nécessaire pour les cadres supérieurs, que l'on a tendance à placer dans des positions de gestion et de direction en raisons de leurs formation et aptitudes techniques. Nous conseillons d'adopter la définition d'Helfenbein (1986) des cadres supérieurs comme: 1) directeurs de programmes nationaux pour les interventions ACSI-CCCD; 2) officiers de santé régionaux ou leurs homologues; et 3) personnel "de haut niveau" dans les Ministères de la Santé tels que les directeurs de la santé et les médecins chefs; nous conseillons également d'inclure dans tout futur projet de développement une formation officielle à la gestion non technique pour ces cadres. Cela aura pour conséquence de développer les ressources humaines en gestion comme mesure importante et planifiée pour faire assumer aux nationaux la responsabilité totale de la continuité des projets après le départ du personnel étranger.

Bien des facteurs entrent en jeu dans la transmission sur le tas des connaissances et aptitudes , tels que connaissances et expérience de formateur, capacité de déléguer les responsabilités au stagiaire, l'acceptation du formateur par le stagiaire et des procédures bien définies pour guider la formation. Pour que la formation sur le tas par des conseillers techniques soit efficace il faut qu'elle soit une activité planifiée à la fois pour le formateur et le stagiaire, et tous deux doivent y participer volontairement. La transmission de connaissances et d'aptitudes sur le tas dans le contexte de projets de développement tels que ceux d'ACSI-CCCD est souvent regardée comme étant à sens unique, c'est à dire de l'étranger au national. Il convient de signaler que le personnel des Ministères de la Santé affecté à la direction des programmes des Ministères de la Santé, consiste habituellement en techniciens hautement qualifiés avec des connaissances précises des problèmes de santé de leur pays. Il est certain que les conseillers techniques ACSI-CCCD ont appris autant de leurs homologues nationaux que les homologues nationaux des conseillers techniques, bien qu'un seul des conseillers techniques qui ont participé à cette étude ait reconnu le fait. L'affectation de conseiller technique aux Ministères de la santé a contribué au développement institutionnel des CDC et au développement professionnel de leurs employés grâce aux connaissances et àl'expérience acquises dans ce cadre. Nous pensons que les homologues nationaux doivent être considérés comme des partenaires égaux plutôt que de simples stagiaires, afin que la transmission, particulièrement à un niveau moins officiel, serve à tous les participants.

Caractéristiques du pays

Les exemples de la RCA et de la Côte d'Ivoire ainsi que les réponses provenant de l'enquête nous donnent lieu de croire que les indicateurs de réussite de projet, traditionnellement acceptés tels que l'infrastructure, l'organisation des services gouvernementaux, la distribution des services sanitaires et (parfois) les pratiques propres à la région, peuvent ne pas être les plus importants à considérer. Le travail d'équipe, une direction nationale compétente et de bonnes aptitudes à la gestion, se sont trouvés être les facteurs les plus importants dans le cas de la RCA. Au Burundi et en Côte d'Ivoire,

davantage de soutien de la part des représentants de l'USAID aurait grandement facilité le processus de mise en œuvre; en RCA, où le soutien de l'OLA était fort, le projet a bien fonctionné. Nous croyons que l'importance du travail d'équipe, des homologues nationaux compétents, de bonnes aptitudes à la gestion et un fort soutien de la part des agences bailleuses de fonds sont des facteurs à ne pas négliger lors du développement de futurs projets, et il est impératif de les insérer dans le processus de mise en œuvre. Par exemple, une orientation dans le pays du personnel des Ministères de la santé, des CDC et de l'USAID pourrait être ajoutée à la phase de démarrage des projets. Des séances d'orientation mettant l'accent sur les exigences administratives de l'A.I.D. et du gouvernement du pays hôte, portant sur des questions pour lesquelles tous les participants travailleraient ensemble, pourraient servir de stratégie initiale pour la formation d'équipes. Cela pourrait aussi servir de tribune pour identifier les problèmes potentiels et leurs solutions dès le départ et même avant la mise en œuvre du projet.

L'Avenir

Bien que l'étude n'ait pas été conçue pour aborder la question du maintien, nous nous sommes sentis obligés de la mentionner car elle est apparue fréquemment dans les entrevues, dans l'enquête et dans les documents. Les inquiétudes concernant le maintien des activités mises en œuvre par le projet ACSI-CCCD se sont exprimées principalement dans les réponses des Ministères de la santé et dans une question soulevée par les agences bailleuses de fonds. Les remarques principales suivantes ont été faites:

1. la formation des nationaux est considérée comme un moyen de maintenir les activités du projet
2. les Ministères de la santé ne pourront pas développer leurs systèmes de soutien de base pour tous leurs départements, si les fonds ne sont destinés qu'à certains départements et non intégrés au soutien global fourni par l'agence
3. la garantie de la continuation des activités de projet est liée à la continuation du financement des bailleurs de fonds

En ce qui concerne le projet ACSI-CCCD, l'idée de maintien n'avait pas été incorporée aux objectifs de départ mais l'a été par la suite. En 1990, une Stratégie de maintien ACSI-CCCD a été développée par le Bureau africain de l'A.I.D. et, de 1992 à1993, le Bureau a mené des études sur le maintien en Guinée, au Lesotho, au Nigéria et au Ruanda.

Le maintien est un sujet complexe qui n'est pas encore bien compris. Se basant sur une étude approfondie effectuée par son Centre pour l'information et l'évaluation du développement, l'A.I.D. définit le maintien comme "la continuation des activités et des bénéfices du projet 3 ans après la fin du financement du projet" (Burkhalter 1993). Goodman, et al. emploient le terme "institutionnalisation" qui, disent-ils, prend place lorsqu'un programme devient partie intégrante des opérations standards d'une organisation (1993). Goodman fait aussi une distinction entre le processus "d'institutionnalisation et celui de "mise en œuvre" indiquant que ce dernier est "la mesure dans laquelle un programme et des éléments du programme sont mis à exécution comme il était prévu ... L'institutionnalisation de programme, en revanche, concerne la mesure dans laquelle un programme est inséré au sein de l'organisation hôte pour que le programme soit maintenu et durable."

Nous croyons que l'A.I.D., les CDC et le gouvernement du pays hôte ont, pour la plus grande partie, atteints leurs objectifs de mise en œuvre du projet ACSI-CCCD, tels qu'ils sont définis par Goodman. Les futurs projets de développement doivent maintenant prendre pour bases les expériences de mise en œuvre pour atteindre les objectifs d'institutionnalisation et de maintien. Cela demandera un engagement considérable de la part de l'A.I.D., comme par exemple éviter de financer les projets par tranches, fournir un financement à long terme (d'au moins dix ans), soutenir les programmes qui renforcent les systèmes de gestion et les capacités à l'échelle des ministères plutôt qu'au niveau d'interventions techniques spécifiques, investir davantage dans la formation de directeurs nationaux et inclure des nationaux dans la conception du projet. Cela impliquera aussi que les gouvernements des pays hôtes procèdent aux modifications de politiques et d'opérations nécessaires à tous les niveaux de leur structure organisationnelle, afin d'absorber l'institutionnalisation de leurs programmes. Puisque les agences donatrices et les gouvernements des pays en voie de développement attendent avec impatience les défis à venir, tels que l'éradication de la polio et la lutte contre la propagation du VIH et du SIDA, il est primordial que les programmes à l'intention des pays en voie de développement soient conçus en incluant des prévisions et des plans pour le maintien des programmes au delà de leur stage de mise en œuvre.

ABREVIATIONS

ABREVIATIONS

ACSI	Africa Child Survival Initiative
A.I.D.	Agency for International Development (Agence pour le développement international)
ALO	Agent de liaison A.I.D
ARTS	Analysis, Research and Technical Support, A.I.D.
CAP	Connaissances, attitudes et pratiques
CCCD	Combatting Childhood Communicable Diseases
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CT	Conseiller technique
DMPGE	Département de la médecine préventive et des grandes endémies, Ministère de la santé
DSPP	Direction de la planification et de la statistique sanitaire
HN	Homologue National
HPN	Health, Population and Nutrition, USAID
IHPO	International Health Program Office, CDC
IPA	Accord personnel intergouvernemental
IRA	Infections respiratoires aiguës
LMD	Lutte contre les maladies diarrhéiques
MS	Ministère de la santé
MSP	Ministère de la santé publique
OLA	Officier de liaison de l'A.I.D.
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
ONI	Operation and New Initiatives, A.I.D.
PEV	Programme élargi de vaccination
PHA	Public Health Advisor (Conseiller de santé publique)
REDSO	Regional Economic Development and Support Office, A.I.D. (Bureau régional du développement et de l'aide économique, A.I.D.)
RCA	République Centrafricaine
SIS	Système d'information sanitaire
SSP	Soins de santé primaires
TRO	Thérapie de réhydratation par voie orale
UN	United Nations (Nations Unies)
UNDP	United Nations Development Program (Programme de développement des Nations Unies)
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	United States Agency for International Development (Agence américaine pour le développement international)
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Appendice A

Description du Poste Conseiller technique

Description du Poste

Conseiller technique

Fonctions et responsabilités

1. Sous la direction du Directeur de projet ACSI-CCCD National, le conseiller technique (CT) travaille avec les homologues du pays hôte au niveau de la planification, de la mise en œuvre et de la surveillance des activités ACSI-CCCD. De telles activités comprennent la formation, les systèmes d'éducation pour la santé, la recherche opérationnelle et la mise en œuvre d'interventions de soins de santé primaires sélectionnées, comprenant la vaccination, le traitement de la diarrhée et la lutte antipaludéenne.

2. Il participe au développement et à la mise en œuvre d'activités d'évaluation qui contrôlent l'efficacité et la pertinence du programme, celles-ci comprennent des mesures spécifiques d'évaluation simultanée et périodique des tendances de la mortalité et de la morbidité.

3. Sous la direction du Directeur de projet, il établit et maintient la liaison avec les organisations bénévoles privées, la Banque mondiale et la Banque du développement africain, les agences des Nations Unies (Organisation mondiale de la santé, UNICEF, UNDP), et d'autres organisations concernées par la coopération technique avec le pays hôte pour mener à bien les activités ACSI-CCCD.

4. Il aide à la formation du personnel de santé du pays hôte au niveau de la direction de programme, de la logistique, des techniques d'évaluation, de la supervision, de la formation et de l'application technique de certaines interventions sur les maladies qui peuvent être évitées par la vaccination, la diarrhée et le paludisme.

5. Il fournit une assistance technique au niveau du développement et de la coordination d'un système logistique pour satisfaire les demandes du programme en matière de commandes, réception, entreposage, manutention et distribution des fournitures et du matériel relatifs au programme.

6. Il travaille en collaboration avec les responsables nationaux et locaux ou d'autres selon les cas, afin d'identifier et de développer des méthodes pour encourager la participation du public aux activités ACSI-CCCD.

7. Il fournit à la Mission USAID et aux CDC des informations usuelles ou spéciales concernant les activités du programme. Il prépare, en collaboration avec ses homologues, un plan de travail annuel projetant les activités ACSI-CCCD pour l'année suivante. Il prépare et soumet des rapports périodiques contenant des données sur la mortalité et la morbidité, la description des activités du programme, la discussion des plans du programme et les rapports financiers sur la sous-allocation [les fonds consacrés au pays] et d'autres informations pertinentes.

Contrôle et conseil reçus

1. Dans les limites des directives du PASA et de l'Accord de projet ACSI-CCCD spécifique au pays, le conseiller technique est responsable de l'établissement d'un plan de travail et de priorités basés sur le projet de travail annuel établi en collaboration avec les cadres supérieurs du projet et le Directeur du projet.

2. Le travail du titulaire est contrôlé en termes de réalisation des objectifs, tels qu'ils sont définis dans le plan de travail du conseiller technique par le Directeur de la Division des services mobiles des CDC/IHPO, qui fournit les conseils techniques nécessaires et par l'Officier USAID/projet, qui fournit la supervision et le contrôle administratifs du plan de travail du projet.

3. L'Officier USAID/projet, agissant pour le compte du Directeur de la mission USAID et en consultation avec le Directeur national ACSI-CCCD, fournit des renseignements au Directeur de la Division des services mobiles des CDC/IHPO, sur l'évaluation des activités du conseiller technique. Ces renseignements constatent la réalisation par le conseiller technique des objectifs établis dans son plan de travail annuel et comprennent des renseignements sur les éléments d'évaluation d'activités de l'EPMS.

Appendice B

Bibliographie

Bibliographie

Agence pour le développement international et Centers for Disease Control and prevention. Analyse ACSI-CCCD de la formation à la gestion et de la transmission d'aptitudes. (Rapport non publié, sans date)

Agence pour le développement international et Centers for Disease Control and prevention. Dossier du projet Africa Child Survival Initiative - Combatting Childhood Communicable Diseases ACSI-CCCD, 1981. Projet No. 698-0421.

Agence pour le développement international et Centers for Disease Control and prevention. Repenser la survie de l'enfant (basé sur dix ans de mise en œuvre du projet ACSI-CCCD). Comptes rendus de Séances, 1993; Washington, DC.

Agence pour le développement international et Ministère de la santé de Côte d'Ivoire. Accord de subvention de projet entre la République de Côte d'Ivoire et les Etats-Unis d'Amérique par l'intermédiaire de l'Agence pour le développement international et Africa Child Survival Initiative - Combatting Childhood Communicable Diseases (ACSI-CCCD). 28 juin 1985.

Agence pour le Développement International et Ministère de la santé de la Côte d'Ivoire. Amendement No 1 à l'accord de subvention de projet entre la République de Côte d'Ivoire et les Etats-Unis d'Amérique par l'intermédiaire de l'Agence pour le Développement International et Africa Child Survival Initiative - Combatting Childhood Communicable Diseases (ACSI-CCCD). 7 juillet 1986.

Baer F, Brown J, Brown R, et al. Evaluation de secteur sanitaire au Burundi. IQC PDC-5929-I-00-0109-00; John Snow, 1992.

Bossert T, Godfrey H, Clark M, Bregere P, Peignot C, Rodine V. Evaluation du projet Africa Child Survival Initiative - Combatting Childhood Communicable Diseases (ACSI-CCCD) au Burundi. Chevy Chase (MD): University Research Corporation, octobre 1987.

Brown V, Reingold A. Evaluation du projet ACSI-CDDD: Côte d'Ivoire 18 mai - 3 juin 1988. Falls Church (VA): Pragma CORP 1988.

Burkhalter B. Résumé: Evaluations de Maintien ACSI-CCCD en Guinée, au Lesotho, au Nigéria et au Ruanda, 1992 - 1993. Reston (VA): Atlantic Resources Corp, 1 juin 1993.

Centers for Disease Control and Prevention. Document de position CDC - IHPO sur la formation des cadres supérieurs. Atlanta, décembre 1986. (Non publié)

Centers for Disease Control and Prevention. Evaluation par pays du projet Africa Child Survival Initiative - combatting Childhood Communicable Diseases (ACSI-CCCD): Côte d'Ivoire, novembre - décembre 1984.

Centers for Disease Control and Prevention. Evaluation par pays du projet Africa Child Survival Initiative - Combatting Childhood Communicable Diseases (ACSI-CCCD): République Centrafricaine, juin 1983. (Rapport non publié, CDC)

Ministère de la santé publique et de la population de Côte d'Ivoire. La survie de l'enfant: Conception d'extension, novembre 1988 - septembre 1991.

Delliquadri L, Gaumerais H. Version définitive du rapport: audit interne du projet ACSI-CCCD USAID/Burundi, 10 novembre 1989. (Rapport non publié, CDC)

Etheridge E. Sentinelle de la santé; A History of the Centers for Disease Control and Prevention. (Une histoire des CD)CBerkeley (CA): University of California Press, 1992.

Faegin J, Orum A, Sjoberg G, éditeurs. Un cas d'étude de cas. Chapel Hill: University of North Carolina Press, 1991.

Foltz AM, Gutman H, Ericsson S, Raleigh JP. Evaluation externe des éléments de soutien régionaux: Projet Africa Child Survival Initiative - Combatting Childhood Communicable Diseases (ACSI-CCCD No 698 - 0421). Washington (DC): A.I.D. Africa Bureau, vol I, 12 avril 1991.

Fowler F. Méthodes d'enquêtes de recherche. 6ème édition. Newbury Park (CA): Sage publications, 1988.

Goodman R, McLeroy K, Steckler A, Hoyle R. Développement de niveau d'échelles d'institutionnalisation des programmes pour la santé. Health Education Quarterly 1993; 20 (2): 161 - 78.

Helfenbein S. Analyse des besoins de développement de la gestion du Ministère de la santé publique du Burundi: Intégration des ressources internes et des bailleurs de fonds. Arlington (VA): Technologies for Primary Health Care (PRITECH), novembre 1989.

Helfenbein S. Recommandations pour une stratégie de formation des cadres supérieurs des projets ACSI-CCCD. CDC/International Health Program Office, Atlanta, 13 décembre 1986.

Hopkins JW. L'éradication de la variole, étude et innovation organisationnelles en santé internationale. Boulder: Westview Press, 1989.

International Science and Technology Institute, Inc. Troisième évaluation annuelle du projet Africa Child Survival Initiative - Combatting Childhood Communicable Diseases (ACSI-CCCD) No 698 - 0421, mars 1985; Washington (DC). (Rapport non publié, A.I.D.)

International Science and Technology Institute, Inc. Quatrième évaluation annuelle du projet Africa Child Survival Initiative - Combatting Childhood Communicable Diseases (ACSI-CCCD) No 698 - 0421, mai 1986; Washington (DC). (Rapport non publié, A.I.D.)

Liebler J, Levine R, Rothman J. Principes de gestion pour les professionnels de la santé. Gaithersburg (MD): Aspen Publications, 1992.

Macro Systems, Inc. Trouver des ressources pour la prévention: une étude de cas au Michigan, janvier 1990.

Midiwo A. Brouillon du rapport définitif de direction sur le terrain, conflit et efficacité de gestion de programme. CDC / International Health Program Office, 1988. (Rapport non publié, CDC)

Odell ME, Boudreau C, Hammond S, Hersey J, Wheaton K. Brouillon du rapport définitif de Task 13: Une étude de cas du district sanitaire de Géorgie 8 - 2 Albany, Géorgie. Atlanta: CDC, 29 octobre 1991.

Ogden H. Les CDC et la Croisade de la variole. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, Publ No 87 - 8400, août 1987.

One America, Inc. Projet de lutte contre les maladies transmissibles de l'enfance en Afrique au sud du Sahara. Washington (DC) juillet 1980. (Rapport non publié, A.I.D.)

Patton M. Comment utiliser les méthodes qualitatives en évaluation. Newbury Park (CA): Sage Publications, 1987.

Plopper S, Guyon A, Saturnin M. Evaluation du projet ACSI-CCCD: Côte d'Ivoire 4 -29 mai 1987. Chevy Chase (MD): University Research Corp, 1987.

Price Waterhouse. Audit de la subvention de l'USAID/Burundi avec le Ministère de la santé publique sur le projet Africa Child Survival Initiative - Combatting Childhood Communicable Diseases. Burundi: Rapport d'Audit No 3 - 695 - 91- 12 - N, 11 septembre 1991.

Raleigh J, Peignot C, Lo A. Evaluation externe du projet ACSI-CCCD en République Centrafricaine. Atlantic Resources Corporation (Reston, VA) et Birch & Davis International, Inc. (Silver Spring, MD). 14 août 1990. (Rapport non publié, CDC)

Tucker M, Micka MA, Merritt G, et al. Introduction au résumé et à la synthèse d'évaluation ACSI-CCCD. A.I.D. Africa Bureau, 1 août 1989. (Document non publié)

Agence américaine pour le développement international/Burundi et le Ministère de la santé du Burundi. Description détaillée du projet: Accord de subvention du projet entre le gouvernement de la République du Burundi et le gouvernement des Etats-Unis. Annexe 1, août 1985.

Agence américaine pour le développement international/Burundi et le Ministère de la santé du Burundi. Accord de subvention du projet entre le gouvernement de la République du Burundi et le gouvernement des Etats-Unis. Amendement No 4, 1988.

Agence américaine pour le développement international et CDC. Rapports annuels bilingues ACSI-CCCD: 1986, 1987, 1988-1989, 1989-1990, et 1990-1991. (Rapports non publiés)

Agence américaine pour le développement international et le Ministère de la santé de la République Centrafricaine. Accord de subvention entre le gouvernement de la République Centrafricaine et les Etats-Unis d'Amérique pour la lutte contre les maladies transmissibles de l'enfance, en République Centrafricaine. Projet ACSI-CCCD No 698 - 0421), 28 mars 1984.

U.S. General Accounting Office, Division de l'évaluation de programmes et de la méthodologie. Evaluations d'études de cas. Document de transfert 9, avril 1987.

Westinghouse Public Applied Systems. Rapport d'évaluation externe du projet Africa Child Survival Initiative - Combatting Childhood Communicable Diseases (ACSI-CCCD) en République Centrafricaine. 7 novembre 1986. (Rapport non publié)

Organisation mondiale de la santé. IRA étude ethnographique des infections respiratoires aiguës. Genève: OMS, novembre 1990.

Yin R. Recherches en études de cas: conceptions et méthodes. Newbury Park (CA): Sage Publications, 1989.

Appendice C

Groupe de travail d'étude de cas

Groupe de travail d'étude de cas

Membres du groupe de travail d'étude de cas:

- Les informateurs clefs sont des personnes avec lesquelles un enquêteurä développe des relations particulières dans le but d'échanger des informations. Lesä informateurs clefs sont considérés comme des "experts" en vertu de leursä connaissances et de leur expérience spécialisées sur le sujet faisant l'objet de l'étude. L'enquêteur a plusieurs discussions et entrevues avec l' informateur clef (WHO/ARIä Focused Ethnographic Study of Acute Respiratory Infections, November 1990ä (OMS/IRA Etude ethnographique pointue des infections respiratoires aiguës,ä novembre 1990)).
- Ces quatre personnes qui étaient associées avec d'autres organisations pendantä leur affiliation au Projet ACSI-CCCD n'ont pas été inclues dans les analysesä ultérieures à cause de leur petit nombre.
- Toutes les citations proviennent des entrevues en profondeur sauf indication contraire.
- Il s'agit ici d'une référence au CT et à un épidémiologiste médical, basés en Côte d'Ivoire pour travailler sur toute la région.
- Comme il a été expliqué plus haut, les politiques n'ont pas toujours donné les résultats escomptés au niveau de la mise en pratique. Par conséquent, ce résultatä n'est pas en contradiction avec la notion générale, exprimée par les personnesä interrogées lors de nos entrevues, que la Côte d'Ivoire possédait déjà des politiquesä correspondant aux buts CCCD avant le début du projet.
- Les documents étudiés suggèrent des désaccords considérables quant àäl'attribution des titres de cadres supérieurs ou de cadres moyens. Helfenbein (1986)ä définit trois groupes qui comprennent la catégorie des cadres supérieurs: 1) lesä directeurs de programmes nationaux pour les interventions ACSI-CCCD; 2) lesä officiers de santé régionaux ou leurs homologues; et 3) le personnel "de haut niveau" des ministères de la santé tel: que les directeurs de la santé et les médecins chefs.ä L'OMS a défini les cadres supérieurs comme directeurs nationaux des programmesä PEV et TD, et les cadres moyens comme directeurs de région ou de district etä directeurs de centres de soins. Et la propre définition des CDC pour les cadresä supérieurs est: les responsables de haut niveau au Ministère qui prennent lesä décisions et établissent les politiques, pour les cadres moyens qui sont lesä responsables qui gèrent les programmes PEV et TD (CDC 1986).