

Ce guide s'adresse aux acteurs des projets de Médecins du Monde quels qu'ils soient (coordinateurs, responsables de desk, responsables de mission, bénévoles, etc.). Une personne peu expérimentée trouvera dans ce guide les bases nécessaires à une compréhension de la logique de cycle de projet. Une personne plus expérimentée, maîtrisant déjà le cycle de projet, pourra se familiariser avec les concepts et approches utilisés à Médecins du Monde. En effet, une part croissante de nos cadres de terrain ont été formés au cycle de projet ailleurs qu'à MdM. Le guide a pour objectif de doter l'ensemble des équipes projet d'un lexique, d'un référentiel et d'outils communs. Son objectif est d'encourager la pensée critique et de donner des réflexes de questionnement, tout au long du cycle de vie du projet. Il s'agit d'apprendre à se poser les bonnes questions. Les quatre chapitres constituant ce guide reprennent les quatre phases de la planification de projet que sont le diagnostic (ou l'analyse du contexte et l'identification des besoins); la programmation (ou la conception du projet); la mise en œuvre et le suivi du projet, et enfin l'évaluation. Une sélection d'outils pratiques est proposée en annexe de chaque chapitre sous la forme d'un CD-Rom.

www.medecinsdumonde.org

15 €



DVD INCLUS /
DVD INCLUDED /
INCLUYE DVD

Ce document peut être utilisé ou reproduit sous réserve de mentionner la source et uniquement pour un usage non commercial. This guide is also available in English. Esta guía también está disponible en español.

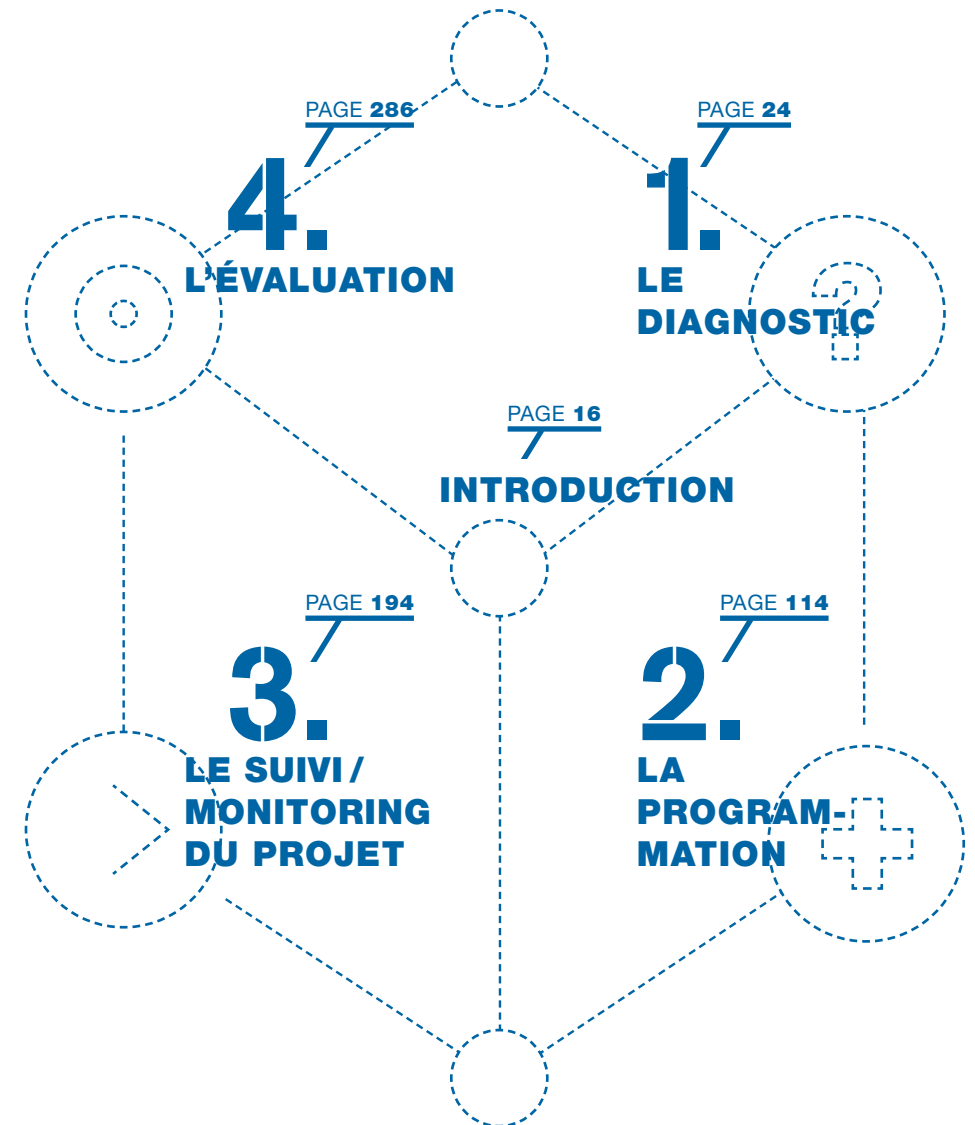


PLANIFICATION DE PROJETS DE SANTÉ
>> PROMOTION DE LA SANTÉ ET ACTION HUMANITAIRE





**PLANIFICATION
DE PROJETS
DE SANTÉ**



Planification de projets de santé >> Promotion de la Santé et Action Humanitaire

Coordination & Édition : Sybille Gumucio / **Auteurs :** Sybille Gumucio, Camille Montfort, Thérèse Benoit /

Contributeurs : Niklas Luhmann, Sandrine Simon, Julie Bouscaillou, Emmanuelle Strub, Jennie Saint-Sulpice, Olivier Cheminat, Paula Lakrouf / **Relecteurs :** Stéphane Berdoulet, Celine Grey, Myriam Pomarel, Maïeule Nouvellet, Helena Ranchal, Hugo Tiffou. / **Conception et réalisation graphique :** Polysemique.fr /

Illustrations : Camille Besse / **Correction :** Daniel Bouyssou, Thérèse Benoit / **Impression :** IGC Imprimerie /

Pressage et impression : Masterway

Ce guide a été imprimé sur du papier certifié FSC, label qui garantit un produit issu d'une gestion forestière écologiquement durable et socialement bénéfique, et 100 % recyclé pour les pages intérieures, par un imprimeur Imprim'Vert.



PAGE 24

1.

LE DIAGNOSTIC

35

1.1 L'ANALYSE DU CONTEXTE

39

1.1A LES FACTEURS INFLUENÇANT UNE SITUATION

49

1.1B LES PARTIES PRENANTES OU « STAKEHOLDERS »

49 1/Définition
49 2/Identification (mapping) des acteurs/ parties prenantes

54

1.1C LA QUESTION DU PARTENARIAT

54 1/Partenariats, alliances et autres formes de relations
56 2/Critères de qualité d'un partenariat
58 3/Étapes dans la construction d'un partenariat

63

1.2 IDENTIFICATION, PRIORISATION ET ANALYSE DES PROBLÈMES COLLECTIFS DE SANTÉ

67

1.2A DÉFINITIONS

69

1.2B IDENTIFICATION DES PROBLÈMES COLLECTIFS DE SANTÉ (PCS)

69 1/Diagnostic épidémiologique
70 2/Diagnostic perceptuel
72 3/Synthèse des deux diagnostics

75

1.2C PRIORISATION DES PROBLÈMES COLLECTIFS DE SANTÉ

75 1/La priorisation par critères
77 2/La comparaison par paires
79 3/Croisement des deux méthodes

80

1.2D ANALYSE APPROFONDIE DES PCS PRIORITAIRES RETENUS

80 1/Définitions
81 2/L'analyse du problème

89

1.3 IDENTIFICATION DES PROBLÈMES DE SANTÉ PUBLIQUE ET DES INTERVENTIONS POSSIBLES

91

1.3A DÉFINITION

92

1.3B CHOIX DES PROBLÈMES DE SANTÉ PUBLIQUE

92 1/Les critères opérationnels
93 2/Les critères pour « tester » la plus-value potentielle
93 3/Opportunités, contraintes et conditions préalables

96

1.3C ANALYSE DES INTERVENTIONS POSSIBLES

96 1/Identification des interventions possibles
100 2/Construction de l'arbre décisionnel
103 3/L'analyse des dynamiques existantes entre acteurs/ parties prenantes
106 4/L'analyse des risques
107 5/L'analyse technique et financière

109

1.3D CHOIX FINAL DES INTERVENTIONS ET ÉLABORATION DE LA STRATÉGIE D'INTERVENTION

113

ANNEXES PRÉSENTES DANS LE CD-ROM

PAGE 114

2.

LA PROGRAMMATION

125

2.1 LA DÉFINITION DES OBJECTIFS ET DES RÉSULTATS

128

2.1A L'OBJECTIF GÉNÉRAL

130

2.1B L'OBJECTIF SPÉCIFIQUE

132

2.1C LES RÉSULTATS

141

2.2 LA DÉFINITION DES INDICATEURS ET DES SOURCES DE VÉRIFICATION

143

2.2A DÉFINITION

145

2.2B LES NIVEAUX D'INDICATEURS

151

2.2C LA FORMULATION DES INDICATEURS

151 1/L'intitulé des indicateurs
155 2/Le choix et les critères de qualité des indicateurs
156 3/Les sources de vérification

161

2.3 LES HYPOTHÈSES ET LES CONDITIONS PRÉALABLES

163

2.3A LES RISQUES ET HYPOTHÈSES

164

2.3B LES CONDITIONS PRÉALABLES

169

2.4 LA DÉFINITION DES ACTIVITÉS

171 2.4A LES ACTIVITÉS

- 171 1/La formulation des activités
- 171 2/Les étapes dans la définition des activités

174 2.4B CHRONOGRAMME OU DIAGRAMME DE GANTT

181 2.5 LA DÉFINITION DES RESSOURCES

183 2.5A DÉFINITION

184 2.5B LES ÉTAPES DE LA DÉTERMINATION DES RESSOURCES

- 184 1/L'identification des ressources
- 185 2/Le choix des ressources
- 186 3/L'estimation du coût des ressources
- 187 4/La vérification de la cohérence

188 2.5C LE BUDGET ET LE PRÉVISIONNEL BUDGÉTAIRE

- 188 1/Le budget de référence
- 189 2/Le budget de référence annualisé
- 189 3/Exercice budgétaire de MdM

193 ANNEXES PRÉSENTES DANS LE CD-ROM

PAGE 194

3. LE SUIVI/ MONITORING DU PROJET

203 3.1 L'IMPLANTATION ET LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET

205 3.1A L'IMPLANTATION DU PROJET

- 206 1/Mettre à jour les informations et affiner la programmation du projet
- 207 2/Instaurer un climat de confiance et mobiliser autour du projet
- 208 3/Communiquer autour du projet
- 209 4/Mettre en place les activités « support »

211 3.1B LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET

215 3.2 LE SUIVI : CONCEPTS ET DÉFINITIONS

218 3.2A DÉFINITIONS

- 218 1/Donnée, information, connaissance
- 218 2/Base de données
- 218 3/Système d'information « vs » Système de suivi
- 219 4/Suivi et monitoring

220 3.2B LES OBJECTIFS DU SUIVI

221 3.2C LES CARACTÉRISTIQUES D'UN SYSTÈME DE SUIVI

- 221 1/Suivi du contexte
- 227 2/Suivi des activités
- 227 3/Suivi des ressources
- 229 4/Suivi des résultats et effets par le système de monitoring

233 3.3 LES ÉTAPES DANS L'ÉLABORATION ET L'UTILISATION D'UN SYSTÈME DE MONITORING

236 3.3A CLARIFIER SES OBJECTIFS

237 3.3B ÉLABORER LE SYSTÈME DE MONITORING (REFLÉTÉ DANS LE MONITOOL)

- 237 1/Sélectionner un nombre limité d'indicateurs les plus pertinents
- 241 2/Définir les bases du système :
Quoi, Comment, Où, Combien, Quand, Qui, Pourquoi, Pour qui
- 246 3/Préparer la collecte des données
- 251 4/Tester le système

252 3.3C COLLECTER LES DONNÉES ET PROTÉGER LES DONNÉES SENSIBLES

253 3.3D COMPILER ET PRÉSENTER LES DONNÉES

- 253 1/Saisie des données
- 255 2/Vérification des données
- 256 3/Présentation des données

263 3.3E ANALYSER ET INTERPRÉTER LES DONNÉES

- 263 1/Principes de base
- 265 2/Précautions dans l'interprétation
- 266 3/Analyse descriptive des graphiques du Monitool
- 268 4/Interprétation : Expliquer le niveau et l'évolution des indicateurs

275 3.3F RÉTRO- INFORMATION ET CIRCULATION DES DONNÉES

- 275 1/Rétro-information à l'équipe
- 275 2/Rétro-information aux parties prenantes

277 **3.3G**
UTILISER
LES DONNÉES
POUR LA PRISE
DE DÉCISIONS

- 277 1/Gérer, ajuster
les éléments du projet
278 2/Communiquer,
porter le plaidoyer
278 3/Engager une
analyse approfondie
278 4/Solliciter
une évaluation
du projet

285 **ANNEXES
PRÉSENTES
DANS
LE CD-ROM**

4.
L'ÉVALUATION

297 **4.1**
**OBJECTIFS
ET ENJEUX
DE L'ÉVALUATION**

299 **4.1A**
**ÉVALUATION,
DÉMARCHE
QUALITÉ ET
ACCOMPAGNE-
MENT DU
CHANGEMENT**

301 **4.1B**
**L'ÉVALUATION
ENTRE
REDEVABILITÉ ET
APPRENTISSAGE**

303 **4.1C**
**L'UTILISATION
DES ÉVALUA-
TIONS : UN
ENJEU MAJEUR**

- 303 1/Les facteurs
influençant l'utilisation
des évaluations
305 2/Impliquer les
utilisateurs attendus
de l'évaluation

309 **4.2**
**APPRÉHENDER
CE QU'EST
L'ÉVALUATION**

311 **4.2A**
**LES DIFFÉRENTS
TYPES
D'ÉVALUATION**

- 311 1/L'évaluation
formative ou
de processus :
« évaluer les efforts »
312 2/L'évaluation
sommative :
évaluer les effets
312 3/L'évaluation
d'impact
313 4/La méta-analyse
ou l'évaluation
thématique

314 **4.2B**
**LES MÉTHODES
D'ÉVALUATION**

316 **4.2C**
**LES CRITÈRES
D'ÉVALUATION ET
LES QUESTIONS
ÉVALUATIVES**

- 317 1/Critères principaux
de l'OCDE
322 2/Critères additionnels
intéressants

325 **4.2D**
**L'ÉVALUATION
AU REGARD
DES CONCEPTS
ET MÉTHODES
COMPLÉMEN-
TAIRES**

- 325 1/Évaluation « vs »
suivi/monitoring
327 2/Évaluation
« vs » capitalisation
et recherche
opérationnelle
329 3/Évaluation
« vs » supervision
329 4/Évaluation « vs »
contrôle et audit

333 **4.3**
**ENCADRER
UNE
ÉVALUATION
EN 10 ÉTAPES**

336 **4.3A**
**ÉTAPE 1 :
PLANIFIER
L'ÉVALUATION**

- 336 1/Clarifier
son but principal :
redevabilité
ou apprentissage
337 2/Choisir
la temporalité
de l'évaluation

340 **4.3B**
**ÉTAPE 2 :
BUDGÉTER
L'ÉVALUATION**

342 **4.3C**
**ÉTAPE 3 :
CONSTITUER
LE COMITÉ
DE PILOTAGE**

- 342 1/Composition
343 2/Rôle

344 **4.3D**
**ÉTAPE 4 :
ÉLABORER
LES TERMES
DE RÉFÉRENCE
(TDR)**

- 345 1/Présentation du
contexte et du projet
345 2/Objectifs
et finalité
de l'évaluation
346 3/Critères
de l'évaluation et
questions évaluatives
346 4/Préférences
méthodologiques
347 5/Calendrier
347 6/Productions
et restitutions
attendues
348 7/Organisation de
la mission d'évaluation
348 8/Budget

- 349 9/Compétences
requis pour mener
la mission d'évaluation
349 10/Dossier
de candidature

351 **4.3E**
**ÉTAPE 5 :
SÉLECTIONNER
L'ÉQUIPE
D'ÉVALUATION**

- 351 1/Avantages
et limites des différents
types d'évaluateurs
351 2/Procédures
de sélection des
évaluateurs externes

356 **4.3F**
**ÉTAPE 6 :
PHASE DE
PRÉPARATION
OU DE CADRAGE**

- 356 1/Revue documentaire
356 2/Rédaction
de la note de cadrage
357 3/Réunion de cadrage

359 **4.3G**
**ÉTAPE 7 :
PHASE
DE TERRAIN
OU DE COLLECTE
DE DONNÉES**

- 359 1/Présenter la
démarche d'évaluation

**BIBLIOGRAPHIE
SÉLECTIVE**

- 359 2/Collecter les données
- 360 3/Analyser les données
- 361 4/Tester les premières conclusions

363 **4.3H**
**ÉTAPE 8 : PHASE
DE RÉDACTION**

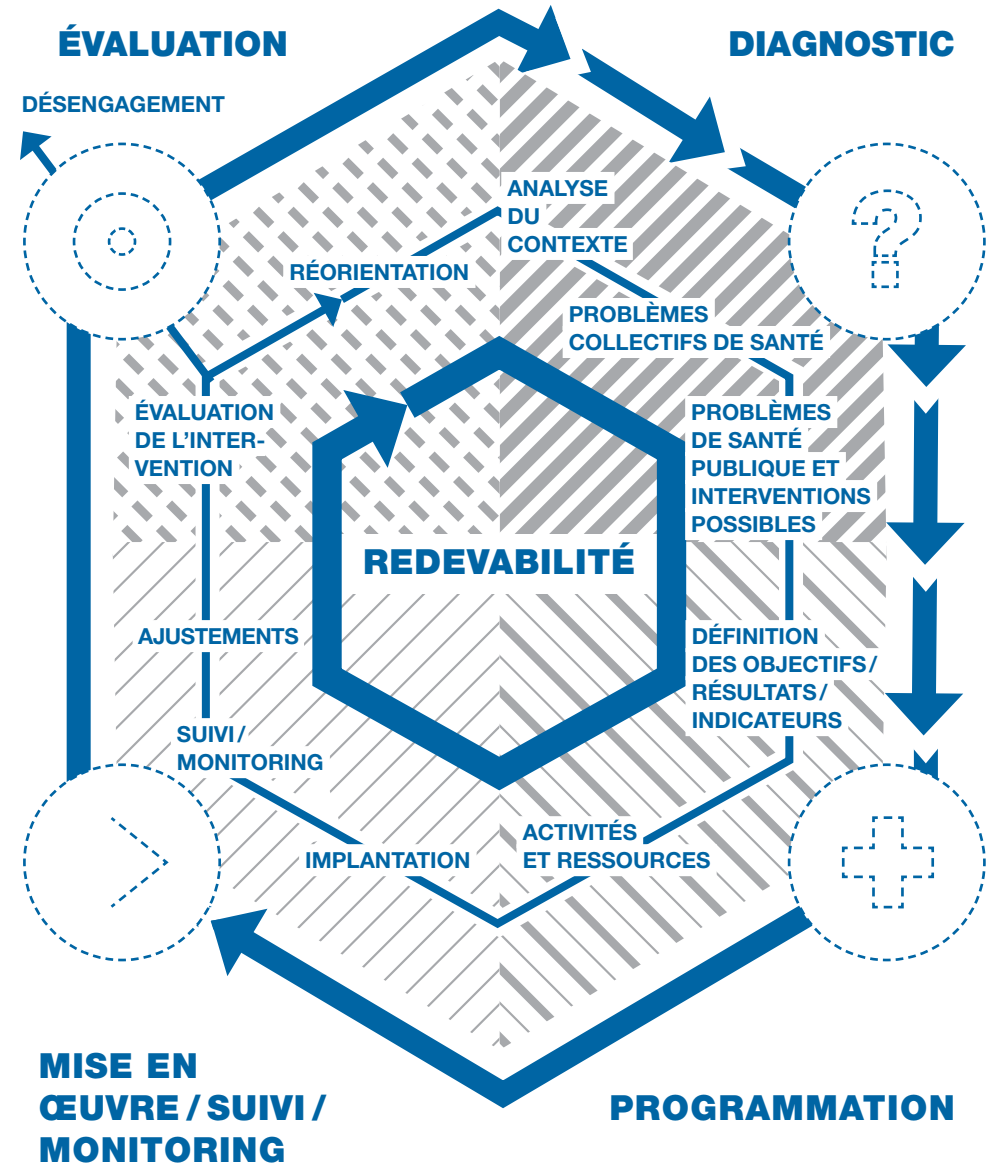
- 363 1/Rédiger le rapport d'évaluation provisoire
- 370 2/Commenter le rapport d'évaluation provisoire
- 371 3/Approuver et finaliser le rapport d'évaluation

373 **4.3I**
**ÉTAPE 9 : PHASE
DE DIFFUSION**

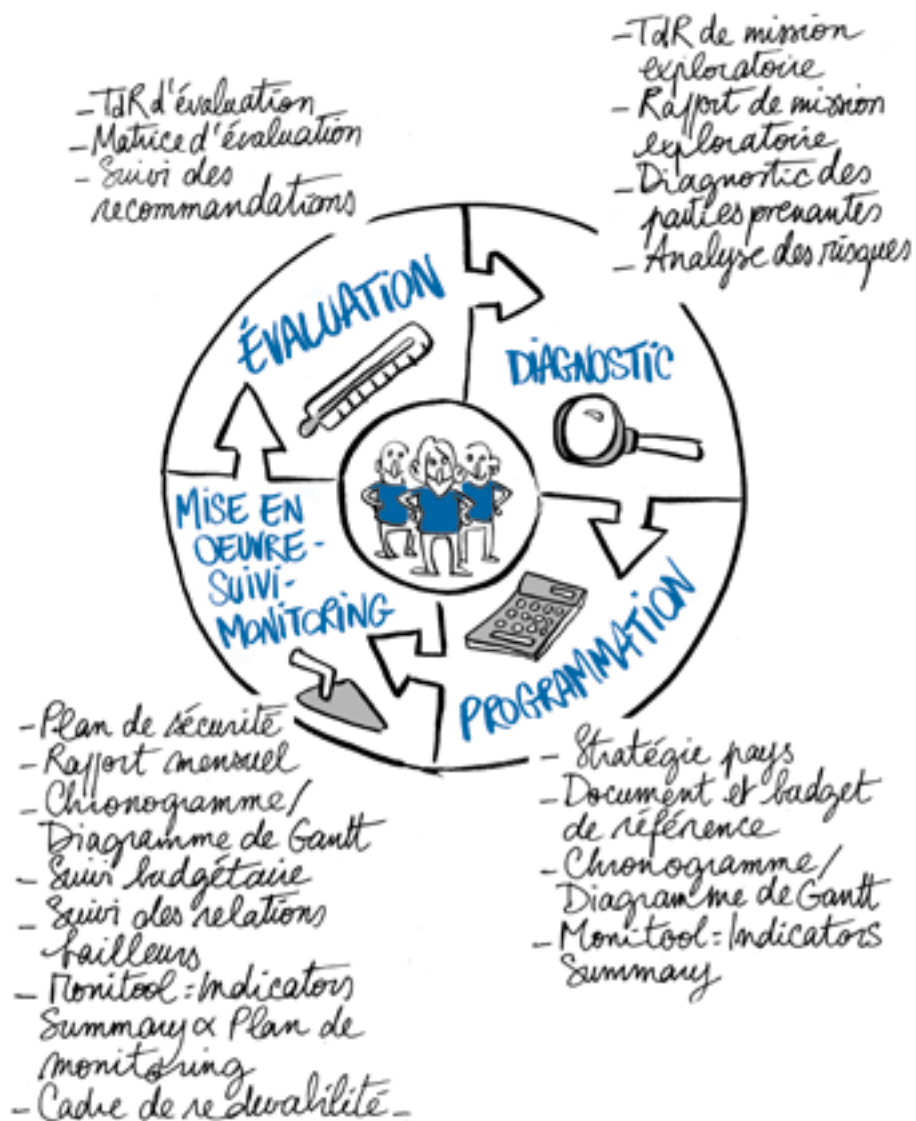
- 373 1/Présentation des résultats
- 374 2/Diffusion des résultats

375 **4.3J**
**ÉTAPE 10 :
MISE EN ŒUVRE
DES RECOMMANDATIONS
DE L'ÉVALUATION**

379 **ANNEXES
PRÉSENTES
DANS
LE CD-ROM**



CYCLE DE PROJET



INTRODUCTION

➤ Médecins du Monde vient de réécrire son projet associatif. Le présent guide pratique propose aux acteurs des projets de MdM une méthode de planification en accord avec les valeurs réaffirmées et précisées dans le projet associatif (soigner ; témoigner et plaider ; et accompagner les communautés dans leur volonté de changement social). Afin de faire vivre le projet associatif, un plan stratégique en cours d'élaboration viendra compléter ce dispositif politique et opérationnel.

Les enjeux de la planification

Planifier, c'est clarifier nos intentions et préciser les effets attendus, c'est-à-dire les changements espérés par le projet

et les mécanismes pouvant mener à ces changements. Autrement dit, c'est définir une vision de l'avenir, un objectif à atteindre, des étapes intermédiaires, des activités concrètes. C'est aussi le moyen de savoir si on est sur la bonne voie au cours du projet, autant d'éléments explicatifs et constitutifs d'un projet. Concrètement, cette réflexion est formalisée dans des documents et des outils partagés au sein de l'équipe, ou avec les partenaires, par exemple le cadre logique qui en constitue une synthèse simplifiée et

permet de vérifier l'articulation entre activités, ressources et résultats, et donc la cohérence de la stratégie proposée. Cette formalisation permet aux partenaires et aux équipes se succédant de partager la vision initiale et assure ainsi une meilleure cohésion autour d'un projet.

Les débats actuels sur l'aide portent sur la meilleure forme que celle-ci doit prendre pour améliorer son efficacité, en particulier en matière d'appropriation des politiques et stratégies proposées par les usagers des projets et par les États. L'aide internationale prend des formes diverses dont les principales sont : l'aide budgétaire versée directement aux gouvernements ; l'aide sectorielle cogérée par les gouvernements,

les institutions internationales et les bailleurs ; l'aide par projets, gérée par les ONG, la société civile, les États. L'aide par projets reste le mode de fonctionnement majoritaire¹.

Ces débats sur l'efficacité de l'aide et l'hégémonie de la logique de projet, dont la durée limitée est en contradiction avec la temporalité du développement, sont passionnants, mais dans ce guide pratique nous adoptons une approche pragmatique selon laquelle, tout en poursuivant nos efforts dans les arènes internationales pour prôner un changement de paradigme et sortir de cette logique projet exclusive, nous avons aussi la responsabilité de former nos équipes au cycle de projet, condition nécessaire, si elle n'est pas suffisante, à la mise en œuvre de projets de qualité.

La planification est un exercice structurant qui pousse à clarifier, hiérarchiser et **explicit** des objectifs, des hypothèses, des modalités d'intervention que l'on ne peut laisser dans le champ de l'implicite, dès lors que l'on travaille dans un contexte multiculturel ou partenarial. Enfin, ce processus de construction collective conduit à mener une réflexion approfondie et à développer une pensée stratégique et non plus un raisonnement en termes d'activités. La planification répond à une exigence éthique et professionnelle d'amélioration continue de la qualité des projets, de leur pertinence et de leur efficacité.

Planifier ne doit pas nous enfermer dans des schémas rigides. Il faut donc trouver un juste équilibre entre planifier et garder une capacité d'**adaptation aux évolutions du contexte**. La qualité de la planification dépend en grande

partie de la compréhension du contexte d'intervention, des modalités d'organisation communautaire et de la nature des relations entre acteurs. L'approche globale, ou encore systémique, d'une situation prend en compte non seulement l'ensemble des facteurs qui la caractérisent, mais aussi et surtout les liens et les interactions qu'ils entretiennent entre eux. Par ailleurs, les attendus explicités ne reflètent qu'en partie ce qui se passe autour d'un projet car on sait que les dynamiques enclenchées autour des projets dépassent largement les objectifs poursuivis. L'attention aux effets non attendus fait partie intégrante de la planification et d'un processus qualité.

Le modèle de planification à MdM : reflet des valeurs et des principes d'action de l'association²

Association médicale, Médecins du Monde œuvre pour l'exercice du **droit à la santé**. Elle porte les valeurs véhiculées par les approches communautaires et de promotion de la santé, à savoir la **justice sociale** comme vecteur d'une égalité devant la santé, du respect des droits fondamentaux et d'une solidarité collective ; l'**autonomisation** et l'**empowerment** des populations mises en situation de vulnérabilité sociale et sanitaire afin qu'elles soient en capacité d'agir dans leur environnement social, de faire valoir leurs droits et d'être acteurs de leur santé.

Association humanitaire, Médecins du Monde œuvre pour préserver la dignité humaine et les moyens de subsistance. Au-delà de la réponse aux crises, elle investit le champ de la réduction des risques de catastrophe

¹ Un projet est une intervention limitée dans le temps qui se compose d'une série d'activités planifiées et connexes visant à obtenir des produits et résultats définis. Un projet a un début et une fin définis et un objectif spécifique qui, lorsqu'il est atteint, signifie l'achèvement du projet.

² L'objet de cette introduction n'est pas de développer les valeurs et les débats qui traversent l'association. Pour cela, le lecteur se référera utilement au projet associatif redéfini en 2015. Nous en rappelons ici les principaux éléments.

avant les crises, et du relèvement après celles-ci. Elle fonde son action humanitaire sur les principes d'humanité, d'impartialité, de neutralité et d'indépendance.

Association citoyenne, notre légitimité est fondée sur l'**action de terrain, ici et là-bas**, autour de trois principes d'action : soigner ; témoigner et plaider ; et accompagner les communautés dans leur volonté de **changement social**. Au-delà du soin, MdM témoigne des atteintes aux droits humains et des entraves à l'accès aux soins et interpelle les pouvoirs nationaux et internationaux pour une meilleure protection de la santé des personnes et des communautés. Cette vision politique s'accompagne d'une posture autour de la proximité avec les communautés, de la place de l'utilisateur des projets, du partenariat. MdM se positionne ainsi comme facilitateur et accompagnateur de la transformation sociale mais aussi comme médiateur entre les acteurs communautaires et les institutions internationales ou les bailleurs. Dans ce rôle, MdM agit comme traducteur des politiques institutionnelles et de leurs procédures auprès des communautés et acteurs de la société civile.

Nombreux sont les cadres ou modèles de gestion de projets existants. Sans chercher à développer un modèle novateur ou différent du cycle de projet traditionnel, il est apparu important pour MdM d'adopter une approche porteuse de ses références et de ses valeurs. L'approche de promotion de la santé telle que définie dans la Charte d'Ottawa³ est ainsi apparue comme reflétant le mieux les valeurs de MdM. Ainsi, le modèle de planification de projets de MdM applique, pour la conception de ses projets, les principes de promotion de la santé. Ceux-ci guident et influencent les décisions prises tout au long du processus de planification.

3. Charte signée en 1986 par plus de 180 États, accessible sur www.euro.who.int.

ZOOM LA PROMOTION DE LA SANTÉ

La promotion de la santé représente à la fois un concept et des stratégies. C'est d'abord un concept reposant sur une approche philosophique et politique. Selon la Charte d'Ottawa, la promotion de la santé est un processus qui confère aux individus et aux populations les moyens d'assurer un meilleur contrôle sur les déterminants de la santé et d'exercer leurs droits en matière de santé ; d'agir sur leur environnement ou d'évoluer avec celui-ci pour maintenir ou améliorer leur état de santé. La santé est perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme un but en soi. La promotion de la santé prend en compte l'ensemble des déterminants qui interviennent sur la santé (sociaux, économiques, culturels, politiques...). Les personnes sont considérées comme autonomes et la participation des usagers dans les projets de santé est favorisée.

Ce sont aussi des stratégies : la promotion de la santé est une approche globale, multisectorielle qui agit de façon concomitante sur les cinq axes d'intervention listés dans la Charte d'Ottawa :

1. Promouvoir des politiques publiques saines dans tous les secteurs ayant une influence sur la santé et à tous les niveaux (local, national ou international). Pour MdM, cela se traduit par des actions de plaidoyer visant soit l'adoption de nouvelles politiques permettant l'amélioration de la

situation sanitaire des populations (par exemple l'adoption de nouveaux protocoles nationaux de prise en charge de l'Hépatite C) ; soit la remise en cause de politiques jugées comme contraires à l'intérêt des populations concernées (par exemple, la fin de la criminalisation des usagers de drogues par voie intraveineuse) ; soit enfin le respect de politiques ou règles de droit existantes mais non appliquées (par exemple, l'application du droit à une prise en charge des avortements incomplets). Le plaidoyer prend donc toute son importance dans les actions de santé.

2. Créer des milieux favorables, c'est-à-dire des environnements, d'ordre physique, social ou légal, qui soutiennent les personnes et les communautés dans leurs efforts de promotion et de changement. Pour MdM, cela se traduit par la mise à disposition de préservatifs ou de seringues dans des lieux accessibles aux usagers ; par des actions visant à lever les barrières financières à l'accès aux soins ; par des actions permettant l'accès physique et géographique aux services de santé (par exemple, le renforcement des ponts et des passerelles d'accès), etc.

3. Renforcer l'action communautaire, c'est-à-dire la participation effective et concrète de la communauté à la définition des priorités, à la prise de décision et à l'élaboration de stratégies de planification. Pour MdM, cela se traduit par l'appui à la mobilisation communautaire, par la formation des acteurs communautaires, par la participation

des usagers dans la conduite des actions et les processus décisionnels, par le renforcement de comités de gestion, par l'accompagnement des médiateurs ou promoteurs de santé, par l'appui à la structuration de groupes d'autosupport, etc.

4. Créer et renforcer les aptitudes individuelles des personnes en leur offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie, de façon à ce qu'elles puissent exercer un plus grand contrôle sur leur santé et ses déterminants. Pour MdM, cela se traduit par des actions de sensibilisation et d'éducation pour la santé, par des actions d'information sur les droits en matière de santé, par des actions de renforcement des aptitudes permettant l'exercice effectif de ces droits (estime de soi, prise de parole en public, capacité de négociation, etc.), par des actions d'*empowerment*.

5. Réorienter les services de santé (institutions et professionnels), dans les domaines curatifs et préventifs, en élargissant le mandat de prestation de soins du secteur sanitaire à la promotion de politiques de santé multisectorielles et au soutien des individus et des groupes dans l'expression de leurs besoins de santé. Pour MdM, cela se traduit par des actions d'appui aux systèmes de santé nationaux ou locaux, par le renforcement des compétences des personnels de santé, par la mise à jour ou la mise

en place de protocoles (par exemple, l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires, la décentralisation des soins en milieu rural).

Ces cinq axes constituent chez MdM les axes de réflexion pour la conception des projets.

Planifier dans un monde complexe

Nous avons bien conscience des enjeux et des débats actuels autour de la complexité. Il ne s'agit pas, au nom de la complexité, c'est-à-dire de la non-linéarité et de l'incertitude, de s'exonérer de la démarche de planification et des exigences de redevabilité. C'est un engagement que nous devons à nos interlocuteurs sur le terrain, aussi bien qu'à nos donateurs, et c'est une méthode de travail essentielle dans notre pratique de terrain.

La logique sous-tendue par le cadre logique et par d'autres éléments de la planification de projet est linéaire indéniablement, avec un enchaînement simplificateur de causes et d'effets prévisibles, bien contraire aux réalités multiformes du monde dans lequel nous vivons, plein d'incertitudes et de complexité. Toutefois, il nous semble qu'agissant dans les temporalités courtes qui sont les nôtres, une telle approche peut nous aider à mieux cadrer le choix de nos interventions et à agir sur les leviers permettant des changements progressifs sans perdre de vue les objectifs de changements sociaux structurels. Si l'arbre à problème(s) permet d'appréhender toute la complexité des situations, la planification permet de tenir compte de cette complexité en abordant les problèmes de façon séquentielle et en faisant des choix

réalistes. Elle permet de construire des stratégies sur le long terme, d'intégrer des logiques pluriacteurs, dans un contexte de ressources contraintes.

La planification d'un projet doit donc être dynamique, revue et corrigée au fil de l'évolution du contexte. Le cadre logique doit être vu comme un instrument servant à structurer et à orienter la planification et la budgétisation des projets, et non comme un canevas rigide et contraignant. C'est avant tout un outil de pilotage et non pas une contrainte bureaucratique. Notre modèle de planification est une méthode fondée sur le questionnement itératif. Si nous recommandons l'utilisation de certains outils, tel le cadre logique, nous pensons aussi qu'il ne faut pas confondre méthode et outils et se laisser enfermer par les outils. Bien au contraire, il faut savoir garder la flexibilité nécessaire à l'adaptation au contexte en évolution permanente et utiliser les outils comme des aides à la réflexion et à la gestion conjointe.

En effet, même si un projet n'a qu'une durée limitée, il est presque inévitable que des ajustements et des changements de stratégie soient souhaités par les usagers, soit parce que leur environnement a changé entre l'identification du projet et le moment de sa mise en œuvre, soit tout simplement parce qu'ils n'avaient pas une idée claire des enjeux et des possibilités lorsque ce projet a été élaboré, et que c'est en commençant à le mettre en œuvre qu'ils perçoivent mieux ses enjeux et les possibilités qu'il offre.

Public visé et objectifs du guide

Ce guide s'adresse aux acteurs des projets de Médecins du Monde quels qu'ils soient (coordinateurs, responsables de desk, responsables de mission, bénévoles, etc.). Une personne peu expérimentée trouvera

dans ce guide les bases nécessaires à une compréhension de la logique de cycle de projet. Une personne plus expérimentée, maîtrisant déjà le cycle de projet, pourra se familiariser avec les concepts et approches utilisés à Médecins du Monde. En effet, une part croissante de nos cadres de terrain ont été formés au cycle de projet ailleurs qu'à MdM. Le guide a pour objectif de doter l'ensemble des équipes projet d'un lexique, d'un référentiel et d'outils communs.

Le contenu de ce guide a été réfléchi pendant plusieurs années, testé au cours de formations et lors d'accompagnements individuels, et rédigé à la faveur d'apaisements dans l'actualité internationale. Son objectif est d'encourager la pensée critique et de donner des réflexes de questionnement, tout au long du cycle de vie du projet. Il s'agit d'apprendre à se poser les bonnes questions. S'adressant à des acteurs assez différents de par leur fonction et leur expérience, il tente d'être pédagogique et simplifie parfois des notions⁴ pourtant complexes. Les réalités du contexte et de ses contraintes ne permettent en effet pas toujours de procéder comme indiqué. De même, ce guide, méthodologique avant tout, fait le choix de ne pas aborder les débats qui traversent le secteur de la solidarité internationale.

Les quatre chapitres constituant ce guide reprennent les quatre phases de la planification de projet que sont le diagnostic (ou l'analyse du contexte et l'identification des besoins) ; la programmation (ou la conception du projet) ; la mise en œuvre et le suivi du projet, et enfin l'évaluation. Ce guide peut être lu en continu, afin de comprendre l'enchaînement logique des

différentes phases du cycle de projet. Les différents chapitres peuvent également, dans une certaine mesure, et sous réserve d'une connaissance préalable du cycle de projet, être lus indépendamment les uns des autres. En réponse aux demandes des acteurs des projets, une sélection d'outils pratiques est proposée en annexe de chaque chapitre sous la forme d'un CD-Rom.

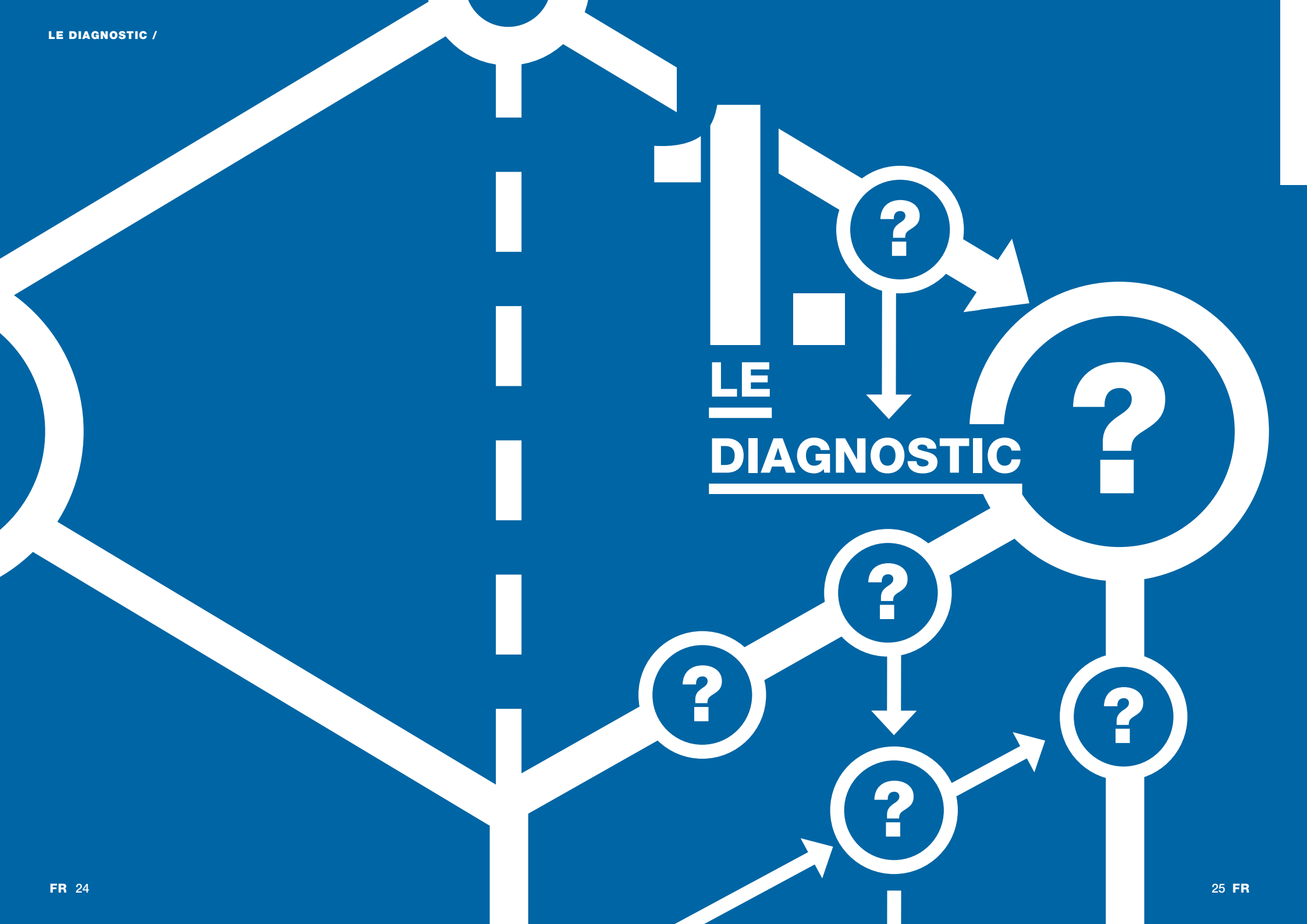
EXEMPLES « FIL ROUGE »

Les encadrés rouges intitulés « Exemple fil rouge » constituent un « exemple pédagogique », c'est-à-dire une étude de cas située par hypothèse dans un pays fictif d'Afrique. Cet exemple pédagogique servira à illustrer certains points précis tout au long de ce chapitre.

4. Afin de rendre compte de l'usage fréquent de l'anglais dans les échanges et la communication entre acteurs des projets, y compris quand les terrains sont francophones, la traduction en anglais de certains mots clés (signalée entre parenthèses) est reprise tout au long du guide.

CHARTRE D'OTTAWA: POUR UNE BONNE SANTÉ, LE PLUS IMPORTANT, ...





1.1 PAGE 35
**L'ANALYSE
 DU CONTEXTE**

1.1A
 39 **LES FACTEURS
 INFLUENÇANT
 UNE SITUATION**

1.1B
 49 **LES PARTIES
 PRENANTES OU
 «STAKEHOLDERS»**

- 49 1/Définition
- 49 2/Identification
 (*mapping*) des acteurs/
 parties prenantes

1.1C
 54 **LA QUESTION
 DU PARTENARIAT**

- 54 1/Partenariats,
 alliances et autres
 formes de relations
- 56 2/Critères de qualité
 d'un partenariat
- 58 3/Étapes
 dans la construction
 d'un partenariat

1.2 PAGE 63
**IDENTIFICATION,
 PRIORISATION
 ET ANALYSE
 DES PROBLÈMES
 COLLECTIFS DE SANTÉ**

1.2A
 67 **DÉFINITIONS**

1.2B
 69 **IDENTIFICATION
 DES PROBLÈMES
 COLLECTIFS
 DE SANTÉ (PCS)**

- 69 1/Diagnostic
 épidémiologique
- 70 2/Diagnostic perceptuel
- 72 3/Synthèse
 des deux diagnostics

1.2C
 75 **PRIORISATION
 DES PROBLÈMES
 COLLECTIFS DE SANTÉ**

- 75 1/La priorisation par critères
- 77 2/La comparaison par paires
- 79 3/Croisement
 des deux méthodes

1.2D
 80 **ANALYSE APPROFONDIE
 DES PCS PRIORITAIRES
 RETENUS**

- 80 1/Définitions
- 81 2/L'analyse du problème

1.3 PAGE 89
**IDENTIFICATION
 DES PROBLÈMES
 DE SANTÉ
 PUBLIQUE ET
 DES INTERVENTIONS
 POSSIBLES**

1.3A
 91 **DÉFINITION**


1.3B
 92 **CHOIX DES PROBLÈMES
 DE SANTÉ PUBLIQUE**

- 92 1/Les critères opérationnels
- 93 2/Les critères pour « tester »
 la plus-value potentielle
- 93 3/Opportunités, contraintes
 et conditions préalables

1.3C
 96 **ANALYSE
 DES INTERVENTIONS
 POSSIBLES**

- 96 1/Identification
 des interventions possibles
- 100 2/Construction de l'arbre
 décisionnel
- 103 3/L'analyse des dynamiques
 existantes entre
 acteurs/parties prenantes
- 106 4/L'analyse des risques
- 107 5/L'analyse technique
 et financière

1.3D
 109 **CHOIX FINAL
 DES INTERVENTIONS
 ET ÉLABORATION
 DE LA STRATÉGIE
 D'INTERVENTION**

1.3E PAGE 113

**ANNEXES
 PRÉSENTES
 DANS LE CD-ROM**



LE DIAGNOSTIC

Définition

Le **diagnostic de situation** constitue la première des quatre phases du **cycle de projet**. C'est un temps essentiel dans la mise en place de l'action.

Il a pour objectif :

- d'appréhender un contexte dans sa globalité ;
- de mieux comprendre un phénomène de santé et ses déterminants ;
- d'interroger les comportements et les représentations de chacun ;
- de lister les éléments qui pourraient entraver une future intervention (analyse de risque).

Il permet ainsi d'identifier le problème de santé retenu, de fixer les objectifs et les choix d'intervention.

À NOTER /

Pendant le diagnostic, il faut également être attentif aux risques pris par le personnel de MdM, les usagers⁵ et les partenaires dans le cadre de l'intervention, et ce quel que soit le contexte.

Quand réaliser un diagnostic

À Médecins du Monde, le diagnostic de situation est un préalable indispensable à l'organisation et à la mise en place de **toute intervention**, qu'elle se déroule **en France ou à l'étranger**, dans des **contextes d'urgence ou de long terme**.

Le diagnostic peut avoir lieu au début du projet (diagnostic initial ou mission exploratoire) ou au cours du projet (diagnostic intermédiaire). Bien que dans ce dernier cas le terrain soit connu, une évaluation peut avoir conclu à la nécessité de réajustements. Le contexte peut également avoir changé depuis l'implantation du projet. L'apparition, la disparition ou l'évolution d'un certain nombre de facteurs peuvent donc rendre nécessaire la réalisation d'un nouveau diagnostic avant de redéfinir/réorienter le projet en cours.

ZOOM

LE DIAGNOSTIC INITIAL

En France et dans les endroits où nous sommes présents depuis de nombreuses années, il est nécessaire de réaliser un diagnostic initial **avant la mise en œuvre de nouveaux projets**, et de se questionner régulièrement sur la pertinence

5. Dans ce guide, nous ferons référence aux usagers des projets MdM, plutôt qu'aux bénéficiaires ou patients.

de nos projets en cours, au regard des évolutions de contexte. La connaissance que nous avons de notre propre situation ne remplace pas un diagnostic structuré. En urgence, la méthodologie est la même. Ce qui différencie les contextes d'urgence des contextes de long terme, c'est que la mise en œuvre du projet peut commencer avant la fin du diagnostic initial (le cycle du projet est identique mais plus rapide). Il est cependant extrêmement important de ne pas ignorer cette phase du cycle du projet dans les interventions d'urgence, car, même lorsque l'hypo-thèse d'existence de problèmes de santé est très forte, seul un diagnostic mené rigoureusement permet de les confirmer et de s'assurer que l'on n'est pas passé à côté d'éléments importants.

Si le diagnostic initial (ou intermédiaire) est un temps fort dans la collecte d'informations et la compréhension du contexte d'intervention, il est important que cette analyse soit affinée tout au long de la mise en œuvre du projet.

Dans les crises complexes ou dans les situations de conflit ouvert, les facteurs influençant négativement la bonne réalisation du projet sont susceptibles d'être nombreux et rapidement changeants. L'analyse des risques doit être régulièrement mise à jour.

Comment se déroule un diagnostic

La phase exploratoire (diagnostic initial) ou de diagnostic intermédiaire doit apporter des informations importantes et pertinentes. Cela suppose un **temps suffisant** sur le terrain pour effectuer une collecte de données

satisfaisante mettant en œuvre une **méthodologie pensée en amont**. C'est un moment privilégié pour amorcer la **construction de dynamiques participatives**.

ZOOM LES ENJEUX DE LA PARTICIPATION⁶

Les enjeux ne sauraient se résumer pour les humanitaires à sauver des vies, et pour les victimes à être sauvées. Pour les humanitaires, il s'agit aussi de construire une mission, dans des délais impartis, avec des enjeux de postures professionnelles et de positionnement au sein d'une organisation. Les «victimes» quant à elles souhaitent aussi être acteurs aux côtés de ceux qui les aident pour acquérir ou renforcer leur existence sociale ou pour se battre contre les injustices. Or elles sont souvent cantonnées dans une relation d'aide dissymétrique qui se caractérise, selon le sociologue Marcel Mauss, par l'**absence d'un système de don et contre-don** [...]. Pour réduire ce déséquilibre et considérer les personnes comme étant elles-mêmes une partie de la réponse à leurs problèmes, l'un des maîtres mots est celui de **participation**. La participation doit permettre aux usagers d'une action de ne pas être uniquement des «receveurs», mais aussi d'être reconnus pour ce qu'ils apportent à leur communauté. La participation peut être entendue comme l'**implication plus ou moins poussée** des populations dans un ou plusieurs aspects d'un projet : diagnostic, programmation, mise en œuvre, suivi et évaluation. Elle implique que les acteurs des projets soient disposés à écouter ce que

6. MdM, «Travailler avec les communautés», 2012.

les personnes ont à dire pour ensuite réajuster, voire changer, leurs objectifs. Bien évidemment, la participation et le degré d'implication de la population diffèrent en fonction des situations et des contextes (urbain ou rural, situation de crise, de conflit, ou temps de paix, urgences chroniques, etc.) mais ils doivent toujours être recherchés.

La phase exploratoire (diagnostic initial) ou de diagnostic intermédiaire suppose :

1. de rassembler les données **quantitatives** et **qualitatives** selon des méthodologies précises;
2. d'analyser les données collectées.

Ces deux opérations doivent être réalisées de façon simultanée. Il ne faut surtout pas attendre la fin de la mission exploratoire pour commencer l'analyse des données, car c'est au cours de celle-ci que sont identifiées les informations manquantes, qui doivent à leur tour être collectées pour compléter la phase exploratoire.

Toute analyse du contexte implique une combinaison de **données secondaires** (données des rapports et documents existants) et de **données primaires** (données nouvelles) collectées par l'équipe exploratoire lors de visites sur le terrain auprès des communautés concernées (villages, camps de personnes déplacées, quartiers urbains...).

Les données secondaires sont des données de deuxième main, qui ont été collectées par d'autres organisations. Il s'agit de :

- statistiques nationales, recensement, système national d'information sanitaire (SNIS);
- statistiques nationales et internationales publiées par les agences des Nations

- unies (par exemple, enquêtes MICS de l'Unicef, enquêtes démographiques et de santé EDS), enquêtes publiées par des ONG...;
- recherches universitaires, d'instituts...;
- données de routine des services de santé; registres de centres de santé...;
- informations données par les médias (par ex/ presse nationale et locale), etc.

Certaines de ces données secondaires ne sont disponibles qu'**une fois sur le terrain** (par ex/ données de routine des centres de santé). Toutefois, la plupart de ces données sont collectées et analysées **en amont de la phase « terrain »** proprement dite (revue documentaire, recherche internet). Leur principal avantage réside donc dans leur faible coût, en termes d'argent et de temps. Leur principal inconvénient tient au fait que ces informations ont été recueillies par d'autres organisations à des fins précises, souvent différentes de celles ayant motivé la mission exploratoire ou une nouvelle démarche de diagnostic. Il est donc rare de pouvoir trouver exactement l'information recherchée; il faut nécessairement compléter la recherche par la collecte de données primaires.

Les données primaires sont des données collectées directement par les équipes sur le terrain. Il s'agit de :

- mesures directes (tension, température, etc.);
- données issues d'une observation directe;
- données recueillies lors d'enquêtes à base populationnelle avec l'utilisation d'outils tels que questionnaires, focus groups, entretiens individuels approfondis...

La collecte des données primaires doit se concentrer sur l'apport des informations manquantes, la vérification de la validité des données secondaires rassemblées, si nécessaire, et la connaissance des perspectives et des priorités actuelles des personnes elles-mêmes.

À NOTER /

Il est très important de toujours préciser ses sources d'information.

Une fois l'ensemble des données rassemblées, il convient de **comparer (triangler)** les informations provenant des différentes sources pour obtenir une image aussi complète et équilibrée que possible, incluant la compréhension des différentes perspectives et des intérêts. Il convient également de comparer les données rassemblées avec d'autres données :

- dans le temps (dégradation ou amélioration de la situation par rapport à une période antérieure ou un fait marquant, séisme, cyclone, épidémies...);
- dans l'espace (avec un pays voisin, niveau local/niveau national);
- dans la littérature (normes OMS, standards internationaux...).

À NOTER /

En urgence, la démarche est similaire : on rassemble des données avant le départ, et même de préférence en amont, dans le cadre d'un travail préparatoire de réponse à une crise. Cette démarche est indispensable et doit être systématiquement faite dans les zones à risque où MdM est présent sur le long terme. Si, dans des cas d'urgences extrêmes, certaines données deviennent rapidement obsolètes en raison du changement brutal du contexte (par exemple Haïti), il faut alors récupérer les données actualisées quotidiennement sur des sites spécialisés (Ocha). Toutefois, certaines données gardent toute leur pertinence (données socioculturelles par exemple) et doivent être compilées en amont.

Le diagnostic comprend **trois étapes** :

- l'analyse du contexte;
- l'identification, la priorisation et l'analyse des problèmes collectifs de santé;
- l'identification des problèmes de santé publique et des interventions possibles.

Dans la pratique, ces trois étapes se déroulent souvent simultanément, il est néanmoins important de bien les distinguer les unes des autres en termes de méthodologie et d'en maîtriser les divers concepts. Il est également nécessaire d'effectuer des allers-retours entre ces différentes étapes tout au long de la démarche de diagnostic pour affiner/valider/réajuster celui-ci.

Après avoir, d'une part, compilé et analysé les informations quantitatives et qualitatives en utilisant diverses méthodes et, d'autre part, identifié et priorisé les problèmes collectifs de santé de la population considérée, la phase de diagnostic arrive à son terme. Un problème de santé publique sur lequel il est souhaitable d'intervenir est déterminé. Pour chacune des interventions possibles, une analyse des risques et des opportunités permet de définir la stratégie d'intervention la plus adaptée.

À NOTER /

L'ensemble des données compilées, des outils d'analyse, des méthodes utilisées dans l'identification et la priorisation des problèmes et des interventions possibles doit être inscrit et décrit dans un rapport de mission exploratoire (*voir annexes*).



IDENTIFIER LES ACTEURS APPROPRIÉS



L'ANALYSE DU CONTEXTE

➤ L'analyse du contexte peut se définir comme **l'analyse des facteurs et des acteurs** qui influencent positivement ou négativement une situation donnée, en particulier la santé des populations.

La **qualité d'un projet** dépend en grande partie de la connaissance approfondie et de la **compréhension d'un contexte**. Un projet n'est pas un système isolé, indépendant du contexte dans lequel il se construit. Il s'inscrit au contraire dans un environnement existant, dynamique, caractérisé par différents facteurs et où se côtoient différents acteurs organisés autour de règles et de structures, et porteurs de valeurs et de croyances.

Pour réaliser les changements souhaités, un projet doit composer avec les synergies existantes. Lors de l'élaboration, puis de la mise en œuvre d'un projet, il est donc essentiel de prendre en compte l'existant, qu'il s'agisse des initiatives dans le champ de la santé, des valeurs socioculturelles d'une communauté ou de tout autre facteur susceptible d'influencer, positivement ou négativement, la réussite d'un projet. La bonne compréhension du contexte dans lequel on intervient est également fondamentale pour assurer la sécurité des personnes et des biens, construire une politique de plaidoyer et envisager les stratégies de désengagement.

ZOOM PÉRENNISATION DES CHANGEMENTS INDUITS ET STRATÉGIES DE DÉSENGAGEMENT?

La pérennité d'un projet peut être abordée selon trois notions principales :

1. le maintien des bénéfices de santé avec ou sans les projets ou organisations qui ont initié et produit ces bénéfices ;
2. la poursuite des activités du projet au sein d'une structure institutionnelle ou organisationnelle capable de générer des ressources financières pour couvrir ses coûts de fonctionnement après l'arrêt des financements des bailleurs de fonds ;

7. Pour en savoir plus, se référer à « Manuel de planification des programmes de santé », MDM, 2006 ; et au « Guide des bonnes pratiques pour conduire la pérennisation d'une innovation en santé », groupe Pérennité, 2005, accessible sur http://f3e.asso.fr/media/attached/app_etude/111et_guide_version_finale_guide1-685-649.pdf.

3. l'adoption et l'appropriation par la communauté des composantes du projet et de ses activités.

Questionner la pérennité d'un projet et envisager les stratégies de désengagement pour MdM constitue un processus dynamique qui perdure tout au long de l'intervention. Il nécessite une bonne compréhension du contexte et une bonne connaissance des acteurs en présence.

Cette étape d'analyse du contexte ne doit pas être perçue comme une perte de temps, mais au contraire comme un **investissement**, qui permet d'identifier les facteurs de changements potentiels, d'éclairer/d'expliquer certaines situations, et d'éviter, lors des phases ultérieures, de commettre des erreurs.



LES FACTEURS INFLUENÇANT UNE SITUATION

➤ Les facteurs influençant une situation, en particulier la santé des populations, constituent la première composante du contexte que l'on cherche à analyser. Dans un premier temps, on procède à une **analyse macro**, puis à mesure que les problèmes de santé publique sont identifiés et qu'une stratégie d'intervention émerge, on revient à l'analyse des facteurs afin d'approfondir les plus pertinents.

Pour MdM, les facteurs sont classés en six groupes distincts^a et peuvent être présentés en tableau de situation. Ordonner les informations collectées sous forme de listes permet de renforcer l'aspect systématique de la démarche.

Les six groupes sont :

- les facteurs démographiques et sanitaires;
- les facteurs géographiques et environnementaux;
- les facteurs historiques, politiques, réglementaires et sécuritaires;

→ les facteurs socio-économiques;
→ les facteurs socioculturels;
→ les facteurs liés à la politique de santé et à l'organisation du système de santé. Plusieurs tableaux peuvent être dressés en fonction du niveau étudié : situation générale du pays, situation(s) locale(s) sur la (ou les) zone(s) d'étude.

Les listes présentées page suivante par groupes de facteurs ne sont pas exhaustives. Elles doivent être complétées/adaptées en fonction des terrains et des populations étudiés.

^a Ces groupes de facteurs sont étroitement liés entre eux : un contexte peut se comparer à un système dont les composantes entretiennent les relations de dépendance et de réciprocité.

EXEMPLE DE TABLEAU DE SITUATION

<p>Facteurs démographiques et sanitaires</p>	<p>Facteurs géographiques et environnementaux</p>
<ul style="list-style-type: none"> → état sanitaire de la population (données macro); → mouvements de population, migrations; → nombre d'habitants, densité; → répartition par âge, par sexe; → natalité, fécondité; → mortalité; → structure de la famille; → ... 	<ul style="list-style-type: none"> → topographie; → climat; → richesses naturelles; → caractère rural/urbain; → voies de circulation : infrastructures routières et autres; → saison des pluies; → état des communications; → zone sismique, inondable; → ...
<p>Facteurs historiques, politiques, réglementaires et sécuritaires</p>	<p>Facteurs socio-économiques</p>
<ul style="list-style-type: none"> → politiques internationale, nationale, régionale; politiques sociale et familiale; → choix et orientations prioritaires des élus ou des représentants politiques; → textes de loi, réglementation en vigueur, niveau de centralisation; → situation des droits de l'homme; → événements historiques marquants; → historique de la situation sécuritaire dans les zones d'intervention (ex : cessez-le-feu depuis..., violences sporadiques entre tel ou tel groupe de personnes...); → historique des interventions humanitaires dans la/les zones d'intervention; → ... 	<ul style="list-style-type: none"> → politique économique, aide internationale; → vie économique de la zone étudiée; → situation de l'emploi (types de professions) et du non-emploi; → revenus et coût de la vie; coût des transports; → activités et ressources locales; → moyens d'information des populations; → électricité, eau; → ...
	<p>Facteurs socioculturels</p>
	<ul style="list-style-type: none"> → niveau de scolarisation, d'éducation, taux d'alphabétisation (hommes/femmes), logique et forme de transmission des savoirs; → organisation des réseaux sociaux et familiaux (rapports hommes/femmes, rapport aux aînés, minorité/majorité ethnique, existence d'une société civile...); → types de logements, habitat collectif/individuel;

<ul style="list-style-type: none"> → conditions de travail et modes de vie; → représentations de la santé: normale et pathologique, perception de gravité et appellations locales pour les principales maladies; → présence/importance relative des médecines traditionnelles par rapport à la médecine moderne; → religions et animisme; → langues/dialectes locaux; → ...
<p>Facteurs liés à la politique de santé et à l'organisation du système de santé</p>
<ul style="list-style-type: none"> → politiques de santé: internationale, régionale, nationale...; → systèmes de santé: national/traditionnels, publics/privés; équilibre soins curatifs/préventifs (dont promotion de la santé); systèmes d'approvisionnement (médicaments, matériel...); → services: accessibilité, utilisation, couverture (prix d'une consultation, prix des médicaments essentiels...); → personnel de santé: nombre, type, disponibilité effective, répartition géographique, niveau de formation, réputation, type de relations avec la population (soins pour indigents ou minorités ethniques?); déontologie: respect du secret professionnel; corruption, montant de la rémunération des personnels de santé; → médicaments: marchés informels de vente de médicaments; → ...

Il est important que la collecte des données soit en lien direct avec la nature du domaine d'intervention de MdM. Il convient par exemple d'éviter de faire un exposé géopolitique détaillé qui n'informe pas directement sur l'état de santé des populations.

En revanche, les facteurs étroitement liés à l'état de santé des populations doivent être décrits de la façon la plus précise possible, tant au niveau national qu'au niveau local. La compréhension de la politique sanitaire et du système de santé d'un pays ou d'une zone d'intervention ainsi que la prise en compte des facteurs socioculturels sont des **prérequis incontournables** à la définition et à la mise en œuvre de tout projet.

ZOOM L'ANALYSE DU SYSTÈME DE SANTÉ

L'OMS définit un système de santé comme étant « l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé ».

Un système de santé n'a pas pour seule fonction l'offre de services.

Selon l'OMS, « un système de santé qui fonctionne bien répond de manière équilibrée aux besoins et aux attentes d'une population :

- en améliorant l'état de santé des personnes, des familles et des communautés ;
- en défendant la population contre les menaces pour sa santé ;
- en protégeant les personnes des conséquences financières de la maladie ;
- en assurant un accès équitable à des soins centrés sur la personne ;

→ en permettant aux gens de prendre part aux décisions qui touchent à leur santé et au système de santé ».

Dès lors, plusieurs composantes sont à prendre en compte dans l'analyse d'un système de santé⁹ :

→ **l'offre de services :** nature, qualité et organisation de la prise en charge médico-sociale (pyramide sanitaire, mécanismes de référencement, paquet de soins curatifs, préventifs et de réhabilitation, protocoles, etc.) et impact de l'offre de soins sur l'environnement (ex/ gestion des déchets). On s'intéresse à l'offre publique et privée ainsi qu'à l'existence d'une offre parallèle (ex/ médecine traditionnelle).

→ **les ressources humaines en santé :** disponibilité (nombre, type, disponibilité effective, répartition), qualification (niveau de formation, compétences), rémunération, déontologie (respect du secret professionnel, corruption) du personnel de santé.

Il est aussi important de prendre en compte les relations entre le personnel de santé et d'autres acteurs (agents de santé communautaires, accoucheuses traditionnelles, pairs éducateurs, etc.) et usagers (population ou groupes minoritaires, etc.).

9. OMS, « Éléments essentiels au bon fonctionnement d'un système de santé », 2010.

→ **les médicaments, consommables médicaux et matériel médical¹⁰ :** disponibilité et qualité telles qu'appréhendées dans le cycle de gestion des produits pharmaceutiques : 1/ la sélection ; 2/ l'achat, l'approvisionnement ; 3/ le transport, le stockage et la distribution ; 4/ l'usage rationnel ; 5/ la destruction et l'élimination des déchets.

On s'intéresse aussi aux tarifs et aux marchés informels de vente.

→ **le financement du système de santé :** mécanismes de financement (taxes, assurances/couverture maladie, mutuelle...) et gestion des dépenses liées à la santé. On s'intéresse à la part du financement laissée à la charge de l'utilisateur (ex/ gratuité ou non au point de service) et au risque financier pour les familles.

→ **la gouvernance du système de santé :** stratégies, plans sanitaires national et régional, législation et réglementation (ex/ standards minimums et accréditation des structures de santé, enregistrement des prestataires...), mise en place de mécanisme de redevabilité envers les usagers (ex/ comités d'usagers, audits de décès...).

MdM intervient pour soutenir et renforcer les systèmes publics de santé en tant que garants de l'accessibilité du droit à la santé.

10. On inclut ici également les vaccins, outils de diagnostic et autres technologies sanitaires et de laboratoire. Pour plus d'informations sur le cycle de gestion des produits pharmaceutiques, se référer aux fiches techniques du « Cycle de gestion des produits pharmaceutiques et qualité », MdM, 2015, disponibles sur l'intranet de MdM en français, anglais et espagnol.

Pour adapter au mieux les interventions, il est essentiel de procéder à une analyse détaillée du système de santé. Les offres de soins proposées par MdM doivent s'intégrer à une prise en charge globale et intervenir au sein des services existants afin que la continuité des soins soit assurée.

ZOOM L'IMPORTANCE DE LA PRISE EN COMPTE DES FACTEURS SOCIOCULTURELS¹¹

La rencontre entre un projet de santé porté par MdM et les populations comporte obligatoirement une interface culturelle. MdM est porteur d'une identité, d'une culture distincte de celle d'autres ONG. La culture et les structures de MdM sont donc des éléments incontournables du contexte. MdM doit se reconnaître dans son projet (culture) et avoir les moyens de proposer un projet (structure) qui impose de fait des contraintes culturelles et structurelles, explicites ou implicites (modes de pensée, modes de fonctionnement, buts poursuivis et valeurs sous-jacentes, etc.). En France comme à l'étranger, les milieux dans lesquels des projets de santé sont implantés sont aussi porteurs de cultures spécifiques. En effet, la population d'un même pays n'est pas homogène sur le plan culturel et la rencontre de ces différentes cultures se fait dans

11. Pour en savoir plus, se référer aux guides « Travailler avec les communautés », MdM, 2012 et « Accès aux soins. Les déterminants socioculturels », MdM, 2012, disponibles sur le site internet de MdM en français, anglais et espagnol.

un espace communément dénommé «l'interculturel». La question de l'interculturel se pose de manière encore plus évidente quand des équipes «expatriées» travaillent à l'étranger. Les aspects socioculturels ne sont pas toujours suffisamment pris en compte alors que les enjeux sont majeurs. Exporter des projets fondés sur les principes de la médecine occidentale peut mener à des situations parfois compliquées. Il est fondamental de ne pas ignorer les savoirs et les pratiques locales existants dans les zones d'intervention.

En France comme à l'étranger, un manque de sensibilité ou de savoir-faire peut conduire à développer des projets qui ne prennent pas en compte les modes de pensée sur la santé, la procréation, la maladie et le soin. Adapter notre posture de travail aux réalités socioculturelles des pays ou zones d'intervention et aux perceptions des populations concernées est essentiel pour éviter certaines erreurs pouvant conduire le projet à l'échec.

Pour connaître la communauté avec laquelle on veut travailler, il est indispensable d'être à son écoute, de donner la parole à des personnes potentiellement concernées par le futur projet, de faciliter l'expression de leurs besoins en utilisant les outils appartenant aux sciences sociales et plus particulièrement les méthodes qualitatives.

Il faut également prendre en compte les éléments pouvant mettre en danger le déroulement du projet. Un projet mal perçu par la population, allant à l'encontre d'intérêts privés (médecins, pharmaciens locaux qui pourraient voir de la concurrence déloyale

dans les soins gratuits que MdM fournit) ou politiques (une partie au conflit peut aussi voir un intérêt à la présence de MdM et vouloir l'utiliser), des perturbations météorologiques saisonnières par exemple sont des facteurs qui peuvent influencer sur la capacité d'intervention de MdM.

Une analyse complète du contexte d'intervention apportera des informations sur la faisabilité et la pérennité d'un projet.

ZOOM L'ANALYSE DES RISQUES

Toute personne réalisant un diagnostic de santé a à cœur d'élaborer un projet qui réponde au mieux aux besoins de la population. Motivée par cet objectif et guidée par le présent ouvrage, l'équipe de mission exploratoire a en charge d'élaborer et de mettre en place une action qui réponde aux besoins identifiés en fonction des capacités et de la mission de Médecins du Monde. Cependant, elle doit garder à l'esprit qu'il faut inscrire l'action dans la durée et, pour ce faire, déterminer les éléments (les risques) qui pourraient limiter, retarder, voire interrompre le projet et par conséquent les soins à apporter à la population. En plus de l'obligation opérationnelle d'évaluer ces risques, MdM a une obligation morale (et légale) de les réduire au maximum afin d'éviter les dommages physiques ou psychologiques pour son personnel et ses partenaires.

Il faut avant tout bien comprendre ce qu'est un risque. Le manuel de référence sur la gestion de la sécurité humanitaire (GPR8)¹² en donne une définition alambiquée mais complète :

12. Humanitarian Practice Network, «Gestion opérationnelle de la sécurité dans des contextes violents», 2010, p. 30.

«Le risque est une mesure de vulnérabilité aux menaces qui existent dans un contexte. En d'autres termes, le risque est le potentiel d'une atteinte : la probabilité que quelque chose de néfaste se produise et l'étendue de cette atteinte si cela se produisait. [...] Une menace est tout ce qui peut porter atteinte ou causer une perte, alors que la vulnérabilité fait référence à la probabilité de se trouver face à une menace et aux conséquences ou à l'impact si cela se produit, quand cela se produira. La combinaison de la menace et de la vulnérabilité à cette menace constitue le risque.»

Dans un environnement connu, les mesures pour diminuer les risques auxquels chacun est confronté sont intégrées dans notre comportement quotidien. Par exemple pour diminuer le risque de se faire renverser par une voiture, on tourne la tête à droite et à gauche avant de traverser une rue. Dans un nouvel environnement, il faut apprendre à identifier les menaces et trouver des mesures pour réduire notre vulnérabilité face à elles. Bien connaître son environnement, sa culture, mais aussi les dynamiques d'un conflit, l'historique des interventions humanitaires dans la région permet d'identifier où sont les risques et leur impact potentiel sur la viabilité de la mission. Bien comprendre la façon dont est perçu MdM, les enjeux du projet et ses parties prenantes permet également d'évaluer les forces et les faiblesses de la mission.

EXEMPLE « FIL ROUGE » L'ANALYSE DES FACTEURS DU CONTEXTE

Médecins du Monde envisage d'ouvrir un projet au Libertalia, en Afrique subsaharienne. Après la collecte et l'analyse de données primaires et secondaires, l'équipe de mission exploratoire, composée d'un médecin généraliste et d'une personne spécialisée sur les aspects de coordination, logistique et sécurité, vient de rentrer du terrain. Elle nous présente ses conclusions à partir des six groupes de facteurs.

Facteurs historiques, politiques, réglementaires et sécuritaires

Après quinze années de guerre civile, le Libertalia reçoit aujourd'hui un soutien important de la communauté internationale pour la restauration et le maintien de la paix, l'amorce du processus démocratique et la relève économique du pays. Cependant, la situation politique, économique et sécuritaire y reste aujourd'hui instable. Depuis l'élection présidentielle de 2011, marquée par certains actes de violence, la situation politique semble s'améliorer. Les priorités du pouvoir en place sont de plusieurs ordres : lutte contre la corruption, accompagnement du processus de réconciliation et relance de l'économie. Néanmoins, la stabilité actuelle est assurée par la présence d'environ 9 000 Casques bleus et le risque d'un conflit persiste au vu de l'instabilité de la sous-région. Grâce à leur présence dans le pays depuis de nombreuses années, les ONG internationales sont perçues de façon positive par la population.

Facteurs socio-économiques

Bien que les capacités productives aient été très fortement réduites par les années de guerre, l'économie semble aujourd'hui redémarrer, notamment grâce à l'augmentation des investissements étrangers. Le taux de chômage reste important au sein de la population (85 %) et les conditions de travail sont extrêmement précaires. Les trois quarts de la population vivent sous le seuil de pauvreté (1,25 \$/jour).

Facteurs socioculturels

L'accès à l'éducation est difficile (taux d'alphabétisation de 59,1 %) et le système éducatif est payant. Le français est une des langues officielles du pays mais n'est parlé que par 30 % de la population. Il existe plus d'une vingtaine de dialectes locaux. La transmission du savoir se fait principalement par voie orale. Les réseaux communautaires sont traditionnellement forts, mais ils ont été ébranlés par les années de guerre civile (apparition de clivages; implication de certains leaders dans les groupes rebelles, etc.), ce qui rend plus difficile leur implication dans les projets, malgré la nécessité de renforcer leurs liens avec les structures de santé. Enfin, la religion occupe une place très importante.

Facteurs démographiques et sanitaires

Le pays compte 4,1 millions d'habitants avec un ratio homme/femme de 0,99. Le taux de natalité brut est de 39,1 pour 1 000 habitants,

le taux de fécondité de 5,2 par femme¹³ et le taux de croissance de 2,5 %¹⁴.

Les principaux indicateurs sanitaires restent à des niveaux inquiétants : le taux de mortalité maternelle est estimé à 990/100 000 (comparé à la moyenne subsaharienne de 720), le taux de mortalité infantile à 74/1 000 (comparé à la moyenne subsaharienne de 76) et le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans à 103/1 000 (comparé à la moyenne subsaharienne de 121)¹⁵. L'espérance de vie est actuellement de 54 ans pour les hommes et de 57 ans pour les femmes, ce qui est proche des moyennes de la région, respectivement de 52 ans pour les hommes et 56 ans pour les femmes. Le paludisme, les infections aiguës des voies respiratoires, la diarrhée, la tuberculose, le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles (IST), les maladies de la peau, la malnutrition et l'anémie sont les causes les plus fréquentes de maladie.

Facteurs liés à la politique de santé et l'organisation du système de santé

Les années de guerre ont déstabilisé l'ensemble des secteurs de l'économie nationale et des services publics. À ce titre, le système sanitaire est particulièrement affaibli, son fonctionnement dépend très largement de l'aide internationale et les ONG

13. OMS, Statistiques sanitaires mondiales 2012.

14. Unicef, « La situation des enfants dans le monde 2012. Les enfants dans un monde urbain », projection 2010-2030.

15. Unicef, « La situation des enfants dans le monde 2012. Les enfants dans un monde urbain », données de 2008 (taux de mortalité maternelle) et 2010 (taux de mortalité infantile et des enfants de moins de cinq ans).

internationales ont un rôle très important dans le soutien direct à des structures de santé (sur 521 structures – dont seules 389 sont fonctionnelles – 300 sont soutenues). Au niveau national, un plan stratégique de lutte contre la pauvreté (PRSP) est en cours de rédaction mais le plan sanitaire pour la période 2010-2015 met l'accent sur la santé maternelle et infantile, les ressources humaines en santé, le développement d'infrastructures de santé et la décentralisation de la politique de santé. Depuis un décret de septembre 2012, une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de sage-femme, profession par ailleurs autorisée à prescrire des médicaments de survie. Bien que la notification des décès maternels soit obligatoire, il n'existe à ce jour aucun audit ou revue systématique des décès maternels.

Quatre niveaux de structures existent :

1. **dispensaire** : structure de soins de santé primaires (SSP), couverture en zone rurale sur un rayon de 15 km ;
2. **centre de santé** : mêmes activités que les dispensaires + service d'urgence et maternité 24 h/24 ;
3. **hôpital régional de référence** : niveau secondaire, présent dans chaque région ;
4. **hôpital national de référence** : niveau tertiaire, un seul dans la capitale.

Dans ces structures, la prise en charge est gratuite et le personnel a un statut de fonctionnaire. Cependant, elles sont souvent surchargées, ce qui conduit à un temps d'attente relativement long et un temps

de consultation écourté. Si les soignants semblent soucieux de la confidentialité, les moyens de l'assurer n'existent pas toujours, par exemple en termes d'espace de consultation. En revanche, les soignants font preuve d'une grande disponibilité et présence auprès des communautés notamment en assurant des soins d'urgence en dehors des heures d'ouverture des structures de santé. Leur réputation auprès de la population est de ce fait très positive. Parallèlement au système de santé public, de nombreuses structures privées se sont développées, particulièrement dans la capitale. Elles offrent des services de qualité très variée mais certains services ne sont disponibles qu'auprès de ces structures privées (ophtalmologie, dentaire, psychologie). Enfin, les tradipraticiens constituent encore souvent le premier recours des populations en cas de maladie. L'approvisionnement en médicaments des structures publiques est irrégulier, insuffisant et problématique. Dans la théorie, il est censé être assuré par la Pharmacie centrale. Face aux défaillances de ce système, ce sont le plus souvent les ONG qui servent d'intermédiaire entre la Pharmacie centrale et les structures de santé, assurant paiement et transport des médicaments. De nombreuses « pharmacies par terre » constituent aussi des sources importantes d'approvisionnement en médicaments pour les populations.

Selon le dernier recensement réalisé par le ministère de la santé, le Libertaina compte actuellement 4970 personnels de santé dont 122 médecins, 270 assistants médicaux, 402 infirmiers,

297 sages-femmes. Il existe aussi des agents de santé communautaires formés par le ministère de la Santé. Bien que le ratio personnel médical/population puisse paraître correct, ces chiffres masquent le manque de personnel qualifié et de plus leur distribution géographique est inégale. La rémunération du personnel médical varie de 75 \$ (aide infirmier) à 800 \$ (médecin) et elle est souvent assurée par les ONG internationales. De plus, certains cas de corruption, par exemple des demandes de paiement pour des actes devant être gratuits, ont été sporadiquement signalés.

Facteurs géographiques et environnementaux

L'accessibilité géographique des structures de santé est très inégale selon les régions et fortement réduite pendant la saison des pluies de mai à septembre (très peu de routes en état, pluviométrie très importante).

1.1.3

LES PARTIES PRENANTES OU « STAKEHOLDERS »

➤ Après les facteurs qui influencent une situation, les parties prenantes ou *stakeholders* constituent la seconde composante du contexte qu'il convient d'analyser.

1/ DÉFINITION

Les parties prenantes, ou *stakeholders* représentent toutes les personnes, groupes de personnes ou organisations **susceptibles d'avoir un lien avec un projet**, de l'influencer ou d'être affectés par lui, que ce soit de façon directe ou indirecte, positive ou négative.

La traduction française du terme anglais *stakeholder* – partie prenante – ne rend pas tout à fait la notion de *stake* : « avoir des intérêts en jeu ». Elle accentue même la notion de « forte implication ». Aussi, dans les pages qui suivent, nous utiliserons plutôt le terme « acteur », plus usuel, au sens de personne ou groupe susceptible d'être affecté par un projet.

2/ IDENTIFICATION (MAPPING) DES ACTEURS/PARTIES PRENANTES

L'identification (*mapping*) des acteurs/parties prenantes consiste à rassembler, aux niveaux national, régional et surtout local, les données permettant de :

- dresser une liste la plus exhaustive possible des acteurs susceptibles d'avoir un lien avec le projet, de l'influencer ou d'être affectés par lui, que ce soit de façon directe ou indirecte, positive ou négative ;
- décrire leurs domaine(s) et champ(s) d'intervention, le territoire sur lequel ils opèrent et, lorsque c'est possible, leur stratégie.

Même si le projet n'est pas encore défini, il convient de repérer **tous les acteurs** (individus, groupes ou organisations) **susceptibles** d'avoir un effet direct ou indirect sur l'intervention de MdM sans oublier ceux qui pourraient empêcher/saboter la réalisation du projet (acteurs politiques, militaires, intérêts privés).

ZOOM
L'IMPORTANCE DE LA PRISE EN COMPTE
DES ACTEURS COMMUNAUTAIRES¹⁶

Nombre de projets de Médecins du Monde développent aujourd'hui **une approche communautaire** et travaillent avec divers types de représentants de la population : pairs, agents de santé communautaires, tradipraticiens, leaders religieux, etc. Ils se fondent sur l'idée que la **participation** des populations non seulement aide à améliorer la qualité des projets, en permettant une analyse plus précise de la situation et du contexte, mais donne aussi aux populations « le moyen d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé ». L'implication effective des acteurs communautaires permet aussi d'améliorer la pérennisation des changements induits par le projet. Les acteurs du Sud insistent fréquemment sur le fait que si les acteurs locaux n'ont pas pu prendre le temps de s'approprier le projet, il n'en reste plus rien une fois qu'il est achevé. Cependant, le travail des acteurs communautaires rencontre aussi des limites et des difficultés propres (isolement, compétences techniques limitées, manque de crédibilité vis-à-vis de la communauté ou des professionnels, jalousies et pressions

communautaires, politiques ou religieuses, conflits d'intérêts, voire mise en danger). Ces difficultés/limites doivent être identifiées dans l'étape d'identification des parties prenantes.

Pour éviter que les projets « construisent » et « fabriquent » des agents communautaires sans ancrage réel lors du démarrage du projet, il est essentiel d'identifier les acteurs préexistants lors de la phase de diagnostic.

L'identification des acteurs communautaires existants peut aussi permettre de prendre connaissance des mécanismes de solidarité locaux avec lesquels le projet pourrait composer. Qu'il s'agisse d'une situation d'urgence ou non, il serait contre-productif d'aller à l'encontre des stratégies et des capacités locales permettant de faire face à un problème.

L'identification des acteurs/parties prenantes (*mapping*) sera complétée dans les étapes ultérieures du diagnostic par une analyse plus fine des dynamiques existantes entre les acteurs et de leurs influences respectives.

Tout projet (existant ou futur) de MdM s'inscrit dans des réseaux d'acteurs avec lesquels il faut composer. Les connaître, c'est se donner les moyens de s'inscrire dans des dynamiques existantes. Cela permet d'améliorer la pérennité des changements induits par un projet tout en évitant de créer des modes d'organisation artificiels. On sait que la courte durée des projets influence la représentation qu'en ont les populations : ce sont « des étrangers qui ne font que passer » : trois ou quatre années d'activités représentent pourtant pour un projet une « longue » présence. Mais la fin d'un projet ne signifie pas que les conditions de sa

pérennité sur une base locale ont été réunies : au contraire, l'achèvement du projet entraîne à peu près systématiquement la disparition des activités. La pérennisation est donc un processus dynamique qui doit être pensé tout au long du projet. L'identification (*mapping*) des acteurs/parties prenantes avec lesquels s'articulera le projet en constitue donc l'un des prérequis.

Cette identification est tout aussi essentielle en vue de la mise en œuvre d'une éventuelle stratégie de plaidoyer au sein du projet. Elle permet de se familiariser en amont avec les enjeux de pouvoir et d'influence autour des thématiques qui seront abordées. Cependant, au moment de la programmation, il sera nécessaire d'identifier plus particulièrement parmi ces parties prenantes celles qui auront un rôle spécifique à jouer vis-à-vis de la thématique de plaidoyer retenue¹⁷.

Tant que la phase de diagnostic n'est pas terminée, on est dans un processus d'aller-retour permanent entre les différentes étapes. L'identification, la priorisation et l'analyse de problèmes collectifs de santé (PCS) – deuxième étape du diagnostic – permet d'affiner l'analyse des parties prenantes par la prise en compte des stratégies d'influence de chacun des acteurs vis-à-vis de chaque PCS retenu. La présence ou l'absence d'acteurs et l'analyse de leurs stratégies permet, dans la troisième étape du diagnostic, de faire des choix d'intervention selon les activités couvertes et non couvertes. Si dans les étapes ultérieures il apparaissait que les hypothèses de départ n'étaient pas les plus pertinentes, une nouvelle analyse des acteurs/parties prenantes serait alors nécessaire.

Si, lors de l'étape d'analyse des parties prenantes, il est intéressant de pouvoir identifier quels acteurs/parties prenantes peuvent constituer des partenaires potentiels, il est important de ne pas arrêter la recherche à ces derniers. En effet, si les acteurs existants représentent des parties prenantes dès lors qu'ils sont **susceptibles d'avoir un lien** avec les projets, ils peuvent en revanche ne pas être – et ne jamais devenir – des partenaires. Il est donc important de bien faire la distinction entre ces deux notions.

À MdM, l'identification des acteurs/parties prenantes permet de renseigner la matrice des acteurs. Ordonner les informations collectées sous la forme d'un tableau permet une systématisation minimale.

¹⁷. Pour plus d'informations concernant la construction d'une stratégie de plaidoyer, se référer au « Guide Plaidoyer » et à la boîte à outils « Plaidoyer », MdM, 2011, disponibles sur l'intranet de MdM en français, anglais et espagnol.

¹⁶. MdM, « Travailler avec les communautés », 2012.

EXEMPLE « FIL ROUGE »

TABLEAU PERMETTANT DE LISTER LES DIFFÉRENTS ACTEURS

	Secteur public	Secteur privé	Société civile	Coopération internationale (UN, ONG...), bailleurs
Niveau central	Ministère de la Santé, Pharmacie centrale ¹ , ministère des Finances, ministère de la Justice	Médias	Action pour la santé (APS) ² (ONG locale)	Merlin, SC-UK ³ , MSF-B, CICR, Marie Stopes, Unicef, Fnuap ⁵ , OMS, Fondation Clinton, UE, USAID
Niveau régional (district)	Préfet, police, autorités sanitaires régionales, structures publiques de santé	Hôpitaux/ cliniques privés, pharmacies privées	AMPF ⁴ (ONG locale)	SC-UK ³ , Africare, Marie Stopes, Fondation Clinton
Niveau local (communauté)	Sous-préfet, infirmier-chef de centre, police	Tradipraticiens, cliniques privées, pharmacies privées/ « pharmacie par terre », radios communautaires	Églises et leaders religieux, maires, groupements de « femmes traditionnelles » comités de santé, accoucheuses traditionnelles (AT), agents de santé communautaires (ASC)	SC-UK ³ , Africare

1. Institution de service public à but non lucratif.
2. ONG médicale très réputée au Libéria.
3. Save the Children UK.

4. Action médicale pour les femmes, ONG locale du district du Saapland.
5. Fonds des Nations unies pour les populations.

Sur la base du tableau précédent, l'équipe de mission exploratoire tire les conclusions suivantes :

→ De nombreuses ONG internationales présentes : bien qu'il existe une compétition entre certaines ONGI, la majorité d'entre elles collaborent

pour une mutualisation des moyens et la création de synergies entre les actions. Malgré tout, des difficultés de coordination et d'harmonisation des stratégies subsistent.

→ Des autorités sanitaires impliquées dont les moyens RH et financiers sont limités : focus sur la santé maternelle, le VIH/sida et le paludisme au niveau national, volonté de renforcer la décentralisation vers les autorités sanitaires régionales.

→ Des agences onusiennes très présentes au niveau national mais peu au niveau régional : le Fnuap promeut à l'échelle nationale la santé sexuelle et reproductive par un partage des leçons apprises et des expériences acquises avec l'organisation Marie Stopes International (MSI) sur la problématique de l'avortement, avec SC-UK et Africare sur la gratuité effective des accouchements.

→ Une présence importante du secteur privé : il est très utilisé mais sa qualité est discutable, et il est financièrement inaccessible pour une partie de la population. Certains services médicaux ne sont disponibles que par ce biais (ophtalmologie, dentaire, psychologie).

→ Une culture importante d'associations et d'organisations non gouvernementales visant divers objectifs sociaux, mais la société civile reste fragmentée par des clivages sociaux et communautaires apparus pendant le conflit civil (implication de certains

leaders dans les groupes rebelles); ces clivages sont notamment présents dans les réseaux d'accoucheuses traditionnelles (AT), d'agents de santé communautaire (ASC) et de groupements de femmes traditionnelles.

→ Souhait exprimé par une ONG locale (AMPF) de travailler avec Médecins du Monde sur des problématiques de santé sexuelle et reproductive : personnel qualifié mais manque de moyens et de coordination, forte présence dans les réseaux communautaires.

LA QUESTION DU PARTENARIAT

1/PARTENARIATS, ALLIANCES ET AUTRES FORMES DE RELATIONS

Malgré la diversité des approches et des pratiques de partenariat parmi les ONG françaises, ces dernières, regroupées au sein de la plateforme Europe du collectif Coordination Sud, se sont accordées autour d'une définition assez consensuelle du partenariat. Au terme de cette réflexion, le partenariat a été défini comme « la relation entre deux ou plusieurs organismes pour la mise en œuvre d'un projet, qui repose sur la coopération, respecte l'égalité de pouvoir des parties en se basant sur l'échange, la confiance, le respect des engagements, la transparence et la réciprocité. C'est un processus dynamique qui doit s'inscrire dans la durée, sur des compétences données et une vision partagée d'un objectif de solidarité internationale ».

Par ailleurs, un travail de formalisation a été effectué pour les 30 ans de MdM. Il en a résulté une définition du **partenariat** : « une relation établie entre des partenaires, c'est-à-dire des associés, deux individus, groupes ou structures qui se rejoignent

autour d'une idée ou d'un fait communs (organiser une action, réaliser un projet...). Partenaires, alliés, associés, collaborateurs : cette relation peut prendre diverses formes en fonction des objectifs partagés entre les différents acteurs »¹⁸.

Pour beaucoup d'organisations, le partenariat est un moyen d'impliquer des acteurs de la société civile dans la réponse et dans l'aide mise en œuvre. Cette démarche permet d'impliquer plus fortement les populations. Cependant, le partenariat ne renvoie pas uniquement à cette dimension : il peut être noué avec d'autres acteurs que ceux de la société civile (par exemple avec le ministère de la Santé, des acteurs privés, etc.) ; par ailleurs, toutes les relations de MdM sur ses terrains d'intervention ne relèvent pas forcément du partenariat.

MdM affirme l'importance d'établir des partenariats et ce pour plusieurs raisons. Ils permettent de :

- favoriser l'*empowerment*¹⁹ et la participation des acteurs locaux ;
- crédibiliser une démarche ou un projet (relations d'influence) ;

¹⁸. Forum 30 ans de partenariat : « Humanitaires et partenaires : nouvelles donnes? », *Humanitaire*, 26, 2010.

¹⁹. Traduit par Marie-Ange Freynet comme étant la « réappropriation active du pouvoir par la personne elle-même », pour plus d'informations se référer au guide MdM, « Travailler avec les communautés », 2012.

- favoriser la pérennisation des projets ;
- assurer le continuum des soins, c'est-à-dire une prise en charge globale et adaptée de la personne au sein de la famille, de la communauté, des structures de santé périphériques et des structures de santé de référence ; ce qui nécessite souvent des interventions complémentaires et coordonnées de plusieurs acteurs ;
- obtenir un support technique et matériel (relations d'expertise) ;
- transmettre des informations (relations de liaison) ;
- développer des stratégies de plaidoyer...

EXEMPLE « TERRAIN »²⁰

Projet de réponse Choléra en Haïti (2010-2011)

La réponse à l'épidémie s'est construite autour de nombreux partenariats sans lesquels le volume et la qualité des activités n'auraient pas pu être aussi satisfaisants. La recherche de partenariats prend beaucoup de temps et conduit à faire des concessions mais, en même temps, elle permet de mettre en œuvre une réponse de plus grande envergure.

RECOMMANDATION

» Il convient donc de favoriser les partenariats et la multidisciplinarité dans la réponse aux épidémies de choléra pour apporter une réponse intégrée.

Un partenariat se construit dans la complémentarité des savoirs et des compétences.

²⁰. Extrait des rapports de capitalisation et évaluation. Ces rapports sont disponibles sur l'intranet de MdM.

Cependant, il peut parfois être nécessaire de renforcer les capacités des organisations partenaires pour rendre le partenariat effectif et fonctionnel. On parlera alors de **relation de compagnonnage ou de soutien** : le soutien concerne les organisations partenaires qui sont dans une dynamique de développement institutionnel. Il vise à favoriser leur structuration et leur organisation afin qu'elles puissent pleinement jouer leur rôle d'acteur.

À NOTER /

Parfois, il n'y a pas de structure existante et reconnue. Le « partenariat » peut alors consister dans le soutien à la création de nouvelles organisations ou comités. Mais dans ce cas, il faut être attentif à ne pas imposer des formes d'organisations étrangères à la culture de travail ou de solidarité existante. De plus, il faut veiller à ce que ces nouvelles formes d'organisation ne se superposent pas à d'autres formes d'aide ou de solidarité existantes, ce qui risquerait de les affaiblir.²¹

Les **alliances** constituent d'autres formes de collaboration, mais elles sont moins formalisées qu'un partenariat. Ainsi, l'accord ou union conclu entre plusieurs individus, groupes, structures pour leurs intérêts communs n'est pas forcément formalisé par le biais d'une convention. La construction d'alliances comporte une médiation entre les différentes parties pour la définition d'objectifs, de règles éthiques de base et de domaines d'action communs. L'alliance peut être ponctuelle, et viser un objectif précis à court terme (par exemple dans le cas d'une action commune de plaidoyer). Une alliance peut alors être

²¹. MdM, « Travailler avec les communautés », 2012.

conclue entre des organisations qui ne partagent pas forcément les mêmes valeurs sur le fond, ni les mêmes modes d'action, mais qui se retrouvent sur une question précise (par exemple, la signature d'une lettre commune adressée aux autorités). Une alliance diffère d'un réseau dans le sens où elle ne formalise pas ses modes de fonctionnement et ne se projette pas nécessairement dans la durée.

Sur les terrains d'intervention, en fonction des acteurs en présence et des besoins spécifiques du projet, MdM peut construire d'autres types de relations²² :

→ **les relations de réseau :**

un réseau est constitué par un ensemble de personnes physiques ou morales qui entretiennent entre elles des liens formels ou informels autour de questions ou de préoccupations communes.

→ **les relations de délégation ou de sous-traitance :**

il s'agit d'un contrat par lequel une personne (le principal) engage une autre (l'agent) pour exécuter en son nom une tâche quelconque qui implique la délégation d'un certain pouvoir de décision (délégation partielle ou entière).

→ **les relations de financement**

(bailleur institutionnel, entreprises, etc.)

Ces relations ne relèvent pas du partenariat, tel que défini précédemment. Mais elles sont tout aussi importantes dans la mise en œuvre des projets de MdM.

À NOTER /

La question du partenariat est donc particulièrement importante pour MdM et doit être interrogée de façon systématique sur tous les terrains d'intervention.

22. Pour plus d'informations, se référer au « Manuel de planification des programmes de santé », MdM, 2006, Annexes IV et V.

2 / CRITÈRES DE QUALITÉ D'UN PARTENARIAT

Il est important d'avoir quelques éléments d'aide à la réflexion pour le choix d'un partenaire : plusieurs critères peuvent peser en faveur ou en défaveur de ce choix.

En fonction de rapports de force en présence et des objectifs du projet, ces éléments n'ont pas la même importance.

S'il est difficile de dresser une liste exhaustive de critères de choix d'un partenaire (ce choix étant par nature très dépendant du contexte et de l'intervention envisagée), on peut en revanche dresser une liste de « critères d'exclusion ». Ainsi, on peut considérer qu'une organisation appartenant à la société civile et qui correspond à un ou plusieurs des critères suivants, ne peut pas être un partenaire de choix pour MdM :

- valeurs contraires aux valeurs essentielles de MdM ;
- atteintes aux droits de l'homme ;
- prosélytisme religieux ;
- prosélytisme politique ;
- participation à la lutte armée ;
- partialité du soin...

Le partenariat avec des associations constituées ou des groupes informels locaux est difficile, notamment en raison de leur multiplicité et de leur dispersion. De plus, il existe peu de villages qui n'aient pas connu au minimum plusieurs projets successifs et parfois simultanés, sans coordination. Il est alors impossible de ne pas tenir compte de l'histoire locale de ces projets passés. Elle marque en effet profondément la perception que les populations ont des acteurs extérieurs qui sont déjà intervenus et elle peut avoir des conséquences concrètes sur l'acceptation des nouveaux projets.

EXEMPLE « TERRAIN »²³

Le partenariat entre MdM, New Vector et Hepa+ sur le projet RdR en Géorgie

« MdM prend ce programme très au sérieux : chaque fois que nous avons besoin de son soutien, MdM intervient, et rapidement. Nous avons côtoyé d'autres organisations internationales de par le passé, mais la relation était toujours compliquée. On ne nous écoutait pas, et tout avançait très lentement. »

» Un membre de New Vector

D'un point de vue organisationnel, le partenariat est une relation qui doit être fondée d'une part sur la définition conjointe des objectifs et des moyens à mettre en œuvre pour les atteindre, d'autre part sur un partage mutuel des responsabilités et enfin sur un apprentissage mutuel. Le partenariat est difficile mais essentiel : les partenaires sont souvent des interprètes socioculturels qui bénéficient d'une bonne connaissance du terrain et de l'organisation des communautés²⁴. Leur ancrage local leur confère un rôle de « passeurs de projets » permettant de reprendre et de maintenir les activités en place. Il faut toutefois porter une grande attention à la perception d'un partenaire par sa communauté ou une partie de sa communauté, notamment dans les contextes où il existe des clivages importants.

La plateforme Europe de Coordination Sud a identifié un ensemble de critères

23. Extrait des rapports de capitalisation et évaluation. Ces rapports sont disponibles sur l'intranet de MdM.
24. Cela, bien sûr, dans le cas où les partenariats sont établis avec des organisations locales et non pas internationales.

de qualité nécessaires à la formation d'une relation de partenariat solide et équilibrée²⁵ :

1. convergence de vue sur les finalités du projet ;
2. co-élaboration d'une stratégie de mise en œuvre ;
3. degré et mode d'implication de chacun des partenaires dans le projet ;
4. entente sur une répartition des rôles, des activités et des moyens ;
5. complémentarité des compétences et des moyens ;
6. réciprocité ;
7. inscription de la relation dans le temps ;
8. qualité des relations humaines ;
9. transparence.

Dès lors, il est possible de caractériser le partenariat au travers de **4 dimensions** :

- **une coélaboration** : le but est commun, les objectifs à atteindre sont partagés et coconstruits ;
- **une coresponsabilité** : les engagements sont réciproques et complémentaires (compétences, moyens) ;
- **une cogestion** : l'information est partagée et le rôle de chacun dans la gestion des activités et des moyens est clairement défini ;
- **une codécision** : le processus de décision est celui de la négociation, de la concertation et de la coopération et fait l'objet d'un consensus.

À NOTER /

À MdM, la question de la gestion de la décision est un élément primordial à négocier dans l'établissement de nos conventions ou de nos contrats de partenariat.

25. Pour plus d'informations, se référer au « Guide du partenariat » de Coordination Sud, 2006, disponible sur <http://www.coordinationsud.org/document-ressource/guide-partenariat/>

3 / ÉTAPES DANS LA CONSTRUCTION D'UN PARTENARIAT

Un partenariat peut se nouer à différentes phases du projet, même s'il est souvent préférable de l'établir au début, pour une meilleure compréhension des rôles et des objectifs de chacun.

EXEMPLE « TERRAIN »²⁶

Projet de réduction des risques au Vietnam (2005-2011)

Pour assurer la pérennité du programme, plusieurs partenaires vietnamiens ont été identifiés. Toutefois, cette identification s'est faite dix mois avant la fin du programme. Comme on pouvait s'y attendre, il était alors trop tard pour mettre en place un partenariat et assurer le transfert des activités.

RECOMMANDATION
» Démarrer un partenariat dès le début du projet pour permettre un renforcement des capacités du partenaire au fil du temps, et éviter ainsi l'arrêt brutal du projet.

Le groupe URD présente de la façon suivante les étapes de la construction d'un partenariat :

1. identifier le partenaire ;
2. fixer les principes du partenariat ;
3. clarifier les rôles et les responsabilités de chaque partie ;

26. Extrait des rapports de capitalisation et évaluation. Ces rapports sont disponibles sur l'intranet de MdM.

4. planifier les ressources ;
5. établir un mécanisme de résolution des conflits ;
6. rédiger l'accord de partenariat.

L'identification initiale des partenaires possibles repose sur l'analyse du contexte (même si cette dernière ne doit pas se limiter à la recherche de partenaires). Il s'agit de connaître les dynamiques et initiatives préexistantes afin d'identifier les demandes de partenariat potentielles et/ou les complémentarités possibles.

EXEMPLE « TERRAIN »²⁷

Projet de réduction des risques de catastrophes à Madagascar (2008-2010)

Les autorités locales ont été placées au cœur des activités de sensibilisation de la population. Leur légitimation auprès des populations et leur responsabilisation sur la gestion des risques ont été ainsi accrues. Leurs rôles et activités ont permis de créer une émulation et une dynamique qui ont amené les comités à prendre d'autres initiatives pour coordonner leurs réponses aux catastrophes.

RECOMMANDATION
» Avant toute création de structure de gestion des risques de catastrophes (GRC), s'enquérir de l'existence éventuelle d'organismes similaires, même inactifs, pour éviter de créer des entités parallèles qui pourraient ne pas être reconnues ou appropriées.

27. Extrait des rapports de capitalisation et évaluation. Ces rapports sont disponibles sur l'intranet de MdM.

Un « bon » partenaire peut être identifié avec une analyse des acteurs/parties prenantes. Croire que la seule motivation des différents acteurs est l'intérêt collectif est une illusion qui peut nuire au développement d'une action commune. Les intérêts particuliers, même s'ils ne sont pas clairement énoncés, président bien souvent à l'engagement des partenaires potentiels. La connaissance des acteurs en présence peut ainsi permettre d'explicitier au mieux ces intérêts et de construire, à partir de ces différentes motivations, un bien commun²⁸.

La clarification des rôles et des responsabilités

Cette étape doit intervenir dès le début du projet. Elle est indispensable pour ne pas susciter de l'incompréhension, des conflits ou de la frustration. Les questions à se poser sont alors les suivantes : Quelles sont les ressources à mobiliser par chaque partenaire ? Qui participe à la prise de décision ? Qui fait quoi ?

La répartition des rôles doit alors s'opérer de façon réaliste, ce qui implique d'avoir une bonne connaissance des capacités de chacun. De même, un comité de pilotage est un bon outil, mais il faut s'entendre sur qui représente chaque partenaire, le pouvoir de décision de chacun et la fréquence des rencontres.

Les partenariats impliquent l'institution MdM et non pas les individus qui élaborent ces partenariats. Les relations qui s'établissent entre partenaires doivent obligatoirement faire l'objet d'une formalisation, compte tenu des engagements qu'elles représentent et de la nature de ces partenariats.

28. MdM, « Manuel de planification des programmes de santé », 2006.

L'accord de partenariat²⁹ est la traduction contractuelle de l'entente construite. Même si, parfois, le contrat n'a pas de valeur juridique au sens moderne du terme (cadre législatif insuffisant, état de droit déficitaire, contexte de droit coutumier...), cela n'enlève rien à la nécessité d'en établir un. L'accord de partenariat reste indispensable en termes de clarification, d'explicitation et de communication. Il permet aussi à la relation d'être reconnue et légitimée. Une relation entre acteurs est vivante. Il en est de même pour les relations entre partenaires. Elles sont dynamiques et se construisent tout au long du cycle de projet. Un temps suffisamment long, beaucoup de patience et de nombreuses explications concernant les raisons de l'intervention, les méthodes, le fonctionnement et la mission sociale de l'ONG sont nécessaires pour établir un climat de confiance. Contrairement à une relation de sous-traitance, où il s'agit de « faire faire » par d'autres, un partenariat présuppose une relation collaborative plaçant chacun des acteurs dans une position d'égalité.

EXEMPLE « TERRAIN »³⁰

Le partenariat entre MdM, New Vector et Hepa+ sur le projet RdR en Géorgie

« Le partenariat en place est encore jeune, nous n'avons qu'une année de collaboration, mais les résultats indiquent qu'il s'est développé selon des modalités chaque fois plus positives, avec un renforcement marqué de la confiance et de la satisfaction vers le mois

29. Cf. Trames d'accord de partenariat en annexe dans le CD-Rom.

30. Extrait des rapports de capitalisation et évaluation. Ces rapports sont disponibles sur l'intranet de MdM.

d'août 2011, de l'avis de toutes et tous. Il a cependant également été souligné

que les premiers mois du partenariat avaient été quelque peu tendus. Les entretiens ont révélé que MdM cherchait, au cours de cette période, à mettre en place une ONG d'entraide légitime et opérationnelle par le biais de divers soutiens financiers et non financiers particulièrement orientés vers la mise en œuvre de services dans le centre d'accueil. L'organisation partenaire, New Vector, faisait cependant face à de nombreux défis relatifs à sa croissance rapide, ainsi qu'à un besoin d'élargissement de ses structures internes et ressources humaines. [...]

MdM a été en mesure d'identifier rapidement ces défis et d'intervenir en prenant des décisions relatives à la dotation en personnel et en mettant l'accent sur le développement des capacités et la planification des programmes. Ces décisions ont entraîné la mise en place d'une série de formations, l'embauche à temps plein d'un.e expert.e en RH venu.e de France (qui a également mené une série d'ateliers de planification participatifs), ainsi que l'instauration de réunions régulières de gestion, entre autres mesures. Suffisamment de temps a alors été alloué au développement du partenariat, à la planification et à la formation. Petit à petit, MdM est parvenu à établir une relation de confiance et un environnement d'apprentissage, à intégrer plusieurs perspectives, à négocier les différences en termes de pouvoir et de ressources, à identifier les terrains d'entente et créer une vision commune

– des facteurs clés pour tout développement réussi d'un partenariat, qui a effectivement besoin de temps pour croître.»

Les deux prochaines étapes du diagnostic représentent des moments privilégiés pour amorcer la définition et la construction d'un partenariat.

EN RÉSUMÉ

LES POINTS CLÉS DE L'ANALYSE DU CONTEXTE

→ L'analyse du contexte consiste à **collecter des données concernant les facteurs qui influencent une situation donnée, et les acteurs / parties prenantes susceptibles d'influencer**, positivement ou négativement, une action de santé, et à les analyser.

→ Une bonne analyse des acteurs/parties prenantes permet d'**identifier de potentiels partenaires pour le projet**.

→ Une analyse fine du contexte permet d'**identifier les potentielles difficultés de réalisation de l'action et les éventuels risques courus** par le personnel, les partenaires et les usagers.

→ La compilation et l'analyse des données se font selon des **méthodologies quantitatives et qualitatives complémentaires**.

→ **L'analyse des données doit se faire au fur et à mesure de leur compilation**, ce qui permet d'identifier les manques et de compléter les données.

→ Il est important de **trier les informations**, et de ne conserver que celles qui sont pertinentes.

→ Les données conservées et leur analyse doivent être retranscrites dans un **rapport de mission exploratoire**.

→ Les contextes sont évolutifs, **le processus doit être dynamique et les données doivent être revues et remises à jour** lors des étapes et phases ultérieures de la planification.



CONSTRUIRE UN ARBRE À PROBLÈMES



IDENTIFICATION, PRIORISATION ET ANALYSE DES PROBLÈMES COLLECTIFS DE SANTÉ

► Le modèle de planification de MdM repose sur une **approche par problème** et place la notion de problème au centre du montage de projet. Dans la pratique, le plus souvent, du fait des thématiques prioritaires choisies par MdM, une **approche mixte** est privilégiée : l'**approche populationnelle** permet de pré-identifier les populations vulnérables (par exemple, dans le cas de projets de réduction des risques, les usagers de drogues ou les personnes se prostituant) ; l'**approche par problème** permet de connaître plus précisément les problèmes prioritaires de ces populations vulnérables. Cette deuxième étape du diagnostic permet d'identifier et de confirmer les problèmes collectifs de santé (PCS) les plus importants sur la base de l'analyse contextuelle. Elle conduit à la troisième et dernière étape du diagnostic : l'identification d'un problème de santé publique (PSP) qui sera ciblé par l'intervention. Même lorsque le PSP sur lequel on souhaite intervenir est déjà pré-identifié, l'étude des PCS est indispensable pour vérifier la validité du choix et le confronter aux réalités du terrain.

EXEMPLE « TERRAIN »

Projet de réduction
des risques en Géorgie

Lors de la mission exploratoire menée en Géorgie, l'équipe était partie avec une hypothèse forte d'intervention : le remplacement des seringues pour réduire la transmission de l'hépatite C entre les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) et la population en général. Lors de son investigation, l'équipe avait pu confirmer une importante épidémie d'hépatite C et un accroissement de la présence du VIH dans la population des UDVI. Mais elle a aussi découvert un autre problème collectif de santé dont les conséquences en termes de santé publique étaient considérables, et contre lequel aucune action spécifique n'était menée : une dégénérescence neurologique liée à l'injection de psychotropes très toxiques fabriqués à partir de produits pharmaceutiques légaux. L'équipe a finalement changé radicalement la stratégie d'intervention et choisi d'orienter aussi son intervention vers la prévention des risques liés à la consommation de ces produits.

Le choix des personnes ressources impliquées dans la mission exploratoire est très important : la spécialité ou l'intérêt personnel a naturellement tendance à influencer le regard et le type d'informations collectées (par exemple, un gynécologue sera plus attentif aux problèmes de santé sexuelle et reproductive, un infectiologue au VIH, etc.). Une méthodologie rigoureuse et l'implication d'une équipe pluridisciplinaire dans le diagnostic initial permettent de limiter ces biais. Les termes de référence doivent

être précis et plusieurs acteurs (siège, terrain) doivent être impliqués dans leur définition. Quant au diagnostic lui-même, il doit être réalisé au minimum par deux personnes.

12A

DÉFINITIONS

➤ Qu'il soit individuel ou collectif, un problème de santé représente l'**écart** entre un état de santé (physique, mental, social) qui a été constaté, observé, exprimé et un état de santé considéré comme souhaitable ou attendu, défini par des références médicales élaborées par des experts, le législateur... ou par des normes sociales.

Un problème collectif de santé se caractérise par **la combinaison d'au moins deux** des trois éléments suivants :

- **sa fréquence (*magnitude*)** : incidence élevée, prévalence élevée, récurrence ;
- **sa gravité (*severity*)** réelle ou potentielle (susceptible d'entraîner des altérations importantes de la qualité de vie, des invalidités majeures ou des décès) ;
- **ses conséquences sociales, économiques** (coût qui peut être élevé pour la société, le système de soins et/ou les individus concernés).

Il faut noter qu'un problème collectif de santé est fortement influencé par son contexte, soit de façon positive, soit de façon négative. De même, plus une société a des moyens (financiers, d'information), plus des groupes d'autosupport (associations de patients) se forment autour de maladies parfois très rares, les transformant alors en PCS.

EXEMPLES « TERRAIN »

Différents types de problèmes de santé

Problèmes de santé individuels : ils peuvent être fréquents mais sans caractère de gravité ; ils entraînent donc peu de conséquences sociales ou économiques (ex/ verrues, hémorroïdes...).

Problèmes de santé soit individuels, soit collectifs en fonction du contexte et de la saisonnalité :

Ce sont :

→ **des problèmes de santé graves et plus ou moins fréquents en fonction du contexte et dont les conséquences socio-économiques dépendent de la fréquence (ex/ VIH en Syrie avec une très faible prévalence : problème de**

santé individuel à ce jour

– versus VIH au Botswana :
problème de santé collectif;

diabète au Mali avec une très faible
prévalence : *problème de santé
individuel à ce jour* – versus diabète
à Gaza avec une prévalence
particulièrement élevée : *problème
de santé collectif*;

→ **des problèmes de santé
fréquents et plus ou moins
graves** en fonction du contexte
et dont les conséquences socio-
économiques dépendent de
la gravité, elle-même liée à l'accès
à un système de santé de qualité
(ex/ diarrhée virale infantile
en France : *problème de santé
individuel* – versus diarrhée virale
infantile au Liberia : *problème
de santé collectif*);

→ **des problèmes de santé
peu graves, dont la fréquence
est saisonnière** et dont les
conséquences socio-économiques
deviennent importantes
(ex/ influenza en période non
endémique : *problème de santé
individuel* – versus influenza
en période endémique : *problème
de santé collectif*).

Problèmes de santé collectifs :
problèmes dont la gravité,
les conséquences socio-économiques
et le risque épidémique sont tels
qu'il s'agit d'un problème collectif
quelle que soit la fréquence
(ex/ épidémie d'Ebola).

1.2.3

IDENTIFICATION DES PROBLÈMES COLLECTIFS DE SANTÉ (PCS)

➤ Dans l'absolu, à un moment donné et dans un contexte donné, il existe un grand nombre de problèmes de santé individuels et/ou collectifs. Tous les problèmes collectifs de santé ne peuvent pas être repérés, mais il est néanmoins possible d'en identifier une grande partie grâce à deux diagnostics complémentaires : le **diagnostic épidémiologique** et le **diagnostic perceptuel**.

1/ DIAGNOSTIC ÉPIDÉMIO- LOGIQUE

L'épidémiologie permet d'établir un état des lieux concernant d'une part les problèmes de santé et leurs déterminants à partir de données quantitatives relatives à leur fréquence et à leur répartition au sein de la population; d'autre part les facteurs de risque et les conséquences qui y sont associés. Au stade du diagnostic initial, ces

informations sont récoltées à partir de sources secondaires (SNIS/SIS, registres d'enregistrements tenus par la communauté, rapports d'études...). C'est uniquement quand les données nécessaires n'existent pas qu'on peut envisager, dans certains cas, des enquêtes spécifiques pour une collecte de données quantitatives primaires (*voir plus loin le paragraphe sur les données primaires et secondaires*).

L'épidémiologie apporte une information essentielle sur la fréquence, la gravité et les conséquences sociales et économiques des PCS. Les données qui en sont issues

présentent l'avantage d'avoir une forte légitimité auprès des professionnels et autorités de santé.

Néanmoins, l'utilisation de données épidémiologiques nécessite une certaine prudence :

- **la collecte de données épidémiologiques est complexe et implique l'engagement de moyens considérables.** En conséquence, les sources secondaires sont le plus souvent globales et apportent rarement la précision souhaitée pour une connaissance satisfaisante à l'échelle locale ;
- **l'interprétation des données épidémiologiques doit être prudente et mérite une réflexion approfondie.** Les données épidémiologiques sont soumises à de nombreux biais liés à leur mode de collecte ainsi qu'à leur mode d'analyse. Ces biais tendent à sur ou sous-évaluer certaines estimations et rendent difficile la comparaison de données collectées et/ou analysées avec des méthodes différentes.

2 / DIAGNOSTIC PERCEPTUEL

Le diagnostic perceptuel permet un état des lieux des problèmes collectifs de santé « ressentis » (ou perçus) et exprimés. Ces informations collectées par des méthodes qualitatives (entretien, observation, focus group) ou quantitatives (questionnaire) permettent de connaître l'importance, la répartition et les conséquences des problèmes de santé par « l'expérience, la connaissance d'une situation et le ressenti des gens : populations et professionnels³¹ ». Ces diagnostics des problèmes collectifs de

santé sont issus de l'opinion des populations ou des professionnels de santé. Cette opinion est forgée par les connaissances, croyances, attitudes et valeurs d'un groupe à un moment donné de son histoire.

De la même façon que pour le diagnostic épidémiologique, il faut avoir le réflexe de chercher en priorité les données secondaires existantes avant d'envisager une collecte de données primaires.

Réaliser un diagnostic de perception est indispensable. En effet :

- multiplier les points de vue constitue une source de richesse pour essayer d'atteindre une compréhension la plus globale possible du problème. À ce titre, les experts issus des sciences sociales apportent un regard très pertinent sur les problèmes de santé ;
- intégrer les opinions des personnes potentiellement impliquées dans un projet répond à un souci éthique ;
- impliquer les groupes dans l'amélioration de l'état de santé est mobilisateur, et permet d'amorcer la construction de dynamiques participatives. Si les choix sont faits de façon consensuelle, aussi bien dans l'identification des problèmes collectifs de santé que dans la recherche de solutions, la pertinence des actions, leur acceptabilité et leur efficacité sont renforcées³².

Enfin, de la même façon que pour les données épidémiologiques, la collecte et l'utilisation de données relatives aux problèmes de santé perçus demandent que certains points soient examinés avec la plus grande vigilance :

- **le temps requis et les moyens méthodologiques doivent être adaptés à cette démarche pour garantir**

un recueil d'informations de qualité.

En effet, la consultation des personnes implique des capacités spécifiques :

- il est nécessaire que l'écoute soit la plus objective possible afin d'éviter la projection de nos propres problématiques,
- il faut pouvoir créer un climat de confiance favorisant la libre expression des personnes,
- il est indispensable enfin d'éviter quelques pièges susceptibles de rendre les résultats ininterprétables ;

- **il faut ouvrir le champ des problèmes de santé dont nous avons connaissance en y intégrant les ressentis et les perceptions d'autres interlocuteurs afin de renvoyer à des champs d'action qui ne sont pas du ressort de MdM.** Dans une analyse globale des problèmes collectifs de santé, certaines interventions relevant de différents secteurs de la société sont alors envisagées. Cette approche intersectorielle nous incite à engager des partenariats avec des organismes qui portent des actions complémentaires aux nôtres, mais nous devons prêter attention à ne pas créer d'attentes inutiles.

ZOOM RÉALISER UNE ENQUÊTE CAP PENDANT LA PHASE DE DIAGNOSTIC : DIAGNOSTIC ÉPIDÉMIOLOGIQUE OU PERCEPTUEL ?

Tout dépend de l'information recueillie lors de l'enquête. Pour certaines pathologies, les données épidémiologiques peuvent ne pas être disponibles. Dans ce cas, l'enquête peut consister à quantifier l'ampleur de ces pathologies, en termes de fréquence, de gravité et de conséquences sociales/économiques.

Dans ce cas on ne se situe pas dans le cadre d'une enquête CAP au sens strict du terme, mais on saisit l'opportunité de l'enquête pour « glisser » des questions, voire des mesures épidémiologiques. L'information recueillie est quantitative, il s'agit d'un diagnostic épidémiologique. L'enquête peut aussi chercher à identifier les problèmes de santé ressentis par les personnes elles-mêmes à partir de leurs connaissances, croyances, attitudes, valeurs, etc. L'information recueillie est qualitative, il s'agit d'un diagnostic perceptuel.

ZOOM DEMANDER L'AVIS DES FONCTIONNAIRES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ PENDANT LA PHASE DE DIAGNOSTIC : DIAGNOSTIC ÉPIDÉMIOLOGIQUE OU PERCEPTUEL ?

Tout dépend des données à l'appui. Si les fonctionnaires du ministère de la Santé s'appuient sur un ensemble de données quantitatives précis et accessible à MdM, alors il s'agit d'un diagnostic épidémiologique. S'il n'existe pas de données quantitatives à l'appui ou si elles ne sont pas accessibles pour MdM, l'avis donné ne relève que de l'opinion de la personne qui l'énonce, même si cette dernière est ministre de la Santé. Il s'agit donc d'un diagnostic perceptuel.

31. D'après Baumann M, Cannet D, Châlons S., « Santé communautaire et action humanitaire, le Diagnostic de santé de population », Nancy, ENSP, 2001.

32. Pour en savoir plus, se référer au guide MdM, « Collecte de données : méthodes qualitatives », 2^e édition, 2012.

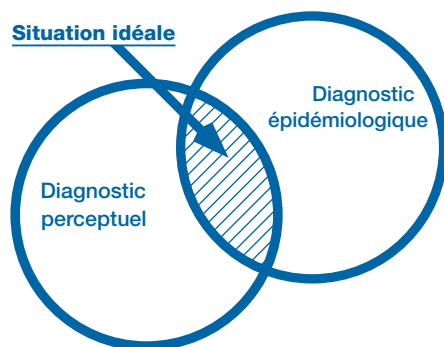
3 / SYNTHÈSE DES DEUX DIAGNOSTICS

Il est important de noter que les diagnostics épidémiologique et perceptuel ne s'opposent pas, mais sont **complémentaires**. Les informations recueillies peuvent ainsi se recouper ou pas.

Trois situations sont alors à envisager :

- **situation idéale** : les PCS se situent sur l'interface et les avis convergent. C'est une situation très fréquente ;
- le **diagnostic perceptuel** rend compte de problèmes collectifs de santé ressentis/exprimés mais qui n'apparaissent pas dans le diagnostic épidémiologique ;
- le **diagnostic épidémiologique** rend compte de problèmes collectifs de santé non exprimés/ressentis.

Situation idéale



La prise en compte de **PCS situés à l'interface** permet de mobiliser davantage les populations et les différents acteurs pour la résolution de ces problèmes de santé. Elle participe ainsi à l'efficacité et à l'efficience des interventions. Toutefois, il peut être tout aussi légitime de travailler sur des problèmes de santé qui ne se situent pas à l'interface.

En santé communautaire, par exemple, on choisit de travailler en première intention sur les **PCS ressentis/exprimés** chaque fois que cela est possible.

Par ailleurs, souvent certains PCS ne font pas l'objet de statistiques, c'est le cas par exemple des violences sexuelles ou des problèmes de santé mentale dans des contextes de conflit. Seule une approche perceptuelle permet alors de révéler ces PCS. Dans le Nord-Kivu, par exemple, il n'existe pas de données statistiques concernant les femmes victimes de violences sexuelles, cependant les témoignages de ces nombreuses victimes permettent d'identifier ces violences comme un PCS important dans la région.

À l'inverse, il peut être tout aussi pertinent de répondre à des PCS qui ne sont pas exprimés par les personnes. Tel est le cas pour des thèmes tabous (ex/ au Mali, les femmes souffrant de fistules vésico-vaginales craignent d'en parler, en raison de la stigmatisation liée à cette affection) ou bien lorsque les campagnes de sensibilisation n'ont pas permis aux populations d'identifier un problème de santé comme faisant partie de leur réalité (le sida au tout début de la maladie dans certaines régions). Néanmoins, il est important de savoir si ces populations se sentent particulièrement concernées par ces problèmes ; en effet, cette information peut avoir des conséquences directes en termes de programmation et de mise en œuvre.

Pour l'exercice de priorisation, il est donc important de ne pas exclure les PCS ne se situant pas à l'interface. Lors de cette étape, il est également essentiel de ne pas se concentrer sur une thématique d'intervention précise, même lorsque le diagnostic a été motivé par une hypothèse d'un PCS existant. Il convient de rester ouvert à la possibilité de déceler des problèmes de santé

finale plus importants que ceux qui ont été diagnostiqués lors de l'hypothèse initiale. Pour garantir cette ouverture, l'identification doit aboutir à **une liste de cinq à dix PCS au moins**.

Une fois identifiés par l'un ou l'autre diagnostic, les caractéristiques des PCS retenus doivent être décrites et doivent permettre de répondre aux questions : **Qui** (nombre et type de personnes concernées par ce problème de santé), **Quand** (saisonnalité) et **Où**.

EXEMPLE « FIL ROUGE » LA SYNTHÈSE DES DEUX DIAGNOSTICS

Au Libéria (Afrique), les statistiques du ministère de la Santé mettent en avant plusieurs problèmes collectifs de santé :

→ **Le taux de mortalité maternelle** est estimé à 990/100 000, comparé à la moyenne subsaharienne de 720 ; 37,1 % des accouchements se déroulent dans une structure de santé et 10,2 % des femmes utilisent un moyen de contraception moderne.

→ **La diarrhée** est la deuxième cause principale de morbidité et de mortalité au niveau national chez les enfants de moins de 5 ans et survient surtout en saison des pluies.

→ Les estimations du taux de prévalence du **VIH** varient beaucoup : le Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté suggère un chiffre de 5,2 %, l'estimation de l'Enquête démographique et de santé est de 1,5 % alors que les enquêtes sentinelles réalisées à travers le pays font état d'une prévalence de 3 % environ.

→ **Le paludisme** représente plus de 40 % des consultations externes et jusqu'à 18 % des décès chez les enfants de moins de 5 ans.

→ **La malnutrition** provoque 20 % des décès de nourrissons et le taux de malnutrition aiguë est de 6,2 %. Elle est particulièrement élevée dans les zones urbaines.

→ **Les pneumonies** sont responsables de 14 % des décès chez les enfants de moins de 5 ans, et 69,6 % des enfants de moins de 5 ans avec une infection aiguë des voies respiratoires sont traités dans une structure de santé.

→ Comme dans de nombreux autres pays dans un contexte de post-conflit, l'incidence des **troubles de santé mentale**, y compris le syndrome post-traumatique (PTSD) est extrêmement élevée.

Les « focus group » et les entretiens individuels organisés d'une part avec les leaders communautaires, les comités de santé, les leaders religieux et les agents de santé communautaires, et d'autre part avec les accoucheuses traditionnelles et les groupements de femmes, ont permis d'identifier les problèmes de santé collectifs perçus par les populations. Si la plupart des PCS se recourent, **les troubles de santé mentale ont été peu évoqués** par les deux groupes. Il a surtout été question des difficultés liées aux accouchements, de la fréquence des décès maternels et du VIH/sida. Le nombre élevé d'enfants par ménage est aussi ressenti comme un facteur de difficulté.

De nombreux cas de malnutrition, de diarrhées et de pneumonies sont évoqués chez les enfants de moins de 5 ans. Enfin, le « focus group » mené avec les femmes a permis de révéler l'existence de nombreuses violences liées au genre au niveau du district.

ZOOM

L'APPROCHE DE PROMOTION DE LA SANTÉ : UNE UTILISATION CONJOINTE DES DIAGNOSTICS ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET PERCEPTUEL

L'approche de promotion de la santé est au cœur de l'action de MDM. Il est donc fondamental de bien comprendre ce concept, qui doit guider et influencer les décisions à prendre tout au long du processus de planification.

La promotion de la santé représente à la fois un concept et des stratégies.

→ Le concept repose sur une approche philosophique et politique
Selon la Charte d'Ottawa, la promotion de la santé est un processus qui confère aux individus et aux populations les moyens d'assurer un meilleur contrôle sur les déterminants de la santé — et de ce fait d'améliorer leur santé ; d'agir sur leur environnement ou d'évoluer avec celui-ci pour maintenir ou améliorer leur état de santé. La santé est ainsi perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme un but en soi. La promotion de la santé prend en compte l'ensemble des déterminants qui interviennent sur la santé (changement social, politique, économique...) et vise à promouvoir

la participation effective du public. Les personnes sont considérées comme autonomes et la participation des usagers dans les programmes de santé est reconnue.

→ Les stratégies

La promotion de la santé constitue une approche globale, multisectorielle. À chacune des quatre phases du cycle de projet, elle associe non seulement les aspects curatifs et préventifs du soin, mais aussi les déterminants de la santé liés aux organisations et aux politiques.

En promotion de la santé, on essaie d'agir de façon concomitante sur les cinq axes d'intervention listés dans la Charte d'Ottawa. Ces cinq axes représentent chez MDM les bases de réflexion utilisées pour définir les stratégies d'intervention des projets. Dans ces axes se retrouvent en effet des éléments aussi essentiels que l'accès aux soins (services de santé, milieux de vie favorables et aptitudes individuelles), la dimension communautaire (approches communautaires) et le plaidoyer (politiques publiques saines), dimensions prioritaires des projets de MDM.

12C

PRIORISATION DES PROBLÈMES COLLECTIFS DE SANTÉ

➤ Les PCS ont donc été identifiés à l'aide des diagnostics épidémiologique et perceptuel. Cinq à dix PCS ont été retenus. Il convient alors d'établir une priorisation afin de **conserver un, deux ou trois PCS** qui feront l'objet d'une analyse approfondie.

La **priorisation** des PCS se fait sur la base d'une méthodologie **prédéfinie**, mais également d'une **négociation** entre les différents acteurs, ce qui permet de trouver un **langage commun**.

Il existe **deux méthodologies** distinctes **pour prioriser les PCS** identifiés :

- **la priorisation par critères** permet de classer les PCS en fonction de données préétablies ;
- **la priorisation par paires** permet de les hiérarchiser en les comparant deux à deux.

Ces deux méthodes sont complémentaires et on ne doit en négliger aucune.

1/LA PRIORISATION PAR CRITÈRES

La priorisation par critères consiste à attribuer un degré d'importance aux cinq à dix PCS retenus et ce pour une population choisie (population générale/population vulnérable...). On utilise les critères qui caractérisent un PCS :

- **la fréquence et l'étendue (magnitude)** : taux et données bruts de la prévalence et de l'incidence, morbidité, récurrence ;
- **la gravité (severity)** réelle ou potentielle : mortalité, handicap/dépendance ;
- les **conséquences** psychosociales, sociales, économiques...

Le degré d'importance peut être défini en fonction des informations quantitatives et qualitatives collectées lors du diagnostic. Il s'agit alors de classer les PCS en fonction de leur degré de gravité ressenti, de leur fréquence ressentie et de leurs conséquences ressenties.

La priorisation doit aboutir à une liste réduite de trois PCS au maximum.

À partir de la liste de problèmes de santé établie lors de l'identification, on accorde une (peu important), deux (important) ou trois (très important) croix à chaque PCS pour chacun des critères définis ci-dessus (gravité, fréquence, conséquences). Une fois le tableau complété, on fait le total de chaque ligne et on retient les trois PCS ayant le plus de points.

La priorisation par critères est faite à partir de critères prédéfinis (gravité, fréquence, conséquences sociales et économiques). Ces notions sont relativement complexes et peuvent être comprises différemment par les interlocuteurs à qui il peut être parfois difficile de les expliquer. Il est alors plus simple, et tout aussi efficace, de demander aux divers groupes de personnes interrogées (communautés, professionnels de santé...) de classer les PCS selon l'importance qu'ils leur accordent, quels que soient les critères implicites qu'ils utilisent.

On commence par la première case, en haut à gauche du tableau, et on compare le PCS de chaque ligne avec celui de chaque colonne : par exemple ligne 1 (VIH/sida) par rapport à la colonne B (paludisme), puis colonne C (diarrhées), etc. On passe ensuite à la ligne 2 (paludisme) et on opère de la même façon. Les participants choisissent, sur la base de leurs ressentis et expérience, et sans que des critères particuliers leur soient donnés, lequel des deux PCS leur semble le plus important. Puis on continue de gauche à droite et de haut en bas, jusqu'à ce que toutes les paires de PCS aient été comparées.

Une fois cette étape achevée, on comptabilise le nombre de fois où chaque PCS a été choisi, et on retient les trois PCS ayant totalisé le plus de points.

Cet exercice est réalisé avec différents groupes ; à la fin du processus il existe autant de tableaux que de groupes ayant participé. Il faut alors non pas faire une synthèse des différents tableaux, mais au contraire étudier les points de convergence et les points de divergence de façon à retenir un à trois PCS prioritaires.

2 / LA COMPARAISON PAR PAIRES

La comparaison par paires (*pair wise ranking*) consiste à classer les PCS identifiés les uns par rapport aux autres en les comparant deux à deux.

Il est particulièrement important de veiller à faire ressortir l'expression des groupes minoritaires. Pour cela, et dans l'idéal, cet exercice doit être réalisé lors de « focus groups » réunissant différents acteurs, soit issus de la population soit des professionnels. Lorsqu'il n'est pas possible de constituer des « focus groups », il faut au moins s'assurer que les groupes réunis soient homogènes, de façon à ne pas écraser **les groupes minoritaires**, mais au contraire à **favoriser leur expression**.

La méthode consiste à présenter aux participants des paires de PCS, et à leur demander pour chaque paire, lequel des deux PCS ils considèrent comme le plus important.

EXEMPLE « FIL ROUGE » TABLEAU DE PRIORISATION PAR CRITÈRES

Problème collectif de santé	Fréquence (incidence, prévalence...) Niveau national/local	Gravité (décès, invalidité...) Niveau national/local	Conséquences (absentéisme scolaire ou au travail, diminution des revenus du ménage, exclusion sociale...)	Total
A : paludisme	+++	++	+++	8
B : diarrhées	++	+	+	4
C : VIH/sida	+	+++	++	6
D : pneumonie	++	++	++	6
E : troubles psychologiques	++	+	++	5
F : mortalité maternelle	++	+++	+++	8
G : malnutrition	+	++	++	5
H : violences liées au genre	++	++	++	6

Les informations quantitatives collectées lors du diagnostic épidémiologique ont permis à l'équipe de mission exploratoire de renseigner le degré de gravité et de fréquence et les conséquences (une, deux ou trois croix) des PCS de A à H.

Les croix de la ligne : « violences liées au genre » ont été complétées à partir de la gravité, de la fréquence

et des conséquences ressenties par les populations, données qualitatives recueillies lors du « focus group » et des entretiens avec les femmes. **Les PCS prioritaires sont donc le paludisme (total = 8) et la mortalité maternelle (total = 8).** Suivent le VIH/sida (total = 6), les pneumonies (total = 6) et les violences liées au genre (total = 6).

EXEMPLE « FIL ROUGE » TABLEAU DE PRIORISATION PAR PAIRES

Les PCS perçus comme prioritaires par le focus group réunissant les leaders communautaires, les comités de santé, les leaders religieux et les agents de santé communautaires (*voir tableau page suivante*) sont le paludisme (total = 6), le VIH/sida (total = 5) et la mortalité maternelle (total = 4).

	A : VIH/sida	B : paludisme	C : diarrhées	D : pneumonie	E : mortalité maternelle	F : problème psychologique	G : violences liées au genre
A : VIH/sida		B	A	A	A	A	A
B : paludisme			B	B	B	B	B
C : diarrhées				C	E	C	C
D : pneumonie					E	D	D
E : mortalité maternelle						E	E
F : troubles psychologiques							G
G : violences liées au genre							
Total A = 5; Total B = 6; Total C = 3; Total D = 2; Total E = 4; Total F = 0; Total G = 1							

des populations ne sont pas homogènes et la priorisation peut être un processus long, voire conflictuel.

3 / CROISEMENT DES DEUX MÉTHODES

Au moment de la priorisation, les PCS retenus comme prioritaires peuvent être les mêmes ou différents en fonction de la méthode appliquée. Lorsque des PCS sont retenus comme prioritaires selon les deux méthodes, et par les différents groupes sollicités, il est alors plus facile de mobiliser les populations et les différents acteurs pour la résolution de ces PCS.

Mais, une fois encore, certains PCS, non perçus comme prioritaires par les différents acteurs, peuvent toutefois s'avérer essentiels et nécessiter une intervention. Il est donc particulièrement important de pouvoir justifier et assumer le choix de travailler sur des sujets non perçus comme prioritaires par les populations.

Dans tous les cas, une restitution aux participants et une communication autour des choix réalisés permettent d'atténuer les éventuelles déceptions ou frustrations si les problèmes exprimés par les populations et qui leur tiennent particulièrement à cœur ne sont pas retenus.

EXEMPLE « FIL ROUGE » LE CROISEMENT DES DEUX MÉTHODES DE PRIORISATION DES PCS

Le croisement des deux méthodes de priorisation (par critères et par paires) a permis à l'équipe de mission exploratoire de faire ressortir plusieurs PCS prioritaires : le paludisme, le VIH/sida, la mortalité maternelle et les violences liées au genre. L'équipe de mission exploratoire doit maintenant sélectionner un à trois PCS prioritaires. Le paludisme, le VIH/sida et la mortalité maternelle ont été reconnus comme prioritaires par les deux méthodes. Cependant, un groupe a fait ressortir les violences liées au genre comme prioritaire, et ce PCS est peu documenté par les données épidémiologiques existantes. Il apparaît alors intéressant de le sélectionner.

Le taux de mortalité maternelle au Libéria est un des plus élevés de la région subsaharienne et ce PCS correspond à une des thématiques prioritaires de MdM. Par ailleurs, MdM met déjà en œuvre plusieurs projets de lutte contre le paludisme dans les pays frontaliers du Libéria et cette maladie cause jusqu'à 18 % des décès chez les enfants de moins de 5 ans.

À l'issue de cette première étape du diagnostic, trois PCS ont été retenus comme prioritaires : la mortalité maternelle, le paludisme et les violences liées au genre. Pour la suite de cet exemple, le PCS étudié est la mortalité maternelle, mais la démarche est la même pour les autres PCS retenus comme prioritaires.

ZOOM LA PRIORISATION DES PCS

Pendant le diagnostic, la simple présence d'une organisation fait naître des attentes au sein d'une population. La priorisation des PCS est la première étape vers l'action et elle participe à la conclusion formelle du diagnostic. L'inscrire dans un processus participatif peut permettre une meilleure compréhension du projet et des choix effectués ultérieurement par les populations. Cela ne signifie pas forcément qu'on puisse obtenir un consensus sur ce qui est prioritaire, mais plutôt qu'on comprenne mieux ce qui est prioritaire et pour qui. Les besoins

L'exercice a été refait avec le focus group réunissant les accoucheuses traditionnelles et les groupements de femmes; et a donné des résultats différents :

Total A = 4; Total B = 5; Total C = 2; Total D = 1; Total E = 4; Total F = 0; Total G = 5.

Les PCS perçus comme prioritaires diffèrent de ceux du focus group précédent. Il s'agit du **paludisme** (total = 5) et des **violences liées au genre** (total = 5), puis du **VIH/sida** (total = 4) et de la **mortalité maternelle** (total = 4).

Les violences liées au genre y sont perçues comme plus importantes que le VIH/sida, les diarrhées, les pneumonies et les troubles psychologiques.

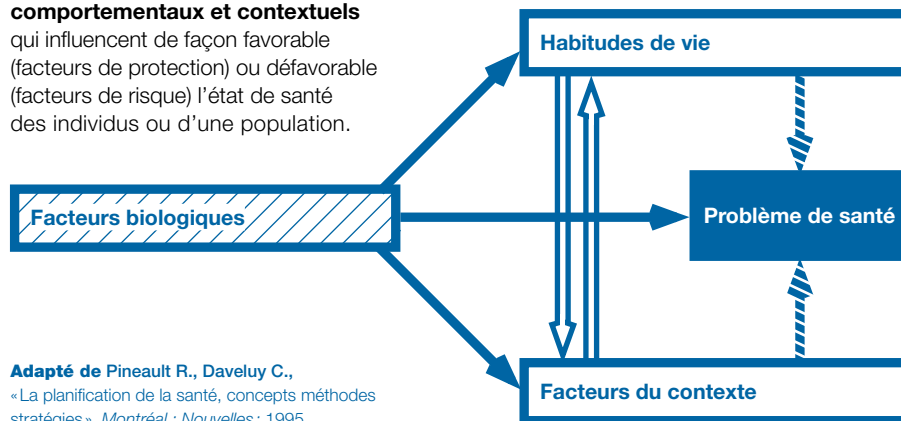
1.2D

ANALYSE APPROFONDIE DES PCS PRIORITAIRES RETENUS

➤ Une fois la priorisation terminée, on procède à l'analyse approfondie du ou des PCS retenu(s), et de ses/leurs **déterminants**. Il s'agit ici d'approfondir l'analyse macro du contexte réalisée en début de diagnostic, afin d'identifier plus précisément les causes et conséquences de chacun des PCS priorisés.

1/ DÉFINITIONS

Les **déterminants** de la santé : ce sont **les facteurs biologiques, comportementaux et contextuels** qui influencent de façon favorable (facteurs de protection) ou défavorable (facteurs de risque) l'état de santé des individus ou d'une population.



Adapté de Pineault R., Daveluy C., « La planification de la santé, concepts méthodes stratégies », Montréal : Nouvelles ; 1995.

2 / L'ANALYSE DU PROBLÈME

ZOOM DIFFÉRENCIER UN PROBLÈME COLLECTIF DE SANTÉ ET UN DÉTERMINANT

Il est essentiel de faire la différence entre un **problème collectif de santé** et un **déterminant**, c'est-à-dire la cause de ce problème de santé. Par exemple, si l'on interroge des populations sur les problèmes de santé rencontrés, la réponse peut concerner le manque d'eau. Il s'agit bien sûr d'un problème, mais quel est son impact sur la santé ? Ce peut être la surmorbidity due aux maladies diarrhéiques par exemple. Le manque d'eau est de fait l'un des déterminants qui contribuent aux problèmes de santé liés à l'eau tels que les diarrhées.

Les facteurs qui influent sur la santé sont multiples et interagissent les uns avec les autres. Pour chaque PCS, il faut identifier les liens de causalité entre les différents déterminants identifiés. Au fur et à mesure de l'analyse, on construit un ou plusieurs **arbre(s) à problème(s)**. Les déterminants constituent les « racines » du problème, le problème collectif de santé le « tronc », et les conséquences les « branches ».

À NOTER /
Un arbre à problème(s) se construit progressivement, en recherchant pour chaque PCS quels sont les déterminants directs, puis les déterminants indirects, et ainsi de suite...

- Chaque déterminant identifié peut :
- avoir un lien direct avec le problème de santé (le sevrage brusque pour la malnutrition ou la pratique de rapport sexuel à risque pour les IST) ou un lien indirect (les inégalités de genre peuvent entraîner une difficulté d'accès aux soins et en conséquence une augmentation de la mortalité maternelle) ;
 - être un facteur isolé (le tabac est un déterminant du cancer du poumon) ou une conjugaison de facteurs (une mauvaise alimentation associée à un manque d'activités sportives peut entraîner des maladies cardiovasculaires) ;
 - exposer les populations de façon individuelle (tabagisme actif) ou collective (tabagisme passif) ;

Il est important d'analyser l'ensemble des déterminants même s'il existe des déterminants sur lesquels on ne peut pas agir (ex / sexe, âge).

Pour construire un arbre à problème(s), il peut être intéressant de réunir différents acteurs ; quand le diagnostic se déroule dans un contexte où MdM est déjà présent, il est souhaitable de faire participer l'équipe intervenante.

En fonction des PCS retenus, il faut s'assurer que toutes les grandes catégories de déterminants sont représentées dans l'arbre à problèmes (**facteurs biologiques, habitudes de vie, contexte**). Il est important de ne pas seulement se limiter aux déterminants sanitaires, au risque de ne pas analyser correctement les causes du problème. De même, l'existence ou l'absence de traitements, techniques ou approches médicales, la possibilité ou l'impossibilité de les mettre en œuvre, constituent des déterminants du contexte qu'il est important d'inclure dans l'arbre à problèmes.

Le rapport de mission exploratoire

doit faire apparaître, pour chaque PCS prioritaire, une analyse complète qui comprend :

→ la description du problème :

Qui (nombre et type de personnes concernées), **Quand** (saisonnalité) et **Où** (ampleur, évolutivité, etc.).

Les perceptions du problème par la population et les représentations socioculturelles au sein d'une population (en France ou à l'étranger) font partie de la compréhension des problèmes de santé et des réponses que les groupes ou populations leur donnent, incluant la notion d'itinéraire thérapeutique ;

→ les causes du problème :

c'est-à-dire les déterminants ;

→ les conséquences du problème :

sanitaires, sociales, psychosociales, économiques, etc.

Les causes et conséquences représentées dans l'arbre à problème(s) doivent être explicitées et faire l'objet d'un rapport circonstancié, appelé dans notre vocabulaire habituel un « narratif ».

EXEMPLE « FIL ROUGE »

CONSTRUCTION D'UN ARBRE À PROBLÈMES

Pour construire cet arbre à problèmes (voir pages suivantes), l'équipe de mission exploratoire a cherché à identifier les causes et conséquences d'une mortalité et d'une morbidité maternelles élevées.

Les principales causes de décès maternels sont³³ :

- hémorragies ;
- septicémies ;

- éclampsies et troubles liés à l'hypertension ;
- travail dystocique ;
- avortements à risque.

Les conséquences : la surmortalité maternelle due à de nombreuses fistules obstétricales et infections chroniques entraîne un recours aux soins plus important (augmentation des dépenses de santé et baisse de la productivité au travail). De plus, la mortalité maternelle a un impact fort sur la mortalité néonatale et infantile, de par l'absence de prise en charge des enfants dans les foyers.

Les hémorragies, septicémies, éclampsies et troubles liés à l'hypertension ainsi que les décès dus à des complications obstétricales sont dus à des **facteurs contextuels** (prise en charge inadéquate et tardive des complications obstétricales), des **facteurs biologiques** (prévalence élevée d'anémies sévères liée à la drépanocytose) et des **habitudes alimentaires** (régime alimentaire dans la région qui accentue les anémies et les risque de décès liés à une hémorragie).

Alors qu'il est difficile d'influer sur les facteurs biologiques, les facteurs contextuels présentent certains leviers d'action. Pour identifier les points de blocage dans l'accès aux soins³⁴, il est possible d'interroger les aspects suivants ; s'agit-il d'un problème concernant :

- la disponibilité des services de santé ?
- l'accessibilité (financière, géographique, socioculturelle) à ces services ?
- l'utilisation des services de santé ?
- la couverture des services de santé ?

Dans le cas du Libéria, l'analyse du contexte a permis à l'équipe d'identifier un système de santé fragilisé par les années de guerre civile. Si la prise en charge est gratuite dans les structures publiques, elle reste difficile d'accès dans certaines régions. On constate un manque de personnel qualifié ainsi que de fréquentes ruptures de stock en médicaments essentiels. Par ailleurs, les tradipraticiens constituent souvent le premier recours des populations en cas de maladie.

Les points de blocage dans la prise en charge des complications obstétricales se situent donc

à plusieurs niveaux :

- une faible couverture des consultations prénatales (CPN) et des soins obstétricaux (SOUB et SOUC) ;
- une faible utilisation des services de soins obstétricaux avec de nombreux accouchements à domicile et le recours privilégié aux accoucheuses traditionnelles ;
- une difficulté d'accès géographique aux structures de santé ;
- une indisponibilité des SOUC et des SOUB incomplets à cause de protocoles médicaux non mis à jour, d'un manque de personnel qualifié, de l'absence d'un système de référencement due à un manque de critères de référence et d'ambulances fonctionnelles.

Les avortements à risque sont dus à des **facteurs contextuels** (avortement légal seulement en cas de viol ou de danger pour la mère, nécessité d'avoir l'accord de deux médecins et absence de soins post-avortement).

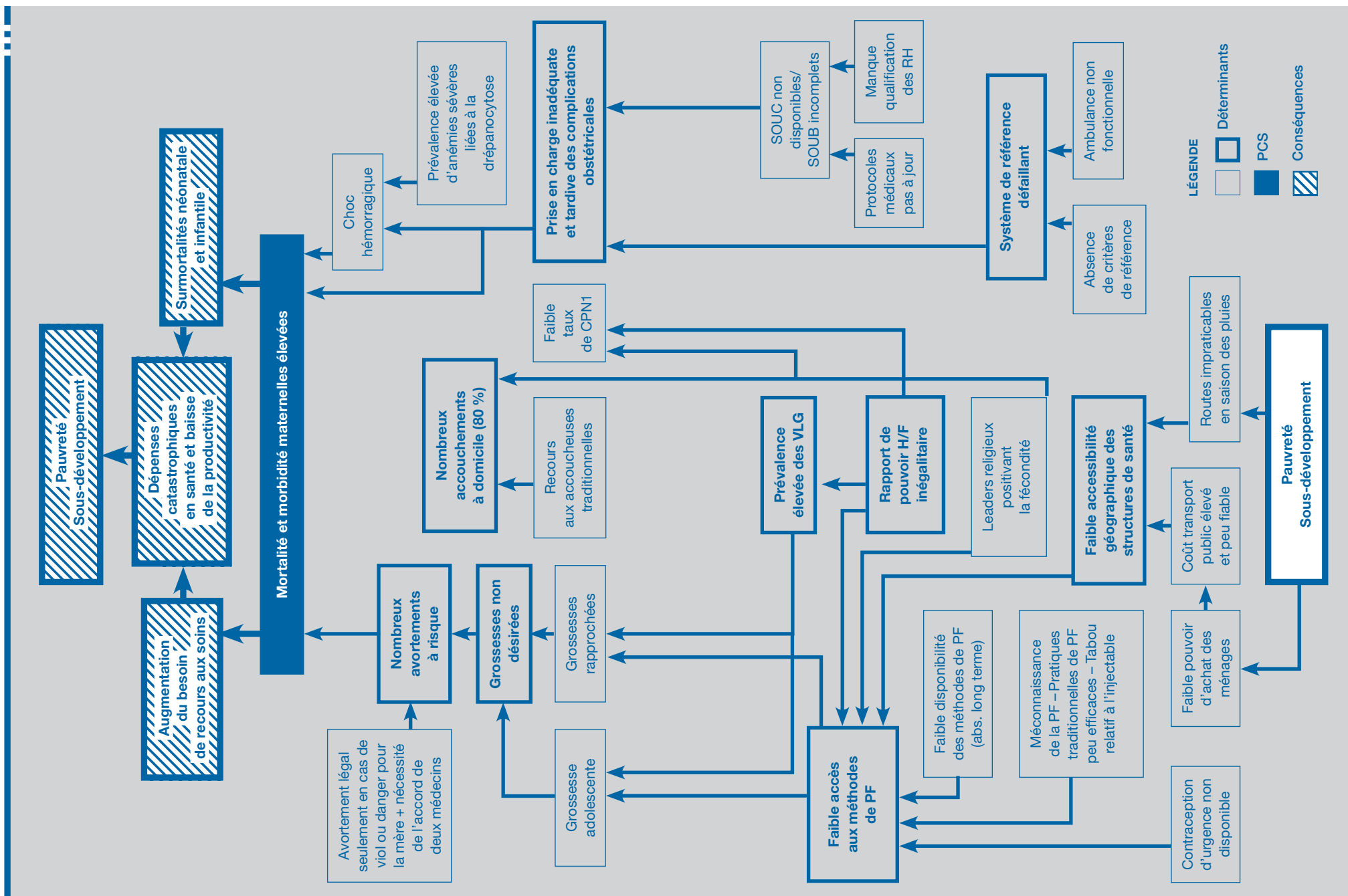
L'analyse du contexte a permis à l'équipe de mission exploratoire d'identifier plusieurs raisons à l'origine des grossesses non désirées. La fécondité est largement positivée par les leaders religieux mais la taille élevée des foyers (ou familles) ainsi que les grossesses rapprochées et la problématique des grossesses précoces ont des conséquences néfastes sur la santé des femmes et des enfants. De plus, le diagnostic épidémiologique a mis en avant que 15 % seulement des femmes utilisent un moyen de contraception moderne, et le diagnostic perceptuel a mis en avant une présence importante de violences liées au genre, un rapport hommes/femmes inégalitaire, de nombreux mariages précoces et des besoins en contraception insatisfaits.

La faible couverture des services de planification familiale peut être analysée à partir des mêmes composantes que la prise en charge des complications obstétricales :

- **utilisation** : faible utilisation des méthodes de PF à cause des messages des leaders religieux positivants la fécondité et de la difficulté pour les femmes de discuter de cette question au sein de leur couple ;
- **accessibilité** : les méthodes de PF sont censées être gratuites mais des demandes de paiement ont été sporadiquement signalées.

33. MdM, Formation continuum de soins SSR, 2012, disponible sur l'intranet de Médecins du Monde.

34. Ce modèle renvoie au modèle d'analyse de la chaîne d'accès aux soins développé par Tanahashi T. (1978), « Health service coverage and its evaluation », *Bulletin of the World health Organization*, 56(2), pp. 295-303.



De plus, il existe une méconnaissance des méthodes de PF ;
→ **disponibilité** : les moyens de contraception connaissent d'importantes ruptures de stock dans les structures de santé, et la contraception d'urgence ne fait pas partie de la liste des médicaments essentiels.

La construction de cet arbre à problèmes a permis à l'équipe de mission exploratoire d'identifier les liens de causalité entre les déterminants biologiques, comportementaux et contextuels d'une mortalité maternelle élevée ainsi que ces conséquences. Il s'agit de se positionner : sur quel problème de santé publique (PSP) Médecins du Monde sait, peut et veut agir ?

EN RÉSUMÉ

LES POINTS CLÉS DE L'IDENTIFICATION, DE LA PRIORISATION ET DE L'ANALYSE DES PROBLÈMES COLLECTIFS DE SANTÉ

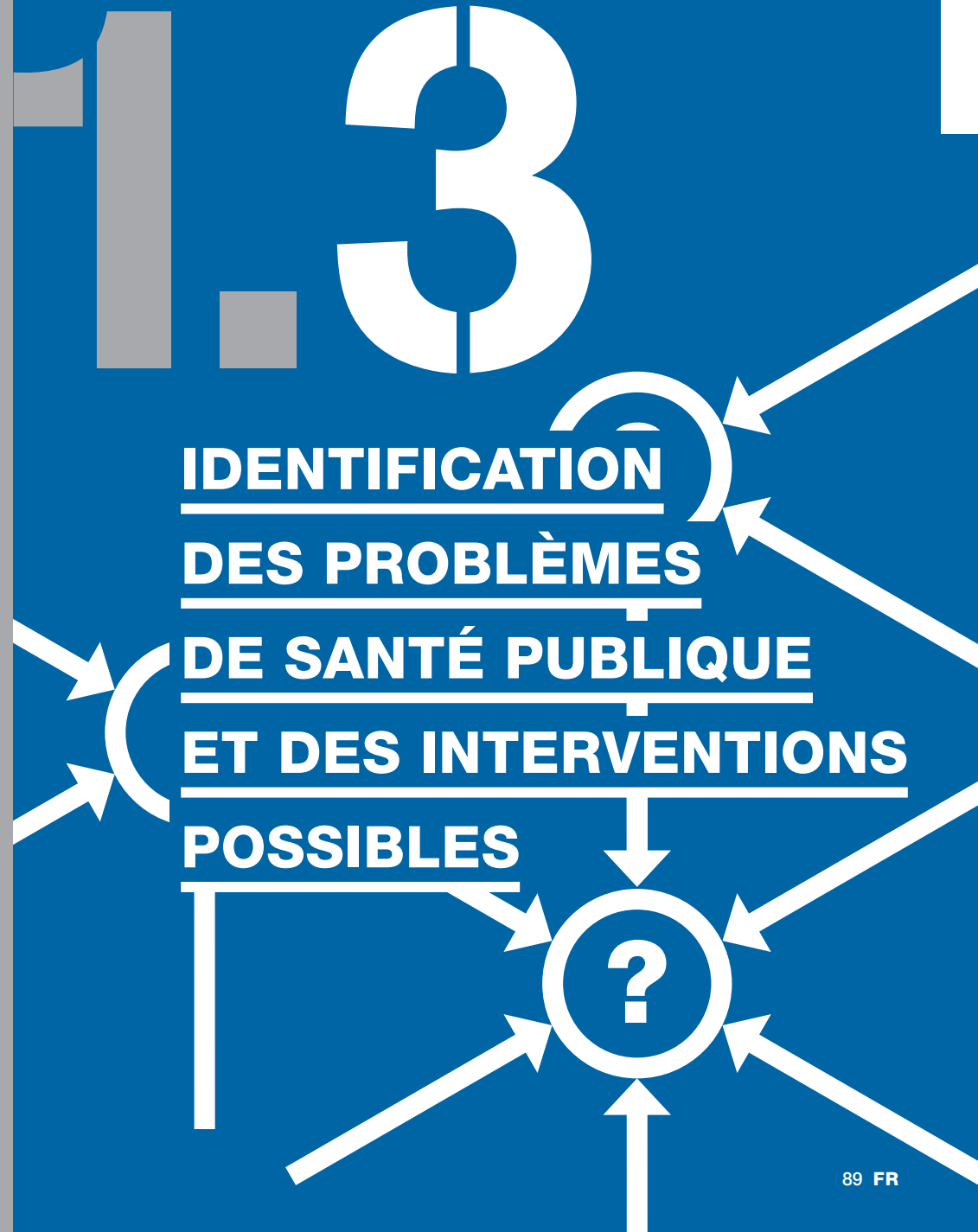
→ Cette étape est indispensable, même quand on a déjà pré-identifié le problème de santé publique sur lequel on souhaite intervenir, afin de vérifier la validité de ce choix et de le confronter aux réalités du terrain.

→ L'identification des problèmes collectifs de santé se fait à travers deux diagnostics complémentaires, le diagnostic épidémiologique et le diagnostic perceptuel.

→ La **priorisation** des PCS se fait sur la base de **critères prédéfinis**, mais également sur la base d'une **négociation** entre les différents acteurs.

→ À l'issue de la priorisation, **trois PCS** au maximum doivent être retenus ; les déterminants de ceux-ci sont alors analysés de façon approfondie sous la forme d'un arbre à problème.

→ Le **rapport de mission exploratoire** doit comprendre l'analyse complète des PCS prioritaires : description, causes (déterminants) et conséquences. Les causes et conséquences doivent être représentées dans un arbre à problème et explicitées dans un rapport circonstancié (narratif).





1.3A

DÉFINITION

➤ Selon la définition adoptée par MdM, **un problème de santé publique (PSP)** est **soit un problème collectif de santé** (répondant aux critères de fréquence, gravité, et conséquences socio-économiques); **soit un déterminant** de ce problème collectif de santé.

1.3B

CHOIX DES PROBLÈMES DE SANTÉ PUBLIQUE

➤ À l'issue de l'étape de priorisation, trois problèmes collectifs de santé (PCS) au maximum ont été identifiés et une analyse approfondie a permis d'en identifier les déterminants et les conséquences. Chaque PCS est donc associé à un arbre à problème. À partir de celui-ci, il est possible d'identifier le ou les PSP sur lequel ou lesquels MdM souhaite se concentrer.

Le choix d'un ou plusieurs PSP est un moment fort du diagnostic, point de rencontre entre l'analyse faite jusqu'alors et le rôle que souhaite avoir MdM dans un pays ou une zone d'intervention. Ce choix met en jeu de nombreux critères et requiert l'implication de nombreux acteurs (l'équipe de diagnostic, les partenaires, le triptyque, les référents médicaux, les référents thématiques, les autres services supports du siège, etc.).

La plupart des choix sont implicites et il y a une grande variation dans les critères utilisés, en fonction des projets, mais aussi des personnes impliquées sur le projet. Il faut s'efforcer d'**explicitier au mieux les choix effectués**.

Parmi les critères permettant de choisir le(s) PSP sur le(s)quel(s) travailler, il existe :

- les critères opérationnels ;
- la plus-value potentielle ;
- les opportunités ;
- les contraintes ;
- les conditions préalables.

1/ LES CRITÈRES OPÉRATIONNELS

Ce sont par exemple :

- la disponibilité de ressources humaines formées, ou la possibilité de les former ;
- les possibilités de financement ;

- la disponibilité de ressources matérielles ;
- la logistique ;
- le cadre légal ;
- les risques sécuritaires et environnementaux ;
- les conditions de travail pour le personnel...

2/ LES CRITÈRES POUR « TESTER » LA PLUS-VALUE POTENTIELLE

On peut identifier :

- la possibilité d'un partenariat constructif, la présence ou l'absence d'acteurs et/ou de partenaires (synergie des interventions) ;
- la pérennisation possible ;
- la possibilité d'un changement social par l'intervention ;
- la possibilité de documenter des pratiques innovantes ;
- les valeurs et savoir-faire de MdM ;
- l'adéquation avec les priorités de la politique de santé nationale/locale ;
- l'adéquation avec les priorités et stratégies de MdM ;
- l'acceptabilité sociale et culturelle par la population concernée.

3/ OPPORTUNITÉS, CONTRAINTES ET CONDITIONS PRÉALABLES

Le choix du PSP se fait aussi en fonction des chances de succès d'un projet, dans un contexte donné d'intervention,

c'est-à-dire des opportunités, contraintes et conditions préalables³⁵.

→ **Les opportunités :**

ce sont les facteurs favorables à la mise en place et à la poursuite d'un projet, qui peuvent être utilisés comme « leviers » d'action (ex/ volonté du ministère de la Santé haïtien d'intégrer la prise en charge de la malnutrition dans les soins de santé primaires ; volonté du ministère de la Santé, appuyé par l'OMS, de mettre en place un programme de gratuité des soins obstétricaux ; mobilisation de la société civile sur la thématique du projet...).

→ **Les contraintes :**

elles rassemblent les éléments défavorables du contexte, qui ne sont pas modifiables au temps t ; ces éléments imposent de « faire avec » ou d'élaborer des stratégies de contournement ou d'adaptation (ex/ absence de personnel médical/paramédical dans les centres de santé ruraux ; épidémie de choléra qui risque de devenir chronique et de mobiliser des ressources humaines déjà peu nombreuses, situation politique instable, existence d'un conflit armé, violence chronique, tensions communautaires, fréquents déplacements de population...).

→ **Les conditions préalables :**

ce sont les conditions indispensables sans lesquelles un projet ou une activité ne pourra pas être mis en place (ex/ Haïti, signature d'un protocole d'accord avec le département sanitaire de la zone concernée et validation du projet par la Commission intérimaire pour la reconstruction d'Haïti, maintien de la situation sécuritaire, absence de nouvelle catastrophe naturelle majeure qui fragiliserait le système de santé...).

³⁵. Pour en savoir plus, voir MdM, « Manuel de planification des programmes de santé », 2006.

L'identification de ces éléments peut servir de base pour renseigner une matrice FFOM (SWOT en anglais) (Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces) si nécessaire.

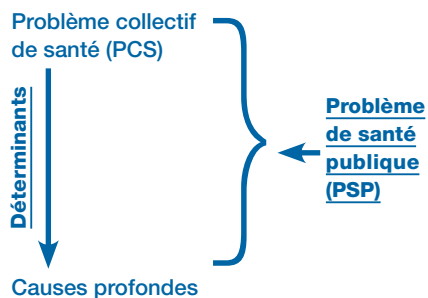
Tous les critères ne peuvent pas toujours être utilisés simultanément. Par exemple, un objectif de changement social ou de plaidoyer peut entrer en contradiction avec les priorités politiques nationales et/ou l'acceptabilité sociale et culturelle. De la même façon, un projet peut avoir un niveau de risque élevé mais jugé acceptable au regard des besoins de la population et des capacités d'intervention de MdM. Cependant, les critères de choix doivent être explicités car ils ont des conséquences en termes de programmation et de mise en œuvre.

Il s'agit bien ici de placer le curseur de l'intervention à l'un des différents niveaux des déterminants. On a vu précédemment que certains déterminants ont un lien direct avec le problème de santé, tandis que d'autres ont un lien indirect, qui se traduit par **une chaîne de déterminants**. Plus on va loin dans les racines du problème de santé, plus le lien avec le problème de santé est indirect, mais en même temps plus la « racine » en question peut avoir un effet concomitant sur plusieurs déterminants du problème, voire plusieurs PCS.

On peut aussi choisir d'intervenir directement sur le PCS. Ce choix dépend en grande partie du type de PCS identifié. Il est possible par exemple d'agir directement sur le nombre de fentes labio-palatines (« becs de lièvre »), de tumeurs ou de nomas par une action de chirurgie réparatrice. En revanche, s'attaquer à la réduction d'un taux de mortalité passe forcément par la prise en compte d'un ou plusieurs déterminants de cette mortalité (par exemple, dans le cas de la mortalité maternelle, il faut agir sur la couverture des soins obstétricaux, la prise en charge et la prévention des violences

sexuelles, la couverture des services de planification familiale, etc.). Il est dans ce cas nécessaire de faire des choix.

CHOIX D'UN PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE



EXEMPLE « FIL ROUGE » LE CHOIX DU PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE

À la suite des échanges entre l'équipe de mission exploratoire, le responsable de desk, le responsable de mission, le référent médical et les référents thématiques le cas échéant, le PSP choisi est celui des grossesses non désirées. Plusieurs critères ont été privilégiés :

Critères opérationnels

- **Ressources humaines et financières** : le projet doit être réalisé avec des ressources limitées et dans un temps limité. Il est de ce fait difficile d'intervenir sur la problématique de la prise en charge des complications obstétricales, nécessitant d'importants moyens humains (nombre et qualification) et financiers.
- **Cadre légal** : le contexte légal restrictif rend difficile une

- intervention à court ou moyen terme sur la problématique de l'avortement, qui est par ailleurs déjà prise en charge par l'organisation Marie Stopes International. Celle-ci a mis en place une clinique où les avortements sont pratiqués dans des conditions de sécurité satisfaisantes.
- **Opportunités de financement** : la problématique des grossesses non désirées semble offrir des opportunités de financement intéressantes.

Critères pour « tester » la plus-value potentielle

- **Adéquation avec les priorités et stratégies de MdM** : la thématique de la santé sexuelle et reproductive est une des thématiques prioritaires de MdM.
- **Présence d'autres acteurs** : la prise en charge des complications obstétricales est déjà couverte par beaucoup d'acteurs : SC-UK, MSF-B et Action pour la santé (ONG locale) au niveau national, SC-UK et Africare au niveau régional et local. MdM a déjà mis en place plusieurs projets sur la problématique des grossesses non désirées. La thématique des violences liées au genre est aussi déjà prise en charge.
- **Possibilité d'un partenariat constructif** : il y a une possibilité de travailler avec l'ONG locale AMPF sur la problématique des grossesses non désirées. Cette organisation a exprimé le souhait de travailler avec Médecins du Monde, elle a un véritable ancrage dans les réseaux

- communautaires et est en adhésion totale avec les valeurs défendues par MdM en santé sexuelle et reproductive.
- **Acceptabilité sociale et culturelle** : les « focus group » et entretiens réalisés pendant le diagnostic perceptuel ont fait ressortir une difficulté liée au nombre élevé d'enfants dans les ménages.

Ce processus itératif de questionnement permet de choisir **un ou plusieurs problèmes de santé publique (PSP)** sur lesquels se concentrer, et à partir desquels il est possible :

- d'étudier les interventions possibles,
- de retenir la thématique de plaidoyer sur laquelle concentrer les efforts le cas échéant.

1.3C

ANALYSE DES INTERVENTIONS POSSIBLES

1/ IDENTIFI- CATION DES INTERVENTIONS POSSIBLES

Pour chacun des PSP retenus, il est nécessaire d'identifier les interventions possibles. Parfois, les possibilités d'intervention se limitent à **une réponse immédiate aux besoins de santé en lien avec le PSP**. C'est par exemple le cas dans certaines situations d'urgence ou pour les premières phases d'un projet mis en œuvre dans un contexte légal très restrictif.

EXEMPLES D'INTERVENTIONS POSSIBLES

→ Prendre en charge les complications médicales liées aux avortements sans intervenir directement sur les causes de ces complications.

→ Prendre en charge les patients atteints de choléra sans travailler parallèlement sur les conditions d'hygiène des populations.

Dans d'autres situations, il peut être préférable d'agir beaucoup plus en amont du PSP.

C'est par exemple le cas lorsqu'il s'agit de renforcer des actions locales existantes ou quand un déterminant en bas de chaîne semble être un facteur de changement important pour le(s) PSP.

EXEMPLES D'INTERVENTIONS POSSIBLES

→ Améliorer les services de planification familiale et leur accès pour prévenir les grossesses non désirées quand les soins post-avortement sont disponibles.

→ Améliorer les conditions d'hygiène des populations lorsque la prise en charge médicale d'une épidémie de choléra est assurée par les services de santé.

Chaque déterminant de l'arbre à problème devient alors un facteur sur lequel on peut choisir d'intervenir pour répondre au PSP choisi. Il existe de multiples façons d'agir sur un déterminant, et certaines interventions permettent de répondre simultanément à plusieurs déterminants.

C'est aussi à ce moment-là que l'**analyse des interventions possibles** doit être discutée avec les interlocuteurs du terrain. Il est par exemple essentiel d'identifier les modalités de réponses envisagées par les populations concernées et les éventuels partenaires.

À NOTER /

Le travail avec les communautés implique pour les professionnels de respecter la dignité des personnes, de leur reconnaître un droit de regard et des compétences. Il s'agit de les considérer non comme des « victimes » ou des « bénéficiaires », mais plutôt comme de véritables « acteurs ».

Ce changement de regard est essentiel pour améliorer le degré d'acceptation des projets.

EXEMPLES « TERRAIN »

Le partenariat entre MdM, New Vector et Hepa+ sur le projet RdR en Géorgie³⁶

Pour qu'un partenariat soit réussi, il faut que ses membres aient la même compréhension des problématiques, problèmes ou opportunités, et surtout qu'ils partagent une vision similaire de ce qu'ils espèrent accomplir ensemble. L'identification des domaines d'intérêts mutuels des partenaires puis, ultérieurement, le maintien de l'attention sur la vision commune, sont essentiels à la construction d'un partenariat.

L'acceptation communautaire dans le projet choléra Haïti (2010-2011)³⁷

Il paraît évident que l'acceptation est d'autant plus grande que les personnes auront été consultées et impliquées lors du projet. Faire parfois des choix d'interventions moins efficaces mais mieux acceptées par les populations aura plus d'impact en termes de résultats. L'approche nationale de sensibilisation, par exemple, faisait en grande partie reposer la responsabilité de la contamination sur les populations et les messages ne correspondaient pas aux représentations générales de celles-ci, rendant les messages de prévention peu efficaces car perçus comme non fiables.

³⁶. Extrait du rapport d'évaluation du projet de réduction des risques, Géorgie, disponible sur l'intranet de MdM.

³⁷. Extrait des rapports de capitalisation et évaluation. Ces rapports sont disponibles sur l'intranet de MdM.

Dans un second temps, lister pour chaque déterminant du (ou des) PSP retenu(s) l'ensemble des interventions possibles permet d'en choisir certaines.

**EXEMPLE « FIL ROUGE »
L'IDENTIFICATION DES INTERVENTIONS
POSSIBLES**

L'équipe de mission exploratoire a choisi de se concentrer sur le PSP des grossesses non désirées. Chaque déterminant de ce PSP devient alors un facteur sur lequel il est possible d'agir pour atteindre le changement souhaité.

En lien avec AMPF, le partenaire local, selon les données collectées pendant les focus group/entretiens et avec l'aide du cadre de référence SSR de MdM, l'équipe de mission exploratoire a identifié les interventions permettant d'agir sur chacun des déterminants de l'arbre à problème.

Faible accès aux méthodes de PF

- Réaliser un diagnostic socioculturel pour identifier les barrières socioculturelles à l'accès aux services de planification familiale et à l'utilisation de la contraception.
- Renforcer le statut des femmes au sein de la communauté pour qu'elles aient le pouvoir de prendre des décisions cruciales pour leur propre santé.
- Former des acteurs communautaires pour faciliter le lien entre les soignants et les communautés dans les services de planification familiale, etc.

Faible accessibilité géographique des structures de santé

- Construire une route.
- Créer des structures de santé supplémentaires.
- Former des agents de santé au niveau communautaire pour la distribution de contraceptifs (après une première prescription médicale), etc.

Faible disponibilité des méthodes de PF

- Assurer la disponibilité d'un large éventail de méthodes contraceptives modernes pour les femmes, hommes et couples dans les services de PF.
- Renforcer les services de PF pour qu'ils soient culturellement adaptés aux femmes, à leur famille et à leur communauté.
- Former et accompagner les personnels de santé des structures de soins pour renforcer la gestion de l'approvisionnement des méthodes contraceptives.
- Promouvoir la double protection et proposer des préservatifs masculins et féminins.
- Renforcer les compétences des professionnels de santé chargés des services de PF par la formation.
- Mettre en place des supervisions formatives adaptées et régulières des acteurs de santé dans les services de PF.
- Renforcer les services de PF pour qu'ils soient adaptés aux adolescents et qu'ils répondent à leurs besoins, etc.

Contraception d'urgence non disponible

- Faire un plaidoyer en faveur de l'intégration de la contraception d'urgence dans la liste des médicaments essentiels, etc.

Méconnaissance en matière de PF – pratiques traditionnelles de PF peu efficaces – tabou relatif à l'injectable

- Renforcer les connaissances sur la planification familiale, les différentes méthodes contraceptives, la double protection, la prévention des IST des femmes/filles ainsi que des hommes/garçons.
- S'assurer que les femmes connaissent leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive, notamment l'accès à la planification familiale et le droit de décider du nombre de leurs enfants, etc.

Leaders religieux positant la fécondité

- Sensibiliser les leaders religieux à l'importance de la planification familiale.
- Construire avec les leaders religieux des argumentaires liés à la religion en faveur de l'espacement des naissances.
- Encourager la diffusion de messages radio en faveur de l'espacement des naissances par les leaders religieux, etc.

Prévalence élevée des VLG

- Appuyer la formation ou le renforcement des politiques nationales concernant les violences liées au genre.
- Améliorer l'accueil, la prévention, le dépistage et la prise en charge des personnes victimes de violences liées au genre.
- Renforcer les connaissances des femmes/filles et des hommes/garçons en matière de droits humains et de violences liées au genre.
- Favoriser l'implication communautaire autour de la lutte contre les violences liées au genre.
- Encourager le changement social et la valorisation de la position de la femme/fille au sein de la communauté, etc.

Après avoir identifié les interventions possibles, l'équipe de mission exploratoire procède à la construction de l'arbre décisionnel.

2/ CONSTRUCTION DE L'ARBRE DÉCISIONNEL

Une fois que les interventions possibles sont identifiées pour chacun des PSP retenus, il faut faire le point sur :

- **ce qui existe déjà**;
- **ce qu'il serait souhaitable** de faire;
- **les manques** au moment du diagnostic.

En effet, la plupart du temps, des interventions sont déjà mises en place : des organisations ou institutions sont présentes et travaillent dans une zone, un quartier. Il s'agit pour MdM de se situer en termes de **complémentarité** et non de duplication des efforts. MdM ne sait pas, ne veut pas, et ne peut pas tout faire. L'analyse de contexte a permis de décrire

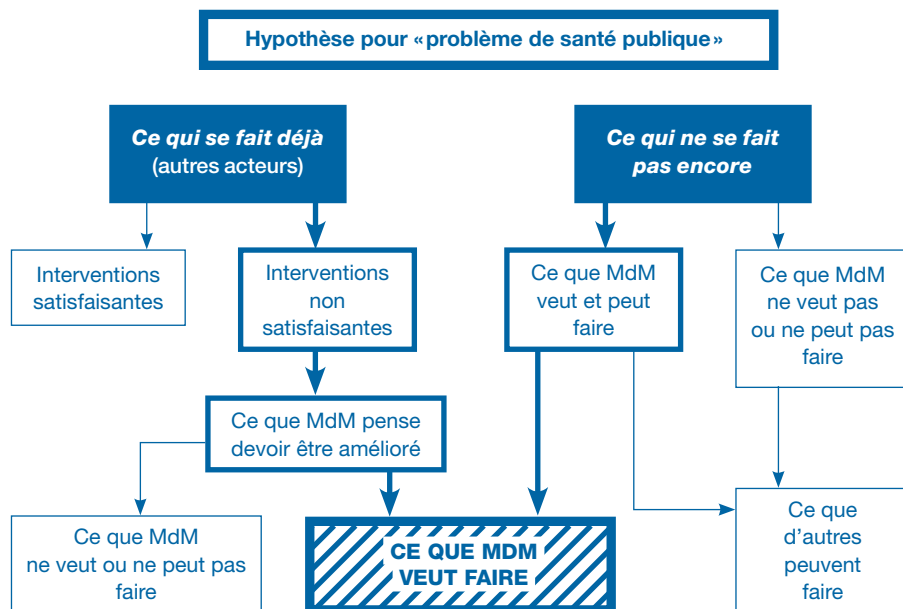
l'ensemble des acteurs (individus, groupes ou organisations) susceptibles d'avoir un lien avec le projet de MdM. La formulation des interventions possibles permet d'affiner l'analyse des parties prenantes par la prise en compte de ce qui est déjà mis en place.

On construit alors **l'arbre décisionnel** selon le modèle ci-dessous.

Les informations contenues dans l'arbre décisionnel doivent reposer sur des données collectées, en particulier concernant les actions existantes. Lorsque c'est possible, il faut se procurer les indicateurs de résultats de ces actions, et dans tous les cas documenter/argumenter (satisfaction ou non des usagers, des partenaires, perception de MdM) le fait de considérer une action comme satisfaisante ou non.

Un arbre décisionnel est ainsi élaboré pour chacun des PSP retenus.

SCHÉMA MODÈLE D'ARBRE DÉCISIONNEL



EXEMPLE « FIL ROUGE » ÉLABORATION D'UN ARBRE DÉCISIONNEL

Afin de se positionner en complémentarité avec les interventions déjà existantes, l'équipe de mission exploratoire doit alors chercher à savoir quelles interventions clés sont déjà mises en place (de manière satisfaisante ou non) par d'autres acteurs et quelles interventions il serait souhaitable de mettre en place, selon MdM. Cette analyse permet de construire l'arbre décisionnel et d'identifier les manques d'informations potentiels sur les interventions existantes.

Au regard de l'arbre décisionnel (voir page ci-contre), il apparaît clairement que la problématique des VLG est déjà couverte par d'autres acteurs et ce de manière satisfaisante. Une récente étude a montré l'amélioration des services offerts aux victimes (accueil, prévention, dépistage, prise en charge). Les acteurs présents sur cette thématique pensent rester sur le long terme et envisagent d'intégrer, dans les phases suivantes de leurs projets, un travail sur les questions de genre et la place de la femme au Libéria.

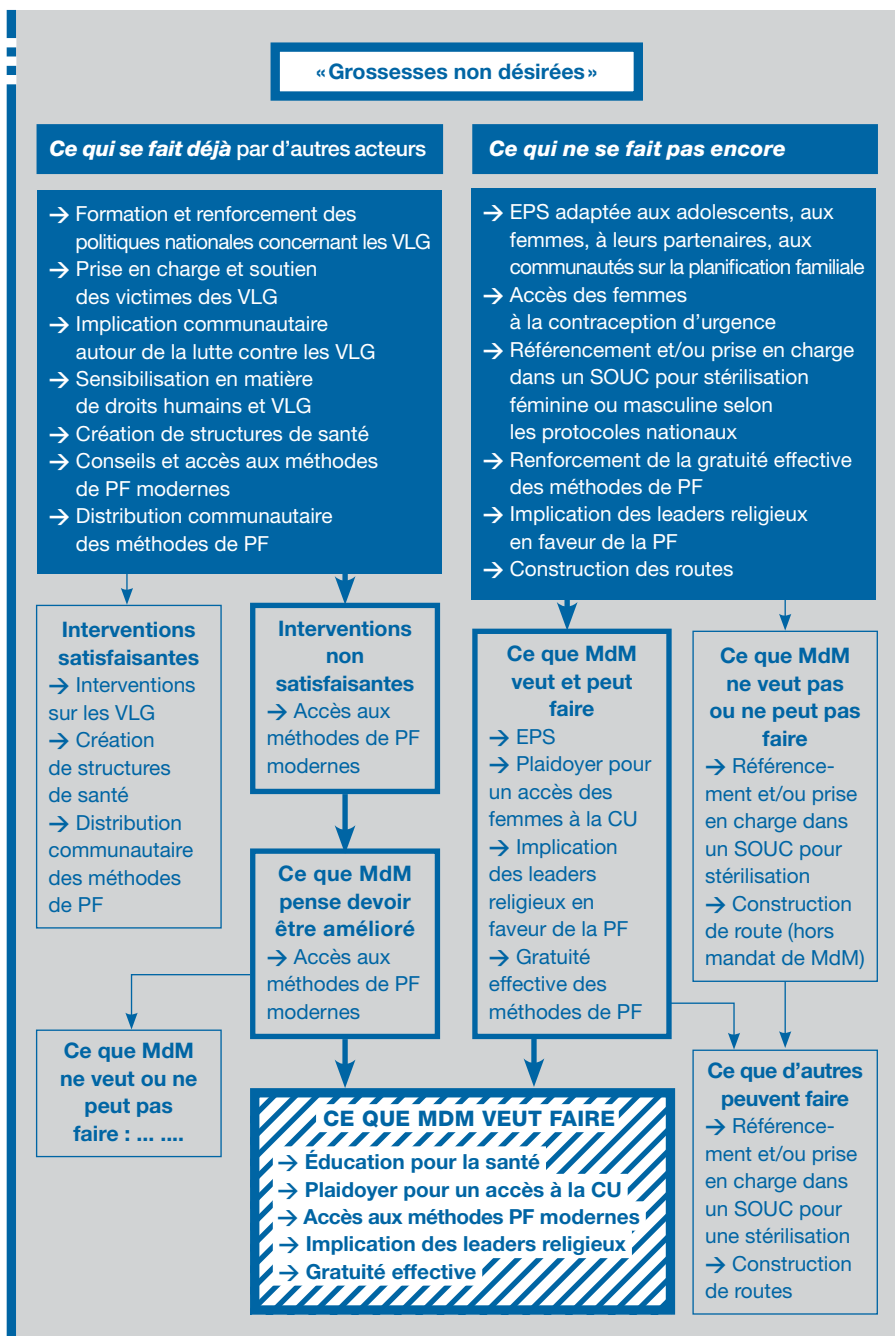
En revanche, le partenariat avec AMPF, qui bénéficie d'un ancrage communautaire important, permet d'agir sur la gratuité effective des méthodes de PF (système de contrôle à base communautaire) et de mener des actions d'éducation pour la santé.

Les interventions liées à la disponibilité et à l'accès des méthodes modernes de PF dans les structures de santé

ne sont pas jugées satisfaisantes. Dès lors, il apparaît important de travailler sur ces aspects tout en menant un plaidoyer au niveau national pour l'intégration de la contraception d'urgence dans la liste des médicaments essentiels.

L'équipe de mission exploratoire préconise les interventions suivantes :

- assurer la disponibilité d'un large éventail de méthodes contraceptives modernes pour les femmes, les hommes et les couples dans les services de PF;
- renforcer et superviser les professionnels de santé chargés des services de PF;
- renforcer les connaissances sur la planification familiale, les différentes méthodes contraceptives, la double protection, la prévention des IST des femmes/filles ainsi que des hommes/garçons; et s'assurer que les femmes/filles connaissent leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive;
- faire un plaidoyer en faveur de l'intégration de la contraception d'urgence dans la liste des médicaments essentiels;
- sensibiliser les leaders religieux, construire des argumentaires en faveur de l'espacement des naissances et encourager la diffusion de messages sur ce thème sur les radios communautaires;
- s'assurer de l'application de la politique de gratuité des méthodes de PF par la mise en place d'un système de contrôle à base communautaire.



Le succès d'une intervention ne dépend pas uniquement de son intérêt « théorique » pour répondre aux besoins de santé identifiés. Il faut aussi prendre en compte tous les critères pour « tester » sa plus-value potentielle, les opportunités, contraintes et conditions préalables associées. Pour évaluer sa faisabilité et sa pérennité au regard des dynamiques existantes dans un contexte d'intervention, il est notamment très important de connaître les stratégies des acteurs présents afin de déterminer si elles sont convergentes, divergentes ou en contradiction avec les nôtres ; et de voir comment nos actions peuvent s'y inscrire (partenariats possibles, qualité des acteurs, participation communautaire...). Il est aussi essentiel d'analyser les risques associés à une intervention.

2. Qui a ou pourrait avoir intérêt à ce que la situation change ?
3. Qui a ou pourrait avoir intérêt à ce que la situation ne change pas ?
4. Qui exerce du pouvoir dans cette situation ?

La méthode recommandée est la classification des acteurs en fonction de l'intérêt qu'ils portent à une éventuelle intervention de Mdm et de l'influence qu'ils peuvent avoir sur son intervention. Un acteur peut avoir un intérêt évident pour un projet, y être indifférent ou même hostile. Par ailleurs, en fonction du poids qu'ont les acteurs dans un contexte donné (légal, religieux, culturel...), ces derniers ont la capacité plus ou moins forte d'influer sur notre action. L'influence peut se situer à différents niveaux (politique, opérationnel, socioculturel).

Au final, la combinaison de ces deux facteurs peut constituer soit un atout soit une menace pour Mdm. Elle doit donc être attentivement étudiée pour chaque acteur présent en fonction des interventions envisagées.

3 / L'ANALYSE DES DYNAMIQUES EXISTANTES ENTRE ACTEURS/PARTIES PRENANTES

MODÈLE DE MATRICE D'ANALYSE DES DYNAMIQUES EXISTANTES (voir schéma page suivante)

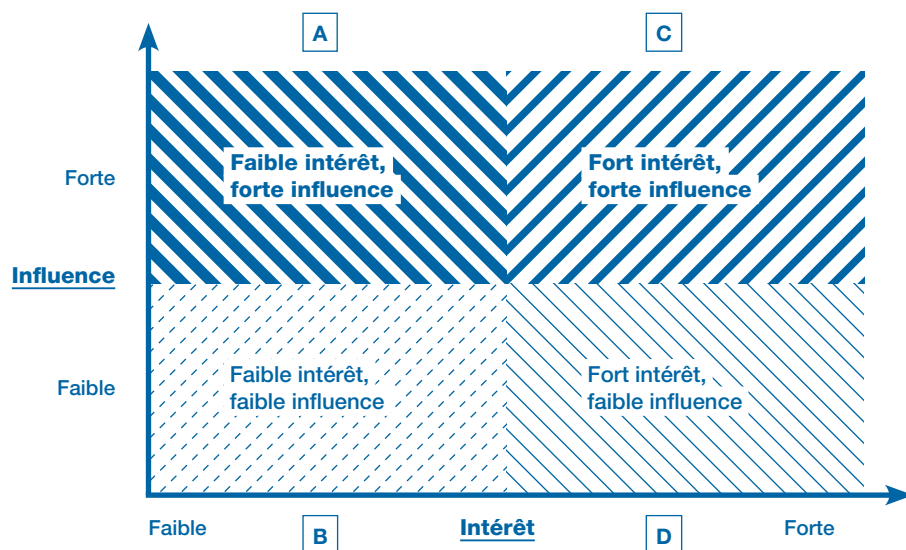
Certains acteurs sont favorables au projet, d'autres lui sont défavorables, d'autres encore sont indifférents. Ces acteurs ont plus ou moins de pouvoir et accordent une priorité plus ou moins grande à leur action en faveur ou en défaveur du projet. De plus, il peut exister entre les acteurs une affinité ou de l'hostilité, ou encore de la neutralité. Cet état de fait génère des alliances et/ou des contre-alliances plus ou moins concertées.

La case A représente les acteurs ayant peu d'intérêt, voire une opinion défavorable (stratégies divergentes ou contradictoires) à l'égard d'une intervention de Mdm, et qui ont la capacité d'influencer négativement la réalisation de nos actions. Une attention particulière doit être portée aux acteurs de cette case, car ils peuvent être à l'origine de l'échec d'une intervention. Il faut également évaluer les moyens d'influence négative de ces acteurs, en particulier s'ils peuvent être violents.

Les réponses aux quatre questions suivantes permettent d'identifier les acteurs potentiels :

1. Qui pourrait être touché par le projet potentiel ?

La case B représente les acteurs ayant peu d'intérêt, voire un jugement défavorable (stratégies divergentes ou contradictoires)



à l'égard d'une intervention de MdM, mais dont l'influence sur la réalisation de nos actions est faible.

La case C représente les acteurs ayant un intérêt fort, favorable (stratégies convergentes) à l'égard d'une intervention de MdM, et qui peuvent, par leur importance, avoir une influence positive sur la réalisation de nos actions. Ces acteurs représentent des opportunités pour une intervention.

La case D représente les acteurs ayant un intérêt fort, favorable (stratégies convergentes) à l'égard d'une intervention de MdM, mais qui n'ont qu'une influence très relative sur le succès d'une intervention. Il est important de ne pas surestimer le poids de ces acteurs dans les chances de succès d'une intervention, et à ne pas les considérer comme des opportunités.

Une fois les différents acteurs positionnés dans la matrice, il est possible d'identifier :

- les risques éventuels qui existent pour la réussite d'une intervention ;
- les partenariats potentiels entre les acteurs.

Il est important de noter qu'un acteur peut changer de case en fonction du PSP retenu ou des interventions choisies.

Nos actions privilégient l'approche communautaire ainsi que les partenariats. Dans une perspective de pérennisation de nos interventions, il est également important d'identifier dans quelle partie de la matrice se situent les acteurs communautaires et les autorités de santé.

Cette analyse des acteurs/parties prenantes permet, dans les étapes et les phases ultérieures (voir chapitre Suivi/Monitoring), de définir des stratégies permettant de faire basculer en faveur du projet des acteurs/parties prenantes influents mais peu favorables.

EXEMPLE « FIL ROUGE »

ANALYSE DES DYNAMIQUES ENTRE ACTEURS SUR LE THÈME DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES

Afin de savoir si les stratégies des acteurs en présence sont convergentes, divergentes ou en contradiction avec

les interventions envisagées, l'équipe de mission exploratoire procède à l'analyse des dynamiques entre acteurs.



Le ministère de la Santé et les autorités sanitaires régionales ont un leadership reconnu dans le développement des plans stratégiques du secteur de la santé et montrent un fort intérêt pour les actions développées par les ONG. MdM bénéficie d'une bonne image et a pu construire une relation de confiance avec ces acteurs. Ces derniers peuvent donc constituer des relais intéressants pour le plaidoyer en faveur de la contraception d'urgence et représenter de réels appuis pour l'intégration de la planification familiale dans les plans stratégiques du secteur de la santé. De même, au niveau du district, l'AMPF a une forte influence.

En revanche, bien qu'ayant un fort intérêt pour les problématiques portées par MdM, les agents de santé communautaires, les accoucheuses traditionnelles et les groupements de femmes n'ont que peu de poids dans la prise de décision au niveau du district.

Les leaders religieux ont une influence significative à la fois vis-à-vis de leur communauté et des autorités sanitaires régionales. Ils ont en effet la capacité de réanimer des clivages existants à la suite des années de guerre civile qui ont touché le pays. La plupart d'entre eux diffusent des messages positivant la fécondité

et pourraient se positionner contre un projet paraissant avoir un objectif contraire. Dès lors, il paraît essentiel de travailler à l'élaboration d'argumentaires en lien avec les préceptes religieux.

Dans le cas d'interventions plus délicates et moins consensuelles, il peut être nécessaire de faire une matrice spécifique et plus détaillée. Un acteur peut en effet être favorable à l'ensemble du projet mais être en opposition avec une de ses composantes.

4 / L'ANALYSE DES RISQUES

Avant de décider d'une intervention, il faut aussi évaluer les contraintes de sécurité et les risques qui peuvent lui être associés. Par exemple, y a-t-il des contraintes de sécurité limitant les déplacements de personnel dans certaines zones ?

Analyser les risques doit se faire de manière structurée et disciplinée. Tout être humain est enclin à la subjectivité ; ainsi, on a tendance à surévaluer les risques spectaculaires mais rares et à minimiser les risques fréquents mais courants. De plus, il est très difficile d'analyser les risques dans des environnements inconnus. Par ailleurs, nous sommes très souvent victimes du « syndrome de la grenouille³⁸ ». D'où l'importance d'analyser les risques de façon régulière.

38. On raconte que si l'on place une grenouille dans de l'eau bouillante elle réagit vivement en sautant hors de la marmite. À l'inverse, si on la place dans une casserole d'eau froide et qu'on augmente la température petit à petit, elle finit ébouillantée.

Une méthode et des outils

Il existe une méthode et des outils pour analyser les risques auxquels fait face la mission au sens large. Si certains paraissent évidents (risque d'accident de voiture), il convient d'effectuer l'exercice en groupe afin que chaque membre de l'équipe puisse faire état des craintes ou des limites qu'il voit au projet ou à son travail (ex : obligation pour lui de passer deux « check points » militaires pour se rendre sur son lieu de travail). Un exercice exhaustif a plusieurs avantages : il permet à l'équipe de se mettre d'accord sur les risques liés à la mission, mais aussi sur les mesures à prendre pour les limiter.

Les mesures de sécurité sont d'autant plus respectées qu'elles sont comprises par tous. L'exercice permet également de contextualiser l'analyse en y mentionnant les informations complémentaires liées au risque. Par exemple, si l'on indique que le risque de kidnapping est élevé, il faut préciser quels ont été les derniers kidnappings et la probable évolution du phénomène. De la même façon, si l'on indique que le risque d'être victime d'un accident de voiture est élevé, il faut spécifier que la nature du projet oblige les équipes à faire de nombreux kilomètres quotidiennement sur des routes en mauvais état. Le risque n'est pas le même si l'on a un seul véhicule qui ne se déplace qu'en ville ou sur autoroute. Les mesures à prendre (en dehors des bases – ceinture, respect des règles en vigueur) ne sont pas les mêmes dans les deux cas. Dans le premier, on veille particulièrement à la formation des chauffeurs, au bon état des véhicules, à la présence de pneu et trousse de secours, et aux procédures à mettre en œuvre en cas d'accident (numéro d'urgence, hôpitaux de référence les plus proches, etc.).

Être pris pour cible est le risque le plus difficile à évaluer (et à admettre). Sa prise en compte requiert, de la part de l'équipe, une bonne compréhension de la perception de MdM par son environnement. Ses valeurs d'humanité, d'impartialité et d'indépendance sont-elles bien comprises et admises dans la région/le pays ? MdM est-il perçu comme une organisation de propagande de valeurs contraires à celles communément admises (droit à l'avortement, droit de la femme) ? Les communiqués de presse émis par le siège peuvent-ils laisser penser que MdM est partie prenante au conflit (en dénonçant des exactions commises par un régime par exemple). Une partie de la population se sent-elle lésée par notre action ou par notre recrutement ? Une partie du personnel est-elle mécontente de notre politique salariale, d'une procédure de licenciement ? Et quelles pourraient être les conséquences de ces mécontentements : une tribune dans la presse locale, un procès ou une grenade dans le « compound » ?

Bien entendu, avant de choisir une intervention, il convient de mettre en balance les risques pris et les bénéfiques pour la population. Il convient aussi de déterminer le niveau de risque acceptable. Pour ce faire, on renverse la problématique en se demandant : quel est le risque qui n'est pas acceptable. Est-il acceptable que les membres des équipes qui mettent en œuvre le projet prennent le risque d'être tués, kidnappés, blessés ? On peut décider de répondre positivement si les activités sont d'une nécessité vitale pour la population et si nous avons la capacité d'y répondre. Alors non seulement les mesures pour limiter l'exposition au risque doivent être mises en place, mais également les procédures pour limiter les conséquences en cas d'incident.

EXEMPLE « FIL ROUGE » L'ANALYSE DES RISQUES

L'analyse des risques liés aux interventions choisies faite par l'équipe de mission exploratoire, a mis en avant un risque particulier dû au plaidoyer en faveur de la contraception d'urgence : certains acteurs tendent en effet à confondre les messages portant sur la question de l'avortement et ceux portant sur la contraception d'urgence. Aux niveaux national et régional, le thème de l'avortement est trop clivant et il est parfois reproché aux acteurs en faveur du droit à l'avortement de vouloir importer un modèle venu de l'extérieur sans respecter la culture du pays. Il paraît alors essentiel de bien clarifier les messages.

Le choix des interventions dépend aussi des capacités humaines, matérielles et financières de Médecins du Monde à mettre en œuvre un certain type d'intervention.

5 / L'ANALYSE TECHNIQUE ET FINANCIÈRE

En fonction du type d'intervention choisi, les ressources humaines et matérielles nécessaires ne sont pas toutes identiques. Il ne s'agit pas ici de définir précisément les ressources (humaines, matérielles et financières) nécessaires pour la mise en œuvre d'un projet mais plutôt de solliciter le regard du personnel support sur la faisabilité technique et/ou financière des interventions envisagées.

EXEMPLE « FIL ROUGE »
L'ANALYSE TECHNIQUE
ET FINANCIÈRE

Au niveau international, les possibilités de financements pour le Libéria sont en baisse. Cependant, la santé sexuelle et reproductive reste une des thématiques les plus financées au regard des taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile dans le pays. La majorité des actions concerne la couverture des soins obstétricaux. Dès lors, se positionner sur la problématique des grossesses non désirées semble offrir des opportunités de financement intéressantes.

En termes de logistique, si des activités mobiles sont prévues en zones rurales, il sera nécessaire de disposer de stocks de contraceptifs suffisants pour garantir la continuité de l'action auprès des populations cibles, d'autant plus que l'accessibilité par les réseaux routiers est très fortement réduite pendant la saison des pluies.

À NOTER /

L'analyse des interventions peut conduire à affiner ou à revoir le PSP retenu. Il faut alors revenir à l'arbre à problèmes et reparcourir l'ensemble des étapes décrites jusqu'alors.

1.3D

CHOIX FINAL DES INTERVENTIONS ET ÉLABORATION DE LA STRATÉGIE D'INTERVENTION

➤ Tout comme pour le choix du PSP, le **choix des interventions** implique la prise en compte de nombreux critères, explicites et implicites. Il est donc fondamental d'expliciter les choix effectués. L'effort de communication améliore la compréhension et le partage des choix au sein d'une même équipe, entre les équipes, avec les partenaires et les bailleurs. Cette démarche doit donc être intégrée lors de l'élaboration de la politique de communication. Elle participe à la cohérence et à la validité du projet. L'élaboration de la stratégie d'intervention constitue la dernière étape de la phase de diagnostic. À ce moment, on quitte l'étape de collecte générale des informations et **on prend la décision d'intervenir** concrètement sur un problème de santé publique retenu et analysé.

La **stratégie d'intervention** représente la synthèse des principaux éléments du diagnostic et doit intégrer la **justification** des décisions prises : pourquoi tel problème de santé publique a-t-il été choisi dans le contexte donné ; pourquoi telle approche d'intervention a-t-elle été proposée (en fonction des partenariats possibles, acteurs/parties prenantes, contraintes et opportunités, etc.) ; quelle est la **plus-value potentielle** de cette intervention, etc. Afin de garantir la transmission des informations dans la durée, il est important de décrire la stratégie d'intervention et sa justification dans le rapport de mission exploratoire. La stratégie d'intervention peut inclure les contraintes techniques et financières associées à certains types d'action. Elle doit également mentionner les points de vigilance qu'il convient de garder en tête pour que l'intervention s'effectue en toute sécurité pour le personnel, les partenaires et les usagers.

Enfin, elle doit donner des ordres de grandeur pour les **populations ciblées par l'intervention**. Il s'agit d'évaluer les différents types d'usagers qui pourront être touchés par l'intervention choisie (population générale de la zone d'intervention, population cible, bénéficiaires directs, bénéficiaires indirects³⁹).

Les choix faits à cette étape seront revus à la lumière d'autres éléments d'information qui seront disponibles ultérieurement, en particulier lors de la programmation.

³⁹. Se référer au chapitre « Programmation » de ce guide pour les définitions concernant ces différents types de bénéficiaires.

EN RÉSUMÉ

LES POINTS CLÉS DE L'IDENTIFICATION DES PROBLÈMES DE SANTÉ PUBLIQUE ET DES INTERVENTIONS POSSIBLES

→ Le choix du PSP et des interventions est le point de rencontre entre l'analyse d'un contexte et le positionnement que souhaite avoir MdM.

→ Le choix du PSP et de l'intervention doit tenir compte de ce qui se fait déjà. Il s'agit de se situer en termes de complémentarité et non de duplication des efforts.

→ Le choix du PSP et de l'intervention doit tenir compte de ce que nous savons faire.

→ Le PSP et les interventions possibles doivent être revus à partir de critères opérationnels, de leur plus-value potentielle et des opportunités, contraintes et conditions réalisables.

→ Le choix du PSP et de l'intervention doit être communiqué aux acteurs / parties prenantes impliqués dans le processus de diagnostic et compris par les partenaires.

→ À l'issue de cette étape, la stratégie d'intervention est élaborée et décrite dans le **rapport de mission exploratoire**.

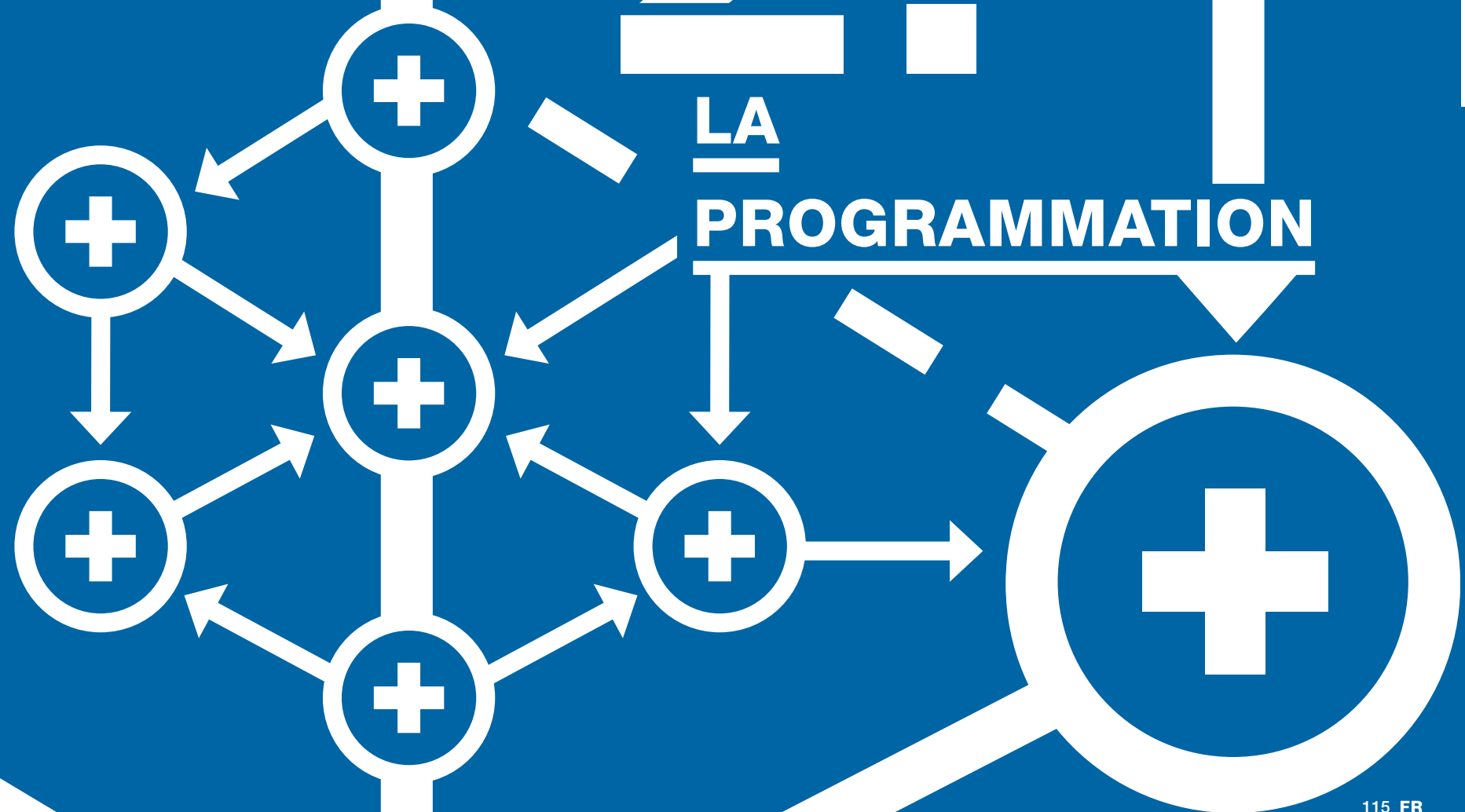


ANNEXES PRÉSENTES DANS LE DVD – PARTIE 1 – LE DIAGNOSTIC

- Demande de validation de mission exploratoire en comité de direction
- Trame de termes de référence pour une mission exploratoire
- Trame de rapport de mission exploratoire
- Diagnostic des parties prenantes (matrice intérêt/influence)
- Outil de diagnostic : Analyse FFOM (SWOT)
- Outil de diagnostic : Mapping bailleurs
- Diagnostic de la participation communautaire
- Grille d'analyse des risques
- Diagnostic des partenaires

2.

LA PROGRAMMATION



2.1 PAGE 125
**LA DÉFINITION
DES OBJECTIFS
ET DES RÉSULTATS**

2.1A
128 L'OBJECTIF GÉNÉRAL

2.1B
130 L'OBJECTIF SPÉCIFIQUE

2.1C
132 LES RÉSULTATS

2.2 PAGE 141
**LA DÉFINITION
DES INDICATEURS
ET DES SOURCES
DE VÉRIFICATION**

2.2A
143 DÉFINITION

2.2B
145 LES NIVEAUX
D'INDICATEURS

2.2C
151 LA FORMULATION
DES INDICATEURS

- 151 1/L'intitulé des indicateurs
- 155 2/Le choix
et les critères de qualité
des indicateurs
- 156 3/Les sources de vérification

2.3 PAGE 161
**LES HYPOTHÈSES
ET LES CONDITIONS
PRÉALABLES**

2.3A
163 LES RISQUES
ET HYPOTHÈSES
(*RISKS AND ASSUMPTIONS*)

2.3B
164 LES CONDITIONS
PRÉALABLES
(*PRECONDITIONS*)

2.4 PAGE 169
**LA DÉFINITION
DES ACTIVITÉS**

2.4A
171 LES ACTIVITÉS

- 171 1/La formulation
des activités
- 171 2/Les étapes
dans la définition
des activités

2.4B
174 CHRONOGRAMME
OU DIAGRAMME
DE GANTT

2.5 PAGE 181
**LA DÉFINITION
DES
RESSOURCES**

2.5A
183 DÉFINITION

2.5B
184 LES ÉTAPES
DE LA DÉTERMINATION
DES RESSOURCES

- 184 1/L'identification
des ressources
- 185 2/Le choix des ressources
- 186 3/L'estimation
du coût des ressources
- 187 4/La vérification
de la cohérence

2.5C
188 LE BUDGET
ET LE PRÉVISIONNEL
BUDGÉTAIRE

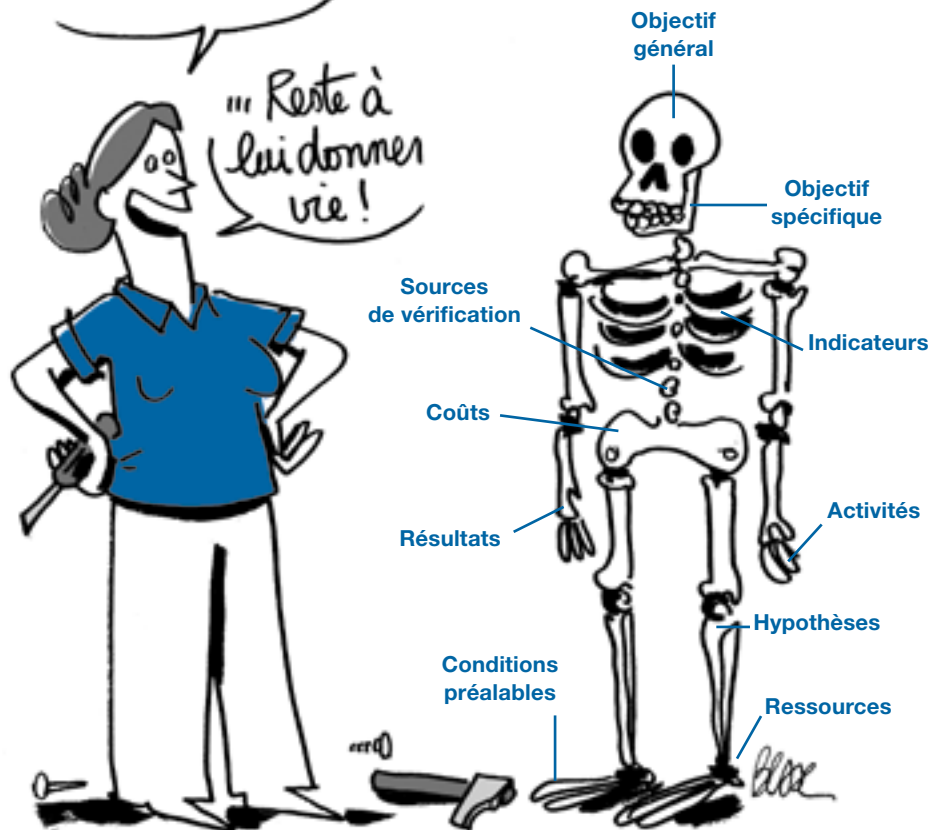
- 188 1/Le budget de référence
- 189 2/Le budget de référence
actualisé
- 189 3/Exercice budgétaire
de MdM

**ANNEXES
PRÉSENTES
DANS LE CD-ROM** PAGE 193

LE CADRE LOGIQUE : SQUELETTE DU PROJET.

Bon,
ça a l'air
de tenir debout...

Reste à
lui donner
vie!



LA PROGRAMMATION

Définition

La programmation représente la deuxième phase du cycle de projet de santé. Elle correspond spécifiquement à la **conception** du projet, c'est-à-dire à **un ensemble cohérent d'actions destinées à atteindre des objectifs précis.**

La phase de programmation doit être cohérente au regard des éléments de diagnostic collectés et de la stratégie d'intervention retenue. La stratégie d'intervention intègre la justification des décisions prises : pourquoi tel problème de santé publique a été choisi dans le contexte donné, pourquoi telle approche d'intervention a été proposée (en fonction des partenariats possibles, acteurs/parties prenantes, contraintes, opportunités, etc.), quelle est la plus-value potentielle de cette intervention, etc. Elle intègre également les ordres de grandeur des populations ciblées par l'intervention ainsi que les points de vigilance à garder à l'esprit en termes de sécurité et/ou de ressources.

Il est donc essentiel, lors de la phase de programmation, de s'appuyer sur le **rapport de mission exploratoire** finalisé pendant la phase de diagnostic.

En outre, dès lors que cela est possible, la programmation doit être effectuée de façon concertée avec les populations,

les partenaires institutionnels et les autres acteurs présents sur le terrain de l'intervention.

On peut retenir **cinq étapes** dans la phase de programmation :

- la définition des objectifs et des résultats ;
- la définition des indicateurs pour les objectifs et les résultats ainsi que leurs sources de vérification ;
- la définition des activités, au regard des résultats définis ;
- la définition des ressources et des coûts ;
- la définition des hypothèses et des conditions préalables.

L'outil choisi pour résumer ces différentes étapes constitue le cadre logique. Il permet d'avancer de façon **logique et structurée** dans la programmation, en vérifiant et en garantissant à chaque étape la cohérence des actions envisagées en fonction des objectifs définis et de l'adéquation des ressources qui y sont associées.

Le cadre logique constitue en quelque sorte le squelette, l'ossature du projet. Un narratif détaillé, que l'on pourrait comparer à la chair du projet, doit venir le compléter, l'explicitier et justifier les choix effectués, dans le document de référence comme dans les demandes de subvention.

ZOOM
LE CADRE LOGIQUE

Largement utilisé par les acteurs de la solidarité internationale et fréquemment demandé dans les dossiers de financement, le cadre logique est souvent perçu comme un « énième document bailleur ». Il est essentiel de reconsidérer le cadre logique pour ce qu'il est : **un outil au service de l'action**. En ce sens, il ne s'agit pas de chercher une utilisation mécanique, voire contrainte du cadre logique, mais bien de savoir le faire évoluer en prenant en compte le contexte et la mise en œuvre. Le but de la programmation n'est pas simplement de remplir un cadre logique ou un dossier de financement, mais de penser un projet dans toutes ses dimensions. C'est en ce sens que le cadre logique présente un intérêt. Il permet, bien au-delà d'une réponse aux exigences des bailleurs, d'articuler la réflexion autour d'un projet et d'en proposer une vision synthétique. C'est la raison pour laquelle celui qui est intégré au dossier de référence est bien plus complet et précis que celui utilisé pour la recherche de financements. Il ne s'agit pas de remplir des cases, mais plutôt de structurer une réflexion. Il est donc essentiel d'associer les partenaires éventuels à la construction d'un cadre logique. Il en est de même pour la plupart des outils présentés dans ce chapitre.

EXEMPLE TERRAIN⁴⁰

Exemple du projet de réduction des risques en Géorgie

Les outils participatifs garantissent l'interactivité entre MdM et ses partenaires. En premier lieu, la participation assure la conception conjointe et les prises de décisions conjointes quant aux activités communes. La planification participative et les mécanismes de contrôle contribuent ensuite à clarifier et définir les rôles, responsabilités et redevabilité des partenaires du programme, et garantissent que toutes les actions reposent sur une vision partagée. Enfin, ils facilitent l'apprentissage réciproque, encouragent la communication ouverte entre membres du personnel et entre partenaires, et résolvent les conflits, contribuant ainsi à garantir la redevabilité et la transparence. L'engagement à bâtir et entretenir le partenariat est ainsi fortement encouragé.

Relativement simple pour les petites ONG, l'utilisation de ces outils participe à la structuration des processus de planification et de contrôle, une mesure importante du renforcement des acquis qui facilitera grandement la prise de décisions collaborative et la planification à l'avenir.

40. Extrait du rapport d'évaluation du projet de réduction des risques en Géorgie, 2012, p. 20, disponible sur l'intranet de MdM.

Étapes de construction du cadre logique

Le cadre logique synthétise les différentes dimensions d'un projet. Chacun des éléments décrits dans cet outil renvoie à une étape et à des documents de programmation spécifiques.

Le S2AP recommande que la construction et la documentation du cadre logique se fassent selon **un ordre** (indiqué par les numéros inscrits dans les cases). Cet ordre correspond **aux étapes de la programmation**. Il est important d'avoir finalisé la réflexion sur les objectifs et résultats à atteindre (la destination du projet) avant de définir la façon de

les atteindre (l'itinéraire ou chemin à parcourir). Néanmoins, tout au long de sa construction, des allers-retours doivent être opérés pour en vérifier la cohérence et la logique, horizontales et verticales.

Les échanges effectués entre le terrain, le responsable de desk, le RM, le référent médical et les référents thématiques permettent de définir les points 1 à 12.

Une fois l'architecture globale du projet définie, le responsable de desk, avec l'aide de l'équipe terrain (si elle est constituée) et avec l'appui des services support, précise les aspects plus opérationnels en définissant les points 13 à 15.

Logique d'intervention	Indicateurs	Sources de vérification	Hypothèses
Objectif général 1	4	Monitool 5	/
Arbre à problème Arbre décisionnel			
Objectif spécifique 2	6	7	11
			Opportunités, contraintes, conditions préalables (FFOM/SWOT)
Résultats 3	8	9	12
Activités 13	Ressources	Coûts	Conditions préalables
	14	Budget 15	10
Diagramme de Gantt			

ZOOM

L'OBJECTIF DE LA PROGRAMMATION


De la même façon qu'un itinéraire permet de savoir par où passer pour atteindre un lieu précisé au préalable, la programmation permet de définir la direction et la trajectoire envisagées pour un projet.

Penser à un itinéraire n'empêche ni de changer de chemin pour arriver à destination, ni de modifier la destination en fonction de ce qui peut arriver en chemin. Souvent, le fait d'avoir envisagé différentes possibilités avant le départ est une aide précieuse pour faire les choix ultérieurs.

Il est en est de même pour la programmation d'un projet. Elle permet de s'interroger sur l'objectif qu'on veut atteindre et l'itinéraire qu'on souhaite utiliser. Lors de la mise en œuvre, les objectifs et les résultats attendus ainsi que les activités et l'allocation des ressources peuvent être affinés et/ou modifiés.

En fonction des décisions, il est essentiel d'impliquer les acteurs concernés. Il paraît évident qu'une modification des objectifs ou des résultats attendus d'un projet est une décision plus lourde à prendre qu'un changement d'activité.

De même, il est important de s'assurer que lorsqu'on modifie le cadre logique en cours de réalisation, l'ensemble des éléments du projet restent en cohérence les uns les autres.



**LA DÉFINITION
DES OBJECTIFS
ET DES RÉSULTATS**

CHARTRE D'OTTAWA: LA RECETTE D'UNE BONNE SANTÉ



LA DÉFINITION DES OBJECTIFS ET DES RÉSULTATS⁴¹

➤ À l'issue de la phase de diagnostic, un problème de santé publique a été retenu et une stratégie d'intervention a été proposée dans le rapport de mission exploratoire. La formulation des objectifs et résultats d'un projet suppose de transformer le PSP et les interventions retenues en objectifs et résultats attendus.

41. La terminologie du cadre logique diffère de celle employée dans le cadre du CPBOARESE, méthode de planification faisant l'objet du « Manuel de planification des programmes de santé » publié par MdM en 2006. Ici, l'objectif général ne peut être atteint dans le seul cadre du projet. L'objectif spécifique du cadre logique correspond à l'objectif général du CPBOARESE ; et les résultats correspondent aux objectifs d'intervention, secondaires ou spécifiques.

2.1A

L'OBJECTIF GÉNÉRAL

➤ L'objectif général décrit les actions auxquelles le projet entend **contribuer** pour améliorer l'état de santé de la population générale. Par exemple, contribuer à : atteindre un Objectif du millénaire pour le développement (OMD)⁴² et/ou un objectif de développement durable (*sustainable development goals* ; SDGs), faire baisser la mortalité au niveau national, réduire la prévalence du VIH/sida à l'échelle nationale...

À NOTER /

L'objectif général renvoie aux conséquences à **long terme** souhaitées sur la population dans son ensemble (*impact*). Il présente ainsi des facettes diverses et complexes. Pour ne prendre qu'un seul exemple, la « population cible » n'est pas la population générale. C'est pourquoi l'objectif général ne peut pas être atteint dans le cadre d'un seul projet.

Le modèle de MdM prévoit **un seul objectif général**.

On utilise **des verbes d'action à l'infinitif** pour **formuler** l'objectif général. Cette formulation doit rendre explicite la situation à atteindre et indiquer :

- le lieu (pays ou zone géographique concerné) ;
- la ou les population(s) concernée(s) par le changement recherché ;
- sans toutefois préciser la durée de l'action.

L'objectif n'est **pas chiffré** : les cibles à atteindre sont précisées au regard des indicateurs choisis.

EXEMPLES « TERRAIN » Formulations d'objectif général

Uruguay

Renforcer l'accès à des services d'attention intégrale en santé sexuelle et reproductive de qualité, pour les femmes en situation de grossesse non désirée, dans cinq pays d'Amérique latine, à partir de l'expérience uruguayenne.

Haïti

Contribuer à réduire la morbidité et la mortalité liées à l'épidémie de choléra en Haïti.

Pakistan

Contribuer à réduire la morbidité et la mortalité de la population affectée par le conflit au Pakistan.

42. La liste des OMD et de leurs indicateurs est disponible à l'adresse : <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm>

2.1B

L'OBJECTIF SPÉCIFIQUE

➤ L'objectif spécifique est l'objectif central du projet. Il décrit ce que le projet veut **accomplir** pour répondre au problème de santé publique retenu comme prioritaire lors du diagnostic (que ce soit un problème collectif de santé ou un déterminant). L'objectif spécifique renvoie aux effets à court et moyen termes souhaités sur la santé de la population cible (*outcome*).

Le modèle de MdM prévoit **un seul objectif spécifique**. Il est le cœur du projet, et c'est sur son atteinte que portera l'évaluation du projet.

Comme pour l'objectif général, on utilise **des verbes d'action à l'infinitif** pour **formuler** l'objectif spécifique. Cette formulation doit rendre explicite :
→ la situation à atteindre en précisant la durée du projet et le(s) lieu(x) de mise en œuvre ;
→ la ou les populations cibles.

L'objectif n'est **pas chiffré** : les cibles à atteindre sont précisées en fonction des indicateurs choisis.

La **durée** de l'objectif spécifique doit être **égale à celle du projet**.

EXEMPLES « TERRAIN » Formulations d'objectif spécifique

Laos

Renforcer, en quatre ans, la qualité et l'accès à des soins de santé préventifs et curatifs pour les femmes enceintes et celles en âge de procréer ainsi que pour les enfants de moins de 5 ans dans les districts de Moonlapamok, Sukuma, Champassack et Khong, province de Champassak.

Haïti

Assurer pendant un an une prise en charge de qualité

des cas de choléra et réduire la prévalence de l'épidémie au sein des populations de l'aire métropolitaine de Port-au-Prince et du département de la Grand'Anse.

Pakistan

Assurer pendant un an l'accès à des soins de santé primaires complets, pour les personnes affectées par le conflit dans quatorze villages dans les districts de Swabi et Buner, NWFP.

ZOOM

ESTIMATION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES D'UNE INTERVENTION Quelques définitions

- **Zone de couverture, population couverte (*catchment population*)** : population générale de la zone d'intervention, bassin d'intervention.
- **Population cible** : personnes potentiellement touchées par l'intervention (ex/ PVVIH résidant sur le secteur d'intervention du projet).
- **Bénéficiaires directs** : personnes directement touchées par l'intervention (ex/ PVVIH pris en charge dans le cadre du projet).
- **Bénéficiaires indirects** : personnes en contact avec les bénéficiaires directs et qui peuvent bénéficier des effets de l'intervention (familles de PVVIH...).

Les professionnels de santé des structures soutenues et/ou partenaires (agents de santé, infirmières,

sages-femmes...) ne sont pas des bénéficiaires indirects, mais des personnes ressources, sauf si le projet est un projet de formation pur (dans ce cas ils constituent des bénéficiaires directs).

Lorsque c'est possible, le calcul des bénéficiaires inclut une répartition par classes d'âge et par sexes.

EXEMPLE « FIL ROUGE »

L'ESTIMATION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES

On reprend l'exemple développé en fil rouge dans le chapitre « Diagnostic ». À partir du rapport de mission exploratoire existant sur le projet au Libéria, l'équipe projet de Médecins du Monde doit maintenant procéder à la programmation du projet. Il faut ici estimer le nombre de bénéficiaires du projet.

Population couverte (*catchment population*) : Population des 10 communautés couvertes par l'intervention = 390 314 personnes

Femmes en âge de procréer : 22,09 % de la population totale (chiffre officiel du ministère de la Santé)

Population cible : femmes en âge de procréer = 390 314 x 22,09 % = 86 220 femmes en âge de procréer

Bénéficiaires directs : femmes en âge de procréer recourant à la PF = 86 220 x 30 % (cible MdM) = 25 866 femmes

Bénéficiaires indirects : familles des femmes recourant à la PF = 25 866 femmes x 7 personnes/foyer = 181 062 personnes

2.1C

LES RÉSULTATS

➤ Les résultats décrivent ce que le projet doit **produire** pour atteindre l'objectif spécifique. Ils concourent à l'objectif général du projet. Les résultats sont obtenus par la mise en œuvre d'un certain nombre d'activités.

Le terme générique de « résultat » recouvre en fait deux types de réalités :

- le terme **output** (résultat) renvoie aux produits issus de la mise en œuvre des activités. Il peut s'agir des produits de l'activité en elle-même (ex : formations réalisées) ou des résultats qu'elle génère directement sur les personnes, les organisations ou les structures de santé (ex : augmentation des connaissances);
- le terme **outcome** (effet) renvoie aux changements à court et moyen termes atteints par la combinaison (en cascade ou en parallèle) d'activités et/ou de circonstances et **ayant un effet sur la santé de la population cible**. Par exemple, il peut s'agir d'un changement de pratiques, d'une modification de la perception, des services de soins, de leur accès ou de leur utilisation, d'un changement de législation, etc.

Selon qu'il s'agit d'**output** ou d'**outcome**, tous les résultats ne participent pas de la même façon à l'atteinte de l'objectif spécifique.

Certains changements demandent du temps et leur réalisation peut dépasser le cadre d'un seul projet. C'est la raison

pour laquelle il est intéressant, dès l'origine, d'inscrire le projet dans une stratégie à long terme en s'interrogeant sur les articulations qui permettront d'atteindre les changements souhaités. Il s'agit ici, en reprenant les analyses faites autour des arbres à problèmes, d'approfondir la notion de **chaîne de résultats** (voir schéma ci-contre).

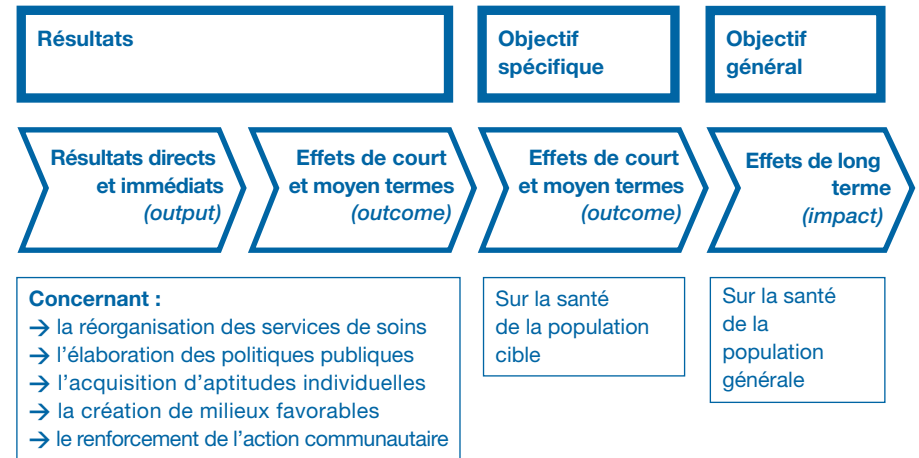
La formulation des résultats d'un projet dépend en grande partie de la façon dont MdM souhaite ou peut s'impliquer et du niveau auquel il peut le faire.

Un résultat est formulé au **mode passif**.

Leur formulation doit rendre explicites :

- le changement qu'on souhaite obtenir et dans quel délai (surtout s'il est inférieur à la durée du projet);
- la ou les populations cibles.

Les résultats ne sont **pas chiffrés** : les cibles à atteindre sont précisées au regard des indicateurs choisis. On spécifie alors la période pendant laquelle l'indicateur sera mesuré et à l'issue de laquelle la cible devra être atteinte.



La **durée** nécessaire pour atteindre le résultat n'est **pas toujours identique à celle du projet**. Elle peut lui être inférieure ou égale. En effet, un projet peut avoir plusieurs composantes, mises en œuvre de façon simultanée ou successive.

EXEMPLE « FIL ROUGE » LA DÉFINITION DES RÉSULTATS

Au Libertalia, les produits nécessaires à la contraception d'urgence ne font pas partie de la liste des médicaments essentiels définie au niveau national. MdM souhaite en promouvoir la disponibilité dans les structures de santé soutenues dans le Saapland. On pourrait imaginer les deux résultats suivants :

- des protocoles nationaux pour les services de planification familiale incluant l'accès à la contraception d'urgence sont mis en place et diffusés d'ici à deux ans;
- un accès à la contraception d'urgence est assuré pour les populations des 10 communautés du Saapland pendant un an (dernière année du projet).

Au même titre que pour les objectifs général et spécifique, la formulation des résultats se fait en fonction de l'arbre à problème et de la stratégie d'intervention définie pendant la phase de diagnostic. Les interventions possibles peuvent alors être articulées selon les **cinq axes de la Charte d'Ottawa**.

Selon cette dernière, la promotion de la santé est un processus qui confère aux individus et aux populations les moyens d'améliorer leur état de santé :

- en assurant un meilleur contrôle sur les déterminants de la santé;
- en agissant sur leur environnement ou en évoluant avec lui.

La promotion de la santé représente à la fois un concept et des stratégies permettant d'allier les enjeux de santé publique et la participation communautaire. Ces deux dimensions sont à la base des projets de MdM. Elle vise aussi la prise en compte des déterminants qui interviennent sur la santé (changement social, politique, économique...) et la dynamisation de la participation effective du public.

À NOTER /

En promotion de la santé, on essaie d'agir de façon concomitante sur les cinq axes d'intervention listés dans la Charte d'Ottawa et qui concernent :

1. Une politique publique saine.
2. Des milieux favorables (environnement géographique et physique, mais aussi économique, dont l'accès aux services de prévention et de soins).
3. L'action communautaire.
4. Les aptitudes individuelles.
5. Les services de santé.

Ces cinq axes constituent un **cadre conceptuel commun** (et non un outil) à l'ensemble des acteurs de MdM pour la réflexion et l'élaboration des projets (définition des résultats). Au moment de la programmation, il est important de prendre en considération les cinq axes de ce modèle (même si l'on fait le choix de ne pas tous les mettre en œuvre) et d'envisager des **partenariats** pour prendre en charge certains volets. Il est néanmoins important que les cinq axes soient envisagés ; dans le cas contraire, le projet risquerait d'être incomplet et/ou de ne pas pouvoir répondre efficacement au problème de santé publique identifié.

Afin d'élaborer un projet efficace, réaliste et opérationnel, il est souhaitable de travailler **au minimum sur trois axes** de promotion de la santé et de définir **au maximum six résultats** pour un objectif spécifique (on peut avoir deux résultats pour un axe). En fonction du volume et/ou de la complexité du projet, ce dernier peut être détaillé en sous-résultats. Cette approche globale et multisectorielle permet aussi de faciliter l'intégration d'un volet de plaidoyer qui permet de prendre

en compte l'axe relatif à une politique publique saine.

ZOOM
POURQUOI FAIRE DU PLAIDOYER À MÉDECINS DU MONDE ?⁴³

On constate qu'il est parfois insuffisant de soigner et témoigner pour changer les choses. Le plaidoyer est donc un mode d'action incontournable pour permettre à l'organisation d'atteindre ses objectifs et de donner corps à sa vision sur le long terme.

Les principes de base du plaidoyer sont les suivants :

- savoir précisément ce que l'on souhaite changer ;
- savoir qui a le pouvoir d'opérer le changement souhaité ;
- se doter des informations et outils nécessaires pour convaincre les décideurs d'opérer le changement visé.

Quels sont les types de changement visés ?

Les changements durables visés peuvent prendre principalement trois orientations :

- l'adoption de nouvelles politiques permettant l'amélioration de la situation sanitaire des populations ;
- la remise en cause de politiques jugées comme contraires à l'intérêt des populations concernées ;
- le respect de politiques ou règles de droit existantes mais non appliquées.

Témoignage versus plaidoyer

Le témoignage s'inscrit dans une démarche très factuelle et ponctuelle

visant à décrire une situation ou à rendre visible une problématique, mais il n'a pas pour vocation première d'obtenir le changement (même s'il y participe de manière indirecte). Ainsi, le plus souvent, le témoignage peut servir à sensibiliser l'opinion publique à une situation ou à un enjeu (en l'occurrence aux enjeux d'accès à la santé), mais peut également constituer une preuve formelle en appui d'une stratégie de plaidoyer ou bien dans le cadre de décisions de justice (par exemple lors de procès instruits par la Cour pénale internationale).

Le plaidoyer en revanche se manifeste par l'application de stratégies d'influence proactives auprès de décideurs, afin de forcer la mise en place de solutions concrètes au problème identifié. Le témoignage peut constituer un élément de la stratégie de plaidoyer.

Communication versus plaidoyer

Si la démarche de plaidoyer nécessite la mobilisation d'outils de communication, afin de faire connaître aux décideurs et au grand public les messages et recommandations portés par l'organisation, elle ne se limite pas à ce seul aspect. Elle comprend également bien d'autres activités sans lien direct avec l'utilisation des médias telles que le lobbying auprès des décideurs, la construction d'alliances avec des partenaires ou encore le recueil d'expertises issues de nos terrains d'intervention.

De même, la communication n'est pas toujours faite à des fins de plaidoyer.

EXEMPLE « FIL ROUGE »
LA DÉFINITION DES OBJECTIFS ET RÉSULTATS À PARTIR DU RAPPORT DE MISSION EXPLORATOIRE

Le rapport de mission exploratoire présente les informations suivantes :

PSP retenu :
grossesses non désirées

Ce PSP concerne les femmes en âge de procréer (86220 femmes en âge de procréer dans les 10 communautés cibles du projet). Parmi elles, 15 % utilisent des méthodes de contraception modernes. Les grossesses non désirées peuvent être à l'origine d'avortements à risque et de complications obstétricales, entraînant par là même surmortalité et surmortalité maternelles.

Les principaux déterminants identifiés sont : un faible accès aux méthodes modernes de PF, une faible disponibilité des méthodes de PF, une faible accessibilité géographique des structures de santé, une méconnaissance sur la PF avec des pratiques traditionnelles de PF peu efficaces et un tabou par rapport à l'injectable, l'absence de la contraception d'urgence dans la liste des médicaments essentiels au niveau national, une forte présence de leaders religieux positivant la fécondité, une prévalence des VLG et un rapport hommes/femmes inégalitaire.

Les interventions envisagées :

- assurer la disponibilité d'un large éventail de méthodes contraceptives modernes pour les femmes, hommes, couples dans les services de PF ;

⁴³. Pour plus d'informations concernant la construction d'une stratégie de plaidoyer, se référer à la présentation «Formation Plaidoyer» MdM, 2011, disponible sur l'intranet en français, anglais et espagnol.

- renforcer et superviser les professionnels de santé chargés des services de PF ;
- renforcer les connaissances sur la planification familiale, les différentes méthodes contraceptives, la double protection, la prévention des IST des femmes/ filles ainsi que des hommes/garçons et s'assurer que les femmes/filles connaissent leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive ;
- faire un plaidoyer en faveur de l'intégration de la contraception d'urgence dans la liste des médicaments essentiels ;
- sensibiliser les leaders religieux, construire des argumentaires en faveur de l'espacement des naissances et encourager la diffusion de messages sur ce thème sur les radios communautaires ;
- s'assurer de l'application de la politique de gratuité des méthodes de PF par la mise en place d'un système de contrôle à base communautaire.

Il s'agit alors de définir les objectifs et les résultats attendus du projet à partir de l'arbre à problèmes (page ci-contre) et des interventions proposées dans le rapport de mission exploratoire.

Définition de l'objectif général

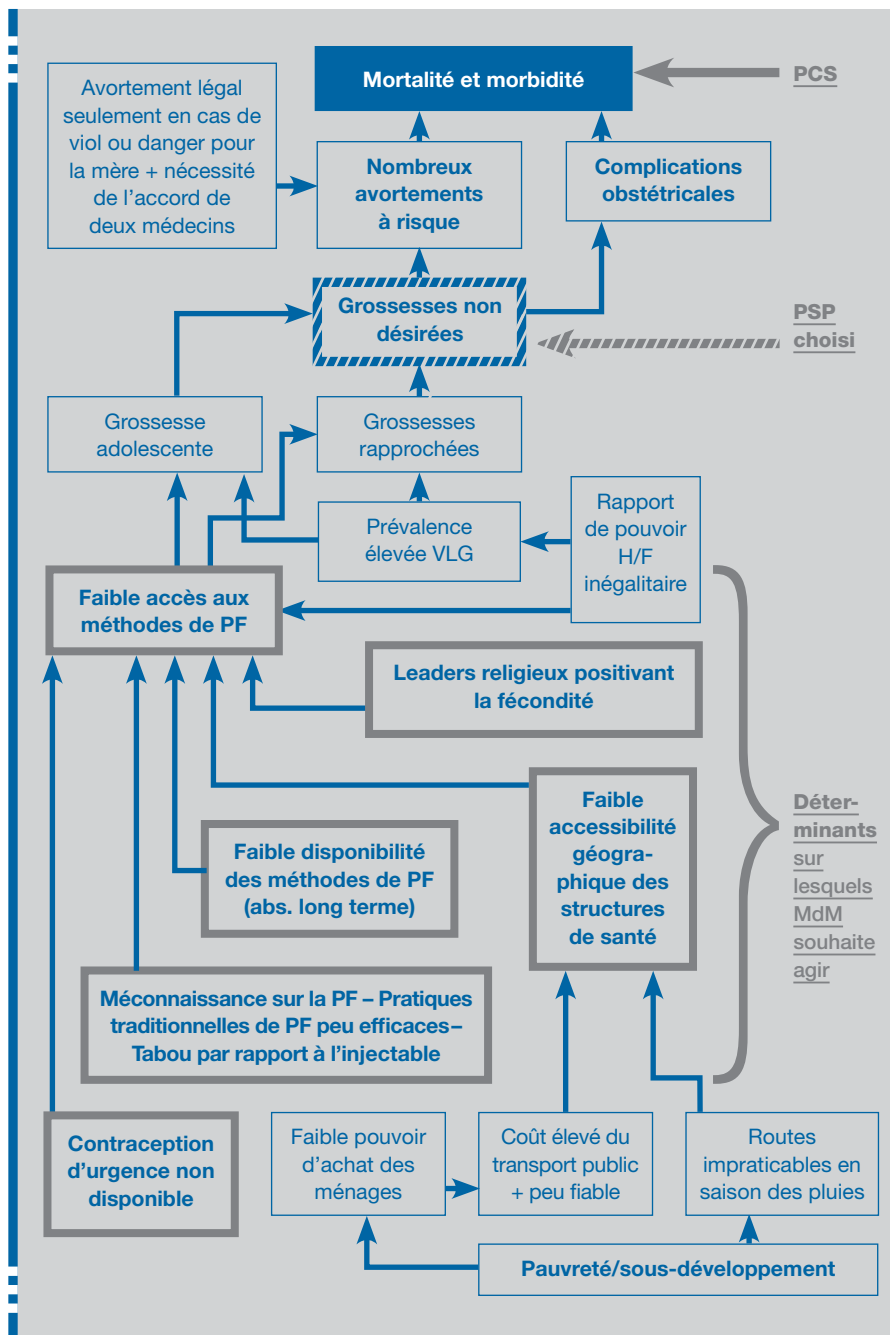
Dans le cas du projet Libertalia, le PSP retenu était « les grossesses non désirées ». En consultant l'arbre à problème, il est possible d'identifier que les effets et conséquences à long terme de ce PSP sont une surmorbidity et surmortalité maternelles.

L'objectif général est formulé de la façon suivante :
Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles au Libertalia.

Définition de l'objectif spécifique

Pour agir sur le nombre de grossesses non désirées, le rapport de mission exploratoire suggérait que le renforcement de l'offre et de la demande en PF était l'intervention la plus pertinente au regard de ce qui était déjà fait par d'autres, des ressources du projet et de l'analyse de risques.

L'objectif spécifique est formulé de la façon suivante :
Diminuer le nombre de grossesses non désirées dans le Saapland par le renforcement de l'offre et de la demande en PF pendant trois ans.



Déterminants de l'arbre à problèmes sur lesquels on souhaite agir	Analyse des interventions possibles à partir des axes de la charte d'Ottawa	Formulation des résultats
Faible disponibilité des méthodes de PF (abs. long terme)	Réorientation des services de santé (améliorer l'offre de soins de planification familiale)	Les structures de santé du Saapland offrent des services de PF de qualité pendant trois ans.
Faible accès des méthodes de PF (gratuites en théorie mais payantes dans la réalité)	Création de milieux favorables (réduire les barrières à l'accès aux services de planification familiale)	Un mécanisme de contrôle assurant l'accès gratuit aux services de planification familiale est mis en place d'ici à trois ans.
Contraception d'urgence non disponible (non inscrite dans la liste des médicaments essentiels)	Promotion d'une politique de santé publique saine (appuyer la formulation ou renforcer les politiques nationales de planification familiale)	Des protocoles nationaux pour les services de planification familiale incluant l'accès à la contraception d'urgence sont mis en place et diffusés d'ici à deux ans.
Méconnaissance sur PF – Pratiques traditionnelles de PF peu efficaces – tabou par rapport à l'injectable	Acquisition d'aptitudes individuelles (favoriser la prise de conscience individuelle et renforcer les moyens individuels d'exercer un contrôle sur ses droits et sa santé)	Les connaissances et pratiques relatives à la planification familiale de la population des 10 communautés du Saapland sont renforcées sur une période de trois ans.
Leaders religieux positivant la fécondité	Renforcement de l'action communautaire (favoriser l'implication des leaders religieux autour de la planification familiale)	Les leaders religieux des 10 communautés du Saapland sont sensibilisés à l'importance de la planification familiale et encouragent l'utilisation des services de planification familiale d'ici à trois ans.
Faible accessibilité géographique des structures de santé	Renforcement de l'action communautaire (favoriser l'implication communautaire autour de la planification familiale)	Pas de résultat formulé : AMPF met déjà en œuvre une distribution des méthodes de PF sur une base communautaire.

EN RÉSUMÉ

LES POINTS CLÉS DE LA DÉFINITION DES OBJECTIFS ET DES RÉSULTATS

→ 1 objectif général formulé avec des **verbes d'action à l'infinitif** : effets et conséquences à long terme souhaités sur la santé de la population générale (*impact*)

→ 1 objectif spécifique formulé avec des **verbes d'action à l'infinitif** : effets à court et moyen termes souhaités sur la santé de la population cible (*outcome*)

→ 6 résultats au maximum (qui représentent au minimum 3 axes de la Charte d'Ottawa) formulés au **passif** : changements à court et moyen termes souhaités pour atteindre l'objectif spécifique (*output et outcome*).





2.2A

DÉFINITION

➤ Un **indicateur** est une mesure chiffrée qui décrit un **état** ou un **changement d'état** (par comparaison dans le temps). Il permet d'**apprécier des écarts** par rapport à d'autres éléments comparables ou par rapport à des normes, des standards ou des mesures/cibles fixées à l'avance.

Tous les phénomènes ne sont pas facilement mesurables. Cependant, la possibilité de comparer les différentes valeurs d'un indicateur dans le temps ou dans l'espace donne des informations intéressantes sur de nombreux éléments. Les objets de la mesure peuvent être très divers en fonction de l'information que l'on recherche et ne concernent pas seulement les aspects techniques ou épidémiologiques.

ZOOM INDICATEURS DE LA PRISE EN COMPTE DES ÉLÉMENTS SOCIOCULTURELS⁴⁴

Dans le panel d'indicateurs de prise en compte des éléments socioculturels, les acteurs œuvrant à la programmation du projet identifient puis sélectionnent

les indicateurs les plus appropriés au contexte.

Exemples d'indicateurs :

- pourcentage de consultations où l'intimité du patient est assurée par des mesures adaptées (présence de rideau de séparation, possibilité d'être pris en charge par un soignant de son sexe, etc.);
- pourcentage d'accouchements assistés respectant la position d'accouchement souhaitée par la patiente;
- pourcentage d'accouchements après lesquels le souhait de la patiente concernant le placenta est pris en compte.

⁴⁴. Pour en savoir plus ou disposer de plus d'exemples, se référer au guide « Accès aux soins. Les déterminants socioculturels », MDM, 2012, disponible sur le site internet de Médecins du Monde.

Il est essentiel de mesurer **les opinions et les perceptions** de ceux avec qui et pour qui l'on travaille. En effet, pour MDM, l'enjeu est de pouvoir agir en complémentarité plutôt

qu'en substitution. L'indicateur peut alors permettre de mesurer la gravité ressentie d'un problème collectif de santé, le degré de participation communautaire, le degré de satisfaction des usagers d'un service, etc.

De même, il est important de ne pas mesurer seulement **la quantité mais aussi la qualité** des services offerts. Par exemple, le « nombre de consultations » mesure la quantité de consultations réalisées alors que le « nombre de consultations réalisées selon les normes de qualité nationales et/ou internationales » en mesure la qualité.

2.2.3

LES NIVEAUX D'INDICATEURS

➤ Il existe plusieurs niveaux d'indicateurs liés au suivi de projet.

→ **Les indicateurs d'impact** (*impact indicators*) mesurent **les effets et conséquences à long terme sur la santé de la population dans son ensemble.**

Ce niveau d'indicateur n'est réalisé que si les bailleurs l'exigent dans leurs formats de demande de subvention. Il ne présente en effet pas un grand intérêt pour le suivi des projets eux-mêmes, car il ne permet pas de déceler des changements se produisant dans le court et le moyen terme de l'intervention. Par ailleurs, les changements mesurés dans le long terme ne sont pas attribuables à la seule action de MdM. Ils peuvent être positifs ou négatifs, induits directement ou indirectement, par un projet, de façon intentionnelle ou pas.

→ **Les indicateurs d'effet** (*outcome indicators*) mesurent **les effets à court et moyen termes sur la santé de la population cible.**

Ils résultent d'une combinaison (en cascade ou en parallèle) d'activités ou de circonstances.

Il est important de faire la différence entre les effets intermédiaires (court et moyen termes) mesurés par des indicateurs d'effet (*outcome indicators*) et les effets

à long terme (cinq ans et plus) mesurés par des indicateurs d'impact (*impact indicators*).

→ **Les indicateurs de résultats** (*output indicators*) mesurent les produits issus de la mise en œuvre des activités. Il peut s'agir des produits de l'activité elle-même ou des résultats qu'elle génère directement sur les personnes, les organisations ou les structures de santé.

Par exemple, les résultats d'une activité d'éducation pour la santé peuvent être de plusieurs ordres : supports d'IEC créés (produit de l'activité), nombre de sessions de sensibilisation organisées (produit de l'activité), augmentation des compétences des formateurs (résultat direct et immédiat sur les personnes ressources), augmentation des connaissances de la population cible (résultat direct et immédiat sur les personnes cibles).

ZOOM
CLARIFICATION SÉMANTIQUE

La terminologie associée aux résultats et effets d'une action n'est pas figée et diffère d'un acteur à l'autre, voire chez un même acteur ou d'un document à l'autre. Cette terminologie

flottante peut parfois prêter à confusion mais elle est principalement due à des questions de traduction. Les trois niveaux de résultats et d'effet (*output, outcome, impact*) sont en effet communs aux différents acteurs.

Quelques équivalences :

Terminologie anglophone	Traduction francophone de MdM	Traduction francophone de la Commission européenne	Traduction francophone de l'AFD
impact	impact	impact	impact
outcome	effet	résultat	effet
output	résultat	réalisation	réalisation

ZOOM
UN RÉSULTAT EST-IL TOUJOURS MESURÉ PAR UN INDICATEUR DE RÉSULTAT ?

Tout dépend du type de résultat. Les résultats décrivent ce que le projet doit produire pour atteindre l'objectif spécifique. Ils sont de deux types :

- les produits issus de la mise en œuvre des activités (*outputs*), mesurés par des indicateurs de résultat (*output indicators*);
- les changements à court et moyen termes atteints par la combinaison d'activités et/ou de circonstances (*outcomes*) et mesurés par des indicateurs d'effet (*outcome indicators*).

Par exemple, les résultats d'une formation réalisée auprès des accoucheuses traditionnelles portant

sur les risques de complications obstétricales, afin d'encourager le référencement, peuvent être mesurés par :

- **des indicateurs de résultats (*output indicators*)** : nombre de formations réalisées auprès des accoucheuses traditionnelles (AT), nombre d'AT qui connaissent trois types de complications obstétricales et leurs risques (amélioration des connaissances);
- **des indicateurs d'effet (*outcome indicators*)** : nombre de femmes enceintes référées par les accoucheuses traditionnelles (modification des pratiques de référencement).

Le plus souvent, **le cadre logique de MdM ne contient que des indicateurs d'effet et de résultat.** Des indicateurs d'impact

peuvent être intégrés à la demande du bailleur mais ils n'ont pas un grand intérêt pour le suivi des projets.

Chaque objectif ou résultat décrit dans le cadre logique peut être associé à **plusieurs indicateurs.**

À NOTER /
L'ensemble des indicateurs liés aux effets et résultats d'un projet sont répertoriés dans le Monitool. Cela permet d'avoir un seul et même document pour le suivi de tous les indicateurs associés à un projet.

Logique d'intervention	Indicateurs	Sources de vérification	Hypothèses
Objectif général	Indicateur d'impact (<i>impact indicator</i>) → effets et conséquences de long terme sur la santé de la population générale		
Objectif spécifique	Indicateur d'effet (<i>outcome indicator</i>) → effets à court et moyen termes sur la santé de la population cible		
Résultats	Indicateur d'impact (<i>outcome indicator</i>) → effets à court et moyen termes sur la santé de la population cible		
	Indicateur de résultat (<i>output indicator</i>) → produits issus de la mise en œuvre des activités ou résultats directs et immédiats qu'elles produisent sur les personnes, les organisations		
Activités		Ressources	Coûts
			Conditions préalables

EXEMPLE « FIL ROUGE »

DÉFINITION DES INDICATEURS DE MONITORING

Après avoir défini les objectifs et résultats attendus, l'équipe du projet s'interroge sur la définition des indicateurs de monitoring. Voici les réflexions qui lui ont permis de choisir les indicateurs pour suivre les résultats 3 et 5. La méthode est la même pour les autres résultats et objectifs du projet.

Résultat 3 : des protocoles nationaux pour les services de PF incluant l'accès à la contraception d'urgence sont mis en place et diffusés d'ici à deux ans

Les activités de plaidoyer doivent aboutir à l'intégration de la contraception d'urgence dans la liste des médicaments essentiels d'ici à deux ans afin que cette méthode soit incluse dans les protocoles nationaux.

Il est donc possible de suivre l'évolution de l'action par rapport au résultat attendu à partir des produits issus directement de la mise en œuvre des activités (**indicateurs de résultat**) :

1. Nombre de réunions trimestrielles avec les autorités de santé nationales et partenaires institutionnels.
2. Nombre de réunions trimestrielles avec les autorités de santé nationales et partenaires institutionnels avec interpellation sur la contraception d'urgence.
3. Nombre d'interpellations écrites ou orales faites auprès des autorités de santé nationales et partenaires institutionnels sur la CU.

Il est aussi possible de suivre cette évolution à partir des effets à court et moyen termes des activités de plaidoyer sur la santé de la population cible (**indicateurs d'effet**) :

4. Nombre de structures de santé soutenues par MdM proposant une CU (effets attendus si les objectifs de plaidoyer sont atteints).

Face à tous ces indicateurs, l'équipe du projet doit faire un choix. Il sera fonction de plusieurs éléments :

- la pertinence de l'indicateur pour suivre l'atteinte d'un objectif ou résultat ;
- la possibilité de comparer ses valeurs avec d'autres sources de données ;
- la disponibilité des informations nécessaires à son calcul ;
- la pertinence de l'information fournie pour l'interlocuteur visé (information parlante ?).

Indicateur n° 1 : Il permet de suivre la fréquence des réunions faites dans le cadre des activités de plaidoyer. Cependant, il ne permet pas de savoir si l'on se rapproche de l'objectif de plaidoyer ou non.

Indicateur n° 2 : Il précise le nombre de réunions permettant de se rapprocher de l'objectif de plaidoyer. On peut en effet penser que plus le nombre de réunions « avec interpellation » augmente, plus les autorités de santé nationales et les partenaires institutionnels portent attention à la question de la contraception d'urgence. Cependant, cet indicateur ne mesure que la tenue de réunions, alors que les activités de plaidoyer envisagées sont plus larges.

Indicateur n° 3 : Il informe sur le nombre d'interpellations écrites ou orales, nécessaire pour savoir si l'on se rapproche du résultat attendu en termes de plaidoyer. En outre, contrairement à l'indicateur n° 2, il ne se limite pas aux réunions, mais prend aussi en compte les interpellations écrites issues des activités de plaidoyer.

Indicateur n° 4 : Il donne des indications précises sur les effets d'un plaidoyer réussi. Si la contraception d'urgence est inscrite dans la liste des médicaments essentiels, MdM doit s'assurer qu'elle est effectivement disponible dans les structures de santé soutenues.

L'équipe choisit les indicateurs n° 3 et n° 4. L'un permet de suivre les résultats directs de l'activité de plaidoyer ; l'autre d'en préciser les effets.

Résultat 5 : d'ici à trois ans, les leaders religieux des 10 communautés du Saapland sont sensibilisés à l'importance de la planification familiale et encouragent l'utilisation des services de planification familiale

Les activités ne sont pas encore précisément définies, mais il est envisagé de mener des actions de sensibilisation auprès des leaders religieux pour développer des arguments favorables à la planification familiale en lien avec les préceptes religieux. La diffusion de ces messages devrait être assurée par des émissions de radio auxquelles participent des leaders religieux diffusées auprès des 10 communautés du Saapland.

Il est donc possible de suivre l'évolution de l'action par rapport au résultat attendu, à partir de plusieurs indicateurs :

1. Nombre d'ateliers de sensibilisation organisés avec les leaders religieux (produit de l'activité en elle-même).
2. Nombre de leaders religieux sensibilisés aux enjeux de la planification familiale (produit de l'activité en elle-même).
3. Pourcentage de leaders religieux connaissant au moins trois des principaux messages sur l'espacement des naissances (résultat directement produit par l'activité de sensibilisation des leaders religieux).
4. Pourcentage de leaders religieux connaissant au moins trois méthodes de contraception modernes (résultat directement produit par l'activité de sensibilisation des leaders religieux).
5. Nombre d'émissions radio en présence des leaders religieux passant des messages favorables à l'espacement des naissances (résultat directement produit par l'activité de sensibilisation sur la diffusion de messages encourageant l'espacement des naissances).

Indicateur n° 1 : Il permet de suivre la réalisation des séances de sensibilisation mais ne renseigne ni sur le nombre de leaders religieux sensibilisés ni sur la qualité de la sensibilisation. Cet indicateur concernant les activités de MdM, il y a peu de sources permettant la comparaison. En revanche, son calcul est facile, l'information étant directement disponible dans les rapports d'activité de MdM et accessible pour un grand nombre d'interlocuteurs.

Indicateur n° 2 : Il présente les mêmes avantages et inconvénients que l'indicateur précédent, mais renseigne en plus sur le nombre de leaders religieux sensibilisés.

Indicateur n° 3 : Il donne une information sur la qualité de la sensibilisation par une amélioration des connaissances des participants. Cependant, une amélioration des connaissances n'entraîne pas forcément un changement de pratique et cet indicateur ne nous renseigne pas sur la diffusion effective des messages et sur l'espacement des naissances. Il peut être calculé pour les leaders religieux participant aux sensibilisations (test pré et post-sensibilisation).

Indicateur n° 4 : Il présente les mêmes avantages et inconvénients que le précédent. Toutefois, ce qui est mesuré ici, c'est l'acquisition de connaissances sur les méthodes de PF, liée moins directement au changement de discours attendu. Il est donc moins pertinent pour suivre les progrès de l'action vis-à-vis du résultat souhaité.

Indicateur n° 5 : Il donne une information sur la diffusion des messages par les leaders religieux ; il est facile à calculer à partir des rapports transmis par les stations de radio. Il est très parlant et accessible à tous.

À partir de cette analyse, l'équipe choisit l'indicateur n° 5.

2020

LA FORMULATION DES INDICATEURS

1/ L'INTITULÉ DES INDICATEURS

L'intitulé d'un indicateur doit rendre explicite ce qu'il mesure.

L'indicateur lui-même n'est **pas chiffré**, mais il est complété par une **valeur de base (baseline)** et **une ou des cible(s) (target)**. La valeur de base (*baseline*) correspond à la valeur initiale de l'indicateur. La cible (*target*) est la valeur que l'on se donne pour objectif d'atteindre à un temps donné.

Un indicateur peut être associé à une ou plusieurs cibles. Si l'indicateur est associé à une seule cible (cible finale), il n'est pas nécessaire de préciser la date à laquelle on souhaite l'atteindre. Elle est équivalente à la durée que l'on s'est donnée pour atteindre le résultat ou l'objectif en lien avec l'indicateur.

Cependant, un indicateur peut aussi être associé à plusieurs cibles correspondant à différents moments du projet (cibles intermédiaires). Par exemple, pour un projet de trois ans, on peut définir des cibles pour la fin de la première et de la deuxième année. Ces informations peuvent être inscrites dans le document de référence et utilisées

pour des demandes de financement concernant des périodes différentes de celles du projet (par exemple une demande de financement pour un an d'un projet dont la durée est de trois ans). Il est alors essentiel de préciser les délais que l'on se fixe pour atteindre les cibles intermédiaires.

La détermination d'une valeur de base (*baseline*) et de cible(s) (*target*) nécessite une lecture réaliste des terrains d'intervention, ce qui n'est pas toujours évident au regard des délais impartis ou des données disponibles au début du projet.

La définition de la valeur de base (baseline) se fait en fonction des données primaires et secondaires collectées lors du diagnostic. Ces dernières peuvent être complétées lors de la phase de programmation par d'autres données secondaires en cas d'informations manquantes :

- **statistiques nationales :** SNIS/SIS, recensement, etc. ;
- **statistiques internationales :** publiées par les agences des Nations unies (par exemple enquêtes MICS de l'Unicef, statistiques mondiales de l'OMS, enquêtes démographiques et de santé – EDS) ou par des ONG. Il est important de resituer ces données dans le contexte d'intervention ;
- recherches universitaires, d'instituts, etc. ;

- données de routine des services de santé, registres de centres de santé, etc. ;
- informations données par les médias (par exemple presse nationale et locale).

ZOOM

QUE FAIRE QUAND LA BASELINE N'EST PAS CONNUE ?

Il arrive assez souvent que la **baseline** ne soit pas connue au stade de la programmation, car cette dernière doit parfois s'effectuer très rapidement, avant même d'avoir pu rassembler ou vérifier toutes les données. Il convient alors malgré tout de fixer des cibles...

La connaissance des terrains d'intervention et de ce qu'il est possible de faire se précise de plus en plus au fur et à mesure de l'avancement du projet. On peut alors soit revoir les cibles initialement fixées (à la baisse, à la hausse), soit revoir les ressources affectées à l'atteinte de ces cibles. Des cibles qui paraissent inadaptées peuvent traduire des objectifs trop ambitieux et/ou des ressources insuffisantes au regard des objectifs fixés. À l'inverse, des cibles trop proches de la baseline, donc quasi atteintes en début de projet, posent la question de la pertinence du projet dont on doit attendre qu'il vise une amélioration réelle des indicateurs... Il est donc essentiel de s'interroger sur les cibles fixées et de procéder aux réajustements nécessaires. On revient là encore sur la notion de flexibilité de la programmation et de son outil central, le cadre logique : celui-ci ne doit pas être figé et doit pouvoir évoluer.

Il faut toutefois veiller à ne pas effectuer ces révisions de façon trop fréquente (nous reviendrons sur ce point dans le chapitre consacré au suivi/monitoring).

L'utilisation de référentiel comme idéal à atteindre (référence)

Avoir un référentiel permet de fixer une limite supérieure aux valeurs possibles que peut prendre un indicateur. Un référentiel peut être déterminé à partir d'un ensemble de sources :

- **des données de référence/ benchmarks internationales :** ces normes internationales sont issues des travaux réalisés au niveau international (OMD⁴⁵, normes OMS, projet Sphère, etc.) et visent à définir des normes et standards pour un certain nombre de thématiques. Ces données indiquent un niveau de performance admis comme étant satisfaisant. Cependant, ces standards sont aussi à considérer avec précaution (voir encadré). De plus, ils n'intègrent pas la diversité des projets mis en œuvre et la complexité des terrains d'intervention. Souvent, il est plus approprié de se référer aux normes nationales qui prennent en compte les réalités du pays, même si elles sont parfois, elles aussi, soumises à des contingences politiques ;
- **des études publiées ou non publiées :** elles représentent parfois les seules sources disponibles sur certaines thématiques pour connaître des ordres de grandeur ;
- des informations disponibles dans des documents de projets **ou expériences antérieures et/ou similaires.**

⁴⁵. Dans certaines régions, les OMD sont très basiques et très peu ambitieux, dans ces cas-là, il est recommandé de ne pas les choisir comme des données de référence.

La définition des cibles (targets)

dépend des résultats que l'on souhaite atteindre. La ou les cible(s) doivent être fixées en fonction de la situation existante dans la zone d'intervention (**baseline**), avec en ligne de mire la référence idéale. Le curseur est ajusté au regard de ce que l'on peut espérer atteindre de façon réaliste par l'intervention de MdM et en fonction des ressources disponibles, des capacités de MdM et/ou des partenaires ainsi que de la durée du projet.

LA DÉFINITION D'UNE CIBLE

Référentiel défini par rapport à des benchmarks, aux expériences antérieures et/ou similaires



Baseline – valeur de base

EXEMPLE « FIL ROUGE » LA DÉFINITION DES CIBLES

Nombre d'interpellations écrites ou orales adressées aux autorités de santé nationales et partenaires institutionnels sur la contraception d'urgence (CU)

- **Baseline :** cet indicateur est entièrement dépendant des activités menées par MdM. La baseline est donc égale à 0 en début de projet (aucune interpellation sur la CU n'est faite avant le démarrage du projet).
- **Cible :** 2 par trimestre. MdM se fixe l'objectif de faire 2 interpellations par trimestre auprès autorités de santé nationales et partenaires institutionnels sur la CU.

Nombre de structures de santé soutenues par MdM proposant une CU

- **Baseline :** 0. À ce jour, la contraception d'urgence ne fait pas partie de la liste des médicaments essentiels. De facto, elle n'est pas disponible dans les structures de santé.
- **Cible :** 10. Dans le Saapland, MdM soutient 10 structures de santé.

Nombre d'émissions radio en présence des leaders religieux passant des messages favorables à l'espacement des naissances

- **Baseline :** cet indicateur est entièrement dépendant des activités menées par MdM. La baseline est donc égale à 0 en début de projet (aucune émission radio n'est faite en présence des leaders religieux sur le thème de la PF).
- **Cible :** 15. MdM a pour objectif de sensibiliser 2 leaders religieux par communauté, soit 20 leaders. Il semble réaliste de penser réaliser des émissions radio avec 15 d'entre eux.

S'interroger sur la situation que l'on souhaite idéalement atteindre, c'est questionner le sens de l'action et les critères permettant d'en juger l'efficacité. Cette réflexion est particulièrement importante lorsque l'on mobilise des standards définis au niveau international. Certains relèvent d'études scientifiques (par exemple les taux de vaccination permettant la protection maximale de la population) et constituent un idéal à atteindre. Cependant, il existe aussi des standards qui, loin d'être neutres,

présupposent une certaine vision du développement ou de l'aide humanitaire.

ZOOM

QUELQUES DÉBATS

AUTOUR DE L'EFFICACITÉ DE L'AIDE

Effacité du développement

Au niveau international, les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) adoptés en 2000 fixent à la fois une certaine vision du développement et un cadre général permettant de juger de l'efficacité de l'aide. Alors qu'il existait un consensus international sur « la situation idéale » à atteindre, il s'agissait de « se donner les moyens ». Les débats internationaux autour de l'efficacité de l'aide se sont alors cristallisés autour de la gestion de l'aide, et des cinq principes énoncés dans la Déclaration de Paris (2005) : appropriation, alignement, harmonisation, gestion axée sur les résultats et responsabilité mutuelle.

La principale critique adressée par les organisations de la société civile (OSC) à la Déclaration de Paris est que celle-ci ne traite que des aspects technocratiques de la gestion de l'aide, en dépolitisant de facto les enjeux. Les OSC ont donc cherché à mener « une entreprise de « dé-technicisation » du discours sur le développement et la coopération internationale afin de clarifier les notions d'efficacité et de développement »⁴⁶. Ce processus, porté depuis 2008 par l'Open Forum for CSO Development Effectiveness, a abouti

à l'adoption du Cadre international pour l'efficacité de la contribution des OSC au développement, et des Huit Principes d'Istanbul. Le développement est alors perçu comme un processus visant à mettre les populations en position de choisir. Dès lors, la « situation idéale » à atteindre renvoie à des notions de renforcement des capacités, de participation ou d'*empowerment*.

Dans le premier cas, l'efficacité de l'aide renvoie à l'atteinte de résultats tangibles. Dans le second, elle fait référence à la notion de processus.

Effacité de l'aide humanitaire

Un autre débat est né du projet Sphère et de sa tentative de normalisation de l'efficacité de l'aide humanitaire. « Les standards minimums décrivent les conditions qui doivent être remplies dans toute intervention humanitaire afin que les populations touchées par une catastrophe puissent survivre et recouvrer des conditions de vie stables dans la dignité⁴⁷. »

Cette démarche tend à considérer que toute crise qualifiée « d'humanitaire » serait à l'origine de besoins dits « humanitaires » relativement homogènes malgré le particularisme des contextes d'intervention. Il serait alors possible de juger de l'efficacité de la réponse des ONG et des autres acteurs de l'aide à partir de la couverture de ces besoins. Cette dernière devant se rapprocher le plus possible des standards minimums répertoriés dans le manuel Sphère.

Plusieurs types de critiques ont été adressés à cette vision pragmatique de la réponse humanitaire⁴⁸ :

→ **Des critiques d'ordre technique** : les normes édictées ne permettent pas de prendre en compte la diversité des contextes d'intervention (elles ne s'appliquent que dans des conditions quasi inexistantes) et les difficultés propres à la réponse humanitaire (capacité d'adaptation pour atteindre les populations vulnérables ou pour déjouer les pièges de l'instrumentalisation de l'aide, etc.). De plus, en développant une réponse unique, les normes édictées risquent d'amoinrir les capacités d'innovation.

→ **Des critiques d'ordre juridique** : le projet Sphère tend à créer un lien entre le droit humanitaire international (DIH) et des standards techniques. Cela n'est pas sans poser la question du fondement juridique de ce lien et de ses possibles applications.

→ **Des critiques d'ordre politique** : une réponse est « humanitaire » dès lors qu'elle répond aux principes d'humanité, d'impartialité et d'indépendance. Les choix opérationnels ne relèvent donc pas seulement de critères techniques, mais aussi d'un positionnement éthique et de négociations politiques.

Dans le cas du projet Sphère, l'efficacité de l'aide renvoie à la capacité de couvrir les « besoins humanitaires » en se rapprochant le plus possible des standards minimums. Dans la seconde approche, l'efficacité de l'aide renvoie à la capacité de répondre aux objectifs éthiques, politiques et techniques de l'action humanitaire.

2 / LE CHOIX ET LES CRITÈRES DE QUALITÉ DES INDICATEURS

Il est nécessaire d'avoir un **nombre restreint d'indicateurs** afin de pouvoir les analyser.

À NOTER /

Il n'est pas toujours possible de mesurer facilement tous les éléments importants (équité, niveau d'influence, légitimité, réputation, liberté d'expression, renforcement des capacités, etc.) ; par ailleurs, tout ce qui peut être mesuré n'est pas nécessairement important (nombre de pansements, nombre de jours de formation, nombre de flyers distribués, etc.).

46. Bergamaschi Isaline, *Agenda de Paris & Efficacité de l'aide : Bilan d'expériences et grandes tendances dans les pays en développement*, Étude réalisée pour Coordination Sud, Paris, octobre 2007, p. 58.

47. Le projet Sphère, *La Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire*, 3^e édition, 2011, p. 4.

48. Grunewald F. & De Geoffroy V., *Les Dangers et incohérences des approches normatives pour l'aide humanitaire. Synthèses des réflexions soulevées*, Groupe URD, 2000 ; et Orbinski James, *On the meaning of Sphere standards to states and other humanitarian actors*, MSF, 17 avril 2008.

Il est préférable de choisir des indicateurs **faisant partie du Système national d'information sanitaire (SNIS)**, afin de ne pas multiplier les données à recueillir et de pouvoir comparer les indicateurs choisis avec les données nationales.

Cela permet aussi de ne pas créer de systèmes de collecte de données sanitaires parallèles, mais plutôt de renforcer les systèmes existants.

Un indicateur doit être **objectivement vérifiable (IOV)**. Cela signifie que l'information recueillie ne doit pas être dépendante de l'opinion et des préjugés de la personne qui la collecte. En d'autres termes, deux personnes différentes doivent pouvoir collecter l'information nécessaire au calcul d'un indicateur et arriver aux mêmes conclusions. La comparaison d'indicateurs calculés à partir de sources différentes ou de méthodes différentes pourrait conduire à des conclusions incorrectes.

Pour ce faire, il est essentiel de préciser toutes les informations nécessaires à la réplicabilité de la collecte et du calcul de l'indicateur :

- la fréquence de la collecte : **Quand** les informations nécessaires au calcul de l'indicateur sont-elles collectées ?
- le mode de calcul de l'indicateur : **Comment** le numérateur et le dénominateur de l'indicateur sont-ils calculés ?
- les sources de vérification (supports de collecte) : **Où** les informations nécessaires au calcul de l'indicateur sont-elles disponibles ?
- la ou les personne(s) responsable(s) de la collecte et de l'analyse : **Qui** est chargé de la collecte des informations nécessaires au calcul de l'indicateur et **Qui** est chargé de l'analyse de l'indicateur ?
- les raisons de la collecte : **Pourquoi** l'indicateur est-il calculé ?
- la ou les personnes destinataire(s) de l'analyse : **Pour Qui** l'indicateur est-il calculé ?

À NOTER /
Pour l'ensemble des indicateurs d'un projet, toutes ces informations

sont reprises dans l'« *indicators summary* » du Monitool. Seuls les intitulés des indicateurs, les valeurs de départ (*baselines*), les cibles (*targets*) et les sources de vérification sont précisés dans le cadre logique du projet.

L'ensemble de ces informations permet aussi de répondre aux critères de qualité d'autres acteurs, comme c'est souvent le cas avec le modèle **SMART**. Un indicateur SMART est un indicateur :

- **Spécifique** : il ne change que si ce qu'il mesure varie ;
- **Mesurable** : on peut déterminer sa valeur par rapport à une référence ;
- **Atteignable** : la cible qu'on veut atteindre est réaliste (attention, elle ne doit pas être trop confortable non plus) ;
- **Relevant (pertinent)** : il est choisi de façon appropriée par rapport au problème posé ;
- **Temporellement défini** : il est défini sur une période donnée.

Un indicateur dont l'intitulé est bien défini sera spécifique et pertinent. La valeur de base (*baseline*) et les cibles qui lui sont associées en font un indicateur mesurable, atteignable et temporellement défini.

3 / LES SOURCES DE VÉRIFICATION

Il est essentiel de s'interroger sur les sources de vérification (supports de collecte) lors du choix des indicateurs. Pour chaque indicateur formulé, il convient d'identifier et de déterminer **où** et **sous quelle forme** sont disponibles les informations relatives

aux diverses évolutions, modifications, etc. que l'on cherche à mesurer.

À NOTER /
Il faut donc trouver un juste équilibre entre ce que l'on cherche à mesurer et la disponibilité des données.

Si l'on n'a pas la garantie de pouvoir renseigner l'indicateur (du fait du partenaire, par exemple, qui serait dans l'incapacité de communiquer les données attendues), il est préférable de le reformuler. Par exemple, on ne peut se fonder sur des données qui seraient collectées à partir du remplissage de registres écrits lorsque la plupart des acteurs communautaires sont analphabètes. Il faudra dans ce cas envisager d'autres méthodes de collecte.

Les **sources de vérification** peuvent être **internes** au projet (rapports...) ou **externes** (statistiques, études...).

Les sources de vérification **internes** correspondent à des **données primaires** (collectées directement par les équipes sur le terrain) :

- observation directe ;
- mesure directe (prise de tension, température, etc.) ;
- focus groups, entretiens individuels approfondis ;
- enquêtes à base populationnelle avec l'utilisation d'outils tels que questionnaires, etc.

Les sources de vérification **externes** sont des **données secondaires** (données de seconde main, collectées par un autre organisme) :

- statistiques nationales : SNIS/SIS, recensement ;
- statistiques nationales et internationales publiées par les agences des Nations

unies (par exemple, enquêtes MICS de l'Unicef, enquêtes démographiques et de santé EDS), enquêtes publiées par des ONG... ;

- recherches universitaires, d'instituts... ;
- données de routine des services de santé ; registres de centres de santé... ;
- informations données par les médias (par exemple, presse nationale et locale).

Il est important de diversifier ses sources de vérification et d'avoir un équilibre entre sources de vérification externes et internes (données primaires et secondaires) pour l'ensemble des indicateurs choisis, en privilégiant, comme nous l'avons vu précédemment, des indicateurs faisant partie du Système national d'information sanitaire (SNIS).

Exemples de sources de vérification :

- registres d'admission, registres de transfert, registres d'accouchements, registres PTME, registres des vaccinations, registres de consultations, dossiers patients ;
- fiches de stock des centres de santé ;
- diplômes de l'école des sages-femmes, certificat du ministère de la Santé ;
- rapports d'activité de MdM, comptes rendus, rapports de supervision ;
- enquête CAP, enquête de population ;
- observation pendant la supervision ;
- résultats de tests écrits après une formation, etc.

EXEMPLE « FIL ROUGE »

LES SOURCES DE VÉRIFICATION

Nombre d'interpellations écrites ou orales adressées aux autorités de santé nationales et partenaires institutionnels sur la CU :

Calculé à partir des rapports d'activité MdM, des procès-verbaux de réunions, des comptes rendus de réunions.

Nombre de structures de santé soutenues par MdM proposant une CU : Calculé à partir des rapports de supervision.**Nombre d'émissions radio en présence des leaders religieux passant des messages favorables à l'espacement des naissances :** Calculé à partir des rapports transmis par les stations radio.

EN RÉSUMÉ

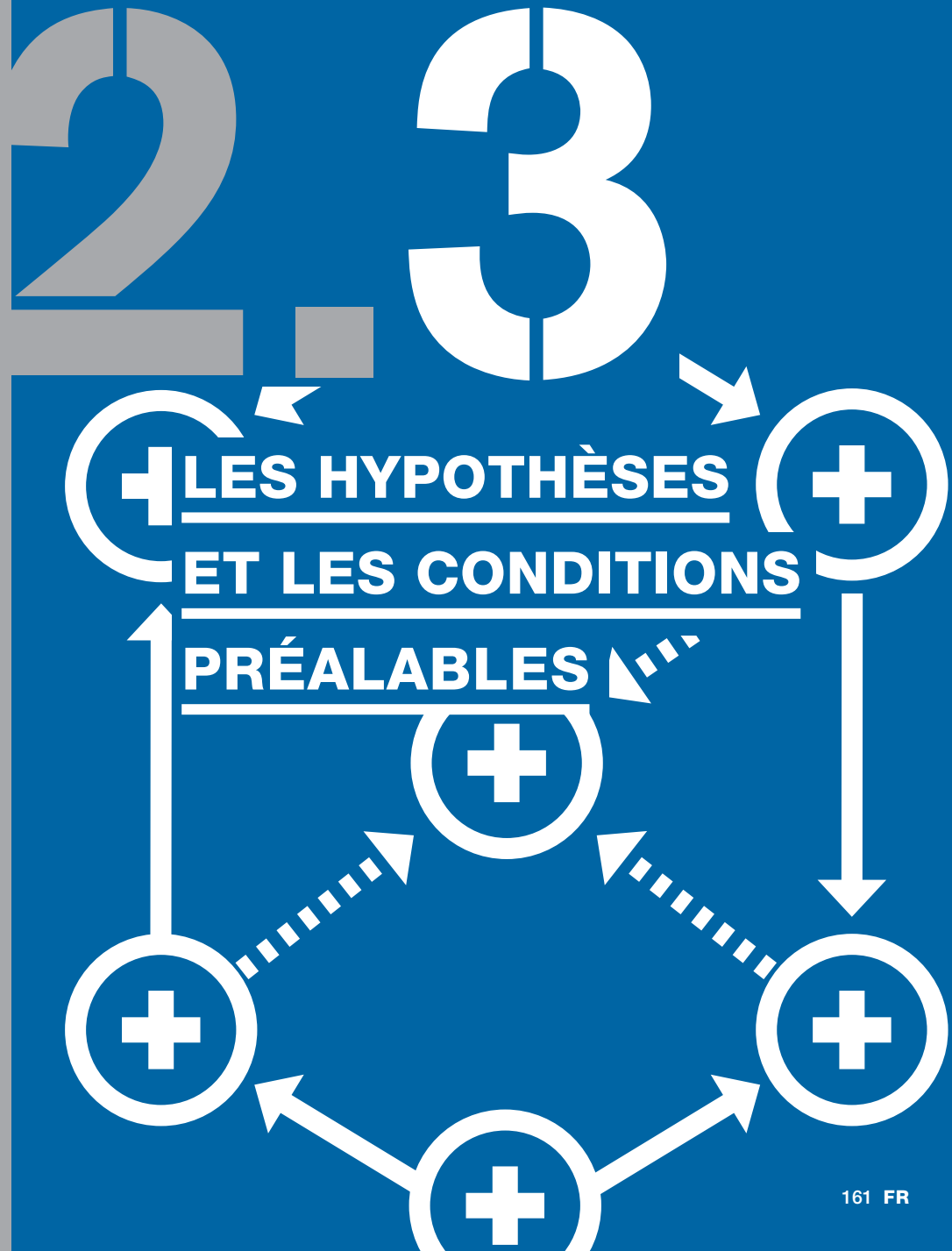
LES POINTS CLÉS DE LA DÉFINITION DES INDICATEURS ET DES SOURCES DE VÉRIFICATION

→ **Identifier la *baseline*** pour chaque indicateur.

→ **Identifier le référentiel que l'on souhaite idéalement atteindre** (ce qu'on veut savoir, c'est si une activité donnée permet de tendre vers un objectif, un résultat).

→ **Définir les cibles à atteindre** (intermédiaires et finales) et préciser les dates d'atteinte.

→ **Identifier les sources de vérification** (supports de collecte), privilégier dans la mesure du possible les sources de vérification existantes (SNIS/SIS, etc.).



RISQUES ET HYPOTHÈSES



2.3A

LES RISQUES ET HYPOTHÈSES (RISKS AND ASSUMPTIONS)

➤ Ce sont les facteurs externes susceptibles d'influencer positivement ou négativement la réussite d'un projet, et qui échappent au contrôle direct du gestionnaire de projet. Les risques et hypothèses doivent être identifiés au niveau de l'objectif spécifique, des résultats.

Ils peuvent être de différentes natures :

- facteurs **géographiques**, de sécurité...;
- facteurs **socioculturels** (acceptabilité du projet par les populations...)
- facteurs **institutionnels** (organisation du système de santé, bienveillance des autorités à l'égard des projets...), etc.

EXEMPLE « FIL ROUGE » LES RISQUES ET HYPOTHÈSES

En fonction du contexte et d'une analyse des risques, l'équipe projet a défini plusieurs hypothèses pouvant contribuer à l'atteinte des objectifs et aux résultats du projet.

Par exemple, l'atteinte de l'objectif spécifique « Diminuer le nombre de grossesses non désirées dans le Saapland par le renforcement de l'offre et de la demande en PF pendant trois ans » est possible si :

- la stabilité politique et sociale est maintenue ;
- la politique de gratuité des soins est maintenue par le ministère de la Santé et les autorités sanitaires régionales et continue d'inclure les services de planification familiale ;
- les conditions de sécurité dans la région ne se dégradent pas et les déplacements sur le terrain sont possibles.

2.3B

LES CONDITIONS PRÉALABLES (PRECONDITIONS)

➤ Les conditions préalables regroupent l'ensemble des conditions qui doivent être remplies pour que le projet puisse démarrer.

Elles peuvent être de différentes natures :

- **géographiques** : les populations doivent être accessibles ;
- **humaines** : les ressources humaines et matérielles doivent être suffisantes pour permettre la réalisation des activités, les compétences doivent correspondre aux projets à mettre en œuvre...);
- **juridiques** : l'enregistrement dans le pays, la signature d'un MoU par exemple doivent être remplis ;
- **financières** : signature d'un contrat de financement, accord du comité de direction pour démarrer le projet avec des fonds privés.

Le maintien de conditions satisfaisantes pour le personnel de MdM, les partenaires et les usagers ne constitue pas une condition préalable mais plutôt une hypothèse.

À NOTER /

Il n'est pas toujours simple de faire la distinction entre hypothèses et conditions préalables, ces deux notions pouvant parfois concerner un même facteur. Par exemple, le maintien d'un accord avec les autorités de tutelle peut représenter une condition préalable au démarrage des activités, mais peut aussi être considéré comme une hypothèse, puisqu'elle est également susceptible d'influencer le projet dans sa mise en œuvre.

EXEMPLE « FIL ROUGE » LES CONDITIONS PRÉALABLES

Au regard du contexte et d'une analyse des risques, l'équipe projet

a défini plusieurs conditions préalables comme prérequis au début du projet :

- le MoU est signé avec le ministère de la Santé ;
- les contraceptifs sont disponibles au niveau national ;
- les leaders religieux ne remettent pas en question leur volonté de dialogue avec MdM.

EN RÉSUMÉ

**LES POINTS CLÉS DANS LA DÉFINITION
DES HYPOTHÈSES ET DES CONDITIONS
PRÉALABLES**

→ **Identifier les hypothèses**

sous-jacentes à l'atteinte des résultats
et objectifs.

→ **Identifier les conditions préalables**

qui doivent être remplies
pour commencer le projet.



UN OUTIL POUR DONNER LE RYTHME



2.4A

LES ACTIVITÉS

➤ Ce sont les tâches à accomplir afin d'atteindre les résultats prévus. Nous sommes ici au niveau opérationnel.

Les activités projet et support sont les tâches opérationnelles à accomplir pour atteindre les résultats souhaités. Alors que les activités projet sont en lien direct avec les populations cibles, les activités support correspondent à « ce qui se passe en coulisses » pour garantir la bonne gestion du projet. Ces fonctions comprennent la coordination, la planification, le management d'équipe, la communication, la gestion administrative, financière, logistique ou juridique... Il est essentiel de ne pas les oublier : la réussite du projet dépend en grande partie de la bonne articulation entre toutes ces activités.

Dans le cadre logique, seules les activités projet les plus importantes sont indiquées. Le diagramme de Gantt reprend l'ensemble des activités (projet et support).

1/LA FORMULATION DES ACTIVITÉS

Les activités sont formulées avec **des verbes d'action à l'infinitif**.

Des précisions répondant aux questions : « Combien ? », « Comment ? » et « Combien de temps ? » doivent être apportées lors de la formulation des activités.

2/LES ÉTAPES DANS LA DÉFINITION DES ACTIVITÉS

La définition des activités s'articule avec la stratégie d'intervention déterminée lors de la phase de diagnostic. Certains axes d'intervention ont pu être identifiés en fonction de leur plus-value, de critères opérationnels, d'opportunités, de contraintes et de conditions préalables. Il s'agit maintenant d'affiner cette analyse afin de préciser les activités qui permettent d'atteindre les résultats et objectifs attendus.

Pour chaque résultat attendu, il faut :
→ **identifier et énoncer les activités** envisageables (projet et support) ;
→ **faire un choix parmi plusieurs options** possibles en fonction de leur faisabilité,

des opportunités, des contraintes et des risques ;

→ **vérifier pour chaque activité sa cohérence :**

- **dans le projet** (cohérence interne) : toutes les activités doivent permettre d'atteindre les résultats et tous les résultats attendus doivent être opérationnalisés par la mise en œuvre d'activités (logique verticale),
- **en dehors du projet** (cohérence externe) : les activités doivent être complémentaires et cohérentes au regard de celles développées par les autres acteurs.

L'identification des activités envisageables (projet et support) doit prendre appui sur l'analyse du contexte.

La démarche est la même que lors du diagnostic. Il faut alors se poser les questions suivantes :

- Quelles activités sont déjà menées ? Qu'est-ce qui n'est pas encore fait ?
- Quels sont les points qui pourraient être améliorés ? Est-il pertinent d'y contribuer, et comment ?
- Vaut-il mieux réaliser ce type d'activité dans un autre lieu ?
- Quelles activités peuvent compléter utilement celles qui sont déjà mises en œuvre ?

Entre plusieurs possibilités, le choix des activités se fait en fonction de plusieurs critères :

- **les critères opérationnels :** disponibilité de ressources humaines déjà formées ou qu'il est possible de former ; disponibilité des sources de financement ; disponibilité de ressources matérielles, logistique, cadre légal, risques sécuritaires et environnementaux, conditions de travail pour le personnel, etc. ;
- **la plus-value potentielle de chaque activité :** possibilité d'un partenariat constructif, synergies possibles avec d'autres

acteurs, pérennisation possible, participation à un changement social, possibilité de documenter des pratiques innovantes, valeurs et savoir-faire de MdM, adéquation avec les priorités de la politique de santé nationale/locale, adéquation avec les priorités et stratégies de MdM, acceptabilité sociale et culturelle par la population concernée, etc. ;

→ **les opportunités :**

facteurs favorables à la mise en place et à la poursuite d'une activité qui peuvent être utilisés comme « leviers » d'action ;

→ **les contraintes :**

éléments du contexte défavorables, qui ne sont pas modifiables au temps t, éléments qui imposent de « faire avec » ou d'élaborer des stratégies de contournement ou d'adaptation (ex/ Y a-t-il des contraintes de sécurité limitant les déplacements du personnel dans certaines zones ?)

→ **les risques** pour le personnel de MdM, les partenaires, les usagers associés à la mise en œuvre de certaines activités (ex/ risque d'être pris pour cible, risque d'être stigmatisé, etc.)

Il est important de prendre en compte le critère « plus simple et moins cher », mais il ce n'est pas le seul. Il faut être attentif au fait que tous les critères ne peuvent pas toujours être utilisés simultanément. Par exemple, une activité qui a un objectif de changement social ou de plaidoyer peut entrer en contradiction avec les priorités politiques nationales, l'acceptabilité sociale et culturelle ou le niveau de risque acceptable.

Le degré de précision dans la définition des activités facilite par la suite l'appréciation des ressources à mobiliser et le temps nécessaire à la réalisation du projet.

Il faut prendre garde à ne pas oublier les activités support que requièrent certaines activités projet. Le regard du personnel

support est alors particulièrement intéressant pour éviter certaines erreurs et surprises lors de la mise en œuvre du projet. Par exemple, faire une campagne de vaccination ne consiste pas seulement à administrer les vaccins. Cette activité requiert d'importants moyens logistiques (chaîne du froid, stockage des vaccins, etc.).

ZOOM
AJUSTEMENT DES ACTIVITÉS

Le choix des activités est fait lors de la phase de programmation, il est néanmoins courant de réaliser des ajustements pendant la phase de mise en œuvre du projet. En effet, au moment de l'installation puis pendant le déroulement d'un projet, les activités sont modifiées, complétées ou arrêtées. Ces changements traduisent l'ajustement au contexte, les décisions prises à la suite d'évaluations, etc. : c'est la nécessaire adaptation au terrain.

Les rapports d'activité rendent compte de ces changements, et de leurs raisons. Ces dernières doivent être suffisamment explicitées.

Dans les rapports de suivi, il est important de mentionner les activités réalisées, les points forts et les difficultés rencontrées. Il faut aussi préciser si les conditions préalables qui avaient été retenues sont présentes dans la réalité, etc. La précision de ces rapports constitue la mémoire effective du projet, et permet de retenir les leçons des actions déjà réalisées pour renforcer la qualité des projets à venir.

2.4B

CHRONOGRAMME OU DIAGRAMME DE GANTT

➤ Le diagramme de Gantt est un calendrier de réalisation des activités qui permet d'avoir une vision globale et synthétique du projet dans le temps. C'est un des outils de pilotage de projet les plus importants.

Il sert à :

- **organiser et visualiser l'ensemble des activités** dans le temps (durée et/ou fréquence des activités) ;
- **fixer les priorités chronologiques** (activités qu'on peut mener en même temps ; activités qu'on doit étaler dans le temps) ;
- **organiser et visualiser les ressources** (humaines et matérielles) affectées à ces activités et vérifier leur adéquation et leur cohérence.

À NOTER /

Les activités support doivent également apparaître dans le diagramme. La phase de préparation nécessaire à la mise en place des activités (par exemple, l'installation de la base logistiquie) ne doit pas être oubliée.

Cet outil a de nombreux avantages. Il permet :

- d'**être réaliste** dans la répartition de la charge de travail et sa planification (activités support) ;
- de **faire le suivi** des activités et de mesurer les progrès réalisés ;
- d'**avoir une vision synthétique** pouvant servir de base à la communication interne (réunions mensuelles de synthèse) ou externe (suivi des activités avec les partenaires impliqués sur le projet).

À NOTER /

Bien au-delà de sa fonction première d'outil de pilotage, le Gantt est un outil de communication et de management entre tous les membres des équipes impliqués sur les projets.

Le **niveau de précision** du diagramme de « Gantt » dépend de l'utilisation qu'on veut

en faire, du destinataire, de la durée du projet. Un « Gantt » très simple peut être suffisant, mais il ne sera pas opérationnel ; un « Gantt » trop précis devient un outil ingérable, il perd donc tout son intérêt. Il faut donc trouver le bon équilibre. On peut également avoir un « Gantt » global sur la durée du projet ou annuel pour mesurer les progrès réalisés et un document de programmation mensuel et/ou par activités plus détaillé pour l'équipe.

Le « Gantt » général :

- permet de visualiser les activités « projet » pour l'ensemble du projet ;
- est transmis au bailleur lors de la demande de financement.

Le « Gantt » détaillé (à usage interne) intègre :

- les activités du projet ;
- les activités support (ex/ révision des voitures, rapports à rendre, plan d'achats, etc.) ;
- les congés, les jours fériés (fêtes religieuses, nouvel an), réunions siège, rotations RH, visites desk/RM ou autres, saison des pluies, etc.

Dans le diagramme de « Gantt » détaillé, on décompose au maximum chaque activité, de façon à pouvoir prévoir le plus précisément possible les ressources nécessaires à leur réalisation.

ZOOM

ÉLABORATION DU DIAGRAMME DE GANTT⁴⁹

Étape 1 :

- établir une liste des activités du projet ;
- décomposer les activités.

Étape 2 :

- analyser les activités afin d'en fixer un ordre chronologique ;
- déterminer les activités qui peuvent être simultanées ;
- estimer la durée de chaque activité et leurs dates de début et de fin ;

- estimer la fréquence des activités discontinues.

Étape 3 :

Construire le diagramme en mettant → en abscisse le temps :
 définir la durée dans laquelle on veut s'inscrire : par exemple, on peut facilement élaborer un Gantt tous les six mois pour l'ensemble des activités de l'équipe. Sur l'ensemble des mois considérés, on peut indiquer les fêtes locales importantes, périodes pendant lesquelles les activités seront réduites (personnel en vacances, personnes en formation non disponibles...)
→ en ordonnée :
 on place les activités considérées.

Étape 4 :

À partir du diagramme, déterminer si les activités sont réalisables dans le temps initialement imparti. Si cela s'avère impossible, on peut :
 → augmenter le nombre de ressources pour mener à bien les activités prévues dans les délais prévus initialement ;
 → étaler dans le temps la mise en œuvre et le déroulement des activités.
 Dans les deux cas, on vérifie au préalable que l'augmentation des ressources ou de la période ne constitue pas un surcoût trop important.

Quelques règles simples peuvent garantir une bonne lisibilité du diagramme :
 → une couleur ou un sigle différent peut être utilisé pour chacune des personnes responsables des activités ;
 → pour marquer graphiquement le « réalisé », on peut noircir des cases, utiliser des couleurs, etc.

⁴⁹. Extrait de MdM, « Manuel de planification des programmes de santé », 2006.

EXEMPLE « FIL ROUGE »
LA DÉFINITION DES ACTIVITÉS

Dans le projet de lutte contre les grossesses non désirées au Libertalia, il est prévu d'organiser un atelier de sensibilisation auprès des leaders religieux pour développer des argumentaires favorables à la planification familiale en lien avec les préceptes religieux.

Cette activité peut se décomposer en plusieurs sous-activités :

- identifier les 20 leaders religieux en lien avec les communautés du Saapland ;

- évaluer le niveau initial de connaissances des leaders identifiés ;
- préparer le contenu de la formation (définir les objectifs pédagogiques, définir et structurer les modules et construire les outils pédagogiques) ;
- organiser la formation (planning, site de formation, transport, nourriture, matériel, etc.) ;
- organiser l'atelier ;
- évaluer l'atelier.

Dans le chronogramme général du projet, l'activité sera positionnée comme suit :

Activités	Resp.	04/14	05/14	06/14	07/14	08/14	09/14	10/14	11/14	12/14	01/15	02/15	03/15	04/15
Préparation d'un atelier de sensibilisation des leaders religieux sur les questions de planification familiale	Chef de base Resp. IEC													
Organisation d'un atelier de sensibilisation des leaders religieux sur les questions de planification familiale	Resp. IEC													
Élaboration de supports de sensibilisation pour les activités d'EPS	Resp. IEC													

Dans le chronogramme détaillé, l'activité sera positionnée comme suit :

Activités	Resp.	04/14	05/14	06/14	07/14	08/14	09/14	10/14	11/14	12/14	01/15	02/15	03/15	04/15
Préparation d'un atelier de sensibilisation des leaders religieux sur les questions de planification familiale	Chef de base Resp. IEC													
Identifier les 20 leaders religieux en lien avec les communautés du Saapland	Chef de base Resp. IEC													
Évaluer le niveau initial de connaissances des leaders identifiés	Chef de base Resp. IEC													
Définir les objectifs pédagogiques	Resp. IEC													
Définir et structurer les modules	Resp. IEC													
Construire les outils pédagogiques	Resp. IEC													
Organisation d'un atelier de sensibilisation des leaders religieux sur les questions de planification familiale	Resp. IEC													
Organiser l'atelier de sensibilisation	Resp. IEC													
Réaliser l'atelier de sensibilisation	Resp. IEC													
Évaluer l'atelier de sensibilisation	Resp. IEC													
Élaboration de supports de sensibilisation pour les activités d'EPS	Resp. IEC													

En étudiant ce chronogramme, l'équipe décide de décaler l'activité d'élaboration des supports de sensibilisation pour les activités d'EPS. Entre septembre 2014 et novembre 2014, le responsable IEC est déjà mobilisé sur l'organisation et l'évaluation de l'atelier de sensibilisation des leaders religieux à 100 % de son temps. L'élaboration de supports d'EPS est reportée à 2015.

Le diagramme de Gantt peut être ajusté tout au long de l'implantation du projet. Dans ce cas, il est important de justifier les modifications apportées et de conserver le « Gantt » initial. La comparaison des différents « Gantt » est également utile dans les phases de suivi et d'évaluation.

EN RÉSUMÉ

LES POINTS CLÉS DANS LA DÉFINITION DES ACTIVITÉS

→ **Identifier les activités** permettant de répondre aux objectifs et résultats attendus (activités projet et support).

→ **Choisir** parmi les différentes alternatives et expliciter ces choix.

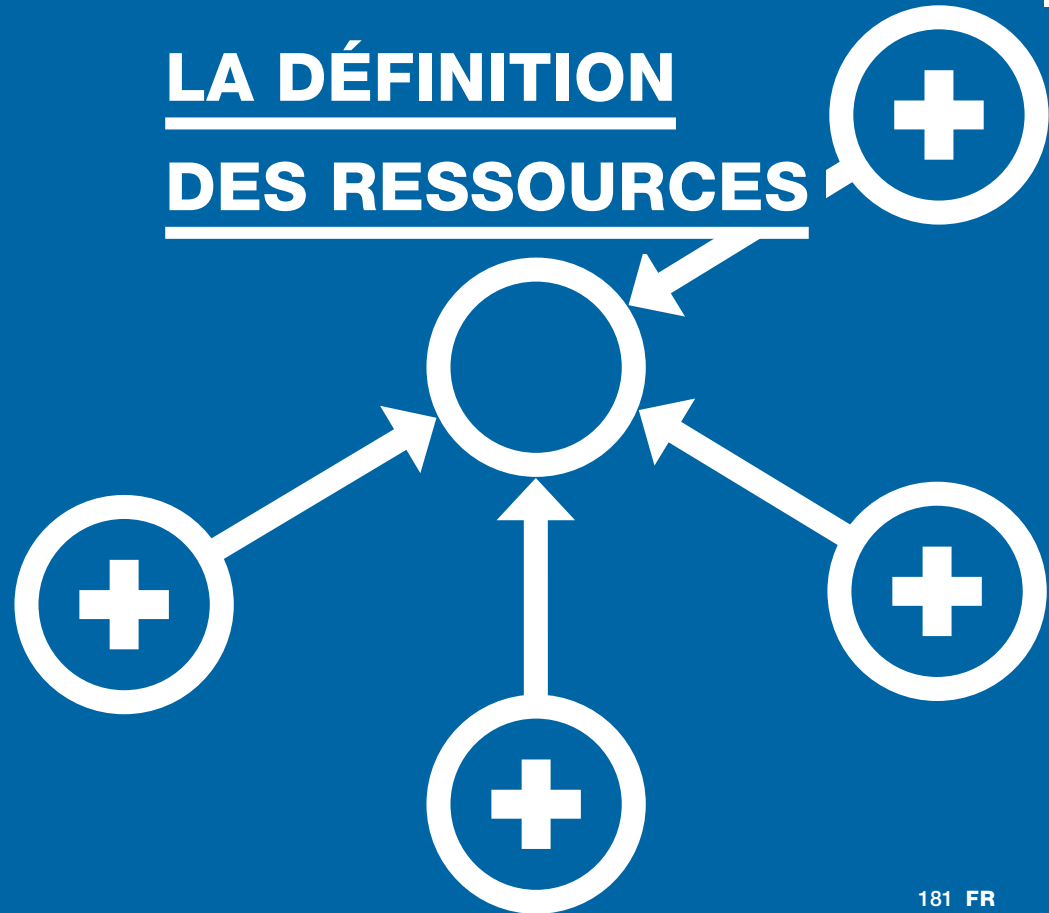
→ **Formuler** les activités avec les verbes d'action à l'infinitif.

→ Organiser et visualiser l'ensemble des activités dans un **diagramme de Gantt**.

→ Fixer les **priorités** chronologiques.

2.5

LA DÉFINITION
DES RESSOURCES



DÉFINITION DES RESSOURCES



2.5A

DÉFINITION

➤ Les ressources sont les « moyens à mettre en œuvre pour réaliser le projet ». Elles se déterminent par rapport aux activités prévues. La valorisation budgétaire d'un projet correspond à la **traduction chiffrée des activités prévues** (projet et support) **en fonction des ressources matérielles et humaines** nécessaires à leur mise en œuvre dans le temps.

Il existe deux grands types de ressources.

Les ressources humaines correspondent à toutes les personnes, expatriées ou nationales, bénévoles ou salariées, participant à la réalisation d'un projet.

Ne sont reprises dans le budget du projet que les ressources humaines entraînant des coûts pour MdM : salariés (expatriés et nationaux) et bénévoles (expatriés et nationaux) à qui il est versé une indemnité.

Les ressources matérielles sont tous les biens tangibles (équipements, outils, bâtiments, médicaments, etc.) nécessaires à la réalisation d'un projet.

Actuellement, les ressources sont classées en **7 catégories distinctes** (format des budgets de MdM) :

- 1. personnel international ;**
- 2. personnel national ;**
- 3. suivi-évaluation** : coûts relatifs aux missions de suivi-évaluation sur un projet (par exemple missions

de capitalisation, évaluation, audit, etc.).

- 4. conférences et séminaires** : coûts relatifs à l'organisation de conférences et de séminaires ou à leur participation. Il peut aussi s'agir des formations organisées par le siège ;
- 5. programmes** : coûts relatifs aux activités projet (par exemple : médical, formation, éducation pour la santé, frais généraux, etc.) ;
- 6. logistique et transport ;**
- 7. coûts administratifs et communication.**

À NOTER /

La valorisation budgétaire des ressources apparaît en global dans le cadre logique.

Le détail apparaît dans l'outil de construction budgétaire de MdM.

2.5B

LES ÉTAPES DE LA DÉTERMINATION DES RESSOURCES

➤ Le travail de construction budgétaire consiste à quantifier les ressources financières nécessaires à la réalisation des activités prévues. La disponibilité des ressources matérielles et humaines en temps opportun est en effet un élément indispensable à la mise en œuvre du projet. Il s'agit donc de pouvoir identifier les besoins futurs de la façon la plus exhaustive possible.

C'est avant tout un travail d'équipe qui implique :

- **l'ensemble de l'équipe terrain quand elle existe :**
équipe de coordination (coordo. G., coordo. med., coordo. log., coordo. admin.), équipe projet (médecins(s), infirmier(s), chargé du volet santé communautaire, etc.) et équipe support (administrateur, logisticien);
- **le siège :**
responsable de desk, assistant de desk, chargé de gestion financière.

1/ L'IDENTIFICATION DES RESSOURCES

Cette étape vise à identifier les **ressources** qui permettent de réaliser les **activités** prévues, projet ou support. Il faut lister les ressources nécessaires, mais aussi en donner les caractéristiques (quantité; spécificité) pour faciliter l'estimation de leur coût par la suite. L'identification des ressources est un travail d'équipe. Par exemple, le regard d'un logisticien est essentiel pour l'identification des ressources matérielles nécessaires à la réalisation des activités.

Pour chaque activité qui avait été identifiée dans le cadre logique et le diagramme de Gantt, il faut :

- identifier et énoncer les ressources envisageables en les classant selon leur degré d'importance pour la réalisation des activités;
- faire un choix parmi plusieurs possibilités;
- estimer leur coût;
- vérifier la cohérence des ressources définies;
- faire une synthèse des ressources nécessaires.

À NOTER /

Bien que l'identification des ressources se fasse activité par activité, il faut penser tout au long de cet exercice à examiner les possibilités de mutualisation avec d'autres activités et/ou d'autres projets de la même zone géographique pour ne pas multiplier les ressources à l'infini.

EXEMPLE « FIL ROUGE »

L'IDENTIFICATION DES RESSOURCES

Pour l'organisation de l'atelier de sensibilisation auprès des leaders religieux, le responsable IEC, en lien avec le logisticien et l'administrateur, a identifié les ressources suivantes :

- **ressources humaines :**
1 animateur (équipe MdM);
- **ressources matérielles :**
1 salle pour 5 jours, un moyen de transport pour les participants (2 trajets par jour pendant 5 jours, participants et animateur), nourriture pour les participants (1 déjeuner par personne pendant

5 jours), hébergement pour les participants (5 nuits par personne avec dîner et petit déjeuner), matériel didactique.

2/ LE CHOIX DES RESSOURCES

Pour chaque ressource, plusieurs possibilités peuvent exister. Le choix se fait alors en fonction de critères techniques (généraux et spécifiques), des opportunités, des contraintes et des conditions préalables.

Les critères de choix généraux peuvent être :

- **les critères de qualité et procédures internes à MdM :** politique qualité des produits pharmaceutiques, procédures d'approvisionnement, achat local ou international, grille salariale...⁵⁰;
- **l'acceptabilité :** un matériel IEC doit être adapté aux populations cibles; la nourriture prévue lors d'une formation doit être adaptée, les médicaments portent la Dénomination commune internationale (DCI) plutôt qu'un nom commercial...;
- **la faisabilité :** quel type de véhicule pour atteindre des villages reculés en saison des pluies, quelle taille doit avoir une salle de formation pour un nombre donné de participants...;
- **la disponibilité :** achat local ou international, délai de réception.

Les critères de choix spécifiques peuvent être :

- **le rapport qualité/prix** après avoir défini une qualité minimale : médicaments

⁵⁰. Ces documents sont disponibles sur l'intranet de MdM.

certifiés, durabilité d'un équipement... ;

→ **la location ou l'investissement :**

la location ou l'achat d'un véhicule dépendra de la durée du projet ou des règles bailleurs... ;

→ **l'utilisation et la mise en valeur**

des ressources locales : de préférence on fera fabriquer des toises ou des lits d'examen par un menuisier local plutôt que de les commander à l'international... ;

→ **le développement durable :**

par exemple la gestion des déchets

Les contraintes sont des éléments du contexte qui peuvent conduire à écarter le choix de certaines solutions : saison des pluies, distance entre le lieu des activités et la base MdM, existence de fournisseurs de pièces détachées dans le pays, règles bailleurs...

Les opportunités correspondent aux facteurs qui favorisent le choix d'une alternative par rapport aux autres : la présence d'une centrale d'achat de médicaments agréée dans le pays ou la région, la possibilité d'importer sans taxes, la possibilité d'obtenir des donations de matériel, la collaboration avec d'autres partenaires... ;

Enfin **les conditions préalables** sont les conditions indispensables à remplir pour le choix d'une alternative parmi d'autres : sécurité, autorisation des autorités...

**EXEMPLE « FIL ROUGE »
LE CHOIX DES RESSOURCES**

Pour réaliser l'atelier de sensibilisation des leaders religieux, l'équipe a besoin d'une salle. Plusieurs alternatives existent :

→ louer une salle ;

→ prévoir une salle de sensibilisation/formation dans les locaux de MdM.

Au regard du volume des activités de sensibilisation et de formation dans le projet au Libertalia, l'équipe, en accord avec les services support de MdM, choisit de prévoir une salle dans les locaux de MdM.

3 / L'ESTIMATION DU COÛT DES RESSOURCES

Une fois les ressources nécessaires identifiées et les arbitrages effectués par l'ensemble de l'équipe, il faut chiffrer le coût de chaque ressource. Il est important de prendre en compte les coûts directs, mais aussi les coûts inhérents à cette ressource.

Cette étape est en grande partie réalisée par les administrateurs, coordinateurs administratifs et chargés de gestion financière, mais le reste de l'équipe peut aussi être sollicité. Par exemple, le regard du logisticien est particulièrement pertinent pour toutes les dépenses de logistique, transport ou moyens de communication, notamment pour juger de la qualité des ressources que l'on envisage pour le projet.

L'outil de construction budgétaire de MdM est particulièrement utile à cette étape afin de n'oublier aucun élément. Il est aussi essentiel de se référer aux documents de référence et procédures relatifs à chaque ressource (procédures d'approvisionnement, grille salariale, grille des indemnités journalières pour les formations, etc.).

La valorisation budgétaire des ressources dépend en grande partie des choix effectués. Par exemple, le coût d'un moyen de

transport change en fonction de l'option choisie – location ou achat –, du type de véhicule retenu, etc. Il est essentiel de justifier des montants et d'expliquer les choix budgétaires effectués.

Tout budget doit donc être accompagné d'un narratif budgétaire permettant de garder une mémoire des critères appliqués.

4 / LA VÉRIFICATION DE LA COHÉRENCE

Le budget est la déclinaison financière des activités prévues pendant les phases antérieures de la programmation. À ce stade, il est important de vérifier la cohérence globale entre les différents éléments.

La comparaison du diagramme de Gantt avec l'outil de construction budgétaire permet de s'assurer que les ressources mobilisables permettent la réalisation des actions définies.

Des allers-retours entre les activités et les ressources permettent aussi d'ajuster et **d'optimiser** l'utilisation de ces ressources. La répartition des activités dans le temps apparaît dans le diagramme de Gantt. Si une ressource est mobilisée pour deux activités différentes à une même période et qu'elle n'est pas mobilisée par la suite, il est alors préférable de décaler la mise en œuvre d'une des deux activités. Il est également envisageable, dans le cas où les activités prévues nécessitent des ressources trop importantes, de revoir à la baisse les activités prévues, en vérifiant les implications sur les résultats.

2.5C

LE BUDGET ET LE PRÉVISIONNEL BUDGÉTAIRE

➤ Lorsque les ressources ont été définies, que leur cohérence a été vérifiée et leur coût estimé, un budget de référence et un prévisionnel budgétaire sont établis.

1/ LE BUDGET DE RÉFÉRENCE

Le budget est établi à partir de l'**outil de construction budgétaire** de MdM. Chaque catégorie de ressources (personnel international, personnel national, suivi évaluation, conférences et séminaires, programme, logistique et transport, coûts administratifs et de communication) ainsi que les coûts associés sont détaillés par onglets. Un onglet de synthèse permet d'obtenir le **budget de référence pour l'ensemble du projet**. C'est à partir de ce budget que seront ensuite déclinés les budgets bailleurs selon les formats prédéfinis (certains bailleurs demandent par exemple que les budgets soient classés par résultats) et les périodes concernées. Le budget de référence doit être aussi complet et détaillé que possible, afin

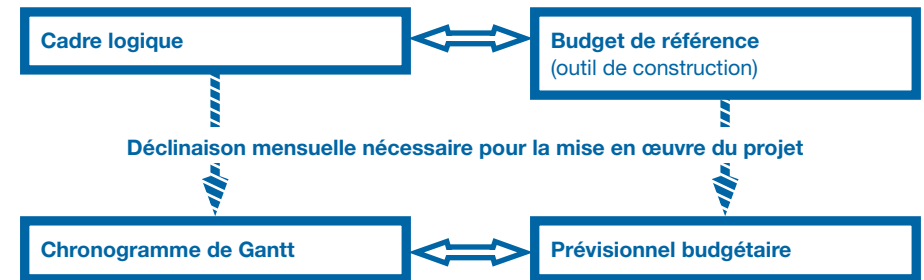
de pouvoir être utilisé pour des demandes de financement à des bailleurs, pour les budgets annualisés de MdM, etc. Bien construit, il permet de conserver la cohérence globale du projet tout en facilitant la recherche de financements. Ainsi, par exemple, les coûts non couverts par des financements extérieurs sont aisément identifiables et des budgets spécifiques peuvent alors être construits en fonction des besoins. Une fois le budget établi pour la durée totale du projet, il est nécessaire de le ventiler mensuellement afin d'en mesurer l'utilisation dans le temps.

2 / LE BUDGET DE RÉFÉRENCE ANNUALISÉ

Le budget de référence correspond aux ressources financières nécessaires à la réalisation du projet tel qu'il est décrit dans le document de référence (entre deux et quatre ans).

Ce budget de référence, lors de la construction budgétaire annuelle MdM, est ensuite découpée par année civile. C'est la déclinaison par année (budget initial annuel) et par mois (budget mensualisé).

Les coûts sont positionnés en fonction de la répartition prévue des activités dans le temps (chronogramme de Gantt). Tout comme pour le chronogramme de Gantt, le prévisionnel budgétaire doit être particulièrement détaillé sur les douze premiers mois du projet. Les années suivantes seront ajustées au fur et à mesure de la mise en œuvre.

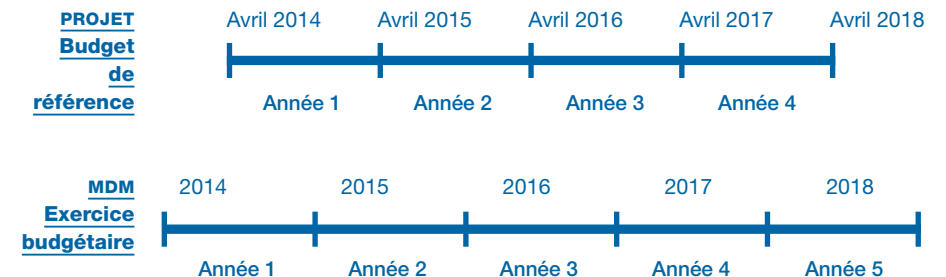


3 / EXERCICE BUDGÉTAIRE DE MDM

Le budget de MdM, **est construit par année civile**. Lors de cet exercice, il est donc demandé de présenter

le budget de tous les projets pour chacune des années civiles couvertes par le projet.

Construire un prévisionnel budgétaire **mensuellement** peut donc se révéler d'une grande aide si le budget de référence d'un projet n'est pas construit par année civile (par exemple dans le cadre d'un projet qui commence et/ou finit en avril).



ZOOM

LE CONTRÔLE DE LA LOGIQUE

Une fois le cadre logique construit et rempli selon l'ordre indiqué, il est important d'en vérifier la cohérence.

1 / Contrôle de la logique verticale

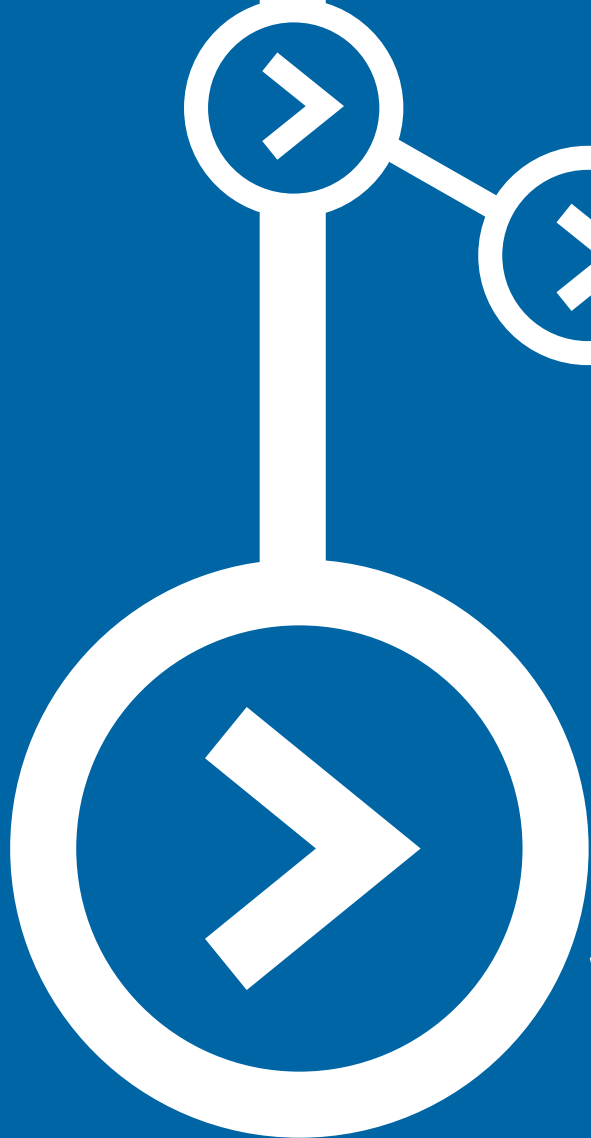
- Les ressources mobilisables permettront-elles de mettre en œuvre les activités si les conditions préalables sont remplies ?
- Les activités prévues permettront-elles d'obtenir les résultats attendus si les hypothèses sont respectées ?
- Les résultats concrets attendus sont-ils bien ceux qui permettront au projet d'atteindre l'objectif spécifique si les hypothèses sont respectées ?
- L'objectif spécifique répond-il bien au problème de santé publique retenu pour une population donnée ?
- En atteignant l'objectif spécifique fixé, quel est l'objectif général que le projet va permettre d'atteindre ?

2 / Contrôle de la logique horizontale

- Les indicateurs et sources de vérification ont-ils été définis pour chaque objectif, résultat et activité ?
- Les hypothèses ont-elles été définies pour chaque objectif et résultat ?
- Les conditions préalables ont-elles été définies pour les activités ?

**ANNEXES PRÉSENTES DANS LE DVD – PARTIE 2 – LA PROGRAMMATION**

- Trame de stratégie pays
- Trame de concept note
- Trame de document de référence
- Trame de fiche de présentation projet/pays
- Trame de présentation de projet ou stratégie en comité de direction
- Modèle de chronogramme/diagramme de Gantt
- Modèle de budget de référence et outil de construction budgétaire
- Trame de narratif budgétaire
- Checklist de vérification propositions et rapports
- Grille de suivi des relations bailleurs
- Modèle de plan de financement
- Monitool : Indicators Summary
- Trame d'accord de partenariat



3

LE SUIVI /
MONITORING

3.1 PAGE 203
L'IMPLANTATION ET LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET

- 3.1A**
 205 **L'IMPLANTATION DU PROJET**
 206 1/Mettre à jour les informations et affiner la programmation du projet
 207 2/Instaurer un climat de confiance et mobiliser autour du projet
 208 3/Communiquer autour du projet
 209 4/Mettre en place les activités « support »
- 3.1B**
 211 **LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET**

3.2 PAGE 215
LE SUIVI : CONCEPTS ET DÉFINITIONS

- 3.2A**
 218 **DÉFINITIONS**
 218 1/Donnée, information, connaissance
 218 2/Base de données
 218 3/Système d'information « vs » Système de suivi
 219 4/Suivi et monitoring

3.2B
 220 **LES OBJECTIFS DU SUIVI**

- 3.2C**
 221 **LES CARACTÉRISTIQUES D'UN SYSTÈME DE SUIVI**
 221 1/Suivi du contexte
 227 2/Suivi des activités
 227 3/Suivi des ressources
 229 4/Suivi des résultats et effets par le système de monitoring

3.3 PAGE 233
LES ÉTAPES DANS L'ÉLABORATION ET L'UTILISATION D'UN SYSTÈME DE MONITORING

3.3A
 236 **CLARIFIER SES OBJECTIFS**

3.3B
 237 **ÉLABORER LE SYSTÈME DE MONITORING (REFLÉTÉ DANS LE MONITOOL)**

- 237 1/Sélectionner un nombre limité d'indicateurs les plus pertinents
 241 2/Définir les bases du système (Quoi, Comment, Où, Combien, Quand, Qui, Pourquoi, Pour qui)
 246 3/Préparer la collecte des données
 251 4/Tester le système

3.3C
 252 **COLLECTER LES DONNÉES ET PROTÉGER LES DONNÉES SENSIBLES**

- 3.3D**
 253 **COMPILER ET PRÉSENTER LES DONNÉES**
 253 1/Saisie des données
 255 2/Vérification des données (*data cleaning*)
 256 3/Présentation des données

3.3E
 263 **ANALYSER ET INTERPRÉTER LES DONNÉES**

- 263 1/Principes de base
 265 2/Précautions dans l'interprétation
 266 3/Analyse descriptive des graphiques du Monitool
 268 4/Interprétation : Expliquer le niveau et l'évolution des indicateurs


3.3F
 275 **RÉTRO-INFORMATION ET CIRCULATION DES DONNÉES**

- 275 1/Rétro-information à l'équipe
 275 2/Rétro-information aux parties prenantes

3.3G
 277 **UTILISER LES DONNÉES POUR LA PRISE DE DÉCISIONS**

- 277 1/Gérer, ajuster les éléments du projet
 278 2/Communiquer, porter le plaidoyer
 278 3/Engager une analyse approfondie
 278 4/Solliciter une évaluation du projet

ANNEXES PRÉSENTES DANS LE CD-ROM PAGE 285



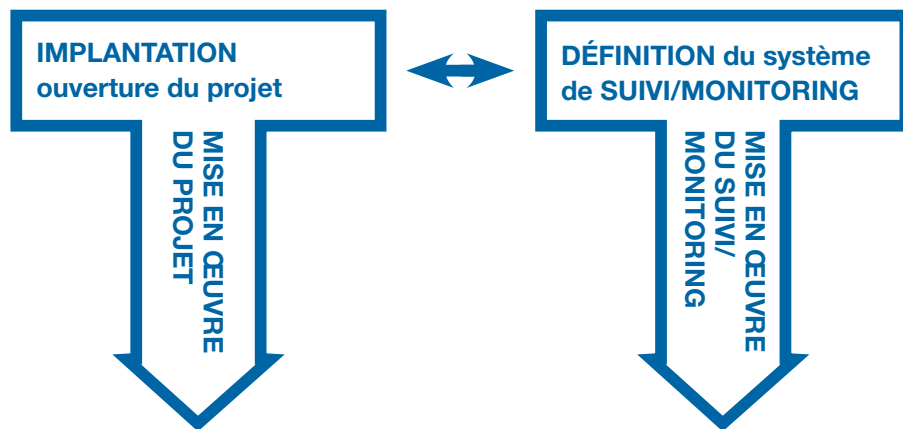
PARTENARIAT: CLARIFIER LES RESPONSABILITÉS



LE SUIVI/MONITORING DU PROJET

➤ La programmation est terminée, le projet a été validé par les instances décisionnelles de MDM et les financements conditionnant le démarrage des activités ont été obtenus : on entre dans la phase de mise en œuvre du projet. Cette phase se décline en deux étapes : **l'implantation** associée à la définition du système de suivi/monitoring et **la mise en œuvre** à proprement parler, qu'elle concerne les activités ou le suivi/monitoring.

Les deux processus se nourrissent l'un l'autre : à l'étape d'implantation du projet correspond l'étape parallèle de définition du système de suivi/monitoring. La mise en œuvre proprement dite du projet se déroule parallèlement au processus de mise en œuvre du **suivi/monitoring**.

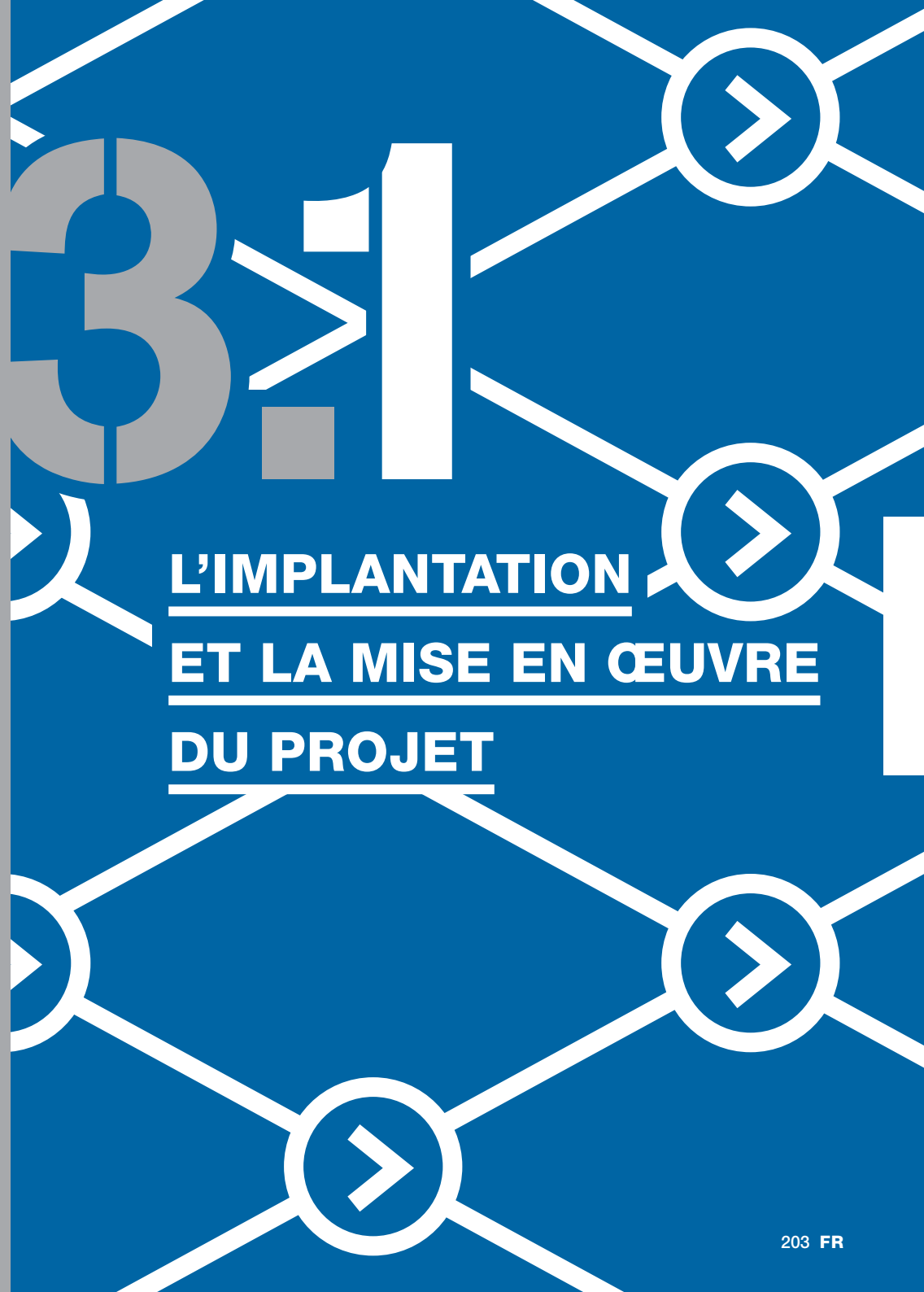


L'implantation (ouverture du projet) et la mise en œuvre renvoient à l'exécution du projet dans un contexte d'intervention. L'implantation est essentielle à la réussite d'un projet et elle repose sur plusieurs éléments :

- les phases antérieures de planification (diagnostic et programmation) ;
- le savoir-faire institutionnel de MdM ;
- le savoir-faire individuel de chacun des membres de l'équipe qui gère le projet.

Ce chapitre décrit, dans un premier temps, les grands enjeux de l'implantation et de la mise en œuvre d'un projet mais sans s'y attarder, l'objectif n'étant pas ici de couvrir toutes les problématiques auxquelles un projet doit faire face au quotidien. Celles-ci en effet dépendent en grande partie du contexte d'intervention, de la thématique du projet, des obstacles rencontrés, etc.

L'essentiel du chapitre se concentre donc sur les concepts et techniques de suivi/monitoring, essentiels pour garder le cap tout au long de l'implantation et de la mise en œuvre du projet. Après avoir clarifié les concepts et les définitions de suivi/monitoring, une attention particulière est portée au système de monitoring, à sa mise en place et aux différents champs de son utilisation. Le monitoring doit conduire à des prises de décision.



L'IMPLANTATION
ET LA MISE EN ŒUVRE
DU PROJET

INSTAURER UN CLIMAT DE CONFIANCE



3.1A

L'IMPLANTATION DU PROJET

➤ En théorie, l'implantation commence une fois la programmation terminée. En pratique, le démarrage du projet est souvent décalé dans le temps en raison des retards de financements, des difficultés de recrutement ou d'obtention d'autorisations par exemple. En situation d'urgence à l'inverse, l'implantation peut commencer quasi en même temps que la programmation.

À NOTER /

Dans le *Manuel de planification des programmes de santé*, l'implantation était définie comme « la mise en œuvre d'un projet, c'est-à-dire son intégration dans un contexte organisationnel donné ». Aujourd'hui, les termes « d'adéquation » et « d'adaptation » sont utilisés à MDM pour reprendre cette idée d'ancrage d'un projet dans un contexte donné. Et le terme « implantation » fait plutôt référence à la phase de démarrage d'un projet.

adéquation du projet avec un contexte.

La nécessité de ces ajustements nous renvoie bien au-delà des aspects techniques des actions.

1. D'une part, l'**efficacité** des interventions n'est pas seulement liée à leur nature : le milieu dans lequel ces interventions sont mises en place est une donnée essentielle à prendre en compte dans les facteurs explicatifs des effets observés. Il existe une relation directe entre le degré et la qualité de l'implantation et l'efficacité d'un projet.

2. D'autre part, le nécessaire ajustement d'un projet dans son contexte est également une donnée centrale dans l'optique de la **pérennisation** des interventions.

En effet, l'analyse systématique des risques auxquels sont ou peuvent être confrontés le personnel, les usagers des projets et les

Une bonne implantation, ou démarrage de projet, est fondée sur la mise en

partenaires permet d'assurer non seulement leur sécurité mais également la durabilité de l'intervention.

3. Enfin, la mise en œuvre des actions et les adaptations nécessaires au contexte sont des processus qui doivent être documentés, tout spécialement pour envisager la **réplication** d'un projet efficace dans un autre contexte. Les projets innovants, les recherches-actions sont particulièrement concernés par ce type de remarque.

À NOTER /

L'implantation du projet est une activité non décrite dans le cadre logique, mais qui prépare la mise en place des activités projet. C'est une étape importante qu'il convient de réaliser scrupuleusement, car elle influence de façon significative la réussite d'un projet.

Le démarrage du projet correspond au début de la mise en place progressive des activités et à la mobilisation de nos capacités d'intervention. Ce démarrage est un moment clé : partir d'un bon pied contribue au succès alors que de mauvais choix peuvent dégrader la crédibilité de MdM auprès des différents acteurs.

Dans la phase d'implantation, plusieurs points sont importants à considérer.

1/METTRE À JOUR LES INFORMATIONS ET AFFINER LA PROGRAMMATION DU PROJET

Au moment du démarrage des activités, hormis dans les contextes d'urgence, plusieurs semaines ou mois peuvent s'être écoulés depuis la mission exploratoire ou la phase de diagnostic. Il est alors nécessaire de reprendre les éléments recueillis lors de cette phase (facteurs de contexte, analyse des acteurs/parties prenantes, opportunités et contraintes...) et de les ajuster en fonction des changements observés. Les informations contenues dans le **document de référence** doivent être **mises à jour**. Pour ce qui est des urgences, le contexte pouvant évoluer très vite, il est nécessaire d'en analyser l'évolution de manière continue.

Le contexte peut avoir évolué de façon favorable (existence de nouvelles alliances potentielles, moyens de transport rendant l'accès aux soins plus facile, disponibilité de personnel compétent, etc.) ou de façon défavorable (changement de positionnement du ministère de la Santé, coup d'État, risques sécuritaires empêchant les déplacements, épidémie, etc.).

C'est donc dans cette phase que la grille d'analyse des risques doit être méthodiquement remplie sur la base des informations contenues dans le document de référence, informations revues et réanalysées au moment de l'implantation du projet.

La planification du projet peut alors être affinée au travers de :

→ la finalisation du diagramme de Gantt

- (afin de compléter le détail des activités);
- la finalisation du budget et vérification de l'adéquation des ressources;
 - la finalisation du Monitool⁵¹ qui doit être réalisée avant le démarrage du projet;
 - la finalisation du document de référence;
 - la mise en place de la grille d'analyse des risques et des sources d'information fiables.

2/INSTAURER UN CLIMAT DE CONFIANCE ET MOBILISER AUTOUR DU PROJET

En amont de l'ouverture du projet, une période de plusieurs mois peut être nécessaire pour instaurer un climat de confiance et entrer dans une démarche de dialogue avec les différents interlocuteurs et acteurs/parties prenantes. Le démarrage d'un projet est un des moments privilégiés pour mobiliser l'équipe terrain, tisser des liens avec les acteurs identifiés comme pouvant être des alliés, chercher à identifier des acteurs nouveaux, créer des contacts avec les indécis et revoir la position des acteurs qui n'étaient pas favorables au projet.

Mobiliser les membres de l'équipe autour d'objectifs communs est essentiel pour avoir une vision partagée du projet et de ses objectifs. Ce temps peut aussi permettre de partager les attentes et les craintes de l'équipe, et ainsi d'éviter toute incompréhension ou frustration.

Dans une approche partenariale, clarifier dès le début les rôles et les responsabilités de chacun, constitue une étape indispensable pour éviter incompréhensions, conflits ou frustrations. En effet, contrairement à une relation de sous-traitance où il s'agit de « faire faire » par d'autres, un partenariat présuppose une relation collaborative dans laquelle chacun des acteurs se trouve dans une position d'égalité avec les autres. La phase d'implantation est, à cet égard, essentielle pour la construction d'une relation de confiance entre partenaires.

Dans une approche communautaire, c'est au démarrage du projet que se tissent des liens au quotidien entre les acteurs, que se négocient les intérêts en jeu et que se dégagent des consensus. Rappelons qu'il est difficile de demander à des personnes de participer à un projet si elles n'ont pas été en mesure de contribuer au processus de conception.

À cette étape, il faut se demander quels sont les principaux objectifs et motivations des populations pour s'engager dans la mise en œuvre et le suivi participatif. Il faut aussi voir qui fera quoi et comment les responsabilités seront distribuées entre les acteurs. Il est important d'être attentif à ne pas surcharger les personnes, et s'assurer que le projet n'affectera pas leurs capacités et leurs autres engagements dans la communauté ou dans leur vie personnelle. On ne peut pas imposer des formes d'organisation « étrangères » sans courir le risque d'une mauvaise appropriation et d'une intégration insatisfaisante des actions. Enfin, il faut prêter attention à la gestion des ressources du projet. Les acteurs communautaires peuvent subir de fortes pressions de la part de leur entourage pour utiliser ces ressources à d'autres fins que celles définies par le projet. Il faut donc bien réfléchir en termes de gestion des ressources et de responsabilités. Ces facteurs peuvent en effet augmenter l'exposition et l'insécurité

51. Le Monitool contient l'ensemble des indicateurs liés aux résultats et effets d'un projet, ce qui est développé dans les pages suivantes.

des acteurs communautaires⁵². Ce dernier point doit être intégré dans la grille d'analyse des risques.

3 / COMMUNIQUER AUTOUR DU PROJET

La communication se fait d'abord **au sein de l'équipe** qui porte les interventions. Une fois encore, on insiste sur la clarification des objectifs poursuivis : définition des rôles et des responsabilités de chacun, ajustements réalisés durant l'implantation...

Pendant la phase d'implantation, il est également capital de communiquer sur le projet et les activités prévues **auprès des différents acteurs/parties prenantes** (autorités centrales, autorités locales de santé ; autres ONG, internationales et locales, agences des Nations unies...). Une bonne communication évite les malentendus et permet au projet d'avoir une meilleure visibilité (si le contexte s'y prête). Le projet doit, non seulement être connu, mais également compris. Un projet compris a plus de chances d'être accepté, et donc d'atteindre ses objectifs.

ZOOM L'APPROCHE D'ACCEPTATION : UNE PERSPECTIVE ET UNE STRATÉGIE SÉCURITAIRE⁵³

La perception des organisations humanitaires et de leur personnel par les communautés auprès desquelles elles interviennent est un facteur déterminant de sécurité.

Les professionnels présupposent parfois que les communautés savent ce qu'est une organisation humanitaire, quels sont son travail et sa mission sociale. Ils pensent également qu'une fois l'association présentée et introduite auprès des communautés, l'accès aux populations, la participation, l'approbation, la bienveillance et la protection sont acquis, principalement à cause de la nature et de la vertu de leurs actions. Cependant, si cela peut paraître évident pour certains, le concept d'aide humanitaire n'est pas universel et loin d'être connu de tous. De plus, l'actualité montre régulièrement que, dans certaines régions du monde, cette aide ou ses représentants ne sont pas les bienvenus et, dans certains contextes, sont même les cibles directes de violences. Les raisons de ces attaques sont souvent extérieures aux organisations elles-mêmes. La plupart du temps, ce qui est en cause porte sur des questions d'assimilation à des politiques gouvernementales, à des forces armées, à des groupes de population spécifiques, etc. Une bonne perception des organisations par les populations est donc primordiale pour atteindre un niveau de sécurité acceptable. Pour un grand nombre d'organisations, ce que l'on appelle communément « acceptation » fait référence à ce qui est aujourd'hui considéré comme étant la meilleure approche stratégique en termes de sécurité. Une approche d'acceptation a pour but de « réduire ou de supprimer les menaces en renforçant l'acceptation (le consentement politique et social) de la présence

d'une organisation et de son travail dans un contexte particulier⁵⁴ ». Il faut cependant être conscient qu'il s'agit d'un processus actif qui consiste à établir et maintenir constamment l'accord de tous les acteurs. Cela nécessite des compétences sociales et politiques, des compétences dans le domaine des relations interpersonnelles et de la communication. Il faut pouvoir développer des messages clés concernant la mission sociale de l'organisation, les objectifs et le projet. Ces messages clés doivent être connus et compris par l'ensemble du personnel. Et il faut bien sûr que l'action soit conforme à la manière dont elle a été exposée. Cette stratégie d'acceptation élimine ou réduit une partie des menaces. Par ailleurs, il faut prendre en compte l'ensemble des risques pour pouvoir également mettre en place des mesures de protection et de dissuasion si cela se révèle nécessaire. Seule une bonne analyse préalable des risques (et des acteurs) permet de mettre en place une combinaison optimale et adaptée des stratégies d'acceptation, de protection et de dissuasion.

4 / METTRE EN PLACE LES ACTIVITÉS « SUPPORT »

Cette étape correspond à la réalisation d'activités, dites « support », qui vont permettre aux différentes facettes du projet

54. Humanitarian Practice Network, « Gestion opérationnelle de la sécurité dans des contextes violents », Overseas Development Institute, Londres, 2011.

d'être mises en œuvre ; elles sont de natures très diverses :

- **obtention des autorisations** : enregistrement des expatriés, *Memorandum of Understanding* (MoU), autorisations liées à des équipements spécifiques comme une fréquence radio VHF, etc.). Le MoU est un élément essentiel à mettre en place dès le début du projet afin de fixer le rôle et les responsabilités de chacun des partenaires (*voir chapitre programmation*) ;
- **recherche de locaux** professionnels et d'habitation, installation et équipement ;
- **recrutement** du personnel médical, logistique et administratif (élaboration des profils de poste, entretiens, etc.) et formation du personnel MdM ;
- location de véhicules, achat de matériel... ;
- commande de médicaments ou consommables (nationale ou internationale).

Un certain nombre d'outils spécifiques à cette étape sont disponibles sur l'intranet de Médecins du Monde (procédures administratives, logistiques, grille d'analyse des risques, fiches techniques sécurité, etc.). Bien que les activités « support » n'apparaissent pas dans le cadre logique, elles doivent être intégrées dans le diagramme de Gantt détaillé, et être décrites dans le document de référence.

52. Pour en savoir plus, se référer au guide « Travailler avec les communautés », 2012, disponible sur le site internet de Médecins du Monde.

53. MdM, « Travailler avec les communautés », 2012.

ACTUALISEZ VOS DONNÉES

D'après mes informations,
ici commencent les plaines
de Bison Boiteux...



3.1B

LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET

➤ Une implantation réussie du projet permet de réunir les différents éléments pour une mise en œuvre efficace. Celle-ci consiste à développer les différentes activités définies dans le cadre logique en mobilisant les ressources disponibles (humaines, matérielles et financières) dans les délais impartis (chronogramme de Gantt). Les activités « support » permettent de faciliter la réalisation des différentes activités et doivent faire l'objet d'une attention particulière.

Le choix a été fait de ne pas développer dans ce guide l'étape de mise en œuvre proprement dite, spécifique à chaque projet, mais plutôt de se concentrer sur les principes et les étapes du suivi/monitoring (*voir partie suivante*), qui permettent de s'assurer du bon déroulement de celle-ci, et d'ajuster les activités lorsque cela est nécessaire.

EN RÉSUMÉ

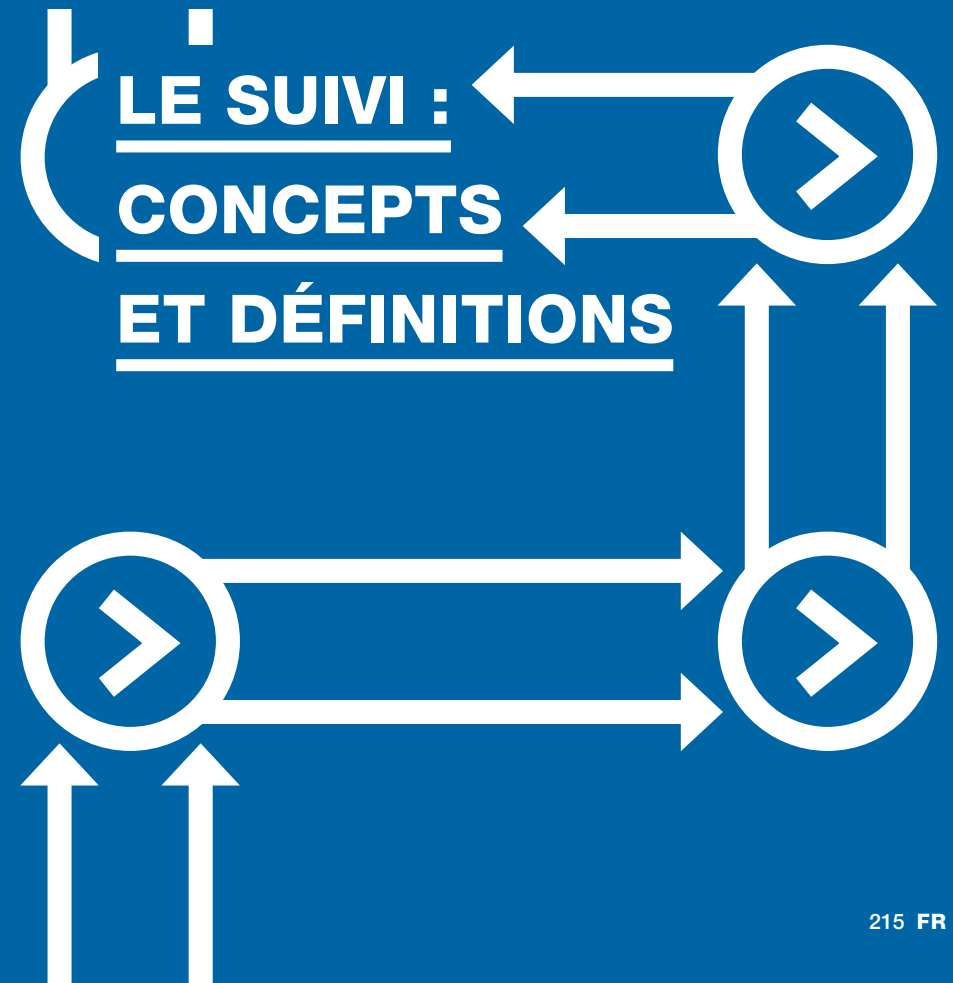
LES POINTS CLÉS DE L'IMPLANTATION ET DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET

→ **L'implantation** est l'étape de **mise en adéquation** d'un projet avec son contexte, étape essentielle à la mise en œuvre sécurisée et pérenne de tout projet.

→ **L'implantation permet** d'affiner la programmation du projet, d'instaurer un climat de confiance, de mobiliser et de communiquer autour du projet, de mettre en place les activités « support » nécessaires pour démarrer le projet.

→ **La mise en œuvre** consiste à développer les activités prévues selon les délais impartis et avec les ressources disponibles.

3 = 2



NE PAS SE NOYER SOUS LES DONNÉES



LE SUIVI : CONCEPTS ET DÉFINITIONS

➤ Une fois l'implantation finalisée et le projet commencé, sa mise en place doit être soutenue et ajustée par un suivi continu. En effet le suivi, idéalement prévu dès la phase de programmation, est affiné tout au long de l'implantation et de la mise en œuvre, ce qui rend le système efficace et pertinent. Il permet non seulement d'analyser et d'ajuster le projet à des moments précis, mais aussi d'alimenter la communication et le plaidoyer.

3.2A

DÉFINITIONS

1/ DONNÉE, INFORMATION, CONNAISSANCE

Une **donnée** est définie comme « ce qui est admis, connu ou reconnu, et qui sert de base à un raisonnement, et de point de départ pour une recherche »⁵⁵.

Il s'agit donc d'un élément brut, non interprété et non contextualisé. Telles quelles, les données sont difficilement interprétables.

Rendues intelligibles, les données deviennent des informations. Une **information** est donc une donnée qui a été interprétée et contextualisée au regard d'autres données.

À NOTER /

De la « donnée » à « l'information » : « 10° Celsius » est une donnée qui n'a en soi aucune signification précise. Pour qu'elle devienne une information, il faut qu'elle soit associée à d'autres données : un lieu, une date, etc. « Le 01/01/2013, il a fait 10 °C à Paris » est une information.

La **connaissance** représente un ensemble de choses connues, du savoir,

de « la science ». C'est aussi la capacité à se représenter, la façon de percevoir une réalité extérieure. La connaissance se forme à partir des informations qui sont disponibles et accessibles.

2 / BASE DE DONNÉES

Une **base de données** est un ensemble de données systématiquement organisées pour en faciliter l'accès et l'analyse. Quel que soit le support de stockage (support papier, informatique, etc.⁵⁶), le fait que les données vérifiées soient organisées et structurées caractérise la base de données. Le plus souvent, les bases de données sont informatisées.

3 / SYSTÈME D'INFORMATION « VS » SYSTÈME DE SUIVI

Il convient de distinguer ces deux systèmes :
→ un **système d'information**

⁵⁶. **Base de données papier** : ensemble des fiches patients, registre de consultation, registre de formation, etc; **Base de données informatisées** : tableurs Excel, base de données Access, etc.

est un système organisé de ressources (humaines, matérielles, etc.) destiné à collecter, structurer, traiter, analyser et diffuser de l'information. Par exemple, l'intranet de Médecins du Monde est un système d'information mais pas de suivi;

→ un **système de suivi** est un système d'information dédié au suivi dans toutes ses dimensions (suivi du contexte, des activités, des ressources, des résultats et des effets) et destiné à **aider à la prise de décision**. Il ne s'agit pas d'accumuler les informations « au cas où » ou « pour savoir » mais bien « pour agir ».

4 / SUIVI ET MONITORING

Au sens large, le concept de suivi/monitoring se réfère à la surveillance permanente et continue d'une situation, d'une personne, d'un processus, etc. Transposé dans le cadre de projets de santé, ce concept se réfère à l'**examen systématique et continu** du contexte et de ses évolutions : facteurs contextuels, notamment risques pour le personnel, les bénéficiaires et les partenaires, mais aussi pour la viabilité du projet, et les acteurs/parties prenantes. Il concerne les différentes dimensions du projet :

- les activités (y compris les activités support);
- les ressources (financières, humaines, logistiques);
- les résultats et effets (santé et services produits).

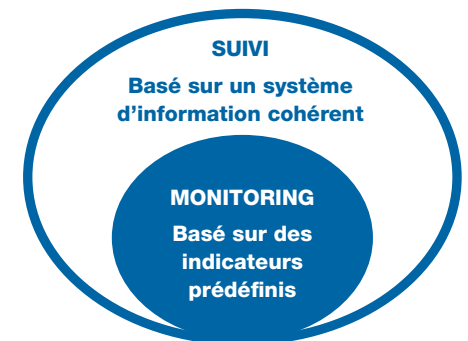
Dans la littérature et dans la pratique, les termes de « suivi » et de « monitoring » sont utilisés de façon interchangeable. Toutefois, dans le cadre de ce guide, il nous semble indispensable d'opérer une distinction entre ces deux termes :
→ le **sui**vi de projet repose sur un ensemble cohérent d'éléments, qui va des outils

de recueil de données à l'analyse qui en est faite et à la prise de décision qui en résulte;

→ le **monitoring** est un élément spécifique et central du suivi (qui sera développé dans la seconde partie de ce chapitre). Il repose sur des indicateurs définis au préalable et mesure le **progress** et l'**évolution** du projet vers les **résultats** et les **effets** attendus. Le Monitool est un outil essentiel du système de monitoring pour MdM.

Ainsi, le système de suivi dans son ensemble permet de s'assurer que la mise en œuvre du projet se déroule comme prévu et reste en adéquation avec son contexte. Il permet par exemple de suivre le bon déroulement des activités, le maintien de conditions satisfaisantes pour la sécurité du personnel de MdM, des partenaires et des usagers, l'identification de nouvelles opportunités d'action, etc.

Lorsqu'un écart est constaté entre le projet et son contexte, il convient de **réajuster** le projet (objectifs, activités, ressources, procédures de sécurité, etc.). Tous ces éléments donnent aussi du sens pour analyser les indicateurs du système de monitoring et faciliter la prise de décision.



3.2B

LES OBJECTIFS DU SUIVI

➤ Le problème majeur est de **trier les informations** dont nous avons concrètement besoin et non d'accumuler le plus d'informations possible.

Ces informations doivent toujours répondre à une question précise et il faut toujours penser à les exploiter afin d'éviter une vraie perte de temps! S'interroger sur l'utilisation que l'on fait des informations permet aussi de **prévoir le temps nécessaire** à la collecte et à l'analyse de données essentielles pour la conduite d'un projet.

Un système de suivi permet de répondre à une grande variété de préoccupations et de besoins dans le cadre de la gestion d'un projet :

- refléter une situation à un moment donné;
- surveiller l'évolution de la situation locale;
- réévaluer les risques pour le personnel, les usagers, les partenaires du projet;
- comparer différents groupes à un temps t (différents centres de santé, différentes communautés...);
- mesurer des changements dans le temps pour un même groupe;
- comparer à une valeur de référence (norme, standard...) ou à une cible;
- documenter le degré de mise en œuvre des activités et des ressources (rapports

- d'activité à destination des équipes, des bailleurs, des partenaires);
- repérer les problèmes et alerter;
- aider à la prise de décision courante, définir des stratégies;
- réajuster le projet;
- alimenter un plaidoyer prévu par le projet;
- aider à l'identification de besoins en recherche opérationnelle;
- préparer une évaluation...

Ces différents points permettent de réaliser et d'analyser une **photographie du projet à un instant t**. On peut ainsi établir :

- l'évolution du projet au regard de l'évolution du contexte;
- le degré de réalisation des activités;
- la quantité de ressources utilisées;
- les résultats (**outputs**) et les effets (**outcomes**) du projet.

Cette « photographie » permet alors, dans un deuxième temps, de **gérer et d'ajuster le projet**, puis de mettre à disposition des différents acteurs les éléments nécessaires à la communication ou la construction d'un plaidoyer.

3.2C

LES CARACTÉRISTIQUES D'UN SYSTÈME DE SUIVI

1/ SUIVI DU CONTEXTE

Comme cela a déjà été mentionné plus haut, le suivi peut concerner plusieurs niveaux et éléments d'un projet, notamment le contexte, les ressources, les activités et les résultats/effets.

Le suivi du contexte permet de s'assurer que le projet est en adéquation avec son environnement, qu'il minimise les risques pris par le personnel de MdM, les partenaires et les usagers. Il permet aussi de saisir les opportunités et d'anticiper les contraintes liées aux objectifs du projet. Par exemple, il est essentiel de suivre les développements au niveau des politiques de santé ou de procéder régulièrement à une analyse des risques. Ce suivi est aussi particulièrement important pour les actions de plaidoyer.

Le suivi des facteurs du contexte

Dans le cadre du suivi du contexte, on s'intéresse aux **changements** qui surviennent tout au long du déroulement

du projet, depuis la situation initiale. On documente par ailleurs les zones d'ombre du diagnostic initial (connaissances plus fines de l'organisation sociale, aspects culturels, etc.).

Il s'agit donc de reprendre les différents groupes de facteurs contextuels (voir chapitre « Diagnostic ») et d'identifier, parmi ces éléments, ceux qui sont à suivre régulièrement en fonction du projet mis en œuvre. Dans le cadre du suivi, il ne suffit donc pas de répéter ce que l'on sait déjà, mais bien de préciser **l'évolution** ou d'améliorer la **compréhension** des différents aspects du contexte.

L'objectif est également d'analyser le contexte en relevant les nouvelles contraintes ou opportunités pour le projet.

Les éléments du contexte doivent être régulièrement passés en revue et actualisés en fonction des évolutions constatées. Les évolutions marquantes doivent être décrites dans les **rapports de coordination mensuels**.

ZOOM
**LE SUIVI DES DÉTERMINANTS
SOCIOCULTURELS**

Autant dans la méthode que dans l'interprétation des données du suivi, la participation des acteurs locaux et la prise en compte des déterminants socioculturels sont fondamentales pour la pertinence et le déroulement du projet. Mesurant le progrès et l'évolution des activités et des résultats d'un projet, cet examen systématique et continu doit permettre également d'identifier les déviations et de réajuster les activités. Cette attention portée aux aspects culturels et sociaux doit permettre de modifier les pratiques des acteurs humanitaires et, par conséquent, les attentes des bailleurs de fonds, afin de coller au mieux aux réalités et aux aspirations des populations. Pour mener à bien un projet, il est fondamental de décrire en détail et avec précision l'ensemble des éléments, notamment socioculturels, ayant contribué à sa mise en œuvre, et ce afin de repérer les leviers et les barrières et d'identifier ce qui est spécifique au contexte local.

de la criminalité, rendre plus difficile l'accès aux soins pour une partie de la population, etc. Suivre le contexte dans lequel s'inscrit le projet permet d'anticiper les événements et d'adapter au mieux nos modes opératoires aux conséquences.

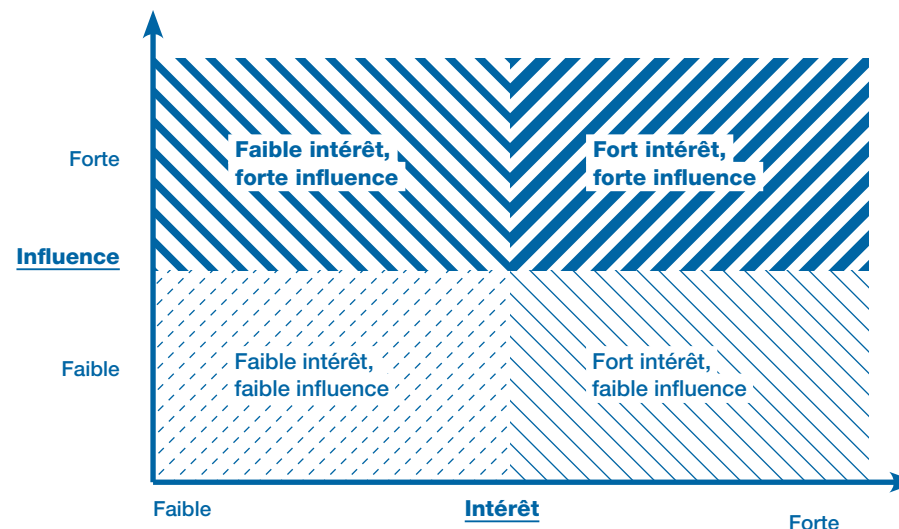
Un bon réseau d'information, un « reporting » régulier, un réseau d'interlocuteurs large et divers, un suivi de la presse locale et nationale, un suivi systématique des incidents et une grille d'analyse de risques tenue à jour fournissent une image précise du contexte et des risques auxquels le personnel, les usagers et les partenaires pourraient être confrontés.

Une attention particulière est portée au suivi des acteurs et des parties prenantes (*voir ci-après*), notamment dans l'analyse des capacités/volontés de nuisance de certains groupes ou personnes ayant un faible intérêt pour le projet et une forte influence décisionnelle.

**Le suivi des acteurs/
parties prenantes**

Concernant le suivi des parties prenantes, on peut reprendre la matrice élaborée au moment du diagnostic (*voir chapitre « Diagnostic »*). Cet outil présente un grand intérêt. En effet, au-delà de l'analyse des dynamiques existantes réalisée au moment du diagnostic, il permet d'en suivre l'évolution, et d'adopter des stratégies afin que la situation évolue favorablement pour les projets concernés.

La situation idéale serait celle où les acteurs :
→ ayant un intérêt élevé et une opinion



favorable du projet ont une forte influence et un poids important ;
→ manifestant un faible intérêt voire une opinion défavorable ont une influence faible.

Au moment de la programmation, **la modification des dynamiques existantes peut constituer un but à atteindre** et dans ce cas, ce dernier doit être formalisé dans le cadre logique présenté dans le document de référence ; il faut y associer les actions permettant d'y parvenir.

Par exemple, une attention particulière doit être portée aux acteurs n'ayant pas d'intérêt, voire une opinion défavorable (stratégie divergente ou contradictoire) à l'égard d'une intervention de MdM et ayant la capacité d'influencer (positivement ou négativement) la réalisation de nos actions (case A). Ceux-ci peuvent en effet être à l'origine de l'échec d'une intervention. Des rencontres et des actions de sensibilisation ou de plaidoyer peuvent alors être prévues pour expliquer notre projet et trouver des solutions afin d'améliorer l'image que ces acteurs ont de nos interventions.

L'idéal est que l'ensemble des acteurs deviennent favorables au projet (case C). Si ce n'est pas possible, il faut essayer de réduire ou de « neutraliser » leur pouvoir d'influence (case B) pour que leur opinion défavorable ne représente pas un risque pour le projet. Il convient dans tous les cas d'analyser la façon dont ces acteurs pourraient représenter un risque et comment, si on ne peut guère modifier « l'intention de nuire », on peut au moins en atténuer l'impact.

Des efforts doivent également être fournis pour entretenir l'intérêt fort des acteurs ayant un pouvoir d'influence important (case C). En effet, une mauvaise communication ou des prises de décision unilatérales de notre part pourraient altérer la confiance de certains partenaires envers nos actions, et par là même leur soutien.

Peu d'actions sont à mettre en place concernant les acteurs avec un faible intérêt et une faible influence (case B), mais il faut s'assurer, tout au long du suivi, que l'influence de ces acteurs reste faible.

ZOOM
L'ANALYSE RÉGULIÈRE DES RISQUES

L'évolution du contexte social et politique doit être analysée au regard des risques qui pourraient survenir pour le projet ou les personnes. Par exemple, un bouleversement politique comme un coup d'État pourrait déstabiliser les structures de santé, provoquer une hausse

S'il est vrai qu'il est toujours agréable et satisfaisant de travailler avec les acteurs ayant un fort intérêt pour nos projets, même s'ils ont une faible influence (case D), il est également important de ne pas y consacrer trop d'énergie et de ressources. Ces acteurs sont souvent nos alliés traditionnels et montrent un grand enthousiasme pour nos projets.

Dès lors, leur mobilisation est importante, mais ne doit pas se faire aux dépens des négociations ou du dialogue avec les acteurs ayant une grande influence, positive (case B) ou négative (case A).

La mise à jour régulière de ce tableau permet de savoir si :
→ certains acteurs ont changé de statut ;

- de nouveaux acteurs se sont manifestés (situation très fréquente dans les contextes d'urgence) ;
- nos actions ont produit les résultats escomptés ;
- ces éventuelles modifications représentent, pour nos actions, un changement positif ou négatif.

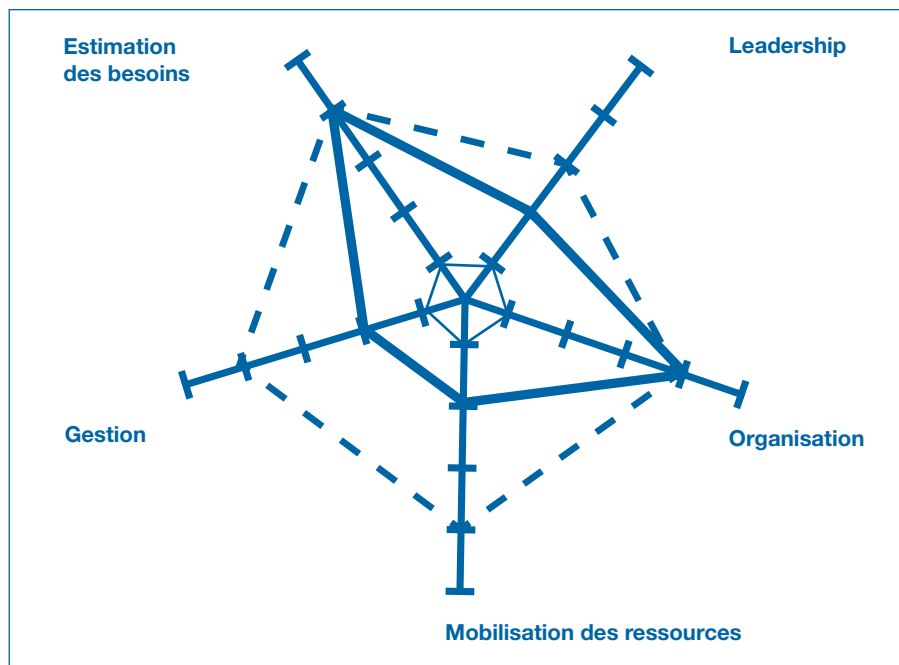
Le suivi de la participation communautaire

Comme cela a été souligné précédemment, la participation communautaire est une notion qui sous-tend l'ensemble des actions de MdM. Dès que la stratégie d'intervention a été définie, il est donc important d'affiner encore les informations du diagnostic

LA MESURE DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE EN MATIÈRE DE SANTÉ

Les 5 axes	NUL = 1	FAIBLE = 2	MODÉRÉ = 3	BON = 4	EXCELLENT = 5
Estimation des besoins	L'estimation des besoins de santé est imposée de l'extérieur, avec un regard professionnel médical.	Le point de vue médical domine avec une approche « éducative ». La communauté commence à exprimer ses besoins. Ceux-ci sont examinés par les professionnels de santé.	L'estimation des besoins est faite par le responsable de la santé local qui représente activement les vues de la communauté.	L'estimation des besoins est faite par le comité de santé qui représente activement les vues de la communauté.	La communauté est directement impliquée dans l'estimation des besoins.
Leadership	Le leadership en matière de santé est assuré par les professionnels de santé, sans participation de la communauté.	Le comité de santé ne fonctionne pas mais le responsable de la santé local travaille indépendamment des groupes d'intérêt.	Le comité de santé fonctionne sous la direction d'un responsable de la santé local indépendant.	Le comité de santé est actif et prend des initiatives.	Le comité de santé représente toute la diversité des intérêts présents dans la communauté, et contrôle les activités du responsable de la santé local.
Organisation	Il n'existe pas de comité de santé composé de représentants de la communauté.	Il existe un comité de santé imposé par les services de santé, mais il est virtuel ou inactif.	Il existe un comité de santé relativement actif.	Le comité de santé collabore activement avec d'autres organisations communautaires.	Les organisations communautaires existantes sont impliquées dans l'élection des membres du comité de santé.
Mobilisation des ressources	La mobilisation des ressources est assurée par les professionnels de santé via des budgets de fonctionnement des autorités de santé.	La mobilisation des ressources est assurée par les professionnels de santé via des budgets de fonctionnement des autorités de santé et quelques contributions ponctuelles de la communauté. Le comité de santé n'est pas décisionnaire de l'utilisation des sommes perçues. Aucun contrôle des dépenses n'est réalisé par la communauté ou le comité de santé.	La communauté, via le comité de santé, participe à des collectes périodiques et équitables de fonds. Le comité de santé participe aux décisions concernant l'utilisation des sommes perçues. Aucun contrôle des dépenses n'est réalisé par la communauté ou le comité de santé.	La communauté, via le comité de santé, participe à des collectes périodiques et équitables de fonds, aux décisions concernant l'utilisation des sommes perçues et au contrôle des dépenses.	Le comité de santé assure une mobilisation de fonds régulière et active. Il consulte la communauté quant à l'affectation des fonds. Il est transparent vis-à-vis des fonds collectés (réunions d'information régulières). Il est rigoureux quant au contrôle des dépenses.
Gestion	La gestion des services de santé est assurée par les autorités de santé. Le responsable local de la santé est supervisé uniquement par les professionnels de santé.	Le responsable de la santé local assure une gestion indépendante avec une certaine implication du comité de santé. Il est supervisé uniquement par les professionnels de santé.	Le comité de santé est autogéré mais n'assure pas la supervision du responsable de la santé local.	Le comité de santé est autogéré et impliqué dans la supervision du responsable de la santé local.	Le comité de santé est responsable du responsable de la santé local et le supervise activement.

**EXEMPLE DE SUIVI DU DEGRÉ DE PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE
(ÉCHELLE DE RIFKIN)**



relatives à la participation communautaire. Dans un second temps, il conviendra de mettre en place des outils permettant de mesurer ce degré de participation. Ces outils seront mis à jour tout au long de la phase de mise en œuvre-suivi.

- Cinq axes** constitutifs de la participation communautaire sont retenus et explorés :
- **le leadership** ; prise d'initiatives par la communauté ;
 - **l'organisation** : participation à la planification du projet, des actions ;
 - **la mobilisation des ressources** : prise de décisions, contribution des usagers, types de ressources (humaines, matérielles, financières) ;
 - **la gestion (du projet)** : prise de décisions et concrétisation.
 - **l'estimation des besoins**.

Ces axes sont alors présentés dans un **diagramme dit « en araignée »⁵⁷ (échelle de Rifkin)**. Cet outil a été développé par Susan Rifkin⁵⁸. Chaque branche de l'échelle comporte cinq niveaux, eux-mêmes définis dans le tableau page précédente.

Dans cet exemple, le premier **polygone aux contours fins** est la **baseline**, la participation communautaire est faible dans toutes ses dimensions.

Après une année d'activité du projet (**polygone aux contours épais**),

57. Ce diagramme est présenté plus en détail dans l'annexe « Suivi de la participation communautaire »
58. Rifkin SB. « Primary Health Care : on measuring participation », Soc Sci Med 1988 ; 26(9) : 931-940.

la participation communautaire a été renforcée dans ses axes « organisation » et « estimation des besoins ». Certains agents de santé et des leaders communautaires se sont impliqués dans la promotion du paquet minimum d'activités (PMA) et la définition des thématiques d'éducation pour la santé (EPS). Ils ont également participé à la planification des sessions d'EPS avec les professionnels de santé. Ces mêmes agents de santé communautaires et leaders se sont impliqués dans l'évaluation des besoins et l'adéquation du PMA. Le comité de santé est resté modérément associé. Ce point d'étape permet de voir quels sont les axes qui ont bien progressé et quels sont ceux qui ont été peu développés. Pour ces derniers, il faut alors rechercher les causes de cette situation (retard de mise en œuvre, inadéquation des activités avec le contexte...) et procéder à des **ajustements** dans le but de renforcer les axes les moins avancés.

À la fin du projet (**polygone aux contours pointillés**), l'ensemble des axes a été renforcé, et le degré de participation se situe à un bon niveau, à l'exception du leadership, qui devra encore faire l'objet d'un appui dans une perspective de désengagement de MdM et de pérennisation des activités.

2 / SUIVI DES ACTIVITÉS

Le suivi des activités se réfère au suivi des tâches et aux actions mises en œuvre dans le cadre du projet. On examine de façon régulière si la mise en place des activités correspond aux prévisions et on explique pourquoi certaines activités ont de l'avance ou d'autres sont en retard.

Le suivi des activités dans le temps

Pour suivre la réalisation des activités dans le temps, l'outil le plus intéressant sur lequel s'appuyer est le diagramme de Gantt (voir chapitre « Programmation »). Il convient alors de se poser certaines questions, par exemple :

- La mise en œuvre des activités respecte-t-elle le chronogramme de Gantt ?
- Certaines activités n'ont pas été mises en place ? Pourquoi ?
- De nouvelles activités non prévues ont été mises en place ? Pourquoi ?
- La qualité des activités est-elle satisfaisante ?
- Etc.

Il s'agit ici d'être très vigilant et ne pas négliger le suivi des activités « support ». En effet, elles peuvent avoir une forte influence sur la mise en œuvre des activités « projet ». Par exemple, un recrutement qui prend plus de temps que prévu peut engendrer des retards importants dans la réalisation d'activités projet. De même, une mauvaise anticipation des délais nécessaires à l'obtention d'autorisations administratives peut empêcher la mise en œuvre d'une activité projet.

À NOTER /
Ne pas oublier de quantifier le temps nécessaire pour le management d'équipe dans les activités support !

Le diagramme de Gantt est modifié en fonction du degré de réalisation des activités et des ajustements prévus. Dans ce cas, il est important de justifier les modifications apportées et de conserver le Gantt initial. La comparaison des différents Gantt peut être utile dans les phases ultérieures de suivi

ou d'évaluation. Elle peut aussi faciliter la phase de programmation de futurs projets.

Le suivi des activités par rapport aux ressources consommées

Le suivi des activités doit aussi tenir compte des ressources consommées. La question est ici de savoir si les activités ont été réalisées avec les ressources qui étaient prévues pour leur réalisation. Il peut par exemple être intéressant de se poser les questions suivantes :

- Certaines activités ont-elles consommé plus ou moins de ressources que prévu ? Et pourquoi ?
- La surconsommation des ressources a-t-elle un impact sur le déroulement d'autres activités ?
- Etc.

Pour cela, il est essentiel de s'appuyer sur un suivi des ressources rigoureux.

3 / SUIVI DES RESSOURCES

De façon générale, le suivi des ressources financières, humaines et matérielles questionne les éléments suivants :

- La **mise en place** et l'**utilisation** des outils et procédures de gestion/suivi des ressources : Gantt, suivi des ressources humaines (individuel et d'équipe), suivi budgétaire, gestion et suivi des approvisionnements, stocks et parcs, etc. A-t-on mis en place les outils et les procédures prévus ? Les utilise-t-on ? Si oui, sont-ils satisfaisants ? Si non, pourquoi ?
- La **qualité** et la **quantité** des ressources mises en œuvre sur une période, et leur adéquation avec les activités « projet » et/ou « support ».

Le suivi administratif

L'objectif est de suivre, par exemple, les procédures d'enregistrement de l'association, d'exemption de taxes, la signature d'agrèments ou de convention de partenariat (*Memorandum of Understanding*), les demandes de visas et permis de travail, les contrats de location et leur renouvellement, etc.

Le suivi des ressources humaines

Il est important de savoir précisément et à tout moment quand débutent et finissent les contrats de travail, afin notamment de pouvoir anticiper les demandes de prolongation ou de recrutement et ne pas se retrouver avec des périodes de temps sans ressources humaines, ce qui pourrait entraîner la suspension de certaines activités.

Ce suivi, de type plutôt administratif, doit s'accompagner de :

- l'organigramme du projet (vérifier que la répartition des tâches et responsabilités dans l'équipe est toujours adaptée) ;
- le contenu des postes (vérifier si les descriptifs de poste et les profils demandés correspondent toujours aux besoins ou doivent être modifiés) ;
- les besoins en formation des différents membres de l'équipe pour renforcer les compétences ou favoriser les mobilités internes ;
- l'évolution des lois relatives au travail (connaître les différents types de contrats et leurs conditions de renouvellement ou pas) ; etc.

Le suivi financier

La comparaison du **prévisionnel budgétaire** avec le **réalisé** (les dépenses effectives enregistrées en comptabilité) permet de suivre l'avancement du projet du point de vue

financier. La part de budget consommée à une date t est par exemple un indicateur important pour le pilotage de projet.

Ainsi, à mi-projet, on pourrait raisonnablement s'attendre à avoir dépensé la moitié du budget. Cependant, il faut également se servir de sa connaissance du projet pour affiner l'analyse : en effet, des investissements importants (achat de véhicules, paiement de douze mois de loyer en début de projet, approvisionnement en médicaments pour plusieurs mois, etc.) peuvent avoir été réalisés en début de projet et ainsi le pourcentage d'exécution à mi-projet sera supérieur à 50 %.

Le suivi budgétaire vise aussi à calculer les écarts entre ce qui avait été prévu (budget) et ce qui est réalisé (comptabilité) et à en expliquer les raisons au regard du contexte et de la mise en œuvre des activités. Lorsque des écarts sont constatés, leur analyse doit être expliquée par un narratif dans le rapport de coordination mensuel.

- Le suivi doit aussi s'attacher au **plan de financement**, l'objectif étant :
- de vérifier que l'on anticipe bien les obligations contractuelles (*reporting* notamment) ;
 - de diagnostiquer à temps d'éventuelles insuffisances d'anticipation qui empêcheraient d'identifier des échéances importantes et, en conséquence, de saisir des opportunités de financement complémentaires (par exemple des appels à propositions).

Le suivi logistique

- Le suivi logistique comprend trois pôles :
- le suivi des approvisionnements (commandes, achats, transport, etc.) ;
 - le suivi des stocks ;
 - le suivi des parcs.

De la même façon qu'il s'agit d'anticiper d'éventuels « gaps » de ressources humaines

pouvant entraîner la suspension de certaines activités, il faut s'assurer d'une disponibilité continue et adéquate des ressources logistiques par la mise en place d'un suivi rigoureux des approvisionnements et des stocks. Cela permet d'éviter les ruptures de stock mais aussi le stockage de quantités trop importantes pouvant conduire à des pertes (ex/ stock de médicaments dont la date de péremption est dépassée) ou un surcoût lié à des volumes de stockage trop importants.

Pour organiser ce suivi, certains outils existent⁵⁹, mais il faut avant tout avoir une bonne connaissance des besoins et des procédures d'approvisionnement, ce qui requiert l'implication des administrateurs et logisticiens.

De plus, chez MdM, il est actuellement obligatoire de procéder au suivi des parcs (véhicules, moyens de communication, informatique, etc.). Le but est de disposer d'une « photographie » précise et complète des équipements présents sur le projet afin, par exemple, d'en assurer l'entretien, d'obtenir les autorisations spécifiques à certains équipements (radio, assurances, etc.).

4 / SUIVI DES RÉSULTATS ET EFFETS PAR LE SYSTÈME DE MONITORING

C'est sur le suivi des résultats et des effets que porte le reste du chapitre.

59. Les outils de suivi des approvisionnements et des stocks sont disponibles sur l'intranet de Médecins du Monde.

EN RÉSUMÉ

LES POINTS CLÉS DU SYSTÈME DE SUIVI

→ Un **système de suivi a pour objectifs** de :

- s'assurer de l'adéquation du projet à son contexte ;
- connaître l'état d'avancement d'un projet à un instant « t » (activités, ressources, résultats et effets) ;
- gérer et ajuster un projet ;
- mettre à disposition les éléments nécessaires à la communication ou à la construction d'un plaidoyer.

→ Le **suiwi du contexte** correspond au suivi :

- des facteurs du contexte (importance des facteurs liés au système de santé, aux déterminants socioculturels et aux risques pour le personnel de MdM, les partenaires et les usagers) ;
- des acteurs/parties prenantes ;
- de la participation des communautés.

→ Le **suiwi des activités**

se fait dans le temps (chronogramme de Gantt) et en tenant compte des ressources consommées (suivi des ressources).

→ Le **suiwi des ressources correspond aux suivis** :

- **administratif** : autorisations, contrats, etc. ;
- **humain** : recrutement, formation, lois relatives au travail, etc. ;
- **financier** : prévisionnel budgétaire et réalisé, plan de financement ;
- **logistique** : approvisionnements, stocks, parcs.

→ Le **suiwi des résultats et des effets se fait au travers du système de monitoring.**

→ Le **système de suivi se met en place dès l'implantation et se poursuit tout au long** de la mise en œuvre du projet.

Il nécessite des **échanges réguliers** d'une part au sein de l'équipe projet et d'autre part entre l'équipe projet et les autres acteurs ; il doit être **documenté par écrit** (comptes rendus de réunions d'équipe, rapports de coordination mensuels, etc.).

→ Le *reporting* permet ainsi de **centraliser** les différentes informations liées au suivi et d'en tirer un ensemble de **connaissances utiles à la prise de décisions.**



MONITORING OFFICER



LES ÉTAPES DANS L'ÉLABORATION ET L'UTILISATION D'UN SYSTÈME DE MONITORING

➤ Au même titre que les autres composantes du système de suivi, le système de monitoring doit être prévu dès la phase de programmation ; il est ensuite affiné lors des phases d'implantation et de mise en œuvre du projet. Il permet de suivre la progression vers les objectifs et les résultats attendus et, si nécessaire, de procéder à des ajustements.

* Que le Monitool soit avec vous...

3.3A

CLARIFIER SES OBJECTIFS

➤ Le système de monitoring a pour objectif principal de **suivre les résultats et effets du projet**. Le fait de savoir si le projet progresse vers la réalisation des objectifs et l'atteinte des résultats permet d'agir pour corriger d'éventuelles dérives.

À NOTER /

Une base de données de suivi de patients ne constitue pas un système de monitoring en tant que tel. Pour que ce soit le cas, il faut qu'elle alimente le calcul d'indicateurs choisis pour suivre les résultats et effets du projet et agir en conséquence.

La construction du système de monitoring et sa mise en œuvre relèvent de la responsabilité d'une personne identifiée au préalable (coordinateur général, coordinateur médical, coordinateur programme, responsable monitoring (*monitoring officer*)), mais tous les acteurs directement impliqués dans la gestion du projet doivent être associés à son élaboration et son utilisation.

Pendant la phase de programmation, un certain nombre d'indicateurs sont retenus pour suivre la progression du projet vers les objectifs et les résultats. Au stade de l'implantation, il faut reprendre chaque indicateur du projet de référence pour en contrôler la pertinence et la faisabilité et définir avec précision le système de monitoring qui sera mis en place.

3.3B

ÉLABORER LE SYSTÈME DE MONITORING (REFLÉTÉ DANS LE MONITOOL)

1/ SÉLECTIONNER UN NOMBRE LIMITÉ D'INDICA- TEURS LES PLUS PERTINENTS

La première question à se poser est la suivante : Que veut-on mesurer ?

L'atteinte d'un résultat ou d'un objectif est un phénomène qui peut être mesuré de nombreuses manières. Il est donc important d'une part d'être bien au clair sur ce que l'on cherche à montrer par la collecte de données ; d'autre part de faire un choix parmi de nombreuses alternatives d'indicateurs.

Savoir ce que l'on veut mesurer permet en effet de choisir le bon « outil » de mesure.

Pour prendre un exemple très simple, si l'on veut mesurer la température, l'outil approprié est le thermomètre. Il serait absurde d'utiliser un stéthoscope, un tensiomètre ou une balance !

Si l'on ne dispose pas de thermomètre, il faut trouver un autre moyen de mesurer la température, par exemple le ressenti des personnes, les marques de transpiration, la consommation d'électricité pour le chauffage ou la climatisation, etc. Mais l'absence de thermomètre ne justifie en aucun cas l'utilisation d'autres outils de mesure inappropriés. Le même raisonnement vaut pour les indicateurs : tous ne mesurent pas la même chose.

Le choix d'indicateurs pertinents se fait en fonction :

- de la disponibilité des données (aux niveaux national, régional, local, chez les partenaires/institutions, en interne) et de la faisabilité de la collecte ;
- de ce qui est utilisé par d'autres acteurs (afin d'établir des comparaisons) ;
- de la complexité des données et de leur compréhension par les différents interlocuteurs.

Quelles sont les données disponibles ?

Les projets de MdM ont en majorité pour objectif de **soutenir et renforcer les systèmes de santé**. En conséquence, et même lorsqu'ils sont incomplets ou de qualité moyenne, MdM privilégie autant que possible l'utilisation des **processus et systèmes d'information existants** dans les structures de santé, chez les partenaires et institutions. Cela présente plusieurs avantages permettant de :

- ne pas créer de systèmes de collecte parallèles mais plutôt de renforcer les systèmes existants qui sont amenés à perdurer ;
- faciliter l'identification de la source de vérification (supports de collecte déjà existants) et la collecte ;
- établir des comparaisons avec les données nationales, régionales, etc.

À NOTER /

Le système national d'information sanitaire (SNIS) est donc le point de départ de la définition d'un système de monitoring pertinent.

Dans les situations d'urgence où le SNIS n'est, le plus souvent, plus fonctionnel, on se réfère à l'*Early warning surveillance and response in emergencies* (EWARN), système de recueil de données standardisé et simplifié, recentré sur les maladies transmissibles, mis en place au niveau des structures de santé pendant la phase d'urgence.

Les **catalogues S2AP⁶⁰** sont très utiles pour donner les définitions des indicateurs,

60. Ces catalogues existent pour le moment pour les thématiques de la santé sexuelle et reproductive (SSR), le cycle de gestion des produits pharmaceutiques et les soins de santé de base.

leur mode de calcul, et la façon dont ils peuvent être utilisés pour prendre des décisions. Grâce à une colonne « commentaires » qui donne des informations importantes sur la pertinence de tel ou tel indicateur, ces catalogues permettent notamment de :

- compléter des indicateurs SNIS pour aider à choisir ;
- combler d'éventuels manques dans les SNIS.

Lorsque les projets incluent des thématiques spécifiques (ex/ la santé mentale) ou lorsqu'on cherche à mesurer des phénomènes qui ne sont pas directement centrés sur la santé (ex/ plaidoyer, respect des droits humains, etc.), il est également possible, pour identifier les indicateurs pertinents, de se référer à la littérature existante, à des études ou à des expériences similaires menées par d'autres organisations ou au sein du réseau international MdM.

ZOOM VÉRIFICATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE CHOISIR UN INDICATEUR

Quand un indicateur est choisi pour mesurer un phénomène, il est important de vérifier d'une part qu'il mesure bien ce phénomène précis (est-ce que cet indicateur me permet vraiment de mesurer ce que je veux savoir ?) et d'autre part que les données nécessaires à son calcul sont disponibles.

S'informer sur la disponibilité des informations nécessaires au calcul de l'indicateur évite de choisir des indicateurs impossibles à collecter ou qui demanderaient beaucoup trop de moyens et d'énergie par rapport à l'analyse qui doit en être faite.

Dans le cas de projets innovants, il peut être intéressant de développer des bases de données spécifiques visant à renseigner des aspects encore méconnus. Mais le plus souvent, il est tout à fait possible et souhaitable de faire avec l'existant, ce qui permet d'une part de renforcer les systèmes d'information sanitaire (SNIS/SIS) chez les partenaires/institutions, et d'autre part de dégager du temps et des moyens pour l'analyse.

Quelques questions à se poser pour interroger la disponibilité des données :

- Quelles sont les informations dont nous disposons ?
- Quel recueil de données cela implique-t-il ?
- Si les informations ne sont disponibles, comment obtenir les données ?
- Quels instruments ou supports faut-il construire si besoin ?

Quels sont les indicateurs utilisés par d'autres organisations, projets, etc. ?

Chercher des comparaisons possibles revient à identifier les indicateurs standards, utilisés par d'autres.

ZOOM POURQUOI DES INDICATEURS STANDARDISÉS ?

« L'utilisation d'indicateurs standards donne des mesures utiles du même indicateur dans différentes populations, permettant ainsi la triangulation

des conclusions et la mise en évidence des incohérences régionales ou locales et des différences à étudier. Les ressources seront ainsi redirigées vers les régions ou sous-populations les plus démunies et permettront d'identifier les domaines propices à une intensification ou une réduction de l'effort à l'échelon national, améliorant finalement l'efficacité de la réponse nationale. L'utilisation d'indicateurs standards garantit également la comparaison des informations entre les pays et dans le temps. Lors de la conception de leurs propres activités d'évaluation, les projets doivent également tenir compte des indicateurs nationaux standards dans ce domaine. Les projets peuvent avoir leurs propres besoins d'information qui répondent à des cadres rigoureux. Toutefois, ils devront, le cas échéant, choisir ces indicateurs avec des références standards, par ex. des périodes de référence, des numérateurs, des dénominateurs collectés en permanence sur différentes périodes et qui permettront d'introduire aisément les données collectées dans le système de suivi et évaluation national et de les comparer dans le temps⁶¹. »

Plusieurs sources de données doivent être étudiées par l'équipe projet pour choisir entre différentes possibilités :

- les **indicateurs du Système national d'information sanitaire (SNIS/SIS)** ;
- les **indicateurs internationaux**

61. OMS, Onusida, Unicef, Banque mondiale, USAID, CDC, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, « Guide pour le suivi et l'évaluation des programmes de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme », 2004.

(statistiques internationales, indicateurs Sphère, etc.);

- **les indicateurs thématiques transversaux** définis pour les thématiques prioritaires de MdM (pour l'instant sur les thématiques de réduction des risques et de santé sexuelle et reproductive);
- **les listes d'indicateurs** parfois imposées par les bailleurs de fonds, des consortiums, etc.

Quels sont les indicateurs lisibles et compréhensibles pour nos interlocuteurs ?

En fonction des interlocuteurs, « l'information parlante » ne sera pas forcément la même. Le destinataire de l'information est donc un facteur à prendre en compte dans le choix des indicateurs du système de monitoring.

Par exemple, pour rendre compte des effets de la gratuité des accouchements assistés sur l'utilisation des services de santé, le ministère de la Santé peut être particulièrement sensible à l'évolution du taux des accouchements assistés ou au nombre de décès maternels. Les politiques peuvent être assez peu sensibles à ces mesures et préférer avoir des mesures financières montrant que la gratuité des accouchements assistés n'entraîne pas au final de surcoût pour le système de santé (baisse du recours tardif aux soins).

Quelques questions pour guider la réflexion :

- Comment allons-nous analyser les indicateurs collectés ?
- À qui allons-nous diffuser ces informations, en interne ou en externe ?
- À quel type d'information ces destinataires sont-ils le plus sensibles ?

À NOTER /

Il est important de se limiter dans le nombre d'indicateurs que l'on retient au final :

- pour renseigner un indicateur, il est le plus souvent nécessaire de renseigner plusieurs variables (ce qui démultiplie les efforts de collecte);
- tout indicateur retenu doit être analysé de façon périodique (hebdomadaire dans les premiers mois de l'urgence, mensuelle, trimestrielle ou annuelle). On ne renseigne pas un indicateur pour « savoir », mais pour « agir ».

EXEMPLE « FIL ROUGE » LA MISE EN PLACE DU SYSTÈME DE MONITORING

Le financement a été obtenu pour le projet de lutte contre les grossesses non désirées au Libertia. L'équipe projet de Médecins du Monde doit maintenant mettre en place le système de monitoring à partir du cadre logique existant.

Pour suivre le résultat 3

« Des protocoles nationaux pour les services de planification familiale incluant l'accès à la contraception d'urgence sont mis en place et diffusés d'ici à deux ans », deux indicateurs avaient été choisis :

1. Nombre d'interpellations écrites ou orales faites auprès des autorités de santé nationales et partenaires institutionnels sur la CU;
2. Nombre de structures de santé dans le district proposant une CU.

Le projet se déroule sur trois ans et MdM souhaite atteindre l'objectif de plaidoyer au bout de deux ans. Le choix de ces deux indicateurs permet donc de suivre les résultats et les effets des activités de plaidoyer sur toute la durée du projet. Le premier permet de suivre l'activité de plaidoyer en tant que telle pour savoir si l'on se rapproche de l'objectif fixé (intégration de la CU dans la liste des médicaments essentiels). Le second permet de connaître les effets d'un plaidoyer réussi sur la disponibilité de la CU dans les structures de santé soutenues par MdM.

Les données pour le calcul de ces indicateurs sont disponibles puisque le premier est calculé à partir des rapports d'activité de MdM, des procès-verbaux et des comptes rendus de réunions; et le second renseigné à partir des rapports des visites de supervision. De plus, si ces indicateurs permettent de suivre les résultats et effets des activités de plaidoyer, ils donnent aussi la possibilité de communiquer sur la disponibilité de la CU auprès des centres de santé, de l'équipe cadre du district, du partenaire AMPF et des leaders communautaires.

Pour suivre le résultat 5

« Les leaders religieux des 10 communautés du district du Saapland sont sensibilisés sur l'importance de la planification familiale et encourageant l'utilisation des services de PF d'ici à trois ans », l'indicateur choisi est : nombre d'émissions radio en présence des leaders religieux passant des messages favorables à l'espacement des naissances.

Cet indicateur mesure bien les effets des activités menées avec les leaders religieux puisqu'il donne une information sur la diffusion par les radios communautaires de messages encourageant l'espacement des naissances. Il s'appuie sur des données disponibles dans les rapports écrits des stations de radio. Les radios communautaires sont d'accord pour transmettre trimestriellement ces rapports à l'AMPF, partenaire local du projet.

2 / DÉFINIR LES BASES DU SYSTÈME

« **Quoi ?** », « **Comment ?** », « **Où ?** », « **Combien ?** », « **Quand ?** », « **Qui ?** », « **Pourquoi ?** », « **Pour qui ?** »...

Ce sont ces questions qui permettent, grâce à une réflexion systématique, de sélectionner les indicateurs les plus pertinents, dont la collecte est possible; de clarifier les modalités de collecte, d'analyse et de partage des données et de définir précisément les responsabilités. Ce travail de définition et d'explicitation des rôles et responsabilités doit se faire en équipe.

Ce **questionnement systématique** se traduit par un tableau récapitulatif (*Indicators Summary*) qui sert de base à la discussion en équipe et constitue la première étape dans l'élaboration du Monitool.

Les informations contenues dans l'*Indicators Summary* sont également essentielles pour **assurer la continuité de la collecte**. En effet, pour que deux personnes différentes soient en mesure de collecter et d'analyser le même indicateur, il est important de

préciser la fréquence de collecte (« quand ? »), le mode de calcul (« comment ? »), les sources de collecte (« où ? »), la personne responsable de la collecte (« par qui ? »), les raisons de la collecte (« pourquoi ? ») et les destinataires de l'analyse (« pour qui ? »).

ZOOM

QU'EST-CE QUE LE MONITOOL ?

Le Monitool est un outil informatisé standardisé. C'est, pour MdM, l'unique outil de monitoring qui comprend tous les indicateurs de suivi des résultats et effets d'un projet (mêmes issus de différents cadres logiques bailleurs). Le Monitool et le cadre logique sont des documents dynamiques et complémentaires qui évoluent en parallèle.

Le Monitool inclut :

- Le résumé des indicateurs (*Indicators Summary*), qui rassemble les indicateurs et quand, comment, où, par qui, pourquoi et pour qui les données doivent être collectées et analysées,
- Le plan de monitoring (tableau + graphiques) qui rassemble les données collectées afin de faciliter leur analyse.

Les paragraphes suivants expliquent chacune des colonnes de l'*Indicators Summary*.

Quoi (intitulé)

Il s'agit de l'intitulé de l'indicateur. Les indicateurs s'expriment en valeur brute ou en pourcentage. Ils peuvent être regroupés en fonction des objectifs ou résultats qu'ils permettent de suivre.

Pour les raisons qui ont été évoquées auparavant (possibilité de comparaisons), il est intéressant de savoir si ces indicateurs correspondent à :

- des indicateurs définis comme essentiels au niveau international pour le suivi d'une thématique par exemple les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) ou les Objectifs de développement durable (Sustainable Development Goals (SDGs));
- des indicateurs nationaux renseignés dans le SNIS d'un pays, suivis de manière routinière par le système de santé de ce pays et qui permettent d'aider à la décision des politiques nationales de santé.

Comment

(calcul de l'indicateur)

Il convient de préciser le mode de calcul de l'indicateur. S'il s'agit d'un ratio entre deux nombres (par exemple : pourcentage de consultations de PF menées selon les standards nationaux, ou taux de mortalité), il est important de savoir ce que l'on inclut dans le numérateur, et surtout dans le dénominateur. Il convient aussi d'explicitier les termes employés, surtout s'ils peuvent avoir diverses interprétations (ex/ consultation de qualité, visite de supervision, etc.).

Cette explicitation du mode de calcul constitue une étape essentielle : en effet, les modes de calculs sont parfois différents dans le SNIS et au niveau international ; de plus, cela permet d'assurer une continuité dans les modes de calcul, même en cas de changements de personnel dans l'équipe.

Enfin, le fait de définir clairement la manière dont sont calculés les indicateurs facilite la collecte des données, puisque l'on sait exactement quelle est l'information recherchée.

ZOOM

POPULATION-BASED VS SERVICE-BASED

Il convient de faire particulièrement attention aux populations de référence des indicateurs, c'est-à-dire celles à partir desquelles ils ont été calculés et notamment pour le dénominateur lorsqu'il s'agit d'un ratio. Ces populations peuvent correspondre :

- soit à la population cible totale (*population-based*);
- soit aux utilisateurs des services (*service-based*).

Les indicateurs calculés à partir des données de population totale donnent des informations sur la santé de la population cible, que cette dernière ait ou non fréquenté les services de santé. Pour calculer ces indicateurs, on doit pouvoir disposer de données concernant l'ensemble de la population, et notamment de données démographiques fiables pour le dénominateur. Cela est parfois difficile dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et oblige à recourir à des estimations qui peuvent être plus ou moins précises. Lorsque celles-ci sont fausses, il est parfois possible d'avoir des taux de couverture des services dépassant les 100 % qui ne peuvent être analysés que par une étude des tendances.

Cette difficulté à obtenir des données démographiques fiables conduit à calculer les indicateurs à partir des utilisateurs de services. Il s'agit là d'un sous-groupe de la population cible ayant des caractéristiques spécifiques, en particulier celle d'avoir accès à ces services. Ces indicateurs apportent des informations importantes

concernant le fonctionnement et la qualité de ces services, mais donnent une information biaisée lorsqu'il s'agit d'évaluer l'état de santé de la population cible dans son ensemble. Le principal inconvénient des données issues des services sanitaires se rapporte au biais de sélection de la population utilisant ces services. En effet, une part plus ou moins importante de la population cible n'utilise pas les services et souvent les personnes utilisant les services sont ceux qui, en toute logique, n'ont pas les plus grands problèmes d'accès aux soins. Le biais de sélection « favorise » ainsi ceux qui ne sont pas les plus éloignés, etc.

Exemple de la mortalité maternelle :

- calculée sur l'ensemble de la population, elle informe sur la santé des mères dans l'ensemble;
- calculée à partir des données des centres de santé (mortalité maternelle « institutionnelle »), elle reflète surtout la prise en charge des femmes enceintes et de l'accouchement dans ces centres.

Où

(sources de vérification)

Lors de l'identification des sources de vérification (supports de collecte), il est indispensable d'être aussi précis que possible : dans quel formulaire peut-on trouver l'information ? On insiste ici encore sur l'importance de ne pas faire doublon avec le SNIS et/ou de créer des systèmes parallèles (voir chapitre « Programmation »).

Dans le cas où les registres, les feuilles de suivi, les supports informatiques n'existent pas, ils doivent être élaborés, avec les

partenaires le cas échéant, dans la mesure du possible avant le démarrage des activités, ou, au plus tard, au tout début. Ces supports doivent être structurés en amont et ne pas être trop souvent modifiés, sinon les informations ne sont plus comparables au fil du temps. Cela est d'autant plus essentiel dans les situations où le turnover des équipes est important et où chaque nouvel arrivant a tendance à vouloir apporter sa touche personnelle aux supports de collecte...

Combien

(baseline et cible)

La valeur de base (*baseline*) correspond à la valeur initiale de l'indicateur. La cible (*target*) est la valeur que l'on se donne pour objectif d'atteindre dans un temps donné. Un indicateur peut être associé à une ou plusieurs cibles intermédiaires ou finales.

La détermination d'une valeur de base (*baseline*) et de cible(s) (*target*) doit être adaptée en fonction de la situation existante dans la zone d'intervention et de ce que l'on peut espérer atteindre de façon réaliste par l'intervention de MdM (*voir chapitre « Programmation »*).

Quand

(fréquence de la collecte)

Il s'agit de définir le rythme de la collecte. Tous les indicateurs ne varient pas de la même façon ; la fréquence de collecte ne doit donc pas être systématiquement la même pour tous, même si, en général, elle est mensuelle.

Pour fixer le rythme de la collecte, il faut prendre en compte plusieurs éléments plus ou moins interdépendants :

→ **La réactivité voulue par rapport au phénomène suivi** : plus on souhaite réagir rapidement, plus la collecte doit

être fréquente. Par exemple, il est judicieux de suivre de façon rapprochée le nombre de cas suspects de choléra afin de mettre rapidement en œuvre des mesures adéquates en cas de pic épidémique. On réalisera alors une collecte quotidienne.

→ **La variabilité du phénomène mesuré par l'indicateur** : plus il évolue rapidement, plus il doit être suivi de façon rapprochée. Si l'on ne mesure pas l'indicateur avec une fréquence suffisante, on risque de ne pas savoir ce qui s'est réellement passé entre deux mesures. Un exemple : on suit le stock des médicaments essentiels dans un contexte d'afflux de réfugiés : on constate un faible taux de rupture sur un mois ; ce faible taux, étalé sur un mois, peut toutefois masquer une rupture de stock beaucoup plus importante mais survenue sur une plus courte période.

→ **La sensibilité de l'indicateur** : certains indicateurs « sensibles » sont capables de révéler sans délai de très petites fluctuations du phénomène, et d'autres se manifestent de façon retardée et seulement lors de changements importants. Si l'on utilise la mortalité maternelle comme indicateur de la santé maternelle, une diminution ne peut être observée que de façon retardée par rapport aux activités mises en œuvre pour améliorer la santé des mères. D'autre part, la santé des mères peut s'améliorer sur certains points sans que l'on observe d'effets sur la mortalité. Dans ce type de situation, une collecte semestrielle est alors généralement suffisante.

→ **Les moyens nécessaires à la collecte et à l'analyse** : la fréquence de la collecte doit aussi être estimée en fonction du temps et des ressources humaines et matérielles nécessaires à la collecte et au suivi. Par exemple, un indicateur

dont le calcul nécessite la réalisation d'une enquête ponctuelle ne peut être calculé mensuellement.

Qui

(personnes responsables de la collecte et de l'analyse)

Il convient d'identifier, **pour chaque indicateur**, la personne responsable de la collecte et la personne responsable de l'analyse ; ce n'est en général pas la même. Il ne s'agit pas de mentionner un nom, mais plutôt de préciser la fonction de la personne chargée de la collecte, et ce afin de faciliter la passation de responsabilités en cas de turn over des équipes (ex : sage-femme, superviseur, etc.).

Pourquoi

(que vais-je faire de l'information obtenue par le calcul de l'indicateur?)

L'objectif est ici de préciser l'information apportée par l'indicateur et les raisons pour lesquelles cette information est retenue.

Chaque indicateur est choisi, en fonction de sa pertinence, pour suivre l'évolution d'un phénomène. La question est ici de savoir comment on souhaite utiliser l'évolution observée ?

Par exemple, le taux d'accouchements assistés, s'il est calculé avant et après la réforme, mesure bien les effets de la gratuité de ces actes sur l'utilisation des services. Mais que nous apporte le fait de savoir que le taux d'accouchements assistés a augmenté, diminué ou stagné dans le temps ? Cette information peut nous permettre de réajuster nos activités pour atteindre les cibles fixées, de promouvoir cette politique auprès du ministère de la Santé, ou encore d'alimenter les résultats d'une recherche opérationnelle.

Le monitoring du projet est une aide à la prise de décision. La colonne « Pourquoi » permet

de réfléchir au type de décisions qui pourraient émaner de l'analyse d'un indicateur spécifique.

Si les raisons de la collecte d'un indicateur ne sont pas clairement identifiées, il est important de questionner la pertinence et l'utilité de cet indicateur.

Pour qui

(qui est le destinataire de cette information?)

Pour qui collectons-nous cet indicateur ? À qui allons-nous communiquer l'évolution de cet indicateur ?

Toutes les personnes/institutions ne sont pas en demande des mêmes informations. En fonction du type d'interlocuteur, la présentation des données doit être envisagée de manière différente et adaptée. S'interroger sur le destinataire de l'information peut aussi faire apparaître une inadéquation entre le type d'information fourni par l'indicateur et les attentes du destinataire. Dans ce cas, il convient de se réinterroger sur l'indicateur utilisé.

Par exemple, si l'on souhaite démontrer au ministère de la Santé les effets de la gratuité des accouchements assistés sur l'utilisation des services de santé, le taux d'accouchements assistés est une mesure à laquelle cette administration sera sensible. En revanche, les politiques seront peut-être plus attentifs aux mesures financières qui prouvent qu'une telle mesure n'entraîne pas globalement de surcoût pour le système de santé.

De plus, il est essentiel d'identifier les personnes/institutions destinataires de l'information afin de pouvoir les informer en temps voulu sur l'évolution d'un indicateur. Cette communication est importante pour :
→ prendre des décisions ou informer les personnes concernées des éventuels

ajustements du projet liés à l'évolution d'un indicateur ;

- respecter les obligations contractuelles (ex/ bailleurs, autorités sanitaires) ;
- informer des résultats/effets du projet en vue d'en renforcer l'appropriation, selon le principe de redevabilité. Il est souhaitable en effet de communiquer régulièrement sur les avancées du projet vis-à-vis de nos interlocuteurs.

La communication des résultats/effets du projet auprès des différents acteurs/ parties prenantes et partenaires est un élément essentiel. Cependant, chaque acteur peut être sensible à des types de résultats et à des effets différents. Dans notre stratégie de communication auprès de ces acteurs, il est important de définir les indicateurs qu'il est le plus pertinent de mettre en avant.

Un système de monitoring doit être pensé de façon globale pour répondre aux besoins d'information de MdM, des partenaires, des bailleurs, etc. Mais il faut s'interroger sur un indicateur qui ne répondrait qu'à la demande d'un bailleur. N'y a-t-il pas un autre indicateur qui satisferait le besoin d'information de ce bailleur tout en servant les besoins opérationnels du projet ? De même, la question peut être posée pour un indicateur qui ne répondrait qu'aux besoins de communication de MdM. Peut-être existe-t-il un indicateur qui répondrait aux besoins de MdM tout en présentant un intérêt pour les autorités sanitaires du pays ?

À NOTER /

Des données qui ne seront pas analysées ne doivent être ni collectées ni informatisées.

L'onglet « Indicators Summary » du Monitool permet de rassembler, pour chaque indicateur, les réponses à cette série de questions.

Voici par exemple celui du projet de lutte contre les grossesses non désirées au Libéria pour l'indicateur couples-années-protection (voir tableau pages suivantes).

3 / PRÉPARER LA COLLECTE DES DONNÉES

Il existe différentes sources ou moyens de collecte pour renseigner les indicateurs choisis, en fonction du type d'informations recherchées :

1. Les systèmes d'information

de routine : les Systèmes nationaux d'information sanitaire (SNIS) et/ou Système d'information sanitaire des établissements sanitaires (SIS) permettent d'avoir accès aux statistiques des services de santé, aux données épidémiologiques, administratives et financières pour une zone administrative précise : le pays, le district et également la communauté. En fonction du contexte, d'autres systèmes d'information de routine peuvent exister. Ces données présentent l'avantage d'être souvent déjà saisies et informatisées. S'il existe des données manquantes dans les SNIS/SIS (ex/ des données relatives à la santé mentale), ils peuvent alors être complétés.

2. Les enquêtes ponctuelles :

elles peuvent être réalisées régulièrement, dans le cadre des visites de supervision par exemple, pour connaître le niveau de satisfaction des patients ou le niveau de compétences des professionnels de santé. On peut aussi effectuer des post-tests après une formation ou des entretiens auprès de travailleurs sociaux. Ces enquêtes allient différentes méthodes : observation d'un échantillon d'actes médicaux, études de cas, focus groups ou entretiens avec des soignants, des patients, des travailleurs sociaux, etc.

3. Les enquêtes de population ou enquêtes auprès d'un échantillon représentatif de ménages (type enquête CAP⁶²) : elles permettent d'obtenir des données généralisables à l'ensemble de la population cible mais elles requièrent beaucoup de temps, d'argent, de logistique et de compétences techniques. Il est donc recommandé d'y recourir avec parcimonie et seulement s'il n'est pas possible de répondre par d'autres moyens à ces besoins d'informations. En revanche, il faut se procurer et utiliser les résultats des enquêtes de population type EDS ou MICS, réalisées régulièrement dans la plupart des pays d'intervention. Ces enquêtes comportent à la fois des données nationales et régionales, et peuvent apporter un grand nombre d'informations utiles. Il est également possible de prendre en compte des enquêtes réalisées par d'autres acteurs.

4. Le suivi longitudinal d'un groupe

de personnes, ou suivi de « cohorte » est parfois très utile, même s'il implique un investissement important en termes de temps et d'énergie. Il est par exemple justifié en cas d'utilisation d'un traitement au long cours dans un nouveau contexte (ex/ traitement de substitution aux opiacés) afin d'évaluer l'adhérence des participants et ses déterminants, ou encore l'efficacité de ce traitement dans cette situation spécifique.

Mettre en place les supports de collecte

Une fois les indicateurs définis, il faut mettre en place les conditions qui permettent de collecter des données **de qualité**, qui seront **analysées** et **utilisées** dans le cadre du suivi de projet. Des indicateurs

complétés à partir d'informations mal définies, partielles ou mal interprétées ne seraient d'aucune utilité et pourraient même conduire à de fausses conclusions.

ZOOM

COUVERTURE ET UTILISATION DES SERVICES

Pour tous les indicateurs relatifs aux questions de couverture et d'utilisation des services, il est fortement recommandé de recourir aux supports de recueils déjà existants dans les pays d'intervention et de limiter la création de nouveaux supports de collecte. Il est préférable d'utiliser (renforcer) les systèmes existants (même s'ils sont de qualité moyenne ou incomplets) plutôt que de mettre en place des systèmes de recueil parallèles. Le but est ici d'éviter d'alourdir la charge de travail des personnels de santé. De plus, ces données sont souvent déjà saisies et informatisées (le plus souvent au niveau du district).

La majorité des indicateurs doit donc être renseignée grâce aux formulaires existants du ministère de la Santé. Des exceptions peuvent être faites dans le cas où MdM souhaite documenter des éléments de santé particuliers, non informés de façon routinière par les SNIS : santé mentale, violences liées au genre, etc. ou quand, à la suite d'un conflit ou d'une catastrophe naturelle, il n'existe plus de système national de recueil.

⁶². Pour plus d'informations, se référer au guide MdM, « Collecte de données, Méthodes quantitatives, L'exemple des enquêtes CAP », 2011, disponible sur le site internet de MdM en français, anglais et espagnol.

ONGLET « INDICATORS SUMMARY » DU MONITOOL
PROJET DE LUTTE CONTRE LES GROSSESSES NON DÉSIRÉES AU LIBERTALIA

QUOI		COMBIEN				QUAND				
Numéro	Libellé de l'indicateur	Ind. Min Santé	Ind. International	Base	Cible	Fréquence				
						Semaine	Mois	Trimestre	Année	Enquête
Objectif spécifique : Diminuer le nombre de grossesses non désirées des femmes en âge de procréer du district du Saapland par le renforcement de l'offre et de la demande en PF										
OS 1	Couple-année de protection	X		À déterminer en début de projet	Année 1 : 50% Année 2 : 70% Année 3 : 100%			X		

COMMENT	OÙ	QUI		POURQUOI		POUR QUI
Formule de calcul de l'indicateur (Numérateur / Dénominateur)	Sources de vérification (Formulaire utilisé lors de la collecte)	Personne chargée du <u>recueil de données</u>	Personne chargée de <u>l'analyse de données</u>	À quoi va servir cet indicateur ?		Pour qui calculons-nous cet indicateur (qui est notre cible) ?
Objectif spécifique : Diminuer le nombre de grossesses non désirées des femmes en âge de procréer du district du Saapland par le renforcement de l'offre et de la demande en PF						
Couple-années de protection = nombre de contraceptifs distribués par type pendant une année x durée moyenne de leur efficacité. Exemple (n cycles de contraceptifs oraux x 1/15) + (n préservatifs x 1/120) + (n Jadelle x 3,8 + ...)	SNIS	Coordo. Med	Coordo. Med	Cet indicateur permet de faire une estimation de la protection contre la grossesse fournie par les services de planification familiale sur une période d'un an, basée sur la quantité de tous les contraceptifs vendus ou distribués gratuitement aux clients pendant cette même année. Il permet d'avoir un suivi de l'utilisation de contraceptifs lorsque le taux de prévalence contraceptive n'est pas disponible. Isolé, cet indicateur donne une indication sur les effets du projet . Analyser sa tendance au regard des autres indicateurs (1.1 - 1.2 - 2.1 - 4.1 - 5.1) permet d'identifier les points de blocage ou les activités ayant la plus grande influence sur la protection d'une population.		Équipe projet Bailleur

À NOTER /

Il peut arriver que le personnel de santé doit déjà remplir plus de quinze formulaires différents en comptant les fiches et registres du ministère de la Santé, du Fonds mondial de lutte contre le paludisme, et du Plan national de lutte contre le sida ; il est alors plus judicieux d'utiliser les fiches existantes, en y ajoutant un ou deux indicateurs supplémentaires pertinents si nécessaire plutôt que d'ajouter de nouveaux formulaires de MdM.

Il est donc important de prendre le temps de bien construire les formulaires ou fiches de collecte de données et de former le personnel (de MdM ou de structures partenaires) qui assurera la collecte.

Plusieurs questions doivent se poser au moment de l'élaboration des outils de collecte de données et de leur mise en place :

- Les formulaires permettent-ils de **rassembler/collecter toutes les informations/données** nécessaires au monitoring ? (surtout ne pas oublier les désagrégations envisagées).
- Dans quelle(s) langue(s) les outils doivent-ils être élaborés ? La traduction est-elle fidèle ?
- Etc.

À NOTER /

Les indicateurs doivent être décomposés par sexes, par tranches d'âge ou selon d'autres catégories, quand cela est approprié et lorsque c'est possible (cela peut permettre de révéler des inégalités entre

les hommes et les femmes, les jeunes et les personnes âgées, déplacés et non déplacés, réfugiés...).

Il est important d'associer toutes les personnes participant à la collecte de données (personnel de MdM, des centres de santé, *data clerk*...) au processus d'élaboration des outils et de définition des modalités de collecte. Il faut prendre soin de définir les rôles de chacun : Qui sera responsable de rassembler les données ? Qui supervisera le processus ? Qui analysera les données ? Qui rapportera l'information générée par l'analyse ?

Ce travail sur la qualité des outils de collecte et la formation du personnel doit se faire dès la phase d'implantation, puis, si nécessaire, être amélioré au cours de la phase de mise en œuvre. Les outils doivent être **testés** avant d'être utilisés, puis **ajustés** lorsque, dans la pratique, des biais ou des manques sont constatés, ou qu'il paraît utile d'apporter des améliorations. Attention cependant à ne pas modifier trop souvent les supports de collecte après la période de test ; on risquerait alors de ne plus pouvoir comparer des données collectées de manière différente. De plus, la personne qui collecte les données doit s'adapter à chaque nouveau format, ce qui augmente les risques d'erreurs et de lassitude.

Former à la collecte

Il est essentiel de former les personnes qui effectuent la collecte des données et les rapports. Il s'agit de s'assurer que ces personnes ont une bonne compréhension des attentes et de la finalité de la collecte et qu'elles savent :

- manipuler les outils de collecte ;
- identifier les incohérences ;
- faire remonter les problèmes ;
- analyser des données ;
- émettre des recommandations, etc.

À NOTER /

Les personnes chargées de la collecte ne sont pas forcément celles qui analysent les données. Le manque de vision sur l'utilité des données peut parfois conduire à négliger certains aspects de la collecte. S'assurer qu'il y a une bonne compréhension des finalités est un levier d'action important pour améliorer la qualité des données collectées.

Quelle que soit la solution retenue pour la saisie des données, il est indispensable d'organiser un temps de formation qui mette l'accent sur la façon dont se présente la base de données et la manière dont les informations doivent être saisies.

À NOTER /

Un Monitool bien renseigné permet de formaliser les besoins en données, les formules de calcul des indicateurs de suivi, les formats de collecte de données, l'organisation du mouvement de données sur le projet ainsi que les responsabilités des membres de l'équipe participant au monitoring. Ce document permet aussi d'assurer une continuité en cas de turnover.

4 / TESTER LE SYSTÈME

Avant tout lancement d'un système de monitoring, il faut le tester sur quelques sites pilotes : cela permet de relever de possibles incohérences ou des problèmes de faisabilité et de s'assurer que les personnes en charge de la collecte peuvent encore, à ce niveau, exprimer toutes leurs interrogations et difficultés. De même, à ce stade, il est encore possible de faire des modifications et ajustements, ce qui est beaucoup plus difficile lorsque le système est lancé à plus grande échelle.

Les questions suivantes peuvent être une base utile pour tester le système :

- Les utilisateurs comprennent-ils l'**objectif** et savent-ils **utiliser** les supports de collecte ?
- Ont-ils bien conscience du type de données à collecter, et savent-ils où les trouver ?
- Le personnel a-t-il le sentiment d'avoir les **compétences requises** pour la collecte de données ? Ou a-t-il besoin de formations spécifiques, sur les techniques d'entretien, les supports de collecte informatisés, par exemple ?
- Les supports de collecte sont-ils remplis de façon **systématique, correcte et cohérente** ?

3.3C

COLLECTER LES DONNÉES ET PROTÉGER LES DONNÉES SENSIBLES

➤ Il est important de veiller à protéger les usagers des projets en sécurisant les données personnelles qu'ils nous ont confiées.

MdM considère que toutes les données nominatives ou permettant d'identifier une personne par recoupement, ayant trait à son état de santé ou à son histoire de vie constituent des données personnelles sensibles⁶³.

Cela concerne notamment :

- les registres de consultations, d'entrées et de sorties ;
- les dossiers médicaux : comptes rendus de consultations, images médicales, résultats d'examens ;
- les certificats médicaux pour actes de violence ;
- les récits de vie (recueillis par écrit ou par captation audio, vidéo, photo).

La conduite d'entretiens, le classement et l'archivage des dossiers médicaux, la saisie de données sensibles doivent être exécutés selon des dispositifs, communs ou spécifiques, garantissant la confidentialité et la protection des données.

63. Pour en savoir plus se référer au guide « Pour une éthique de terrain. Gestion des données personnelles sensibles (santé – histoires de vie) », MdM, 2010.

3.3D

COMPILER ET PRÉSENTER LES DONNÉES⁶⁴

1/ SAISIE DES DONNÉES

Il revient à l'équipe terrain d'organiser la saisie des données sous la responsabilité de la personne identifiée (coordinateur général, coordinateur médical, coordinateur programme, responsable du monitoring (*monitoring officer*)).

Le processus de saisie des données requiert rigueur, patience et organisation. Il doit être pensé en lien avec les processus d'analyse et de restitution envisagés. Il est dès lors préférable que la structuration du système de monitoring se fasse sous la responsabilité d'une personne identifiée et qu'un ordinateur soit réservé à cet effet, ainsi qu'une armoire fermée à clé pour la protection de données « sensibles ». La personne responsable du système de monitoring doit aussi organiser la répartition des tâches et s'assurer que toutes les activités de collecte, de saisie, d'analyse et de restitution sont assurées.

64. Partie rédigée sur la base de Jean-Pierre d'Altilia, Jean-Pierre de Lamalle, Paul de Caluwé, Isaline Greindl, Frédéric Lecherlier, Alain Wodon, « Système d'information sanitaire », 2^e édition.

Selon le volume du projet, et donc des données qu'il génère, il est souhaitable d'avoir une personne dédiée au système de monitoring (*monitoring officer*).

Idéalement, la personne chargée de la saisie peut commencer à entrer les données en parallèle avec le travail de collecte sur le terrain. Cela permet de repérer d'éventuelles erreurs d'annotation ou de remplissage (par exemple 300 seringues distribuées à une seule personne lors d'une visite au lieu des 30 habituelles) et de pouvoir immédiatement en faire part aux équipes de collecte, qui peuvent alors corriger leurs erreurs. Cela permet aussi d'identifier et de rectifier rapidement les incohérences entre le format de collecte et l'outil de saisie.

Dans la majorité des cas, l'ensemble des données peuvent être saisies dans le Monitool en ouvrant un onglet par structure, et un onglet pour le cumul des données de toutes les structures. Cette solution offre l'avantage de pouvoir disposer de toutes les données informatisées (données brutes et indicateurs) sur un même document, ce qui limite les risques d'erreur de saisie. Dans d'autres situations, les données peuvent provenir d'autres outils de collecte développés pour répondre à un besoin

PLAN DE MONITORING

Pays			
Projet			
Référent			
Date de début	01/01/2012	Date de fin	31/12/2012
Aujourd'hui	18/01/2013	Avancement	105 %

Cible atteinte à 100 %	100 %
Cible atteinte à 50 % ou plus	50 %
Cible atteinte à moins de 50 %	0 %

Numéro	Liste des indications	Baseline	Cible	Avancement mensuel											
				Jan	Fév	Mar	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Dec
OS1	Nombre de couple-années de protection	1300	5500	1358	1254	2156	1374	1254	1323	1321	1658	1924	2241	2599	4012
1.1	% gratuité de la PF	45 %	100 %	48 %	39 %	45 %	49 %	67 %	100 %	100 %	75 %	65 %	85 %	100 %	100 %
2.1	Taux de rupture de PF	50 %	0 %	35 %	35 %	12 %	0 %	0 %	0 %	25 %	27 %	15 %	0 %	0 %	0 %
2.2	% consultations PF conformes aux standards	25 %	100 %	25 %	22 %	35 %	45 %	59 %	67 %	84 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
3.1	Nombre de réunions interpellant sur la CU		2	0	0	0	0	0	1	1	2	1	2	2	1
3.2	Nombre de centres proposant une CU		10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4.1	% usagers connaissant 3 méthodes de PF	5 %	75 %	5 %	7 %	8 %	17 %	15 %	17 %	38 %	41 %	39 %	75 %	72 %	77 %
5.1	Nombre d'émission radiophonique avec les leaders religieux promouvant l'espacement des naissances	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	3

spécifique du projet (bases de données plus complexes pour des suivis de cohorte par exemple).

La saisie des données est effectuée selon la fréquence de collecte définie dans la colonne « Quand » de l'**Indicators Summary** du Monitool.

La saisie des données (directement dans le Monitool ou via des supports de collecte intermédiaires qui alimentent le Monitool) permet d'alimenter

le plan de monitoring et donc de connaître l'évolution des indicateurs.

La couleur des cellules indique si un indicateur est proche ou éloigné de sa cible (vert, orange, rouge).

Le plan de monitoring est construit lors de la phase d'implantation et comprend indicateurs, **baseline** et cibles.

La saisie des données permet d'alimenter **les graphiques** qui se synchronisent automatiquement avec le plan de monitoring. Ces graphiques présentent aussi la valeur de la cible, ce qui autorise une analyse visuelle simple et rapide de l'évolution de l'indicateur par rapport à sa cible. L'analyse permet, dans un second temps, de remplir la case « Commentaires » adjacente au graphique. Tous les éléments nécessaires à la compréhension de l'évolution de l'indicateur doivent y être indiqués.

2 / VÉRIFICATION DES DONNÉES (DATA CLEANING)

La vérification et la validation des données saisies constituent des étapes importantes qui doivent être effectuées par une personne autre que celle qui en a effectué la saisie. C'est la personne responsable du monitoring qui en est chargée et qui doit aussi procéder à l'apurement des données. Elle doit maîtriser parfaitement le mode de calcul des indicateurs, les sources de vérification et leur format. Elle passe en revue les données,

tente d'identifier les erreurs de saisie, vérifie les données extrêmes et celles qui paraissent aberrantes. Une fois vérifiées et validées, les données sont sauvegardées et réservées au travail d'analyse.

À NOTER /

Obtenir des données de qualité requiert une attention particulière tout au long du processus de collecte et de saisie. Des erreurs peuvent survenir à différents niveaux : erreurs de collecte (support de collecte inadapté, manque de formation

du personnel, erreur de remplissage etc.) ou de saisie (incohérences entre format de collecte et outils de saisie par exemple). Il est donc essentiel de s'assurer de la qualité des données tout au long des différentes étapes.

Il n'est pas toujours possible de s'apercevoir des erreurs, mais des valeurs ou des écarts surprenants, aberrants ou incohérents doivent attirer l'attention.

EXEMPLES « TERRAIN »

Données erronées collectées

Voici quelques exemples de données aberrantes erronées :

- un âge de 255 ans ;
- un avortement confirmé alors que, selon la saisie, la personne n'a jamais été enceinte ;
- une visite ANC pour un homme.

Exemples de données extrêmes (étonnantes au regard du contexte, à vérifier) :

- un taux de malnutrition aiguë sévère à 90 % ;
- une personne qui a 85 ans dans un pays où l'espérance de vie est de 45 ans.

3 / PRÉSENTATION DES DONNÉES

Il existe de nombreuses façons de présenter l'information pour en faciliter l'analyse et pour ensuite communiquer les résultats. Les données peuvent être présentées sous forme de tableau (plan de monitoring du Monitool) ou sous forme de graphiques (graphiques du Monitool). Les différents types de graphiques répondent à des situations bien précises. Chaque graphique a sa particularité qu'il est important de connaître afin de déterminer **quel est le type de graphique le plus approprié pour présenter quelles informations**. Selon la nature des données et les indicateurs que l'on veut renseigner, on sélectionne l'outil graphique le plus approprié et on le complète d'une description narrative soulignant les résultats les plus significatifs. Quelle que soit la forme de représentation des données, quelques principes simples doivent être appliqués afin que l'interprétation soit évidente pour les lecteurs :

- chaque représentation doit être lisible indépendamment de son texte d'accompagnement ;
- les représentations doivent toujours être dotées d'un titre informatif (population, le lieu et période d'étude) ;
- les acronymes doivent être développés, soit en note soit dans le titre ;
- si des pourcentages sont présentés sans les effectifs correspondants, il faut préciser dans le titre l'effectif total à partir duquel ils ont été calculés ;
- les unités de mesure doivent systématiquement être indiquées à côté du nom de la variable (exemple : années, mois, %, etc.) ;
- l'utilisation combinée de **noir et blanc, hachures, pointillés** doit être privilégiée par rapport aux couleurs pour éviter

de perdre l'information à l'impression (qui n'est pas en couleurs).

À NOTER / Malgré leur attrait esthétique, les graphiques en trois dimensions ne doivent pas être utilisés car ils ne respectent pas les règles d'intégrité statistique (ils ne permettent pas de voir tous les secteurs d'un graphique de la même manière et introduisent des biais visuels).

Le tableau

Usage : le tableau permet de présenter de façon synthétique un grand nombre de données croisées.

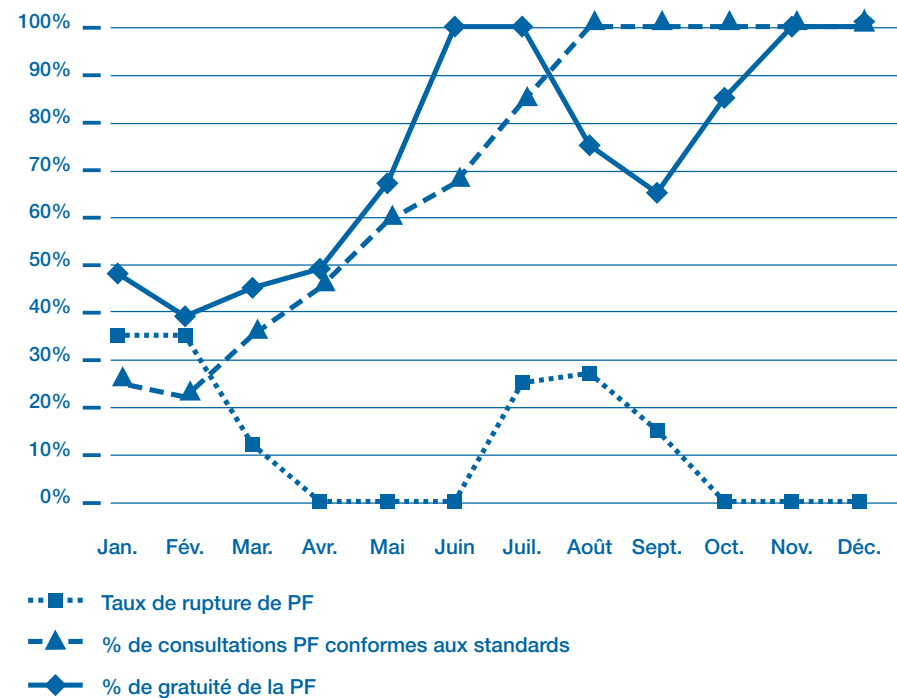
Apparence : un tableau comporte un ensemble de lignes et de colonnes.
Règles de présentation : il est important de préciser les intitulés des colonnes et les effectifs totaux à partir desquels sont calculés les pourcentages.

Le graphique linéaire (line graph)

Usage : Le graphique linéaire permet de suivre une évolution et de comparer l'évolution d'un ou plusieurs indicateurs dans le temps, mais également de comparer l'évolution des indicateurs entre eux. Il est essentiellement utilisé pour suivre des tendances.

Apparence : L'axe horizontal (abscisse) représente la variable « temps » et l'axe

ÉVOLUTION DES INDICATEURS D'OFFRE EN PF POUR L'ANNÉE 2012



vertical (ordonnée) correspond à la valeur des indicateurs. Il est aussi possible de faire apparaître les cibles. Il y a autant de courbes que d'indicateurs. Chaque courbe est visualisée par une différence graphique (tirets, pointillés, carrés, losanges...) et non par la couleur et doit être légendée.

Règles de présentation :

- lignage horizontal facultatif;
- nombre d'indicateurs limité (3 ou 4 au maximum);
- pour pouvoir comparer plusieurs graphiques linéaires, il est important que les mêmes échelles (verticales et horizontales) soient utilisées.

Erreurs fréquentes :

- le graphique contient trop de lignes ou pas assez et n'est donc pas aisément lisible;

- on cherche à comparer trop de variables dans le même graphique, ce qui masque les infos pertinentes;
- on cherche à comparer des variables qui ne sont pas comparables (ex/ un hôpital de 1000 lits avec un centre de santé de 2 lits);
- l'échelle n'est pas adaptée aux données à comparer (ex/ si les indicateurs varient de 1 % en 1 % et ne dépassent pas 20 %, il est plus pertinent de faire une échelle qui varie de 0 % à 20 % que de 0 % à 100 %).

Le diagramme en barres (vertical line graph)

Usage : Le diagramme en barres est utilisé pour effectuer des comparaisons

géographiques (districts, centres de santé, etc.) ou entre groupes (sexe, classes d'âge, etc.).

Apparence : L'axe horizontal (abscisse) représente les zones géographiques (districts, centres de santé, etc.) ou les différents groupes (sexe, classes d'âge, etc.) et l'axe vertical (ordonnée) correspond à la valeur des indicateurs. À la différence de l'histogramme, il y a un espace entre les barres puisque chaque barre représente une zone géographique ou un groupe différent.

Règles de présentation :

- les barres peuvent être verticales ou horizontales;
- le nombre d'indicateurs doit être limité (3 ou 4 au maximum).

Erreurs fréquentes :

- chercher à comparer des groupes de tailles très différentes;
- chercher à comparer trop de zones ou de groupes en même temps. Ces deux erreurs rendent le diagramme illisible.

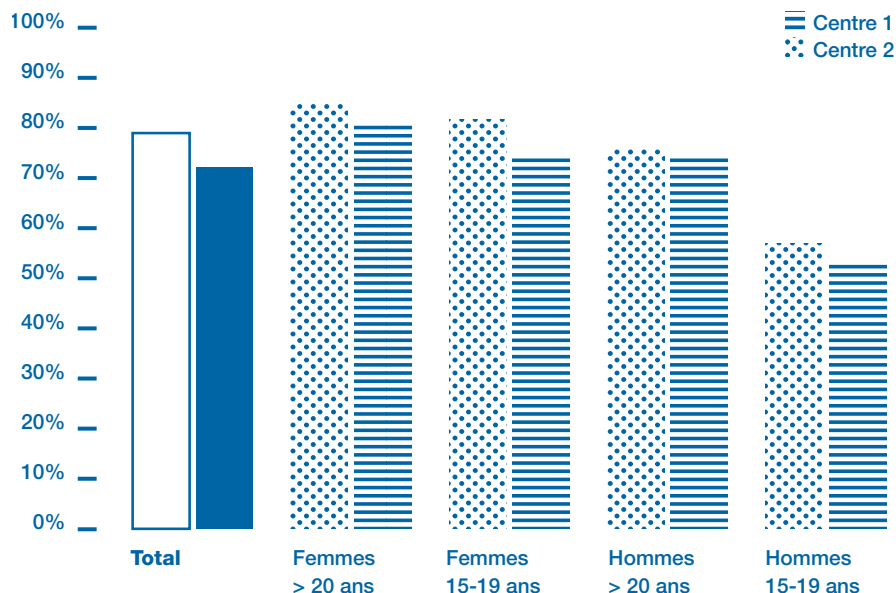
Le graphique en secteurs (sector chart) ou camembert (pie graph)

Usage : Le graphique en secteurs, ou camembert, permet de représenter des proportions, c'est-à-dire le poids/l'importance des différents éléments qui composent un ensemble. Par exemple, il peut permettre de représenter les principales causes de mortalité, les principales pathologies traitées dans les centres de santé soutenus par MdM, etc. Si l'on veut comparer l'évolution des répartitions dans le temps, on peut dessiner plusieurs camemberts, en utilisant les mêmes couleurs pour les portions représentant le même élément.

Apparence : Comme un gâteau découpé en parts, ce graphique a la forme d'un cercle divisé en secteurs, à partir du centre. Chaque secteur représentant un pourcentage du tout est généralement identifié par des codes graphiques (pointillés, hachures, noir et blanc,

POURCENTAGE DE PERSONNES CAPABLES DE CITER AU MOINS TROIS MOYENS MODERNES DE PLANIFICATION FAMILIALE

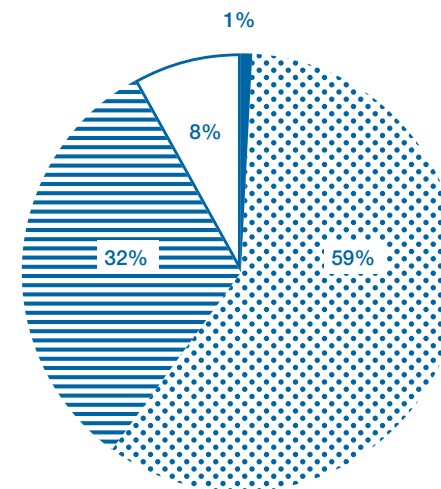
1 088 personnes interrogées par enquêtes ponctuelles à la sortie de deux des centres de santé du district sur la période de janvier à décembre 2012



MODE D'ACCOUCHEMENT DES FEMMES DU DISTRICT

Données pour 2758 femmes ayant accouché en 2012 - Source SNIS

- Accouchement à domicile
- ▨▨▨▨▨▨▨▨ Accouchement au centre de santé
- Accouchement assisté à l'hôpital de référence (voie basse)
- Césarienne



les couleurs disparaissant à l'impression). Les secteurs les plus larges sont placés à partir de la droite, dans le sens des aiguilles d'une montre.

Règles de présentation :

- la convention est de commencer à la position « 12 heures » ;
- si les classes sont définies par une variable continue (ex/ groupes d'âge, période) les segments sont rangés dans l'ordre logique des classes ;
- sinon, la convention est de classer les segments selon leur ordre d'importance décroissant, dans le sens des aiguilles d'une montre. La classe « Autres », si elle existe, est placée en dernier, quelle que soit son importance ;
- le nombre de classes doit être limité (8 à 10 maximum) ;
- le libellé de chaque classe doit être clairement mentionné, soit en face du segment soit dans une légende ;
- les valeurs sont généralement exprimées en pourcentage, placées à l'intérieur ou à l'extérieur des segments. Il faut toujours préciser l'effectif total à partir duquel les pourcentages sont calculés.

Erreur fréquente :

- plusieurs secteurs très étroits rendent la lecture du graphique difficile ; mieux vaut alors regrouper les secteurs petits en un seul.

Le diagramme en toile d'araignée (spider chart, radar chart)

Usage : Le diagramme en toile d'araignée permet de visualiser le degré d'avancement de plusieurs indicateurs les uns par rapport aux autres (entre 5 et 8) pour au maximum trois séries d'un même critère (trois années, trois centres de santé, trois districts, etc.) sur une échelle de valeur variant de 1 à 4 ou 5.

Par exemple, il permet de représenter les axes constitutifs de la participation communautaire⁶⁵ ou de la performance d'un centre de santé et d'identifier les axes à renforcer.

Apparence : Dans le graphique en toile d'araignée, il y a autant d'axes qu'il y a d'indicateurs. Ces axes partent tous du point central. Les valeurs de l'indicateur, variant de 1 à 4 ou 5, sont reportées sur l'axe. Les valeurs associées à une même série (une année, un centre, un district etc.) sont reliées par un trait de manière à former un polygone irrégulier. Si plusieurs séries sont représentées (trois au maximum), il faut utiliser un dégradé de gris car les couleurs disparaissent à l'impression.

Règles de présentation :

- 5 à 8 indicateurs (= axes) au maximum ;
- 2 à 3 séries (= polygones) au maximum ;
- dans la mesure du possible, il faut positionner les indicateurs en respectant une certaine logique (ex/ indicateurs en rapport avec le curatif à droite et indicateurs en rapport avec le préventif à gauche).

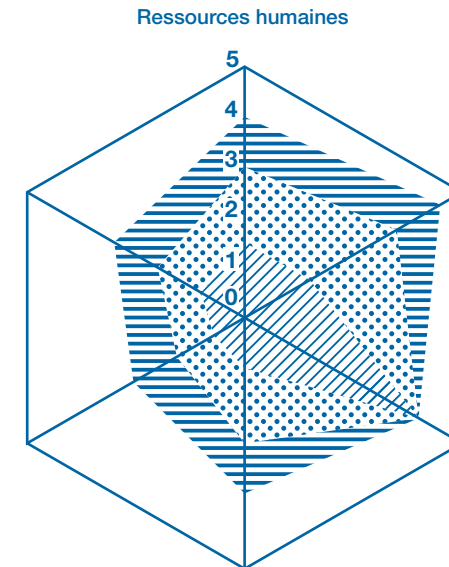
Erreurs fréquentes :

- les valeurs des séries superposées sont presque identiques et donc pas toujours bien visibles ;
- la disposition relative des différents axes peut donner des résultats très différents.

- ▬ Centre 1
- ⋄ Centre 2
- ▨ Centre 3

Référence et santé communautaire

Registres médicaux et gestion



Guideline, protocoles et qualité des soins

⁶⁵. Rifkin SB, "Primary Health Care : on measuring participation", Soc Sci Med, 1988, 26(9), p.931-940.

INTERPRÉTATION DES DONNÉES



3.3E

ANALYSER ET INTERPRÉTER LES DONNÉES

➤ La section suivante est illustrée par l'analyse d'une partie des données de monitoring du projet de lutte contre les grossesses non désirées dans le district du Saapland. Ces données concernent l'objectif spécifique « Diminuer le nombre de grossesses non désirées par le renforcement de l'offre et de la demande en PF », et les résultats correspondants (voir *Indicators Summary*).

À NOTER /
Toute donnée recueillie doit être analysée et toute information analysée doit aboutir à une prise de décision.

Pourtant, une fois transformées en informations quantifiables, ces données représentent une aide précieuse pour les décisions opérationnelles et stratégiques de gestion des projets. Elles permettent de relever les écarts par rapport aux prévisions et objectifs, les éléments les plus efficaces, et les facteurs limitants sur lesquels travailler en priorité. En d'autres termes, le monitoring permet de prendre des décisions éclairées, à partir des leçons apprises au fur et à mesure de l'avancée du projet, pour atteindre les objectifs fixés, et de la façon la plus efficace possible.

1/ PRINCIPES DE BASE

Il arrive trop souvent que, malgré un important travail de collecte et une compilation de nombreuses données utiles, le temps consacré à leur exploitation et à leur analyse soit peu ou non prévu.

Il est donc nécessaire de planifier un temps dédié à la réflexion et à l'analyse, pendant lequel des hypothèses clés pourront être étudiées, éprouvées et validées.

Cette analyse doit être réalisée aussi souvent que nécessaire (dans l'idéal au même rythme que la collecte) et, le plus souvent possible, impliquer l'ensemble de l'équipe.

L'analyse de données apparaît, à tort, comme une démarche compliquée; en réalité, elle permet d'apporter assez simplement une grande quantité d'informations, à condition toutefois de suivre quelques règles :

→ Formuler des hypothèses :

Quel changement souhaite-t-on que le projet apporte? Que veut-on savoir? Que s'attend-on à observer, compte tenu du projet tel qu'il avait été construit à l'origine, des activités concrètement mises en œuvre, des éléments liés au contexte, des conclusions tirées des dernières analyses? Identifier des écarts et les atypismes suppose d'avoir une idée de ce que l'on s'attend à observer.

→ Faire une analyse descriptive systématique des indicateurs.

Il serait dommage de passer à côté d'une information capitale apportée par le monitoring sous prétexte que cela ne faisait pas partie des hypothèses de départ. On pourra s'aider dans cette démarche de la section suivante concernant les différentes étapes de l'analyse.

→ Partager et utiliser, pour la prise de décision, toute information obtenue

(garder le cap si tout se passe comme prévu, renforcer certaines activités, prioriser les actions...). L'interprétation des informations tirées de l'analyse et la recherche de solutions pour la prise de décision doivent impliquer le plus possible l'ensemble de l'équipe.

EXEMPLE « FIL ROUGE »

TRAVAIL PRÉALABLE : CONTEXTE, QUESTIONS ET HYPOTHÈSES FORMULÉES POUR CES ANALYSES

Synthèse des analyses précédentes

Le projet a débuté il y a maintenant un an, les deux premiers trimestres ont permis de renforcer les pratiques des centres de santé quant à la PF : disponibilité des médicaments, consultations conformes aux standards nationaux, gratuité effective (formation des consultants et sensibilisation sur les questions de gratuité au cours du deuxième trimestre et renforcement de la supervision). Trois sessions de sensibilisation des femmes de la communauté ont déjà eu lieu. L'indicateur couple-années de protection est resté stable au cours des six premiers mois (en dehors de l'augmentation passagère du mois de mars, liée au passage d'un groupe d'environ 120 000 migrants) et a augmenté progressivement au cours du troisième trimestre.

Les intempéries qui ont débuté au mois de juin ont rendu la route principale impraticable et ont donc conduit à des problèmes d'approvisionnement en médicaments. Dans certains centres, ces problèmes ont entraîné la résurgence de demandes de paiement des méthodes de PF et des médicaments en général. Les supervisions ont été renforcées en conséquence.

Activités et événements récents

Ce dernier trimestre a été marqué :
→ d'une part par la fin de la saison des pluies;

- d'autre part par l'intensification des activités avec les leaders religieux. Ces derniers avaient pu être formés, comme prévu initialement, pendant les mois de juin et juillet. Cependant, l'enregistrement et la diffusion d'émissions radiophoniques initialement prévues au mois de septembre ont dû être reportés en octobre et novembre à cause de la préparation de la fête de Libertalia;
- la troisième session de sensibilisation des femmes à la planification familiale a eu lieu la dernière semaine de septembre. Sept des dix communautés ont maintenant bénéficié de cette sensibilisation.

Hypothèses posées pour le trimestre d'octobre à décembre

- Les problèmes de rupture de stock sont résolus, ceux qui sont liés à la gratuité des méthodes de PF aussi.
 - Les émissions radiophoniques ont eu un effet bénéfique sur la couverture en matière de contraception.
 - Les connaissances de la communauté en matière de PF se sont améliorées.
- Les autres indicateurs ne se sont pas dégradés.

2 / PRÉCAUTIONS DANS L'INTERPRÉTATION

La valeur et l'évolution d'un indicateur peuvent ne pas toujours refléter fidèlement

la réalité, et ce pour de multiples raisons. Par exemple :

→ Des **modifications de la qualité de la collecte** (dégradation ou amélioration) peuvent induire des variations des indicateurs qui ne correspondent pas à la variation du résultat en question. Ainsi, l'augmentation du taux de mortalité infantile par malaria dans une région peut refléter :

1. Soit une meilleure collecte de données : le problème est désormais considéré comme prioritaire, des fonds supplémentaires ont été alloués et par voie de conséquence, le recueil des informations est mieux organisé et permet de mieux approcher la réalité sans pour autant que la mortalité infantile par malaria ait augmenté réellement.
2. soit une différence réelle.

Ainsi, avant de conclure à une différence réelle entre deux situations et d'entrer dans une analyse plus poussée des causes, il faut d'abord s'interroger sur d'éventuels changements dans le recueil de données.

→ Des **changements dans la méthode de mesure de l'indicateur** peuvent simuler des variations. Cela arrive par exemple si on utilise un nouveau questionnaire pour évaluer les connaissances de la population, ou si l'on emploie à un moment donné des tests de diagnostic rapides au lieu de se baser sur les signes cliniques pour identifier les cas de paludisme.

→ Des **différences de population en termes de taille ou de caractéristiques** peuvent également conduire à des fluctuations artificielles des indicateurs. Une augmentation brutale de la population, lors par exemple d'un afflux de personnes réfugiées, peut faire croire à une augmentation brutale du taux de consultations prénatales si on garde la population initiale comme dénominateur.

→ Enfin, de **simples erreurs de transcription, de saisie**, de formule Excel, etc. ne sont pas rares.

À noter que des données biaisées peuvent être informatives si on en connaît les limites et que l'on en tient compte dans l'interprétation.

Cette étape indispensable nécessite en particulier une bonne communication avec les personnes qui ont collecté, saisi et nettoyé les données.

3 / ANALYSE DESCRIPTIVE DES GRAPHIQUES DU MONITOOL

L'analyse descriptive des graphiques consiste à rédiger un court narratif sur chacun d'eux : on décrit ce que l'on voit, par exemple une courbe qui présente un pic marqué, un camembert qui contient 5 secteurs dont deux cumulent à eux seuls 80 % du camembert, etc.

Une fois que l'on s'est assuré de la validité des indicateurs, leur analyse descriptive a pour objectif d'identifier :

- des écarts par rapport à la cible, à la valeur ou à l'évolution que l'on s'attendait à observer pour la période donnée;
- des tendances dans le temps (inflexions, pics, périodicités);
- d'éventuelles disparités géographiques, ou par sous-groupes de personnes.

Valeur de l'indicateur à un temps t

La valeur de l'indicateur à un temps t donne des informations utiles mais incomplètes.

Niveau de l'indicateur par rapport à la baseline, à la cible à atteindre, au niveau attendu pour la période

Une information a plus de sens si elle peut être comparée à une autre comme point de référence. Il s'agit de comparer la valeur de l'indicateur au regard de la situation initiale (*baseline*), de la valeur que l'on souhaite atteindre (cible) et des référentiels (*frames of reference*) que constituent les *benchmarks*, des études publiées ou non publiées, les expériences antérieures et/ou similaires. Dans le plan de suivi du Monitool, les couleurs affichées sont ici très utiles pour évaluer d'un coup d'œil le niveau de l'indicateur par rapport à sa cible.

Évolution de l'indicateur dans le temps

Les données collectées donnent la photographie d'une situation à un moment donné. Les tendances observées dans le temps sont importantes à prendre en compte. On cherche au minimum à identifier des tendances, des inflexions de courbe, des décrochages (modification brutale de la valeur d'un indicateur), des pics, des périodicités (augmentation d'un indicateur en fonction de la saison par exemple)...

L'étude de l'évolution d'un indicateur dans le temps doit se faire :

- à court terme (valeur par rapport à la dernière mesure : croissance stable, décrochage brutal...);
- à moyen terme (évolution au cours des trois à six derniers mois : effet des activités et événements récents);
- et à long terme sur l'ensemble du projet (tendance globale au-delà des variations saisonnières et événements ponctuels).

On peut ici s'aider des graphiques automatiquement créés par le Monitool et qui donnent le niveau de chaque indicateur en fonction du temps.

Variations de l'indicateur dans l'espace

Si les données ont été recueillies pour chaque centre, il est utile de comparer les indicateurs dans l'espace. On peut ainsi faire le point sur l'avancée du projet dans chacune des zones et identifier d'éventuelles disparités qu'il faut tenter de comprendre. Ces comparaisons permettent en outre de définir les zones prioritaires pour certains besoins.

Les comparaisons dans l'espace sont utiles pour repérer les zones présentant le plus de difficultés et celles dont les résultats sont les meilleurs.

Analyser ces différences spatiales permet notamment de :

- adapter les ressources disponibles en fonction des besoins prioritaires d'un endroit à l'autre ;
- poser des hypothèses, qui seront à vérifier par la suite : ces différences sont-elles dues à des problèmes de structures, de personnes, d'accès, etc. ?

EXEMPLE « FIL ROUGE » L'INDICATEUR « COUPLE-ANNÉES DE PROTECTION » (CAP)

Pour rappel, cet indicateur qui suit l'objectif spécifique de « diminuer le nombre de grossesses non désirées par le renforcement de l'offre et de la demande en PF » est calculé en multipliant le nombre de contraceptifs distribués, par type, pendant une année, par la durée moyenne de leur

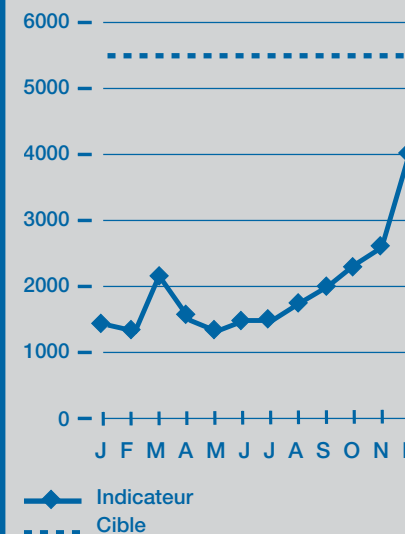
efficacité (ex/ 120 préservatifs sont nécessaires pour protéger un couple pendant une année, 15 plaquettes de pilules pendant un an etc.).

Évolution de l'indicateur « couple-années de protection » pour l'année 2012

Liste des indicateurs	Baseline	Cible
nombre de couple-année de protection	1 300	5 500

J	F	M	A	M	J
1 358	1 254	2 156	1 374	1 254	1 323

J	A	S	O	N	D
1 321	1 658	1 924	2 241	2 599	4 012



On peut rapporter l'analyse descriptive suivante :
→ Valeur au temps t :
L'indicateur CAP était de 4012 au mois de décembre.

→ **Niveau de l'indicateur par rapport à sa baseline/sa cible :**
le CAP a augmenté par rapport à la valeur de base, et se trouve à 86 % de la cible à atteindre. Selon les données d'une enquête réalisée il y a six mois, le CAP rapporté à la population sur le district est maintenant le plus haut de la région. Son niveau est satisfaisant compte tenu de ce qui était attendu à cette période du projet.

→ **Évolution dans le temps :**
Après une période de stagnation de janvier à juin (en dehors de l'augmentation passagère du mois de mars), le CAP a connu une augmentation progressive entre le mois de juillet et le mois de novembre (passé de 1 321 à 2 599 avec une augmentation stable d'un mois sur l'autre), et une progression plus rapide au cours du dernier mois.

4 / INTERPRÉTATION : EXPLIQUER LE NIVEAU ET L'ÉVOLUTION DES INDICATEURS

L'objectif ici est de :

- interpréter les écarts, évolutions et disparités identifiés par l'analyse descriptive ;
- comprendre pourquoi certains indicateurs progressent et d'autres pas au regard

des activités, des ressources, des éléments de contexte. Cela permet notamment de mettre en place les actions correctrices nécessaires pour atteindre les objectifs et les résultats souhaités. Il s'agit de déterminer comment l'évolution des différents indicateurs s'articule avec tous ces éléments.

Expliquer l'évolution des indicateurs par la mise en contexte

C'est la mise en contexte qui permet cette interprétation des données. On insiste ici sur l'importance des revues de projet trimestrielles ou semestrielles : c'est bien la mise en commun des informations détenues par chacun des membres de l'équipe qui permet d'interpréter correctement les données analysées.

Pour chaque indicateur, l'objectif est maintenant de lister les éléments qui pourraient être à l'origine du niveau et de la tendance observés.

Ces éléments peuvent être liés :

- au contexte ;
- aux ressources ;
- aux activités mises en œuvre (qui sont aussi reflétées par les autres indicateurs).

Concernant les activités, il ne faut pas hésiter à se reporter au diagramme de Gantt. À noter que, si le projet a été bien programmé, si le cadre logique est correctement construit, et si les indicateurs ont été bien choisis, on doit pouvoir observer une amélioration des indicateurs de résultat une fois que l'on a mis en œuvre les activités correspondantes. De même, on devrait pouvoir observer une amélioration de l'indicateur de mesure de l'objectif spécifique lorsqu'un ou plusieurs résultats correspondants ont été partiellement ou totalement atteints. Deux points requièrent une vigilance toute particulière au cours de cette réflexion.

D'une part, il ne faut pas oublier que les éléments en question peuvent avoir un effet plus ou moins rapide sur l'évolution des indicateurs. D'autre part, il ne faut pas conclure trop vite à un lien de causalité entre différents événements, même si leur enchaînement dans le temps paraît convaincant. Il est important de garder en tête que de nombreux facteurs peuvent influencer chacun des indicateurs et que nous ne connaissons et ne maîtrisons pas tous ces éléments.

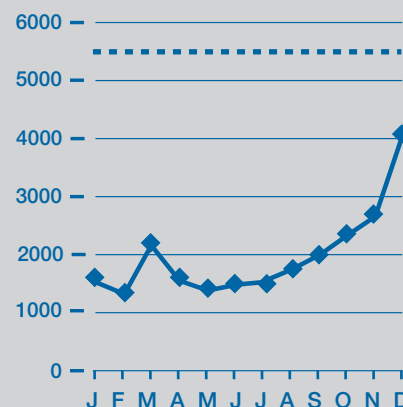
EXEMPLE « FIL ROUGE » INTERPRÉTATION DE L'ÉVOLUTION DE L'INDICATEUR « COUPLE-ANNÉES DE PROTECTION »

On peut ici s'aider de l'observation commune de l'ensemble des graphiques.

Objectif spécifique

→ Diminuer le nombre de grossesses non désirées par le renforcement de l'offre et de la demande en PF

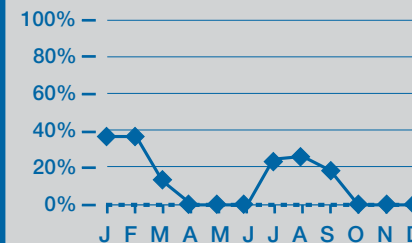
Nombre de couple-années de protection



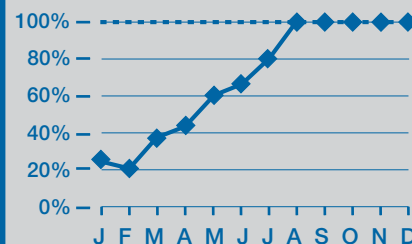
Résultat 1

→ Les structures de santé du district offrent des services de PF de qualité

Taux de rupture en PF



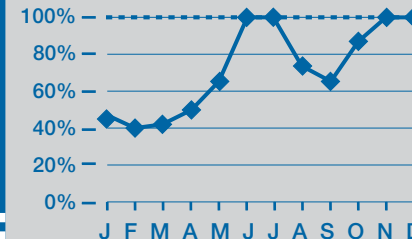
% de consultations conformes aux standards nationaux



Résultat 2

→ Un mécanisme de contrôle assurant l'accès gratuit aux services de PF est mis en place

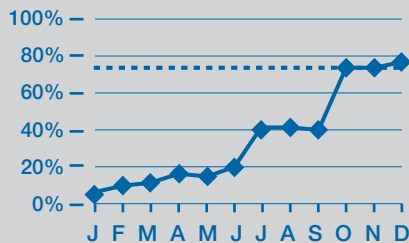
% gratuité des consultations de PF



Résultat 3

→ Les connaissances et pratiques de la population relatives à la PF sont renforcées

% des usagers concernant la PF



Résultat 4

→ Les leaders religieux sont sensibilisés sur l'importance de la PF et encouragent l'utilisation des services de la PF

Nombre d'émissions radio en présence des leaders religieux passant des messages favorables à l'espacement des naissances



On part de l'analyse descriptive que l'on avait faite à l'étape précédente :
→ période de stagnation de janvier à juin : Les activités des deux premiers trimestres s'étaient focalisées sur l'amélioration de

l'offre en PF (disponibilité, formation des personnels de santé, mise en place d'une supervision, respect de la gratuité...). Il est logique de ne pas avoir observé d'augmentation du CAP lors de la mise en place de ces activités;

- l'augmentation passagère du mois de mars est probablement liée au passage sur le district d'un groupe d'environ 100 000 réfugiés;
- une augmentation progressive du CAP entre les mois de juillet et de novembre est probablement liée aux activités mises en œuvre. Cette progression était cependant moins rapide qu'attendue, cela peut être la conséquence des problèmes de rupture de stock et du climat peu propice limitant les déplacements de juillet à septembre;
- progression plus rapide entre novembre et décembre : presque toutes les activités correspondant à cet objectif spécifique ont été mises en œuvre, et les problèmes précédents étant résolus, cette progression était attendue.

Comparaison entre différents centres/ zones géographiques

Si les centres concernent des populations différentes (par leur taille ou par leur type), ont des spécificités de fonctionnement, ou ont bénéficié des activités du projet de façon graduelle, la comparaison des indicateurs entre les centres apporte des informations capitales.

Analyser les différences spatiales permet notamment :

- de comprendre l'évolution globale des indicateurs (un niveau moyen dans l'ensemble peut être dû à des niveaux élevés dans un grand nombre de centres et à un indicateur très bas dans les autres);
- de poser des hypothèses quant à l'origine de ces différences (sont-elles dues à des problèmes de structures, de personnes, d'accès ?)

EXEMPLE « FIL ROUGE »
COMPARAISON DES EMPLACEMENTS DES CENTRES DE SANTÉ

On cherche à comparer les centres de santé qui se trouvent dans les zones où les femmes ont déjà bénéficié des sessions de sensibilisation et ceux qui se trouvent dans les zones où ces activités n'ont pas encore eu lieu.

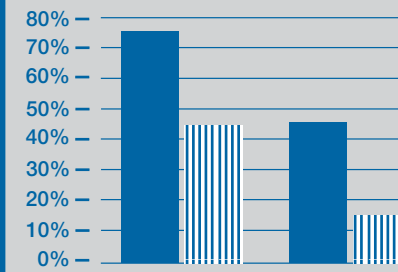
- On s'interroge sur les indicateurs :
→ « pourcentage de femmes fréquentant le centre, capables de citer au moins trois méthodes modernes de PF »;
- « couple-années de protection » (ce dernier a été rapporté au nombre de femmes en âge de procréer pour chaque zone afin de procéder à la comparaison).

On observe dans le graphique ci-contre que les centres situés dans des zones qui ont bénéficié de la sensibilisation des femmes sur la PF ont des usagères mieux informées et distribuent plus de moyens de contraception.

On peut donc faire l'hypothèse que les activités de sensibilisation ont été de qualité (les femmes ont de meilleures connaissances) et efficaces pour stimuler la demande.

||| % de femmes usagères capables de citer au moins 3 méthodes modernes de PF

■ Nombre de couple-années de protection rapporté au nombre de femmes en âge de procréer



Centres des zones dont les femmes ont déjà bénéficié d'une sensibilisation à la PF

Centres des zones dont les femmes n'ont pas encore bénéficié d'une sensibilisation à la PF

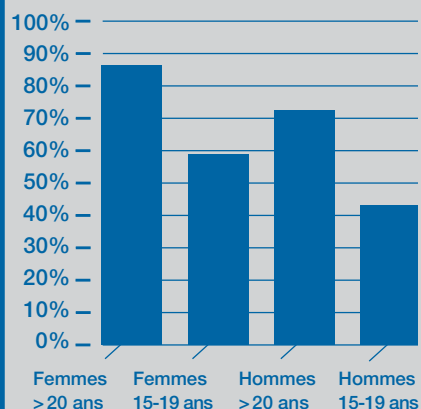
Il faudra néanmoins vérifier que ces observations ne soient pas liées à d'autres facteurs (meilleure formation du personnel des centres, meilleur accès géographique à ces centres, par exemple).

Comparaison entre différents groupes de personnes (âge, sexe)

Si les données le permettent, comparer les résultats par sous-groupes apporte des informations essentielles. Cette démarche suit la même logique que celle des comparaisons géographiques. On le sait, les problèmes de santé, les connaissances, les modes de vie et les comportements des personnes dépendent d'un grand nombre de critères. Parmi eux, l'âge et le sexe sont particulièrement importants et méritent d'être étudiés dès que cela est possible.

EXEMPLE « FIL ROUGE »
Étudier les connaissances en termes de PF des personnes usagères d'un des centres du district selon l'âge et le sexe

Pourcentage de personnes capables de citer au moins trois méthodes modernes de planification familiale



On observe tout d'abord que les adultes de plus de 20 ans montrent de meilleures connaissances en termes de PF que les adolescents, et ensuite que les femmes possèdent de meilleures connaissances que les hommes sur ce sujet.

On peut ainsi faire un grand nombre d'hypothèses sur les causes de ces différences, hypothèses qu'il faudra approfondir sur le terrain :

- les femmes avaient initialement de meilleures connaissances en termes de PF;
- les activités de sensibilisation du projet ont inclus surtout des adultes, et surtout des femmes;

→ les activités de sensibilisation du projet ne sont pas adaptées à tous les publics, etc.

En conclusion, il pourrait être intéressant, à l'avenir, de cibler davantage les hommes et les adolescents, notamment s'ils sont décideurs en matière de PF.

ZOOM
LES EFFETS GÉNÉRÉS PAR UN PROJET

Une fois le projet de santé mis en œuvre, **des effets**, liés au projet lui-même et à la présence de MdM comme nouvel acteur local, apparaissent peu à peu. Les effets sont les conséquences de l'intervention sur le(s) problème(s) collectif(s) de santé, sur la situation sanitaire de façon générale et sur la situation sociale ainsi que sur les facteurs contextuels.

Ces effets, qui ont plus ou moins d'influence sur la santé de la population, peuvent être liés à différents éléments :

- **la mise en place des interventions** : changements environnementaux liés aux interventions (changements de certains facteurs du contexte);
- **la présence d'une institution** : MdM s'ancre dans une organisation sociale donnée et donc en modifie la dynamique : conflits d'intérêts, structuration des liens sociaux, enjeux de pouvoir, etc.;
- **les phénomènes annexes** : présence d'autres intervenants ayant des interactions avec MdM.

La notion « d'effet » présente donc différentes facettes. On doit repérer, décrire, qualifier, suivre puis évaluer les effets engendrés par un projet de santé. Les effets sont liés à la mise en œuvre du projet. Ils sont donc mesurés lors du suivi et des évaluations. Ils peuvent dépasser les attentes, c'est-à-dire les conséquences prévues au moment de la mise en place du projet.

Les effets peuvent être **attendus** ou **non attendus**, **positifs** ou **négatifs**.

Les effets attendus sont ceux que l'on peut « prévoir » au moment de la programmation du projet⁶⁶. Ils peuvent être :

- **positifs** : ils constituent alors des effets recherchés. Ces effets sont directement liés aux objectifs formulés lors de la programmation;
- **prévisibles mais non souhaités** : on parle alors d'effets négatifs attendus. Par exemple, on sait qu'en situation d'urgence lorsque l'on met en place la gratuité des soins, condition indispensable pour faciliter l'accès, on déstabilise les systèmes habituels d'organisation d'épargne familiale existants pour répondre aux besoins de santé.

Les effets non attendus (c'est-à-dire non prévisibles) au moment de la programmation, peuvent également être :

- **positifs** : par exemple dans le projet de réduction des risques

de catastrophe à Madagascar, la première phase du projet a créé une dynamique très forte dans les communautés pilotes, au point que des communautés voisines, non incluses dans la phase pilote, se sont rapprochées des communautés pilotes pour demander des transferts d'expériences entre pairs.

→ **négatifs** : par exemple l'utilisation de leaders religieux comme relais dans certaines campagnes d'information/sensibilisation sur le sida a pu, dans certains lieux, déstabiliser les rapports de pouvoir existant au profit de ces leaders.

Il faut, lors de l'analyse des effets, **se questionner systématiquement sur l'ensemble des effets produits**; il serait réducteur de se limiter aux effets attendus.

Les effets sont tributaires des opportunités et des contraintes rencontrées et sont interdépendants. Les effets non attendus positifs sont des **leviers d'action** à utiliser pour renforcer notre projet. Les effets non attendus négatifs sont, à l'inverse, autant de **signaux d'alarme** à prendre en compte le plus tôt possible : cela augmente notre capacité de réaction et d'anticipation. Leur repérage systématique permet de prévoir des situations qui, découvertes tardivement, peuvent être difficiles, voire impossibles, à résoudre.

Il est essentiel de noter ici l'importance des processus de capitalisation d'expériences. En effet, l'analyse et la documentation d'expériences permettent de

⁶⁶. Cela sera fonction notamment de la qualité de la « théorie du changement » élaborée initialement.

transformer des effets non attendus sur un premier projet en effets attendus sur les projets suivants.

Le tableau ci-dessous est un outil de visualisation intéressant, qui peut servir de base aux discussions en équipe :

Effets positifs non attendus	Effets positifs attendus
Effets négatifs non attendus	Effets négatifs attendus

3.3F

RÉTRO-INFORMATION ET CIRCULATION DES DONNÉES

➤ Les conclusions ou observations issues de l'analyse des données doivent impérativement faire l'objet d'une **rétro-information**, auprès des équipes de collecte comme des parties prenantes.

1/ RÉTRO-INFORMATION À L'ÉQUIPE

La rétro-information est un élément indispensable à la motivation des équipes de collecte. Elle peut se faire selon un rythme semestriel ou trimestriel sous forme de réunions de l'ensemble de l'équipe, avec présentation de graphiques et de courbes d'évolution, et rappel de la cible à atteindre. En situation d'urgence, cette rétro-information se fait souvent de façon mensuelle ou même hebdomadaire.

Lors des réunions, cette restitution sert de base aux échanges, pour :

- remettre l'ensemble de l'équipe au même niveau quant aux avancées du projet ;

- permettre à chacun d'exprimer ses difficultés ou sa satisfaction ;
- compléter ensemble l'analyse et surtout l'interprétation des données.

2/ RÉTRO-INFORMATION AUX PARTIES PRENANTES

La rétro-information auprès des parties prenantes facilite leur appropriation des objectifs et des activités du projet. Cette communication est essentielle pour travailler avec les partenaires sur l'ajustement du projet et influencer la position des parties prenantes.

Les stratégies de communication doivent être adaptées au public cible :

- dans le cas d'une communication interne, on se situe dans le cadre d'un *reporting* classique ;
- dans le cas d'une communication externe visant des décideurs politiques, les médias, les partenaires, la population, etc., il convient d'envisager les stratégies de communication les plus pertinentes pour transmettre et faire comprendre les messages.

3.3G

UTILISER LES DONNÉES POUR LA PRISE DE DÉCISIONS

L'analyse des données a permis de :

- vérifier les hypothèses de départ (quel **changement** souhaitait-on obtenir par le projet ?) ;
- faire le bilan sur l'avancée globale du projet et celle de chaque objectif vers la cible fixée ;
- identifier des disparités géographiques ou entre sous-groupes en termes de progression (et donc les priorités à définir) ;
- identifier les éléments influençant positivement ou négativement cette progression et les expliquer face au contexte.

Ces conclusions permettent d'identifier et de prioriser les éléments sur lesquels on souhaite engager des actions correctrices et peuvent mener à plusieurs types de décisions. L'objectif de ces actions correctrices est **l'amélioration des résultats et des effets** de l'action.

1/ GÉRER, AJUSTER LES ÉLÉMENTS DU PROJET

Il est inévitable qu'au cours de la mise en œuvre d'un projet, en fonction des données collectées ou des nouveaux éléments rencontrés, des ajustements soient nécessaires dans la programmation des activités. L'analyse des données de suivi et de monitoring doit permettre de comprendre les écarts au regard du contexte, des ressources, etc. (c'est-à-dire tous les éléments du suivi), et de faire des réajustements pour atteindre l'objectif prévu.

En fonction des éléments qui émergent des analyses, des ajustements doivent donc être opérés, par exemple :

- renforcer les ressources et les activités qui ont été trop peu développées/ avancées par rapport à ce qui était planifié dans le diagramme de Gantt ;
- modifier une activité mise en place mais qui ne produit pas le résultat attendu ;

- consolider les activités dont les résultats sont importants ;
- réévaluer les activités et les objectifs en revoyant les objectifs à la baisse ou, au contraire, augmenter les ressources pour se donner des moyens supplémentaires.

Les données constituent également la base de toute action de plaidoyer. Nos témoignages ou nos actions de plaidoyer auprès de décideurs politiques, de médias, de partenaires, de la population... doivent s'appuyer sur des informations solides et éloquentes.

**EXEMPLE « FIL ROUGE »
RÉSULTATS DES ANALYSES**

Sur le projet de lutte contre les grossesses non désirées au Libéria, les analyses ont permis de dégager plusieurs éléments. Il semble, par exemple, que les sessions de sensibilisation de la PF soient bénéfiques à l'utilisation effective de méthodes de PF, mais qu'elles n'aient pas suffisamment été dirigées vers les adolescentes. Une intensification de ces activités est donc souhaitable, mais elles devront à l'avenir s'efforcer de cibler tous les publics concernés.

**EXEMPLE « FIL ROUGE »
DES ANALYSES AU PLAIDOYER**

Les analyses ont permis d'objectiver l'effet de la gratuité sur l'utilisation des services de PF. Ce message peut donc être porté auprès des décideurs politiques, afin d'alimenter le plaidoyer en faveur de la gratuité des services de PF.

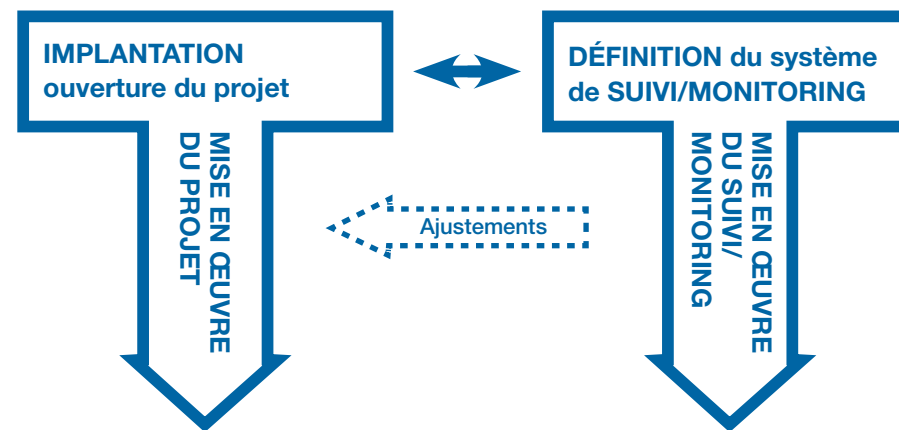
3 / ENGAGER UNE ANALYSE APPROFONDIE

Une analyse « de routine » ne permet pas toujours de comprendre les écarts ou de vérifier certaines hypothèses identifiées lors de l'analyse descriptive. Dans ce cas, une analyse approfondie est nécessaire, par exemple en envisageant une étude ponctuelle spécifique pour éclaircir certains points.

4 / SOLLICITER UNE ÉVALUATION DU PROJET

Enfin, il se peut que l'analyse et l'interprétation des données aillent jusqu'à questionner l'architecture même du projet et conduisent à solliciter une évaluation

qui examinera plus en profondeur les points qui posent question, pour proposer ensuite des réorientations du projet.



2 / COMMUNI- QUER, PORTER LE PLAIDOYER

Les données fournissent de l'information et reflètent les résultats des actions mises en place. Elles peuvent également servir à rendre des comptes aux communautés (*downward accountability*). Dans tous les cas, il est donc essentiel de partager les observations et conclusions avec l'ensemble des partenaires de MdM (équipe du projet, partenaires institutionnels, associations partenaires, bailleurs...).

Lorsque des ajustements sont nécessaires, ils doivent être clairement justifiés.

EN RÉSUMÉ

LES POINTS CLÉS DU MONITORING

Le monitoring est **un élément central du système de suivi**. Il repose sur des indicateurs définis au préalable et mesure le progrès et l'évolution du projet vers l'atteinte des résultats et effets attendus. Pour MdM, le *Monitool* est un outil essentiel du système de monitoring.

La personne responsable de la définition et de la mise en place du système de monitoring doit être **clairement identifiée** (coordinateur général, coordinateur médical, coordinateur programme, responsable monitoring (*monitoring officer*), etc.).

→ Les principes de définition du système de monitoring comprennent :

- **le choix des indicateurs les plus pertinents** pour suivre les résultats et les effets du projet, tout en tenant compte de la disponibilité des données et des possibilités de comparaison;
- **la clarification des bases du système** : quoi, comment, où, par qui, pourquoi, pour qui;
- **l'organisation de la collecte** : identifier les supports de collecte existants, construire les supports de collecte manquants, former à la collecte et tester le système;
- **la protection des données sensibles** : s'assurer que la protection des données sensibles est assurée.

→ La compilation et la présentation des données consistent à :

- **saisir les données** sur les supports prévus à cet effet en privilégiant les supports existants;
- **vérifier et valider les données saisies** : identification des données extrêmes ou des données aberrantes;
- **choisir les formats de présentation** en fonction du type d'informations traitées en respectant les règles de présentation.

→ L'analyse et l'interprétation des données consistent à :

- formuler les bonnes **hypothèses**;
- procéder à une **analyse systématique** de tous les indicateurs pour **identifier des écarts, des tendances, et d'éventuelles disparités géographiques**, ou par sous-groupes de personnes;
- expliquer l'évolution des indicateurs par la **mise en contexte** et se questionner systématiquement sur l'**ensemble des effets produits** (et pas seulement les effets attendus).

→ Les données collectées, organisées et analysées doivent être partagées et faire l'objet d'une rétro-information auprès des équipes de collecte et auprès des parties prenantes.

→ Enfin, ces informations doivent être utilisées en vue d'une prise de décision afin de :

- **gérer et ajuster** les éléments du projet;
- **communiquer** et porter le plaidoyer;
- engager une **analyse approfondie**;
- solliciter ou soutenir une **évaluation** du projet.

EN RÉSUMÉ

POINTS CLÉS DE LA MISE EN ŒUVRE ET DU SUIVI / MONITORING

→ L'implantation et la mise en œuvre du projet :

- **L'implantation** est l'étape de **mise en adéquation** d'un projet avec son contexte, étape essentielle à la mise en œuvre sécurisée et pérenne de tout projet;
- elle permet d'affiner la programmation du projet, d'instaurer un climat de confiance, de mobiliser et de communiquer autour du projet, de mettre en place les activités « support » nécessaires pour démarrer la réalisation du projet;
- **la mise en œuvre** consiste à concrétiser les activités prévues dans les délais impartis et avec les ressources disponibles.

→ Le système de suivi :

- **un système de suivi a pour objectifs** de : s'assurer de l'adéquation du projet avec son contexte ; en connaître l'état d'avancement à un instant précis (activités, ressources, résultats et effets) ; gérer et ajuster le projet et mettre à disposition les éléments nécessaires à la communication ou à la construction d'un plaidoyer ;
- le **suiti du contexte** correspond au suivi de ses facteurs (importance des facteurs liés au système de santé, aux déterminants socioculturels et aux risques pour le personnel de MdM, les partenaires et les usagers), des acteurs/parties prenantes, de la participation des communautés ;
- le **suiti des activités** se fait dans le temps au travers du chronogramme de Gantt ;
- le **suiti des ressources** s'effectue sur les plans administratif (autorisations, contrats, etc.), humain (recrutement, formation, lois relatives au travail, etc.), financier (prévisionnel budgétaire et réalisé, plan de financement) et logistique (approvisionnements, stocks, parcs) ;

- le **suiti des résultats et des effets** s'opère grâce au système de monitoring ;
- le système de suivi se met en place dès l'implantation du projet et se poursuit tout au long de sa mise en œuvre. Il demande des **échanges réguliers** au sein de l'équipe projet et entre cette équipe et les autres acteurs et doit être **documenté par écrit** (comptes rendus de réunion d'équipe, rapports de coordination mensuels, etc.). Le *reporting* permet ainsi de **centraliser** les différentes informations liées au suivi et d'en tirer un ensemble de **connaissances exploitables** pour la **prise de décisions**.

→ Le monitoring

Le monitoring est un **élément central du système de suivi**. Il repose sur des indicateurs définis au préalable et mesure le progrès et l'évolution du projet vers l'atteinte des résultats et effets attendus. Le *Monitool* est un outil essentiel du système de monitoring pour MdM.

Une personne responsable

de la définition et de la mise en place du système de monitoring doit être **clairement identifiée** (coordinateur général, coordinateur médical, coordinateur programme, responsable monitoring (*monitoring officer*), etc.).

Les principes de définition du système de monitoring comprennent :

- **Le choix des indicateurs les plus pertinents** pour suivre les résultats et effets du projet en tenant compte de la disponibilité des données et des possibilités de comparaisons ;
- **La clarification des bases du système :** Quoi, Comment, Où, Combien, Quand, Qui, Pourquoi, Pour qui ;
- **L'organisation de la collecte :** identifier les supports de collecte existants, construire les supports de collecte manquants, former à la collecte et tester le système ;
- **La protection des données sensibles :** s'assurer que la protection des données sensibles est assurée.

La compilation et présentation des données consistent à :

- **Saisir les données** sur les supports prévus à cet effet, privilégier les supports existants ;
- **Vérifier et valider les données saisies :** identification des données extrêmes ou des données aberrantes ;
- **Choisir les formats de présentation** en fonction du type d'information à représenter et en respectant les règles de présentation.



L'analyse et l'interprétation

des données consistent à :

- Formuler les bonnes hypothèses;
- Procéder à une analyse systématique de tous les indicateurs pour identifier des écarts par rapport à la cible, à la valeur/l'évolution que l'on s'attendait à observer pour la période donnée; des tendances dans le temps; d'éventuelles disparités géographiques, ou par sous-groupes de personnes;
- Expliquer l'évolution des indicateurs par la mise en contexte et se questionner systématiquement sur l'ensemble des effets produits, et pas seulement les effets attendus.

Les données collectées, organisées et analysées doivent être partagées et faire l'objet d'une rétro-information auprès des équipes de collecte et auprès des parties prenantes.

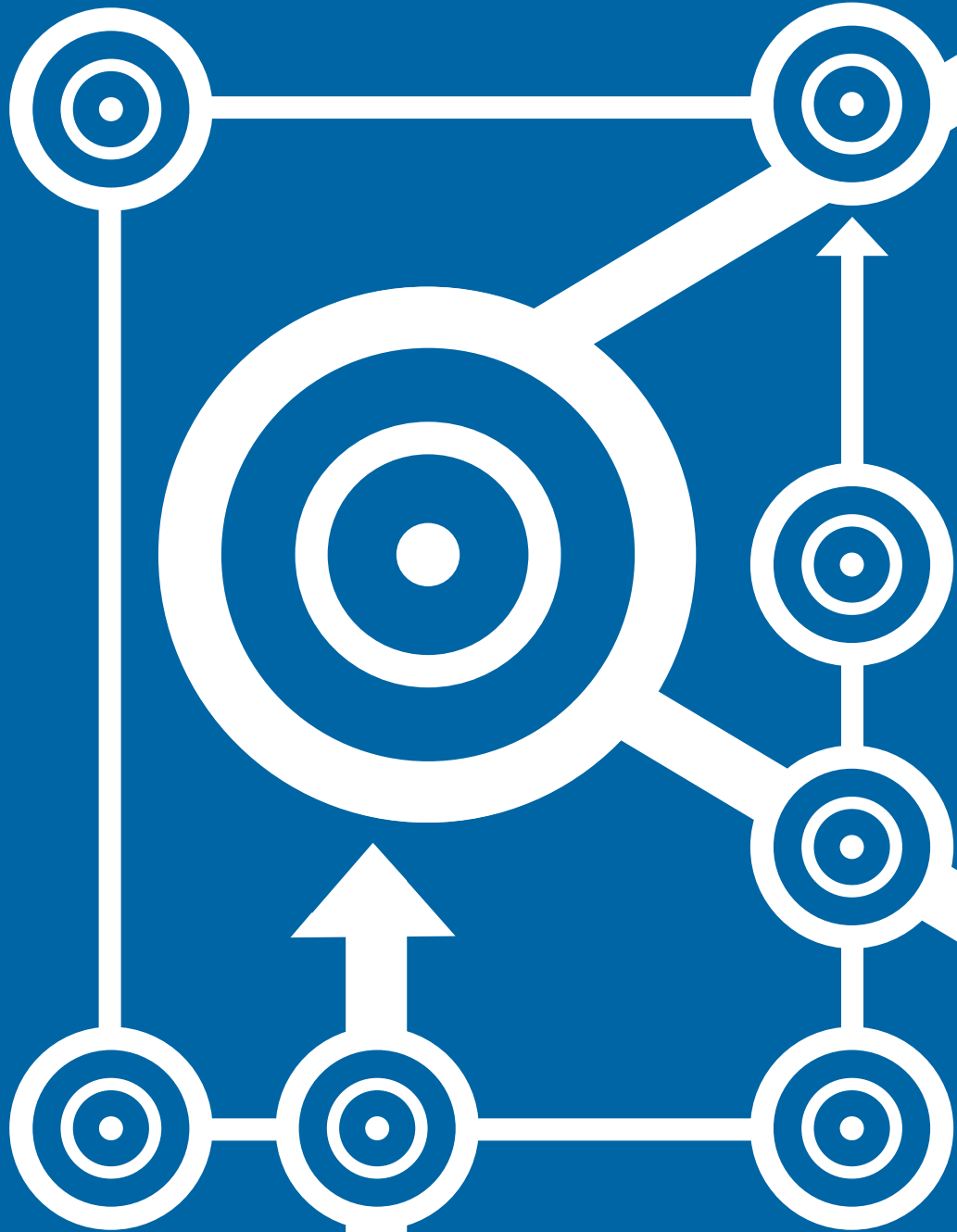
Enfin, les informations ainsi obtenues doivent être utilisées en vue d'une prise de décision afin de :

- Gérer, ajuster les éléments du projet;
- Communiquer, porter le plaidoyer;
- Engager une analyse approfondie;
- Solliciter ou soutenir une évaluation du projet.

Le suivi/monitoring permet d'ajuster le projet alors que l'évaluation peut aboutir à sa réorientation.

ANNEXES PRÉSENTES DANS LE DVD – PARTIE 3 – LE SUIVI/MONITORING

- Checklist ouverture de mission
- Trame de document de référence
- Modèle de chronogramme/diagramme de Gantt
- Modèle de budget de référence
- Modèle de plan de financement
- Checklist de vérification propositions et rapports
- Trame de plan de sécurité
- Grille d'analyse des risques
- Fiche règles de sécurité sur base
- Fiche de demande de validation de déplacement
- Grille d'analyse de contexte de sécurité
- Trame de rapport d'incident de sécurité
- Trame de sitrep sécurité
- Logigramme des responsabilités & flux de communication entre siège et terrain
- Trame de rapport mensuel
- Modèle de suivi budgétaire
- Logigramme des responsabilités liées au Monitoring
- Monitool: Indicators Summary & Plan de monitoring
- Tableau de bord médical
- Boîte à outils pour le plaidoyer
- Cadre de redevabilité
- Mesure de la satisfaction des usagers
- Suivi de la participation communautaire
- Analyse des parties prenantes
- Suivi des partenaires
- Supervision des personnels de santé
- Évaluation des structures de santé
- Plan de renforcement des compétences des personnels de santé ou partenaires
- Trame de termes de référence de revue de programme/atelier stratégique
- Trame de compte rendu de revue de programme/atelier stratégique
- Trame de termes de référence d'étude
- Trame de rapport de passation ou fin de mission



4.

L'ÉVALUATION

PAGE 297

4.1

OBJECTIFS ET ENJEUX DE L'ÉVALUATION

299 4.1A

ÉVALUATION,
DÉMARCHE
QUALITÉ ET
ACCOMPAGNEMENT
DU CHANGEMENT

301 4.1B

L'ÉVALUATION,
ENTRE
REDEVABILITÉ
ET APPRENTISSAGE

303 4.1C

L'UTILISATION
DES ÉVALUATION :
UN ENJEU MAJEUR

- 303 1/Les facteurs influençant l'utilisation des évaluations
- 305 2/Impliquer les utilisateurs attendus de l'évaluation

PAGE 309

4.2

APPRÉHENDER CE QU'EST L'ÉVALUATION

311 4.2A

LES DIFFÉRENTS
TYPES D'ÉVALUATION

- 311 1/L'évaluation formative ou de processus : « évaluer les efforts »
- 312 2/L'évaluation sommative : évaluer les effets
- 312 3/L'évaluation d'impact
- 313 4/La méta-analyse ou l'évaluation thématique

314 4.2B

LES MÉTHODES
D'ÉVALUATION

316 4.2C

LES CRITÈRES
D'ÉVALUATION
ET LES QUESTIONS
ÉVALUATIVES

- 317 1/Critères principaux de l'OCDE
- 322 2/Critères additionnels intéressants

325 4.2D

L'ÉVALUATION AU REGARD DES CONCEPTS ET MÉTHODES COMPLÉMENTAIRES

- 325 1/Évaluation « vs » suivi/monitoring
- 327 2/Évaluation « vs » capitalisation et recherche opérationnelle
- 329 3/Évaluation « vs » supervision
- 329 4/Évaluation « vs » contrôle et audit

PAGE 333

4.3

ENCADRER UNE ÉVALUATION EN 10 ÉTAPES

336 4.3A

ÉTAPE 1 : PLANIFIER
L'ÉVALUATION

- 336 1/Clarifier son but principal : redevabilité ou apprentissage
- 337 2/Choisir la temporalité de l'évaluation

340 4.3B

ÉTAPE 2 : BUDGÉTER L'ÉVALUATION

342 4.3C

ÉTAPE 3 :
CONSTITUER LE COMITÉ
DE PILOTAGE

- 342 1/Composition
- 343 2/Rôle

344 4.3D

ÉTAPE 4 : ÉLABORER
LES TERMES
DE RÉFÉRENCE (TDR)

- 345 1/Présentation du contexte et du projet
- 345 2/Objectifs et finalités de l'évaluation
- 346 3/Critères de l'évaluation et questions évaluatives
- 346 4/Préférences méthodologiques
- 347 5/Calendrier
- 347 6/Productions et restitutions attendues
- 348 7/Organisation de la mission d'évaluation
- 348 8/Budget
- 349 9/Compétences requises pour mener la mission d'évaluation
- 349 10/Dossier de candidature

351 4.3E

ÉTAPE 5 : SÉLECTIONNER L'ÉQUIPE D'ÉVALUATION

- 351 1/Avantages et limites des différents types d'évaluateurs
- 351 2/Procédures de sélection des évaluateurs externes

356 4.3F

ÉTAPE 6 : PHASE DE PRÉPARATION OU DE CADRAGE (INCEPTION PHASE)

- 356 1/Revue documentaire
- 356 2/Rédaction de la note de cadrage
- 357 3/Réunion de cadrage

359 4.3G

ÉTAPE 7 : PHASE DE TERRAIN OU DE COLLECTE DE DONNÉES

- 359 1/Présenter la démarche d'évaluation
- 359 2/Collecter les données
- 360 3/Analyser les données
- 361 4/Tester les premières conclusions

363 4.3H

ÉTAPE 8 : PHASE DE RÉDACTION

- 363 1/Rédiger le rapport d'évaluation provisoire
- 370 2/Commenter le rapport d'évaluation provisoire
- 371 3/Approuver et finaliser le rapport d'évaluation

373 4.3I

ÉTAPE 9 : PHASE DE DIFFUSION

- 373 1/Présentation des résultats
- 374 2/Diffusion des résultats

375 4.3J

ÉTAPE 10 : MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS DE L'ÉVALUATION

PAGE 379



ANNEXES
PRÉSENTES
DANS LE CD-ROM

EXEMPLE « FIL ROUGE »

Nous ne développons pas dans ce chapitre d'exemple « fil rouge » comme dans les chapitres précédents.

Ce chapitre s'appuie sur quelques ouvrages clés :

Guéneau, M.C., Beaudoux, E.

– *L'évaluation : un outil au service de l'action*. F3E, 1996.

Fontaine, D., Beyragued, L. et Miachon, C.

– «Référentiel commun en évaluation des actions et programmes, santé et social», Lyon ERSP, 2004/05.

Hallam, A. et Bonino, F.

– *L'évaluation pour un vrai changement : Le point de vue des praticiens humanitaires*. (2013) Étude ALNAP. Londres : ALNAP/ODI.

Buchanan-Smith, M. et Cosgrave, J.

– *Évaluation de l'action humanitaire, Guide Pilote*. (2013) Étude ALNAP. Londres : ALNAP/ODI.

Nous remercions les auteurs de nous avoir permis de citer ou reproduire dans ce guide des passages de leurs ouvrages.

L'ÉVALUATION

➤ L'évaluation est la dernière phase du cycle de planification⁶⁷. Elle se situe généralement en cours ou en fin de projet, dans le but d'améliorer celui-ci ou de tirer les leçons de cette expérience. Elle peut également se situer à distance de la fin du projet (évaluation ex-post).

L'objectif de ce chapitre n'est pas, contrairement à celui des précédents, de donner une méthode ou des outils pour conduire une évaluation, mais plutôt de **donner les principes et un cadre méthodologique permettant de demander et d'encadrer une évaluation**.

Les méthodes d'évaluation sont donc peu développées dans ce chapitre⁶⁸.

En effet, l'évaluation est rarement réalisée par l'équipe projet elle-même, mais confiée à des spécialistes de l'évaluation, en interne ou en externe. Cependant, l'équipe projet est largement impliquée en amont, pendant et après

l'évaluation. La réalisation d'une évaluation, qu'elle soit réalisée à la demande d'un bailleur, de l'équipe projet ou d'un autre acteur de l'organisation, implique de nombreux acteurs (le coordinateur général, terrain ou programme, le responsable

⁶⁷. On se réfère dans ce chapitre à l'évaluation de projets en cours. Cela n'inclut donc ni l'évaluation ex-ante qui répond à des objectifs et à des méthodologies différents et qui a été traitée dans le chapitre Diagnostic, ni l'évaluation de recherche, ou l'évaluation économique.

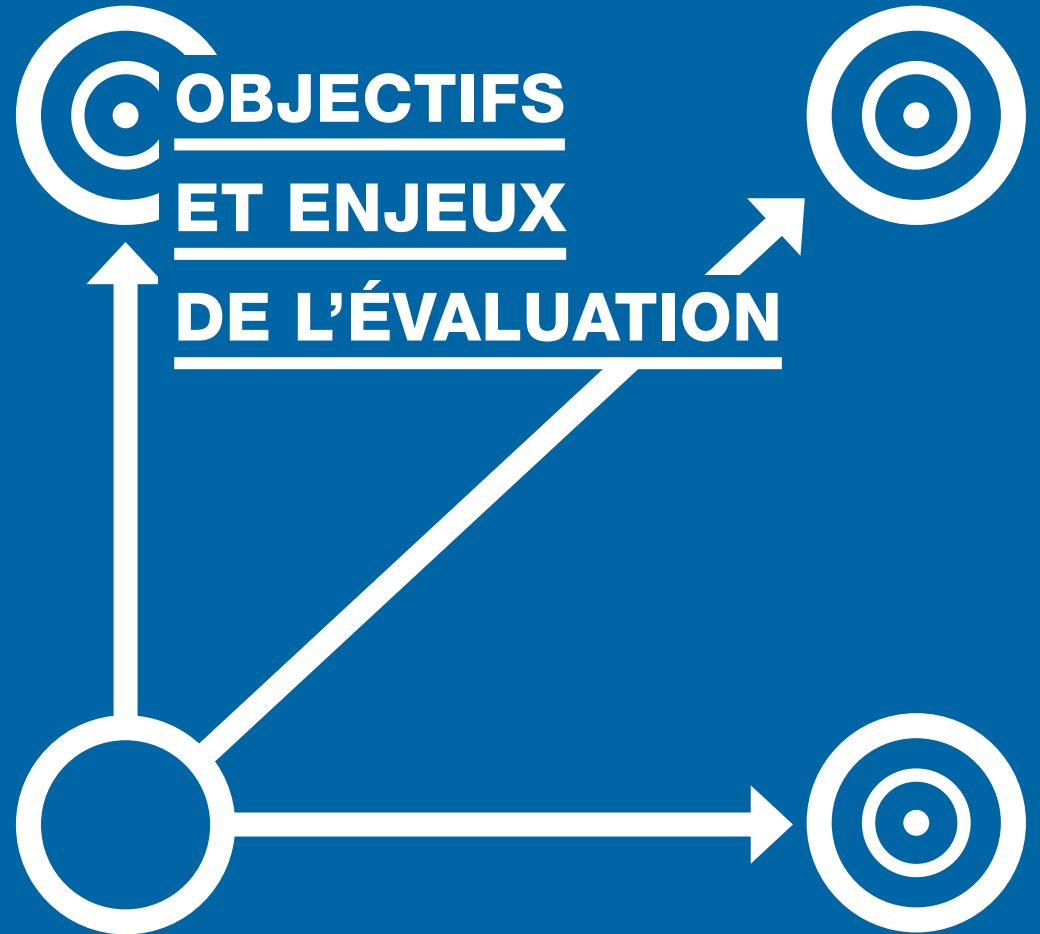
⁶⁸. Le lecteur qui souhaite en savoir plus pourra se référer utilement à l'excellent guide réalisé par l'ALNAP (Buchanan-Smith, M. et Cosgrave, J. (2013) *Évaluation de l'action humanitaire*, Guide Pilote. Étude ALNAP. Londres : ALNAP/ODI), ainsi que le site <http://betterevaluation.org/> qui regroupe une multitude de ressources liées aux méthodes d'évaluation).

de desk, le responsable de mission, les référents médicaux ou thématiques...) dans sa préparation comme dans sa réalisation, même dans le cas où celle-ci est confiée à une équipe d'évaluation externe. Ce chapitre a pour objectif de donner à ces différents acteurs les connaissances, outils et éléments nécessaires à la préparation, à l'encadrement et à la participation à une évaluation, ainsi qu'à l'appropriation et au suivi des recommandations.

À NOTER /

L'évaluation est souvent perçue comme un contrôle porteur de sanctions. C'est un a priori réducteur. Rester dans ce schéma de pensée va à l'encontre de la démarche d'amélioration de qualité des projets, qui est l'objet principal d'une évaluation. La perception de l'évaluation est intimement liée à la façon dont elle est pensée, organisée, réalisée et utilisée.

4.1



VEILLES À BIEN CHOISIR
VOTRE ÉVALUATEUR

Alors... Dites-vous que
le projet a modifié vos pratiques
sexuelles?



4.1A

ÉVALUATION, DÉMARCHE QUALITÉ ET ACCOMPAGNEMENT DU CHANGEMENT

➤ L'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) définit l'évaluation comme l'«**appréciation systématique et objective d'un projet**, d'un programme ou d'une politique, en cours ou terminé, de sa conception, de sa mise en œuvre et de ses résultats. Le but est de déterminer la pertinence et l'accomplissement des objectifs, l'efficacité en matière de développement, l'efficacité, l'impact et la durabilité. Une évaluation devrait fournir des informations crédibles et utiles permettant d'intégrer les leçons de l'expérience dans le processus de décision des bénéficiaires et des bailleurs de fonds».

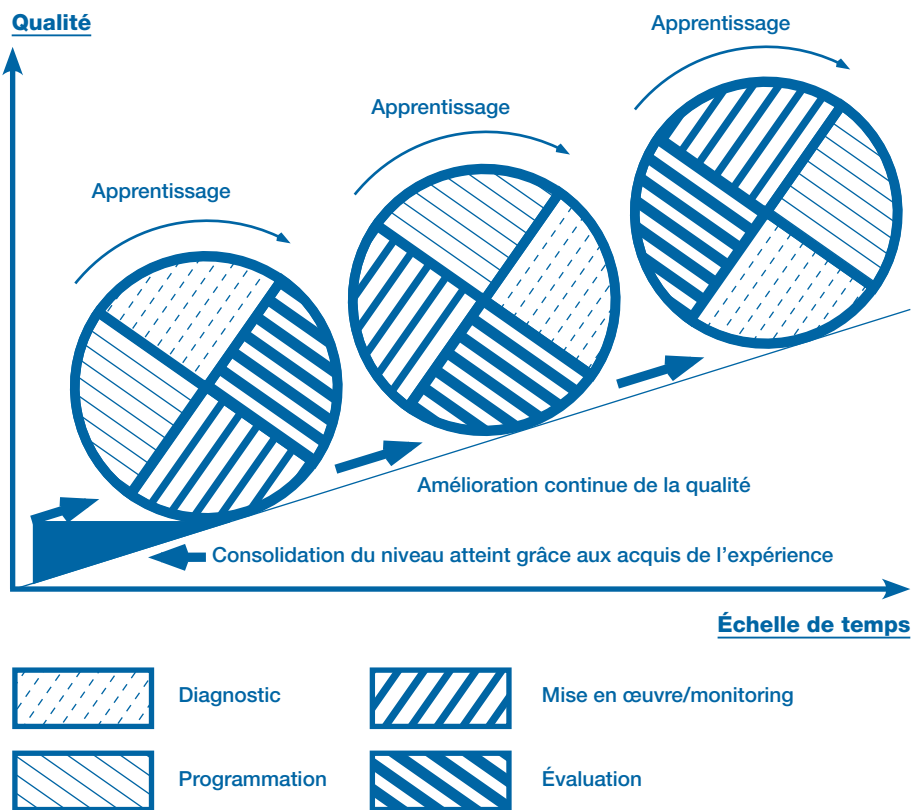
L'évaluation est une démarche ou un processus conduisant à porter un regard critique sur un projet, en comparant les situations observables à des normes établies, à partir de critères explicites, en vue de fournir des données utiles à la prise de décision. La notion de regard critique renvoie implicitement à la nécessité d'un jugement. Il n'y a pas d'évaluation s'il n'y a pas de jugement. Cependant, ce jugement peut et doit servir à améliorer l'action dans une démarche constructive.

La démarche d'évaluation est un pilier essentiel d'une démarche qualité. Un principe clé qui sous-tend l'amélioration continue

de la qualité est celui du changement. En effet, la qualité n'est jamais atteinte et requiert des ajustements permanents au gré de l'évolution des besoins et des situations. La démarche qualité est donc dynamique et l'évaluation, dans sa dimension d'apprentissage, amène du changement à la mesure du degré de réflexivité de l'organisation.

L'évaluation est donc un instrument de changement. Son principal enjeu est de préparer des changements, intentionnels et planifiés : elle permet d'améliorer, d'adapter le projet et plus largement l'organisation.

SCHÉMA : CYCLE DE PROJET ET AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ



4.13

L'ÉVALUATION, ENTRE REDEVABILITÉ ET APPRENTISSAGE

➤ On considère généralement qu'une démarche d'évaluation s'insère dans un double objectif de redevabilité (tourné vers l'extérieur) et d'apprentissage (tourné vers l'intérieur).

En termes de redevabilité et de responsabilité :

- en tant qu'organisation ayant une approche fondée sur les droits, la redevabilité envers les populations avec lesquelles MdM travaille est d'une importance capitale. Cela signifie associer systématiquement les usagers de nos projets dans la définition et la conduite des projets, ainsi que faire remonter leurs retours par le biais de mécanismes passifs et actifs ;
- la responsabilité envers nos donateurs privés et nos bailleurs de fonds institutionnels est également l'une des priorités, le but d'une démarche d'évaluation répondant alors au souci d'améliorer le « retour sur investissement ».

Elle permet de documenter et de renforcer le sens donné à nos actions ;

- un tel processus d'apprentissage implique que les leçons tirées d'expériences précédentes telles que capturées dans des évaluations et des capitalisations et insérées dans une mémoire institutionnelle utile sont couramment utilisées dans la prise de décisions, en particulier lorsque de nouveaux projets ou stratégies sont conçus.

À NOTER /

Le fait qu'une évaluation puisse répondre en même temps à des besoins de redevabilité et d'apprentissage est sujet à débat, nombre des spécialistes considérant que ces deux objectifs sont en tension.

En termes d'apprentissage :

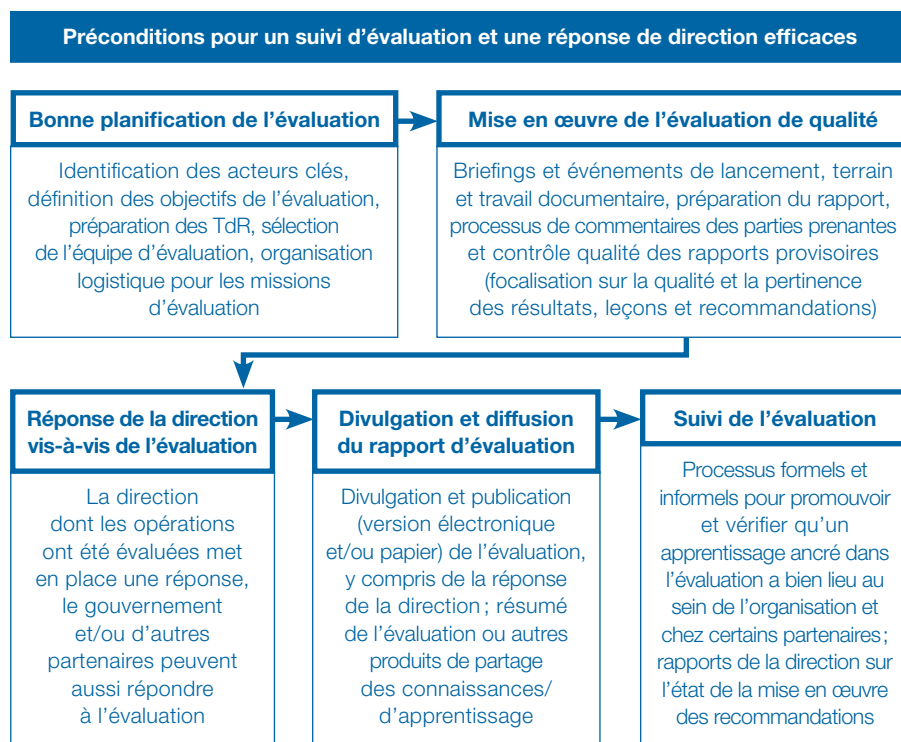
- l'analyse de nos réalisations et de nos erreurs fournit la possibilité d'améliorer la qualité de nos projets et de nos stratégies, processus et systèmes organisationnels.

En effet, la nécessité de présenter et valoriser le travail réalisé auprès de nos interlocuteurs externes suppose parfois de ne pas être totalement transparent sur nos (dys) fonctionnements internes, ce qui est de fait un frein à l'apprentissage.

Comme le souligne une récente étude de l'Alnap⁶⁹, «l'amélioration réelle de l'apprentissage et de la performance demande une discussion franche et ouverte au sein d'une organisation [et] une capacité à partager les échecs autant que les réussites».⁷⁰

Dans la pratique à MdM, lorsque l'on vise principalement un but d'apprentissage, on choisit plutôt de conduire une évaluation en cours de projet ou une capitalisation.

SCHÉMA REPRIS DE HALLAM, A. ET BONINO, F. (2013) «L'ÉVALUATION POUR UN VRAI CHANGEMENT : LE POINT DE VUE DES PRATICIENS HUMANITAIRES», ÉTUDE ALNAP. LONDRES : ALNAP/ODI.



Source : UNEG, 2013:3

⁶⁹. Le Réseau d'apprentissage actif pour la redevabilité et la performance dans l'action humanitaire (Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action) a été créé en 1997, comme un mécanisme permettant de fournir un forum sur les questions d'apprentissage, de responsabilisation

et de performance pour le secteur humanitaire, à la suite de l'évaluation conjointe de l'aide d'urgence au Rwanda.

⁷⁰. Hallam, A. et Bonino, F., «L'évaluation pour un vrai changement : le point de vue des praticiens humanitaires», Étude Alnap, Londres, Alnap/ODI, 2013.

4.1 C

L'UTILISATION DES ÉVALUATIONS : UN ENJEU MAJEUR

➤ «Entreprendre un travail d'évaluation et assurer sa qualité ne vaut la peine que si l'activité donne lieu à une réelle utilisation des résultats et contribue à améliorer les connaissances parmi les personnes les mieux placées pour les utiliser et apporter du changement et des améliorations dans la pratique⁷¹ ».

1/ LES FACTEURS INFLUENÇANT L'UTILISATION DES ÉVALUATIONS

Tout au long du processus d'évaluation, un certain nombre de facteurs influencent l'utilisation qui sera faite, ou non, de l'évaluation.

Le premier facteur est celui de l'expression d'une demande d'évaluation et d'une **motivation initiale**, exprimée

par au moins un individu, à vouloir obtenir quelque chose de l'évaluation (des informations, des confirmations, des nouvelles pistes, de la visibilité, etc.) et à vouloir encadrer et porter le processus. Sans cette motivation et énergie initiales, il y a peu de chances que le reste du processus puisse se dérouler dans des conditions satisfaisantes jusqu'à la réception d'un produit de qualité.

Au-delà des individus motivés et moteurs, c'est l'**organisation** dans son ensemble qui doit s'en saisir. En démarrant un processus d'évaluation, l'organisation doit être prête à accepter la critique, à questionner ses pratiques voire à se remettre en question. Une organisation peu tournée vers l'apprentissage ou l'analyse de l'expérience comme base à la

⁷¹. Hallam, A. et Bonino, F., «L'évaluation pour un vrai changement : le point de vue des praticiens humanitaires», Étude Alnap, Londres, Alnap/ODI, 2013.

prise de décision a peu de chances de porter des conclusions et des recommandations d'évaluations et le(s) changement(s) nécessaire(s) à un renforcement de la qualité. Au-delà de la culture organisationnelle, il s'agit bien ici de la volonté des décideurs à utiliser ou non les évaluations.

Un facteur essentiel à la prise en compte des évaluations, tant au niveau des individus que celui de l'organisation, est celui de la qualité. Il s'agit ici de la qualité du produit final (le rapport d'évaluation principalement) mais aussi du processus dans son ensemble (la rigueur de la préparation, de l'application de la méthodologie et de l'analyse aussi bien que les relations entre évaluateurs et comité de pilotage). Ce sont autant d'éléments qui donnent confiance et apportent de la crédibilité à l'évaluation.

ZOOM
FACTEURS DE QUALITÉ DE L'ÉVALUATION

L'Alnap identifie six groupes de facteurs contribuant à la qualité d'une évaluation ⁷² :

- 1. Conception.** Les objectifs de l'évaluation doivent être clairs et partagés avec les utilisateurs attendus. La méthodologie doit être choisie en fonction de ces objectifs (par exemple, plus participative pour une évaluation orientée vers l'apprentissage) et doit permettre de répondre aux questions posées.
- 2. Participation et appropriation.** Un mécanisme permettant d'impliquer les acteurs clés tout au long du processus doit être

mis en place (par exemple, via un comité de pilotage).

3. Planification. La temporalité de l'évaluation doit être bien pensée afin de permettre à l'équipe projet de s'impliquer suffisamment dans le processus d'évaluation, et d'assurer que les résultats de l'évaluation n'arriveront pas trop tard par rapport à la prise de décision attendue.

4. Produits. Les rapports et autres produits doivent être accessibles, faciles à lire et à comprendre. La méthodologie doit être rigoureuse et crédible et doit montrer un cheminement logique de la preuve aux résultats, aux conclusions et enfin aux recommandations. Les recommandations doivent être spécifiques, réalistes, ciblées et hiérarchisées.

5. Mécanismes de suivi. Un mécanisme de suivi de la mise en œuvre des recommandations doit être mis en place (par exemple, via un comité de pilotage).

6. Crédibilité de l'évaluateur. Les compétences, l'expérience et la réputation des évaluateurs doivent être crédibles. Ils doivent posséder les qualités nécessaires en matière de relations interpersonnelles, et être capables de rester équilibrés, impartiaux, objectifs et constructifs.

2 / IMPLIQUER LES UTILISATEURS ATTENDUS DE L'ÉVALUATION

Chaque évaluation comporte différents niveaux d'utilisateurs : l'équipe projet bien sûr et les partenaires le cas échéant ; mais au-delà, il s'agit bien aussi de décideurs présents à différents échelons de l'organisation. Le degré d'implication attendu dans l'utilisation de l'évaluation détermine en grande partie le degré d'implication tout au long du processus de l'évaluation, afin que les acteurs clés s'approprient l'évaluation, et donc les recommandations qui en découlent⁷³.

À NOTER /
Il est important d'identifier le plus tôt possible l'ensemble des utilisateurs attendus d'une évaluation, afin de savoir à quels moments et comment les impliquer en amont de la réception des conclusions et recommandations.

L'implication des utilisateurs attendus peut et doit se faire à différents moments dans le processus d'évaluation :

- au stade de la décision d'évaluer afin de décider quel est l'objectif prioritaire de l'évaluation ;
- au stade de la constitution du comité de pilotage ;
- au stade de l'élaboration des termes de référence ;
- au stade de la collecte de données,

en impliquant les utilisateurs attendus comme informateurs clés afin de leur permettre de s'exprimer et en communiquant régulièrement sur l'avancée des travaux ;

- au stade de la rédaction du rapport, en permettant aux utilisateurs attendus de lire et commenter le rapport avant qu'il ne soit définitif ;
- au stade de la restitution des résultats, afin d'engager la discussion avec des utilisateurs peut-être peu impliqués aux étapes précédentes ;
- au stade de la diffusion des résultats, afin d'impliquer les utilisateurs dans la déclinaison de la stratégie de diffusion ;
- au stade du suivi des recommandations.

72. Buchanan-Smith, M. et Cosgrave, J., «Évaluation de l'action humanitaire», guide pilote. Étude Alnap. Londres : Alnap/ODI, 2013.

73. La difficulté principale réside dans le fait qu'il y a toujours une part d'inconnu dans ce qui ressortira de l'évaluation.

EN RÉSUMÉ

LES POINTS CLÉS DES OBJECTIFS ET ENJEUX DE L'ÉVALUATION

→ L'évaluation s'inscrit dans une **démarche qualité** et est un **instrument de changement**.

→ Une démarche d'évaluation s'insère dans un double objectif de **redevabilité et d'apprentissage**.

→ **L'enjeu majeur des évaluations est qu'elles soient utilisées.**
Trois facteurs principaux influencent l'utilisation : la demande d'évaluation et le portage par des acteurs motivés ; la volonté de l'organisation de s'en saisir comme base à l'apprentissage et à la prise de décision ; la qualité du produit final mais aussi du processus dans son ensemble.

→ Il convient donc d'**identifier et d'impliquer les utilisateurs** attendus tout au long du processus.



SOYEZ PRÉCIS DANS
LES QUESTIONS ÉVALUATIVES



4.2A

LES DIFFÉRENTS TYPES D'ÉVALUATION

➤ Il existe une multitude de types d'évaluation.
On ne présente ici que les principaux groupes,
qui peuvent à leur tour être déclinés en sous-groupes.

1/ L'ÉVALUATION FORMATIVE OU DE PROCESSUS : « ÉVALUER LES EFFORTS »⁷⁴

L'évaluation de processus appelée également **formative**, se concentre sur les processus par lesquels les moyens sont convertis en produits. Elle consiste à comparer le déroulement opérationnel effectif du projet avec ce qui était prévu : mise en œuvre des activités, utilisation des ressources, production de services, participations partenariales et communautaires, satisfaction des parties prenantes, etc. L'évaluation normative est un sous-ensemble de l'évaluation de processus : au lieu de comparer le réalisé

avec le prévisionnel, elle compare le réalisé avec des normes et standards.

« De façon plus globale, [l'évaluation de processus] s'intéresse à la dynamique interne du projet et aux facteurs tant internes qu'externes qui influencent sa mise en œuvre⁷⁵ ». Elle s'intéresse à « comment » et « pourquoi » un projet fonctionne ou non et vise à améliorer les performances. De ce fait, il est pertinent de la réaliser en cours de projet, ce qui permet d'ajuster le fonctionnement du projet pour la suite de sa mise en œuvre. L'évaluation formative a pour but de renforcer les savoirs, savoir-faire et savoir-être de l'équipe projet et de ce fait utilise davantage des méthodes participatives.

Ce type d'évaluation est particulièrement recommandé pour documenter la mise en œuvre de projets novateurs ou répliquer un projet dans d'autres contextes. C'est la description et l'analyse précises

74. Fontaine, D., Beyragued, L. et Miachon, C.
« Référentiel commun en évaluation des actions
et programmes, santé et social », Lyon ERSF, 2004/05.

75. Fontaine, D., Beyragued, L. et Miachon, C.
« Référentiel commun en évaluation des actions
et programmes, santé et social », Lyon ERSF, 2004/05.

de l'ensemble des éléments ayant contribué à la mise en œuvre du projet, qui permet de repérer les leviers et les barrières et d'identifier ce qui est spécifique au contexte local (et qui ne pourra donc pas s'appliquer ailleurs). On voit dans ce cas de figure qu'il y a superposition entre évaluation formative et capitalisation.

À NOTER /

L'évaluation de processus a l'avantage de pouvoir se dérouler longtemps avant que les résultats ne soient clairement apparents⁷⁶.

2 / L'ÉVALUATION SOMMATIVE : ÉVALUER LES EFFETS

L'**évaluation des effets** ou **sommative** se rapporte aux objectifs et résultats attendus du projet. Les services produits (**output**) ont-ils provoqué les changements attendus (**outcome**) ? L'évaluation des effets (**outcomes**) consiste à comparer les résultats atteints avec les résultats attendus fixés initialement, à partir d'indicateurs mesurables, ciblés.

L'évaluation sommative mesure l'efficacité de l'intervention. Elle répond aux exigences de redevabilité. Elle s'intéresse au « quoi » et « combien » de résultats le projet a produit. De ce fait, il est préférable de conduire l'évaluation sommative en fin de projet ; lorsque des résultats probants sont

disponibles. Les critères classiques dans une évaluation sommative sont l'efficacité, l'efficience et la pertinence. L'évaluation sommative utilise des méthodes quantitatives, nécessaires à la quantification des résultats, et des méthodes qualitatives nécessaires à leur interprétation.

3 / L'ÉVALUATION D'IMPACT

L'**évaluation d'impact** appartient également au groupe des évaluations sommatives évaluant les effets d'une intervention. Elle s'intéresse à l'ensemble des effets/conséquences d'une intervention sur son environnement au sens le plus large⁷⁷. L'évaluation d'impact implique des jugements de valeur, par exemple sur les types de changements qui sont significatifs et pour qui⁷⁸.

L'impact « comprend à la fois :

- la dimension temporelle du long terme ;
- la dimension populationnelle, c'est-à-dire les effets sur une population plus large que la population cible ;
- la dimension non spécifique des effets, c'est-à-dire des conséquences plus larges que les objectifs spécifiques du projet⁷⁹.

De ce fait, l'évaluation d'impact est généralement réalisée après l'achèvement du projet, dans le cadre d'une évaluation ex-post.

77. L'engouement actuel pour les évaluations d'impact dans le secteur de l'humanitaire et du développement a tendance à faire oublier cette définition large pour recentrer la démarche d'évaluation sur la question de l'attribution des effets à l'intervention évaluée.

78. Buchanan-Smith, M. et Cosgrave, J., «Évaluation de l'action humanitaire», guide pilote, Étude Alnap. Londres : Alnap/ODI, 2013.

79. Fontaine, D., Beyragued, L. et Miachon, C., «Référentiel commun en évaluation des actions et programmes, santé et social», Lyon ERSF, 2004/05.

76. Buchanan-Smith, M. et Cosgrave, J., «Évaluation de l'action humanitaire», guide pilote, Étude Alnap. Londres : Alnap/ODI, 2013.

En termes de méthodologie, la principale caractéristique de l'évaluation d'impact par rapport à d'autres formes d'évaluations sommatives réside dans la comparaison avec un scénario ou hypothèse contrefactuel(le) : c'est une estimation de ce qui se serait produit en l'absence de l'intervention évaluée. Une des principales approches pour construire des scénarios contrefactuels consiste à identifier un groupe de comparaison (groupe témoin) qui ressemble au groupe étudié en tous points, excepté le fait qu'il n'est pas touché par l'intervention. Ce type d'évaluation suppose des méthodologies complexes et relativement coûteuses (par exemple, des évaluations comparatives de type avant/après ou ici/ailleurs), et est rarement réalisé à MdM.

4 / LA MÉTA-ANALYSE OU L'ÉVALUATION THÉMATIQUE

La **méta-analyse** est une synthèse des évaluations passées. L'**évaluation thématique** est une évaluation portant sur plusieurs projets ayant une thématique commune.

Il y a de nombreux bénéfices à conduire des méta-analyses ou des évaluations thématiques. Elles permettent en effet de :

- toucher d'autres types d'utilisateurs que ceux habituellement visés par des évaluations de projet (notamment, les décideurs et cadres de l'organisation qui ont besoin d'une vision plus globale) ;
- mettre en valeur le poids cumulatif des résultats en rassemblant le fruit de dizaines d'évaluations ou l'évaluation d'une dizaine de projets ;

→ constituer une forme de triangulation pour valider des conclusions et recommandations importantes, ajoutant ainsi à leur crédibilité et donc à leur utilisation.

4.2B

LES MÉTHODES D'ÉVALUATION

➤ Les méthodes d'évaluation se divisent en deux grandes catégories : quantitatives⁸⁰ et qualitatives⁸¹.

À NOTER /

Nous ne détaillons pas ici les méthodes qui peuvent être utilisées lors d'une évaluation. Nous ne donnons que les informations utiles à un comité de pilotage d'évaluation pour qu'il puisse porter un jugement éclairé sur les méthodes proposées par une équipe d'évaluation.

Les évaluations utilisent en général une combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives, les méthodes qualitatives étant toutefois prépondérantes.

Les méthodes qualitatives sont parfois considérées comme moins « scientifiques » que les méthodes quantitatives.

⁸⁰. Le guide MdM, «Collecte de données, Méthodes quantitatives, L'exemple des enquêtes CAP», 2011, disponible sur le site internet de MdM en français, anglais et espagnol donne un exemple d'application de méthode quantitative.

⁸¹. Pour en savoir plus, se référer au guide MdM, «Collecte de données : méthodes qualitatives», 2^e édition, 2012.

Il convient de rappeler que la méthode scientifique désigne l'ensemble des démarches nécessaires pour obtenir des connaissances valides par le biais d'instruments fiables. Cette méthode a pour but de protéger le chercheur de la subjectivité. La reproductibilité est l'un des grands principes de la méthode scientifique, et se réfère à la capacité d'un test ou d'une expérience à être reproduit par n'importe quelle autre personne. Ainsi, par exemple, deux chercheurs travaillant indépendamment et appliquant rigoureusement et adéquatement la méthode du focus group, devraient produire des résultats similaires.

Il existe des dizaines de méthodes de collecte de données, obtenues par l'observation, auprès d'individus ou auprès de groupes, par des mesures physiques ou par l'examen des dossiers et des données existantes. Chacune de ces méthodes répond à des objectifs précis et comporte ses avantages et désavantages comparativement aux autres méthodes. Il revient au comité de pilotage d'examiner la pertinence des méthodes proposées par l'équipe d'évaluation et leur faisabilité dans le budget et les délais impartis. MdM préconise

généralement une méthode fondée sur la triangulation de méthodes qualitatives (principalement observation, focus group et entretien individuel) et de méthodes quantitatives (s'appuyant notamment sur le système de suivi/monitoring).

ZOOM

MÉTHODES DE COLLECTE OU COMPILATION DE DONNÉES LISTÉES PAR BETTEREVALUATION⁸²

Information sur les personnes :

1. Sondages d'opinion délibératifs
2. Carnets, journaux
3. Échelles d'évaluation globale
4. Échelles de réalisation d'objectifs
5. Entretiens :
 - convergent
 - informateur clé
 - semi-directif
 - directif
 - libre
6. Tri hiérarchique de cartes
7. Système interactif de réponse
8. Questionnaires (ou enquêtes) :
 - email
 - en face à face
 - internet
 - courrier
 - téléphone
9. Collecte mobile de données
10. Photolangage
11. Isoleur
12. Cartes postales
13. Techniques projectives
14. Calendriers saisonniers

⁸². Le site collaboratif BetterEvaluation propose un certain nombre de ressources fort utiles : le cadre de référence Arc-en-ciel <http://betterevaluation.org/plan> ainsi que la présentation succincte des méthodes citées ci-dessus <http://betterevaluation.org/sites/default/files/Describe%20-%20Compact.pdf> (en anglais uniquement).

15. Cartographie établie à partir des informations recueillies
16. Récits

Information sur les groupes :

17. Analyse rétrospective
18. Brainstorming
19. Cartes de visualisation
20. Schéma conceptuel
21. Étude selon la méthode de Delphes
22. Exercice d'attribution de points (Dotmocracy)
23. Technique de l'aquarium
24. Focus groups
25. Atelier du futur (Future search conference)
26. Fresque
27. ORID (Observation, Réflexion, Interprétation, prise de Décision)
28. Méthode Q
29. Analyse FFOM (SWOT en anglais) (Forces, faiblesses, opportunités, menaces)
30. Café du monde
31. Atelier d'écriture

Observation :

32. Déplacement terrain
33. Observation non participante
34. Observation participante
35. Photographie/Enregistrement vidéo
36. Transect

Physique :

37. Biophysique
38. Géographique

Documents et données existants :

39. Big data
40. Carnets de bord et journaux
41. Statistiques officielles
42. Évaluations et recherches antérieures
43. Archives du projet
44. Tableau de bord de suivi de réputation

4.2C

LES CRITÈRES D'ÉVALUATION ET LES QUESTIONS ÉVALUATIVES

➤ En 1991, le Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE/CAD) a proposé cinq critères pour l'évaluation de projets de développement : pertinence, efficacité, efficience, viabilité et impact. Quelques années plus tard, il a adapté ces critères aux situations humanitaires d'urgence, ajoutant les critères de couverture, de cohérence, de coordination et de protection, et suggérant que le caractère approprié constitue une alternative à la pertinence et que l'interdépendance constitue une alternative à la viabilité⁸³. Ces critères sont fréquemment utilisés par l'Union européenne, les agences des Nations unies et les ONG internationales.

83. Buchanan-Smith, M. et Cosgrave, J., «Évaluation de l'action humanitaire», guide pilote, Étude Alnap, Londres : Alnap/ODI, 2013.

ZOOM POURQUOI UTILISER DES CRITÈRES D'ÉVALUATION STANDARDISÉS ?

Il y a un certain nombre d'avantages à utiliser des critères standardisés plutôt que d'en inventer de nouveaux à chaque évaluation⁸⁴ :

- ils répondent aux enjeux les plus importants de l'action humanitaire ;
- ils permettent de lisser les particularités propres à la conception de chaque projet (notamment par les formulations d'objectifs et de résultats très spécifiques) afin d'en faire ressortir des traits communs en vue d'une analyse transversale ou méta-analyse ;
- ils rendent la tâche plus facile pour les évaluateurs qui doivent passer d'un projet à l'autre sans avoir le temps suffisant de les connaître vraiment.

Les critères de l'évaluation sont les angles de vue retenus pour apprécier une action⁸⁵. Il n'y pas forcément de lien entre le critère choisi et le type d'évaluation. Le choix des critères se fait en fonction de ce que l'on veut savoir : par exemple, lors de l'évaluation à mi-parcours du projet de réduction des risques en Géorgie, le plus important pour l'équipe projet était de savoir si le partenariat avec l'organisation d'autosupport se mettait en place correctement : dès lors, l'évaluation a porté sur la dimension partenariale et la satisfaction des usagers plutôt que sur l'efficacité, qui sera évaluée lors de l'évaluation finale.

84. Buchanan-Smith, M. et Cosgrave, J., «Évaluation de l'action humanitaire», guide pilote, Étude Alnap, Londres : Alnap/ODI, 2013.

85. Guéneau, M.C., Beaudoux, E., «L'évaluation : un outil au service de l'action.» F3E, 1996.

À NOTER /

Les critères permettent de structurer la démarche d'évaluation, toutefois le plus important est de définir ce que l'on souhaite savoir, sous la forme de questions, et ensuite seulement, de classer ces questions dans les différents critères. Ce sont les questions qui sont les plus importantes, et non les critères⁸⁶.

1/ CRITÈRES PRINCIPAUX DE L'OCDE

Pertinence (relevance)/ caractère approprié (appropriateness)

Comme cela a été vu dans les chapitres précédents, un projet est conçu pour répondre à un problème identifié et analysé lors de la phase de diagnostic⁸⁷ : il s'agit de juger de la pertinence des objectifs du projet au regard des problèmes qui affectent la population en question. En d'autres termes, il s'agit d'apprécier l'adéquation entre le projet et les problèmes à résoudre.

L'évaluation de la pertinence d'un projet revient donc à juger de la qualité du diagnostic initial, et notamment l'implication des communautés dans l'expression de leurs besoins différenciés. C'est ici

86. Buchanan-Smith, M. et Cosgrave, J., «Évaluation de l'action humanitaire», guide pilote, Étude Alnap, Londres : Alnap/ODI, 2013.

87. Pour plus d'informations, se référer au chapitre Diagnostic de ce guide.

qu'intervient la question de la prise en compte des facteurs socioculturels dans l'analyse des problèmes et la stratégie d'intervention choisie.⁸⁸

La pertinence interroge également, au-delà des objectifs du projet, les choix de déclinaison opérationnelle : pour répondre à un problème donné, plusieurs approches et interventions, qui n'ont pas toutes le même degré de pertinence, sont possibles. Cela revient donc à interroger la qualité de la programmation du projet : est-ce que les modalités d'intervention envisagées sont pertinentes par rapport aux besoins identifiés ?

À NOTER /

La question de la pertinence consiste également à s'interroger sur le fait de savoir si les objectifs de l'action ou sa conception, les stratégies retenues, sont toujours appropriés compte tenu de l'évolution du contexte ; c'est-à-dire si le projet a su s'adapter à un nouveau diagnostic.

Le caractère approprié d'un projet est la mesure selon laquelle les objectifs du projet correspondent aux attentes des usagers, aux besoins du pays, aux priorités globales, aux politiques des partenaires et des bailleurs de fonds, et également aux cadres de référence et stratégies de MdM.

⁸⁸. Pour plus d'informations, se référer au guide «Les déterminants socioculturels de l'accès aux soins», MdM, janvier 2012.

ZOOM
EXEMPLES DE QUESTIONS ÉVALUATIVES
**POUR LE CRITÈRE DE PERTINENCE/
CARACTÈRE APPROPRIÉ**

- Est-ce que le projet répond aux besoins identifiés ?
- Les objectifs et les actions du projet correspondent-ils aux priorités et aux besoins de la population cible ?
- La conception du projet est-elle adaptée aux particularités sociales et culturelles des usagers potentiels ?
- Quelles étaient la nature et l'ampleur du problème ? Comment la situation qui cause le problème a-t-elle évolué (hypothèses, risques externes) ?
- L'intervention et la population cible choisies étaient-elles susceptibles d'améliorer de façon significative le problème, en d'autres termes la stratégie d'intervention était-elle bien pensée ?
- Dans quelle mesure les objectifs du projet sont-ils toujours valables ?
- Les activités et les résultats du projet sont-ils compatibles avec l'objectif général et l'atteinte des objectifs spécifiques ?
- Les activités du projet sont-elles liées de manière plausible aux effets escomptés ?
- Le projet est-il en proximité suffisante avec les populations pour comprendre leur situation et les évolutions de leurs besoins ?
- Aurait-il fallu préférer une autre stratégie que celle mise en pratique, qui aurait mieux répondu à ces besoins, ces priorités et ce contexte ? Si oui, pourquoi ?

- Le projet a-t-il correctement identifié les risques ?
- Le projet a-t-il mis en œuvre des stratégies appropriées pour répondre à ces risques ?
- Le projet était-il excessivement prudent face aux éventuels risques ?

Efficacité (*effectiveness*)

L'efficacité d'une intervention est le degré selon lequel les objectifs ont été atteints, ou sont en voie de l'être. Il s'agit d'évaluer la mesure dans laquelle les activités mises en œuvre ont contribué à l'atteinte de l'objectif spécifique du projet. L'intérêt est de mesurer des écarts entre prévu et réalisé et de pouvoir les analyser. Pour cela, il est fondamental d'avoir fixé des objectifs clairs et précis au départ.

À NOTER /

Une démarche d'évaluation de l'efficacité d'un projet doit chercher à évaluer les résultats et non pas les activités.

La mesure de l'efficacité permet d'aller au-delà de l'évaluation des activités et de commencer à examiner qui utilise et bénéficie des interventions, avec des données ventilées, par exemple par sexes, par groupes socio-économiques et par origines ethniques. Les entretiens avec des représentants de la population (ceux qui ont participé activement à l'action, ceux qui ont partiellement participé, ceux qui refusent de participer ou qui ont été exclus...) sont dès lors essentiels afin de comprendre les déterminants de l'utilisation des services.

ZOOM
EXEMPLES DE QUESTIONS ÉVALUATIVES
POUR LE CRITÈRE D'EFFICACITÉ

- La temporalité (*timing*) de l'intervention était-elle appropriée ?
- Le projet atteint-il les résultats spécifiés dans le document de référence et le cadre logique ? Le projet avance-t-il de manière satisfaisante vers ses objectifs ? Dans quelle mesure le projet a-t-il été réalisé comme prévu dans le document de référence ? S'il a été modifié, pourquoi l'a-t-il été ?
- L'intervention touche-t-elle sa population cible ?
- Les activités du projet étaient-elles appropriées pour progresser vers les objectifs du projet ?
- Les indicateurs permettant de mesurer le progrès vers les résultats attendus sont-ils de bonne qualité ?
- Quels sont les principaux facteurs qui influent sur l'atteinte/non-atteinte des objectifs ?
- La quantité des services de santé a-t-elle augmenté ? La qualité des services de santé a-t-elle augmenté ? Les services sont-ils disponibles ? Sont-ils accessibles ? Sont-ils de bonne qualité ? Sont-ils utilisés ?
- La qualité du projet est-elle en phase avec les bonnes pratiques et standards ? en phase avec les attentes des populations ? Comment améliorer l'efficacité des interventions ?
- Quelles ont été les réalisations du projet ? Dans le cas où il n'aurait pas obtenu les résultats prévus dans le document de référence, quelles étaient les causes des problèmes ?

Viabilité⁸⁹ (*sustainability*)/ Interdépendance (*connectedness*)

Évaluer la viabilité d'une intervention, c'est analyser la poursuite des bénéfices résultant d'une intervention après la fin du projet, c'est-à-dire la probabilité d'obtenir des bénéfices sur le long terme. Il s'agit de la viabilité technique du projet (ressources humaines et matérielles), de la viabilité institutionnelle, organisationnelle et financière de l'institution qui fait le projet, pendant et après son financement, et de la viabilité économique du projet pour la collectivité.

Dans des contextes humanitaires, où la question de la viabilité n'est pas au cœur de l'intervention, on se réfère à la notion d'interdépendance, qui fait référence au besoin de s'assurer que les activités de court terme sont réalisées dans un contexte qui prend en compte les problèmes de long terme et les problèmes interdépendants. L'interdépendance est liée au concept de viabilité, dans la mesure où les interventions doivent soutenir des objectifs à plus long terme et, au final, être gérées sans apport des bailleurs.

ZOOM EXEMPLES DE QUESTIONS ÉVALUATIVES POUR LE CRITÈRE DE VIABILITÉ/ INTERDÉPENDANCE

- Une stratégie de désengagement a-t-elle été élaborée et mise en œuvre ?
- Les partenaires souhaitent-ils continuer les activités par eux-mêmes ? Leurs capacités financières

- et organisationnelles sont-elles suffisantes pour cela ?
- Les ressources humaines sont-elles suffisantes et durables pour poursuivre les activités mises en œuvre ? Le système d'approvisionnement en médicaments est-il viable sans le soutien de MdM ?
- Dans quelle mesure les bénéfices et acquis du projet vont-ils continuer après la fin du financement des bailleurs de fonds ? Le projet a-t-il mis en place des processus susceptibles de prolonger l'impact du projet après la fin de son financement ?
- Quels sont les principaux facteurs qui ont influencé la réalisation ou la non-réalisation de la viabilité du projet ?
- Comment les effets positifs seront-ils maintenus à l'avenir, à la fin du projet au niveau :
 - social/institutionnel : le projet sera-t-il accepté culturellement ? comment est-il en lien avec les capacités locales, les structures de pouvoir ?
 - économique : comment les coûts récurrents et les dépenses futures seront-elles couvertes ; quel est l'effet sur les autres activités économiques ?
 - environnemental : quels sont les coûts environnementaux à court et à long terme ?

Efficiency (*efficiency*)

L'efficacité d'une intervention est le degré selon lequel les ressources matérielles, humaines et financières (fonds, expertise, temps, etc.) sont converties en résultats.

L'efficacité est une évaluation économique qui compare les résultats obtenus et les ressources mobilisées.

Ce type d'évaluation nécessite des analyses de coûts poussées :

- le coût total de l'intervention ventilé par types d'interventions ;
- les coûts des intrants au niveau local et international ;
- les coûts de transport ventilés par types d'interventions et par types de transports ;
- les coûts de personnel, ventilés entre personnels local et expatrié ;
- les coûts d'administration en pourcentage des coûts d'intervention⁹⁰.

Évaluer l'efficacité revient à comparer des alternatives, pour voir si l'approche la plus efficace a bien été utilisée.

À NOTER /
Les évaluateurs « généralistes » n'ont pas forcément les compétences requises pour faire une analyse d'efficacité et il peut être nécessaire d'inclure dans l'équipe d'évaluation un profil d'économiste ou de comptable.

ZOOM EXEMPLES DE QUESTIONS ÉVALUATIVES POUR LE CRITÈRE D'EFFICACITÉ

- Les résultats obtenus l'ont-ils été à un coût acceptable ?
- Les ressources du projet ont-elles été utilisées au mieux pour atteindre les résultats ?
- La quantité d'intrants est-elle

- raisonnable par rapport à la qualité des produits ?
- Les ressources humaines sont-elles adaptées à leur poste (nombre, compétences, temps) ?
- Le budget était-il conçu et réalisé de manière à faciliter la réalisation de ses objectifs ?
- Est-il possible de faire plus avec le même budget ? Est-il possible de mettre en œuvre l'intervention à un coût moindre ?
- Comment pourrait-on faire autrement pour améliorer la mise en œuvre afin de maximiser l'impact à un coût acceptable (coûts/efficacité) ?

Impact (*impact*)

Par analyse de l'impact, on entend une appréciation sur tous les effets d'une intervention, sur son environnement au sens le plus large (technique, économique, social, financier, etc.) : **effets à long terme, positifs et négatifs, attendus et non attendus**, primaires et secondaires, induits par le projet, directement ou non, intentionnellement ou non.

À NOTER /
Démontrer que le projet a provoqué un impact particulier est particulièrement difficile car de nombreux facteurs en dehors du projet influencent les résultats. Cela requiert des méthodologies complexes, pensées en amont.

89. Les notions de viabilité, pérennité et durabilité sont parfois utilisées de façon interchangeable dans la littérature.

90. Alnap, "Evaluating humanitarian action using the OECD-DAC criteria", 2006.

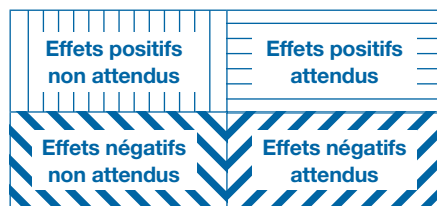
ZOOM
EXEMPLES DE QUESTIONS ÉVALUATIVES
POUR LE CRITÈRE D'IMPACT

- Quels sont les effets positifs attendus ? Y a-t-il des effets positifs inattendus ? Quels sont les effets négatifs attendus ? Y a-t-il des effets négatifs inattendus ?
- Quels changements à long terme, positifs ou négatifs, prévus ou non ont été produits ? Peuvent-ils être raisonnablement associés à l'intervention ?
- Quelle contribution au changement de l'état de santé des populations peut être attribuée au projet ?
- Quelle différence réelle a fait l'intervention pour les usagers ? Le projet a-t-il eu des effets tangibles, positifs ou négatifs, sur les usagers ciblés par le projet ?
- Combien de personnes ont été touchées ?
- Des modifications involontaires et/ou négatives ont-elles été produites ?
- Le projet a-t-il des chances d'avoir un effet catalytique sur des changements futurs ? Comment ? Pourquoi ?

S'il est difficile et coûteux de réaliser de véritables évaluations d'impact, celles-ci étant de ce fait rares à MdM, des évaluations sommatives peuvent poser la question de l'impact. Elles ne permettent pas d'attribuer un impact au projet, mais peuvent susciter des questionnements importants amenant à d'éventuelles réorientations.

Le tableau suivant permet d'organiser, lors de l'évaluation sommative, les effets identifiés. C'est également un tableau de suivi : il faut par la suite chercher à atténuer les effets négatifs par l'adaptation ou la mise en place d'actions

et à potentialiser les effets positifs. Ce tableau peut être utilisé comme base de discussion avec l'équipe projet et permet de dresser un récapitulatif visuel des principaux effets du projet.



2 / CRITÈRES ADDITIONNELS INTÉRESSANTS

D'autres critères complémentaires, proposés par l'Alnap et le groupe URD⁹¹ notamment, peuvent être également utilisés.

Dimension partenariale (partnership)

Le partenariat est au cœur des valeurs de MdM. C'est donc une dimension incontournable dans l'évaluation de tout projet MdM, qu'il est préférable, dans une optique d'amélioration des pratiques et stratégies, d'isoler en tant que telle (plutôt que de l'intégrer à un autre critère).

La coordination nationale des ONG françaises de solidarité internationale,

⁹¹. Fondé en 1993, le Groupe URD est un institut indépendant spécialisé sur les pratiques et les politiques humanitaires et post-crise. Son rôle est aujourd'hui d'accompagner les acteurs dans les processus d'amélioration de la qualité des programmes en menant des activités d'évaluation, de recherche, de formation et de conseil qualité.

Coordination Sud, définit neuf critères selon lesquels on peut juger de la qualité d'un partenariat⁹² :

1. convergence de vue sur les finalités du projet ;
2. coélaboration d'une stratégie de mise en œuvre ;
3. degré et mode d'implication de chacun des partenaires dans le projet ;
4. entente sur une répartition des rôles, des activités et des moyens ;
5. complémentarité des compétences et des moyens ;
6. réciprocité ;
7. inscription de la relation dans le temps ;
8. qualité des relations humaines ;
9. transparence.

ZOOM
EXEMPLES DE QUESTIONS ÉVALUATIVES
POUR LE CRITÈRE DE DIMENSION
PARTENARIALE

- Les partenaires ont-ils une vision partagée sur les objectifs du projet ?
- Les partenaires ont-ils les mêmes valeurs concernant l'approche de mise en œuvre ?
- Comment sont répartis les rôles, les activités et les ressources entre les partenaires ?
- Comment les compétences et ressources de chacun des partenaires se complètent-elles ?

Coordination (coordination)

Évaluer la coordination revient à évaluer la mesure selon laquelle les interventions

⁹². Pour plus d'informations, se référer au « Guide du partenariat » de Coordination Sud, 2006, disponible sur <http://www.coordinationsud.org/document-ressource/guide-partenariat/>

de différents acteurs sont harmonisées et agissent en complémentarité plutôt qu'en duplication. La coordination est parfois intégrée dans le critère d'efficacité plutôt que traitée comme un critère indépendant.

ZOOM
EXEMPLES DE QUESTIONS ÉVALUATIVES
POUR LE CRITÈRE DE COORDINATION

- L'ensemble des autres acteurs dans la zone d'intervention a-t-il été identifié ?
- La coordination mise en place est-elle adéquate ?

Couverture (coverage) et équité (equity)

Évaluer la couverture consiste à évaluer la mesure selon laquelle l'intervention atteint les principaux groupes de population affectés. Les critères de couverture et d'équité sont étroitement liés. En effet, l'équité renvoie à la notion de besoin : l'aide humanitaire, ou les interventions en général sont-elles fournies en fonction des besoins ?

L'équité désigne une forme d'égalité ou de juste traitement. En santé publique, on fait généralement référence à deux formes d'équité : l'équité horizontale et l'équité verticale.

- L'**équité horizontale** considère qu'à un besoin égal doit correspondre un traitement égal. Par exemple, l'équité horizontale en matière d'accès aux soins de santé implique l'accès équitable à tous quels que soient les facteurs comme le lieu, le statut socio-économique ou l'âge.
- L'**équité verticale** est une forme de discrimination positive et considère que les personnes

dotées de caractéristiques différentes doivent être traitées différemment. C'est au nom de ce principe que les groupes les plus vulnérables sont prioritairement destinataires de l'aide humanitaire. C'est également ce principe qui régit les systèmes de financement de la santé progressifs, dans lesquels les personnes à revenus plus élevés contribuent davantage au financement que les personnes à revenus modestes.

Évaluer l'équité dans la couverture des besoins passe ainsi par une analyse des données désagrégées par catégories socio-économiques pertinentes, telles que le sexe, le statut socio-économique, l'origine ethnique, l'âge, etc., ainsi qu'une analyse des données selon un découpage géographique.

ZOOM
EXEMPLES DE QUESTIONS ÉVALUATIVES
POUR LES CRITÈRES DE COUVERTURE
ET ÉQUITÉ

- Dans quelle mesure les activités du projet touchent-elles la population cible ?
- Quels sont les facteurs empêchant l'accès aux populations les plus vulnérables ?
- Un ou des groupes particuliers sont-ils exclus des services ?
- Y a-t-il un biais qui empêche ou limite l'accès de certains groupes ou minorités aux résultats et effets positifs du projet ?

Innovation

La question de l'innovation, résumée dans le modèle des 4P⁹³ (innovation de produit, de processus, de position, de paradigme), est au cœur des discussions internationales, l'innovation étant vue comme le moyen d'améliorer l'efficacité (et l'efficience) de l'aide.

ZOOM
EXEMPLES DE QUESTIONS ÉVALUATIVES
POUR LE CRITÈRE D'INNOVATION

- L'intervention démontre-t-elle des formes d'innovation :
 - dans les approches ?
 - dans les modalités de mise en œuvre ?
 - dans le paquet technique ?
 - dans l'offre de services ?
- Si le projet est considéré comme un projet pilote sur la thématique ou dans le contexte d'intervention, est-ce que les moyens de valoriser et diffuser les leçons apprises du projet ont été pris en compte ?

Plus généralement, la question que l'on pose dans le cadre d'une évaluation est celle de la **valeur ajoutée de MdM** dans l'intervention évaluée. Cette notion est vaste et finalement peu clairement définie. Nous ne tentons pas de le faire dans ce chapitre et suggérons plutôt que cela fasse l'objet d'une discussion au sein de l'équipe projet, puis avec le comité de pilotage de l'évaluation et l'équipe d'évaluation afin de définir un périmètre commun et spécifique au contexte du projet, qui puisse être examiné dans le cadre de l'évaluation.

93. Le site de l'Humanitarian Innovation Fund présente des ressources intéressantes, à la fois en termes de définition des concepts et d'outils pratiques de suivi et évaluation des innovations <http://www.humanitarianinnovation.org/innovation/types> (en anglais).

4.2D

L'ÉVALUATION AU REGARD DES CONCEPTS ET MÉTHODES COMPLÉMENTAIRES

1/ ÉVALUATION « VS » SUIVI/ MONITORING

Au sens large, le suivi/monitoring se réfère à la surveillance permanente et continue d'une situation, d'une personne, d'un processus, etc. Transposé dans le cadre de projets de santé, ce concept se réfère à l'examen systématique et continu :

- du projet dans son contexte et de ses évolutions : facteurs contextuels, notamment les risques pour le personnel, les usagers et les partenaires mais aussi pour la viabilité du projet, et les acteurs/parties prenantes ;
- des activités (y compris les activités support) ;
- des ressources (financières, humaines, logistiques) ;
- des résultats et effets (santé et services produits).

Ainsi, le système de suivi dans son ensemble renseigne sur l'état d'une situation et son évolution et permet de s'assurer que la mise en œuvre du projet se déroule comme prévu et reste en adéquation avec son contexte. Il permet par exemple de suivre le bon déroulement des activités, l'identification de nouvelles opportunités d'action, etc.

ZOOM
DISTINCTION ET COMPLÉMENTARITÉ ENTRE LE SUIVI/MONITORING ET L'ÉVALUATION

Suivi/monitoring	Évaluation
Fréquence	
Processus continu (périodicité du recueil variable : hebdomadaire, mensuelle, trimestrielle...).	Ponctuelle (le plus souvent 1 à 2 fois dans la vie d'un projet humanitaire).
Périmètre (scope)	
Détermine si le déroulement du projet va permettre de produire les résultats souhaités.	Apprécie si les stratégies et les objectifs ont été bien choisis; si le déroulement du projet a permis de produire les effets souhaités.
Utilité	
Permet de suivre les progrès, d'alerter en cas d'écarts et d'identifier les actions correctrices nécessaires à l'atteinte des résultats et objectifs du projet.	En début de projet, permet d'établir une <i>baseline</i> ; en cours et en fin de projet, permet de juger des changements provoqués par l'intervention à plus ou moins long terme et de tirer des enseignements et de rendre compte.
Conduit(e) par	
Acteurs directement impliqués dans la gestion du projet.	Spécialistes de l'évaluation (internes ou externes/indépendants).
Utilisateurs des résultats	
Équipes projets responsables de la mise en œuvre.	Équipes projets, décideurs et bailleurs impliqués dans l'élaboration de stratégies politiques et opérationnelles.

S'il est important de faire la distinction entre évaluation et suivi/monitoring, il faut garder en tête qu'évaluation et suivi/monitoring se nourrissent l'un l'autre et qu'il est difficile de faire une bonne évaluation sans un bon système de suivi/monitoring, c'est en effet un élément essentiel pour nourrir les résultats

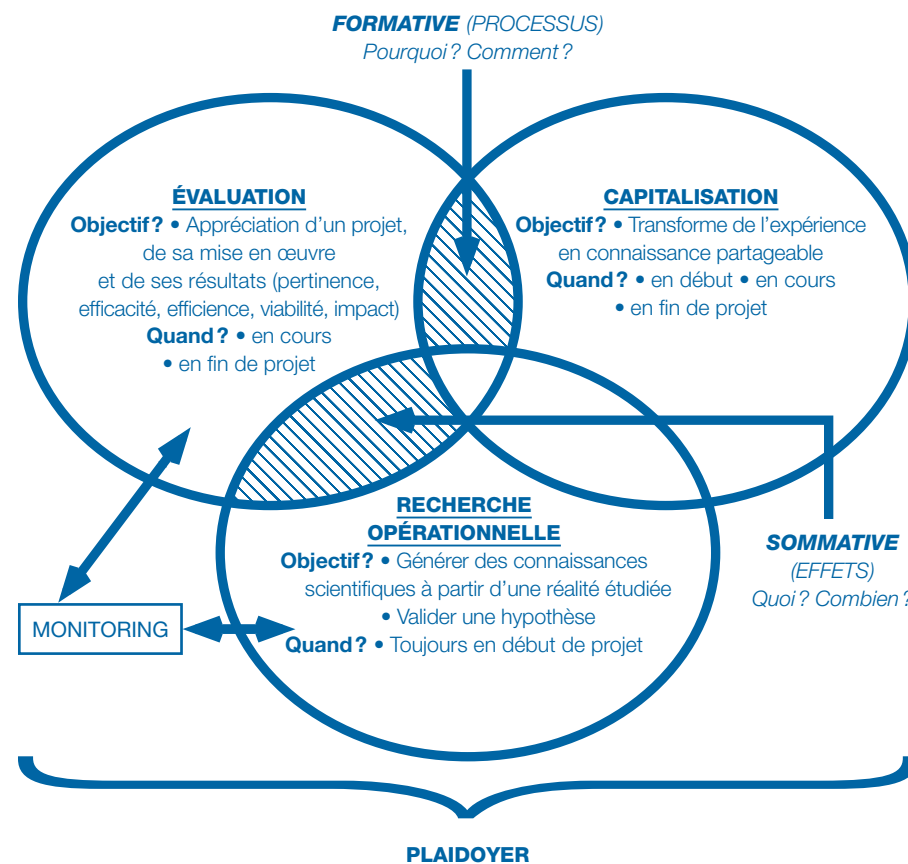
d'une évaluation, même si ce n'est pas la seule source de données. À l'inverse, c'est à partir des analyses du suivi/monitoring que l'on peut décider de commanditer une évaluation pour, par exemple, creuser plus précisément certains points.

2 / ÉVALUATION « VS » CAPITALISATION ET RECHERCHE OPÉRATIONNELLE

On voit sur le schéma ci-contre que s'il y a des superpositions entre évaluation, capitalisation et recherche opérationnelle, chacun de ces champs a également son espace propre.

1. L'évaluation cherche à établir une comparaison entre une situation souhaitée et une situation constatée avec la formulation d'un jugement sur la valeur de l'action. Elle s'intéresse aux effets de l'action. Elle a deux objectifs principaux : l'apprentissage et la redevabilité. Elle s'appuie sur des méthodes très diverses; le plus souvent sur la base des critères de l'OCDE/CAD : pertinence, efficacité, efficience, viabilité, impact.

2. La recherche opérationnelle est une analyse scientifique d'un processus ou d'une intervention spécifique, utilisée pour la prise de décisions. Elle cherche à générer des connaissances scientifiques



à partir d'une réalité opérationnelle étudiée. Elle est de nature prospective, les analyses ultérieures ayant pour objectif de vérifier ou rejeter une hypothèse de recherche. Elle est rigoureusement encadrée par un protocole et est soumise à validation éthique par les autorités compétentes.

de l'évaluation, celle qui a pour objectif principal l'apprentissage. C'est le cas notamment dans la littérature anglo-saxonne qui ne distingue pas la capitalisation (ou systématisation) comme une discipline à part entière.

3. La capitalisation cherche à conceptualiser des pratiques en vue de les améliorer, à reconstruire et réfléchir sur l'expérience afin d'en tirer les éléments d'apprentissage (production intentionnelle et collective de connaissances). C'est le processus de transformation « de l'expérience à la connaissance partageable ». (Pierre De Zutter, 1994). La capitalisation a en commun avec la recherche que ce sont toutes deux des processus de connaissance. La capitalisation, sans être strictement de la recherche, est une forme de recherche qui cherche à conceptualiser des pratiques.

Malgré les similitudes qui existent entre la recherche opérationnelle, la capitalisation et l'évaluation – toutes trois consistent en une analyse d'une expérience qui vise notamment à améliorer nos pratiques –, elles diffèrent, tant en termes d'objectif que de méthode.

Les trois approches sont complémentaires et leur articulation peut être tout à fait pertinente. Cependant, elles ne sont pas interdépendantes et peuvent être mises en place de façon indépendante. Un travail de capitalisation peut se faire sans qu'il y ait systématiquement une phase d'évaluation,⁹⁴ une recherche opérationnelle ne nécessite pas forcément de capitalisation, etc.

À NOTER /
La capitalisation peut être considérée comme une branche

ZOOM
LIENS ENTRE CAPITALISATION, RECHERCHE ET ÉVALUATION⁹⁵

Capitalisation	Recherche	Évaluation
Objet d'étude		
Une pratique sociale ou une expérience d'intervention dans laquelle on a joué un rôle protagoniste.	Un aspect ou une dimension de la réalité sociale face à laquelle le chercheur se positionne de l'extérieur (recherche fondamentale) ou à l'intérieur (recherche opérationnelle).	Les résultats et réussites d'un projet avec une perspective extérieure au processus.

94. Villeval P., « Évaluation & Capitalisation : deux démarches complémentaires pour renforcer la qualité de nos actions », Handicap International, mai 2003.

95. "Guía Metodológica de Sistematización", Programa Especial para la Seguridad Alimentaria PESA en Centroamérica, FAO, <http://www.pesacentroamerica.org>.

Intérêt principal		
Décrire le processus, expliquer la façon d'agir, faire une analyse des effets de l'intervention sur la population, les rapports générés entre les différents acteurs du processus, les facteurs qui ont joué dans la réussite ou le manque de réussite.	Vérifier ou rejeter l'hypothèse, clarifier des suppositions, analyser et décrire des faits, expliquer des relations cause-effet.	Mesurer les résultats obtenus, l'atteinte des objectifs, l'adéquation des méthodes, l'efficacité dans l'usage des ressources, l'impact provoqué/ obtenu.
Objectif		
Apprendre de l'expérience afin d'améliorer la pratique.	Générer des connaissances scientifiques à partir d'une réalité étudiée.	Recommander des modifications et proposer des améliorations.

3 / ÉVALUATION « VS » SUPERVISION

La supervision s'intéresse aux compétences individuelles dans le cadre de pratiques professionnelles, elle s'adresse à des personnes, aux niveaux individuel ou collectif. Elle vise le maintien ou l'amélioration des compétences professionnelles, en vue de fournir des services de qualité⁹⁶. Il existe deux façons d'envisager la supervision : alors que la supervision « traditionnelle » tend à mettre l'accent sur l'inspection et la détection de mauvaises pratiques, la supervision « formative » vise plutôt l'empowerment et l'accompagnement continu des personnes dans leur environnement professionnel.⁹⁷

L'évaluation, telle qu'elle est définie dans ce chapitre, ne s'intéresse pas aux personnes mais aux projets. Si les ressources humaines sont une dimension de l'évaluation, ce n'est pas pour questionner les compétences individuelles mais pour évaluer certaines dynamiques collectives. Par exemple, il s'agit de comprendre quels sont les facteurs qui concourent à l'atteinte d'un partenariat efficace; quelles sont les relations nouées au moment du projet et qui ont permis sa pérennité dans le temps; etc.

4 / ÉVALUATION « VS » CONTRÔLE ET AUDIT

Le contrôle, traduction du mot anglais *control*, a pour but la maîtrise (et non la vérification) des activités organisationnelles. Le contrôle de gestion

96. Fontaine, D., Beyragued, L. et Miachon, C., « Référentiel commun en évaluation des actions et programmes, santé et social », Lyon ERSF, 2004/05.

97. OMS, « Ligne directrice pour la mise en œuvre de la supervision formative », 2003.

renvoie, dans sa fonction traditionnelle, à tous les processus de prévision, de suivi et de reporting budgétaire. Le contrôle interne a pour but d'identifier et de limiter les risques organisationnels (respect des procédures, existence des documents, etc.). Le contrôle est une activité de suivi (suivi budgétaire, respect des procédures, etc.) qui permet de déterminer si ce qui était prévu (stratégie financière, respect de procédures, etc.) va être atteint et permet d'alerter en cas de dérives et d'identifier les actions correctrices nécessaires.

L'audit permet de s'assurer de la fiabilité des informations transmises par une vérification sur place et sur pièces. Le plus souvent, il s'agit de s'assurer de la conformité des informations financières (audit financier), mais l'audit peut aussi porter sur d'autres dimensions, par exemple les « opérations » (audit opérationnel). L'audit permet de qualifier des états financiers ou processus opérationnels et de juger l'exactitude des informations.

L'audit et l'évaluation sont tout deux des activités ponctuelles qui visent à émettre un jugement. Alors que l'audit s'intéresse à l'exactitude des informations transmises, l'évaluation interroge les logiques sous-jacentes d'un projet.

EN RÉSUMÉ

LES POINTS CLÉS POUR COMPRENDRE CE QU'EST UNE ÉVALUATION

→ Il existe quatre types principaux d'évaluation :

- **l'évaluation formative ou de processus**, qui compare le déroulement effectif du projet avec ce qui était prévu, analyse la dynamique globale du projet et répond aux questions « pourquoi » et « comment » ;
- **l'évaluation sommative ou des effets**, qui mesure l'efficacité de l'intervention et répond aux questions « quoi » et « combien » ;
- **l'évaluation d'impact**, qui s'intéresse à l'ensemble des effets/conséquences d'une intervention sur son environnement au sens le plus large ;
- la **méta-analyse ou évaluation thématique**, qui procède à des analyses transversales sur un plus grand nombre de projets.

→ **Des critères d'évaluation standardisés** conçus par l'OCDE (pertinence/caractère approprié ; efficacité ; efficience ; viabilité/interdépendance ; impact) sont utilisés pour structurer la démarche d'évaluation et se déclinent sous forme de questions évaluatives contextualisées.

→ **Des critères additionnels** peuvent également être utilisés : dimension partenariale, coordination, couverture/équité.

→ **Évaluation et suivi/monitoring** sont distincts et complémentaires.

→ **Évaluation, capitalisation et recherche opérationnelle** ont des périmètres qui se recoupent parfois, mais ils se distinguent dans leurs objectifs ou leurs méthodes.



ENCADRER UNE ÉVALUATION EN 10 ÉTAPES

➤ La première partie de ce chapitre a donné les éléments de compréhension nécessaires pour comprendre les enjeux liés à l'évaluation et les principaux fondements conceptuels et méthodologiques qui sous-tendent une démarche d'évaluation. La deuxième partie du chapitre aborde la dimension pratique et donne les éléments nécessaires pour encadrer et accompagner un processus d'évaluation.

Le processus d'évaluation ne se limite pas au temps passé sur le terrain par l'équipe d'évaluation. L'équipe projet (commanditaire) est fortement mobilisée, en amont et aval de la phase terrain de l'évaluation, comme le résume le tableau page suivante.

LES 10 ÉTAPES DE L'ÉVALUATION

Étapes		Responsabilité	
		Commanditaire	Évaluateur
1	Planifier l'évaluation	×	
2	Budgéter l'évaluation	×	
3	Mettre en place le comité de pilotage	×	
4	Élaborer les TdR	×	
5	Sélectionner l'équipe d'évaluation	×	
6	Phase de préparation : passer en revue les documents et rédiger la note de cadrage		×
7	Phase de terrain : collecter et analyser les données	×	×
8	Phase de rédaction : rédiger, commenter et approuver le rapport final provisoire	×	×
9	Phase de diffusion : présenter et diffuser les résultats et les recommandations	×	
10	Assurer le suivi des recommandations	×	

4.3A

ÉTAPE 1 : PLANIFIER L'ÉVALUATION

1/ CLARIFIER SON BUT PRINCIPAL : REDEVABILITÉ OU APPRENTISSAGE

Si le plus souvent le bailleur est à l'initiative d'une évaluation externe, l'évaluation d'un projet peut se faire à l'initiative d'une équipe projet (commanditaire).

La première étape de la planification d'une évaluation consiste à se demander pourquoi l'on souhaite évaluer. Y a-t-il un réel besoin d'évaluer ? Que souhaite-t-on obtenir avec l'évaluation ?

Certaines conditions doivent être réunies. Ainsi, il est préférable de ne pas évaluer :

- si les principaux acteurs ne sont pas particulièrement motivés, voire refusent l'évaluation (risque élevé, avant même le démarrage de l'évaluation, d'une non-appropriation des recommandations ou de refus de changements dans le projet) ;
- si les conditions d'accès aux terrains et à la population sont telles que les coûts engagés pour l'évaluation dépassent dans une proportion raisonnable

ceux engagés sur le projet (principe de proportionnalité) ;

- si le projet ne dispose pas des éléments indispensables à la conduite d'une évaluation : documents de projets, cadres de référence et systèmes de suivi.

À NOTER /
Avant toute chose, il convient de vérifier que le projet que l'on décide d'évaluer est réellement évaluable, a fortiori si l'évaluation est contractuelle. Il s'agit de s'attacher à mettre en place les conditions nécessaires à la mise en œuvre d'une évaluation.

Une évaluation est particulièrement importante dans le cas de⁹⁸ :

- projets à gros volumes financier et d'activité ;
- projets à forte complexité technique ou approche innovante ;
- projets à potentiel de réplication ou mise à l'échelle ;
- développement d'une nouvelle stratégie ;
- demande des parties prenantes, y compris les bailleurs de fonds.

98. Pour plus de détails, se référer à la politique d'évaluation de MdM.

Cette première étape de clarification consiste notamment à décider si l'on accorde plus d'importance au but de redevabilité ou d'apprentissage : cela a des implications sur le type de méthodes utilisées, sur le profil des évaluateurs choisis, sur la temporalité de l'évaluation.

Quel que soit le but principal d'évaluation choisi, il est important que la demande d'évaluation soit partagée par les acteurs clés. En effet, une évaluation ne sert à rien s'il n'y a pas un réel besoin de connaissances à propos d'un projet, une volonté d'amélioration du projet. Il s'agit donc avant toute chose de s'assurer que l'équipe projet est prête à remettre en question ses pratiques et ses conceptions, en d'autres termes, qu'elle est prête au changement.

ZOOM CONSTRUIRE LA DÉMARCHE D'ÉVALUATION AVEC L'ÉQUIPE PROJET

Dès le stade de la planification de l'évaluation, il est important de construire la démarche d'évaluation de façon participative avec l'équipe projet⁹⁹. Cela passe par un travail interne de préparation : discussion en équipe sur ce que l'on souhaite obtenir de l'évaluation ; réponse aux interrogations et préoccupations de l'équipe ; mise à jour de la documentation du projet. Il s'agit de prendre en considération les valeurs, les points de vue, les intérêts et les attentes, des membres de l'équipe à toutes les étapes du processus d'évaluation¹⁰⁰.

99. Ou avec d'autres parties prenantes dans le cas d'une évaluation stratégique ou transversale par exemple.

100. Fontaine, D., Beyragued, L. et Miachon, C., « Référentiel commun en évaluation des actions et programmes, santé et social », Lyon ERSP, 2004/05.

Au vu des renouvellements d'équipes (*turnover*) inévitables sur les projets, il convient donc de s'assurer que la démarche d'évaluation est rediscutée et partagée régulièrement.

Les utilisateurs prévus sont plus susceptibles de mettre en œuvre les résultats s'ils se sont approprié le processus et les résultats de l'évaluation¹⁰¹. Une communication fréquente tout au long de l'évaluation peut également aider à cela.

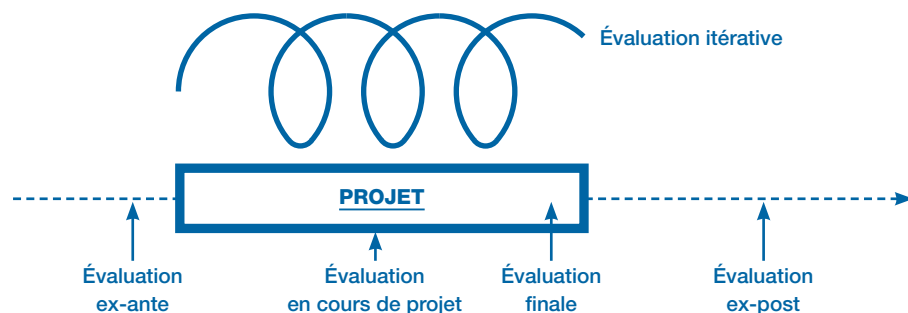
A minima, il s'agit donc que soient partagés entre les différents acteurs :

- les objectifs de l'évaluation ;
- les critères de l'évaluation ;
- la méthodologie et le processus d'évaluation.

2/ CHOISIR LA TEMPORALITÉ DE L'ÉVALUATION

Une fois ce but principal d'évaluation clarifié, il convient de s'interroger sur le moment dans la vie du projet qui est le plus pertinent pour y répondre. Chacune des temporalités présente des avantages et des inconvénients. La situation la plus fréquente porte notamment sur le choix entre évaluation en cours de projet et évaluation finale : faire l'évaluation assez tôt dans la vie du projet permet d'apporter les correctifs nécessaires et d'adapter les stratégies d'intervention le cas échéant, mais la faire plus tard

101. Buchanan-Smith, M. et Cosgrave, J., « Évaluation de l'action humanitaire », guide pilote, Étude Alnap. Londres : Alnap/ODI, 2013.



permet de rassembler les éléments de résultats obtenus pendant le projet.

De façon plus précise, le calendrier de l'évaluation doit être soigneusement réfléchi. Il s'agit notamment de s'assurer par exemple : que l'équipe est disponible pour l'évaluation et qu'elle n'est pas mobilisée par d'autres dossiers stratégiques ou chronophages ; que la phase terrain de l'évaluation n'intervient pas en même temps qu'une visite du siège, de partenaires ou de journalistes ; que l'évaluation se déroule avant une revue de programme ou un atelier de redéfinition de la stratégie de projet, etc.

L'évaluation ex-ante

L'évaluation ex-ante consiste en l'analyse d'un contexte avant le démarrage du projet (mission exploratoire, diagnostic initial). Elle permet en outre l'établissement d'une **baseline**. Elle est développée dans le chapitre Diagnostic de ce guide.

L'évaluation en cours de projet

L'évaluation en cours de projet est réalisée lors de changements importants tels qu'une modification du contexte ou l'émergence de nouveaux besoins. Elle peut également avoir été planifiée

– lors de la phase de programmation ou pour répondre à une demande bailleur – à un moment défini du projet, pour s'assurer que celui-ci est toujours cohérent au regard de ses objectifs initiaux. Elle permet le recentrage du projet et en constitue une étape charnière.

L'évaluation itérative

Le Groupe URD définit l'évaluation itérative comme étant un processus dynamique d'évaluation et d'accompagnement pour l'amélioration des pratiques dans un contexte changeant. L'évaluation itérative est constituée d'une série d'évaluations menées à des phases charnières d'un projet dans le but de renforcer la capacité d'un projet à s'adapter aux évolutions du contexte, de permettre une meilleure capitalisation et utilisation des leçons apprises et d'assurer la qualité du projet. Elle est caractérisée par une approche participative qui favorise l'échange d'expériences entre les parties prenantes du projet et le renforcement de leurs capacités¹⁰².

L'évaluation finale

Comme son nom l'indique, elle est réalisée en fin de projet, et permet de voir non

¹⁰². <http://www.urd.org/Evaluation-iterative-du-Projet>, dernier accès le 24/2/2015.

seulement dans quelle mesure le projet a atteint ses objectifs, mais également si le projet était en adéquation avec sa logique sous-jacente, les valeurs qu'il voulait porter, les changements qu'il voulait atteindre.

→ Les résultats de l'évaluation doivent pouvoir être utiles, et ne doivent donc pas arriver trop tard pour la prise de décision.

À NOTER /

Il est préférable de ne pas attendre que le projet soit effectivement terminé pour conduire l'évaluation finale : en effet, l'équipe d'évaluation a besoin de soutien logistique d'une part, et de pouvoir rencontrer les différents acteurs, ce qui est plus difficile si le projet est fini.

L'évaluation ex-post

Cette évaluation est réalisée quelques années après la fin du projet pour évaluer son impact, la pérennisation des changements produits par le projet. Elle ne doit pas nécessairement être menée par des intervenants externes. Comme pour les autres types d'évaluation, il faut prévoir ce type d'évaluation dès la conception du projet.

À NOTER /

- Une planification anticipée est essentielle pour la qualité des évaluations :
- elle permet de provisionner des ressources financières suffisantes ;
- elle optimise les chances pour que la meilleure équipe d'évaluation soit disponible au moment souhaité.
- L'évaluation doit être conçue et commanditée au moins 6-12 mois avant sa mise en œuvre souhaitée.

4.3B

ÉTAPE 2 : BUDGÉTER L'ÉVALUATION

➤ Les coûts d'une évaluation sont à mettre en rapport avec le degré de complexité de l'évaluation et le degré d'expertise requis.

Le montant prévisionnel d'une évaluation se calcule à partir des éléments suivants :

- honoraires, assurance et per diem (si frais de vie non pris en charge par MdM);
- transport international et national;
- hébergement; (si non pris en charge par MdM)
- interprète;
- frais de réunions et ateliers (location de salle);
- frais de communication;
- frais de production du rapport (traduction, mise en page, impression, etc.);
- autres (à préciser).

L'un des principaux coûts d'une évaluation est le nombre total de jours de consultance externe¹⁰³. Plus les objectifs de la consultance sont complexes, plus il faut prévoir un nombre de jours important, et un ou des évaluateur(s) expérimenté(s).

Établir un budget d'évaluation revient donc principalement à calculer le nombre de jours de consultance nécessaires.

¹⁰³ Les honoraires des consultants internationaux se situent en règle générale entre 200€/j pour des consultants juniors et jusqu'à 1 000€/j pour des consultants seniors. À MdM, le plafond autorisé est fixé à 450€/j.

ZOOM ESTIMER LES DÉLAIS

0. Phase de définition et sélection

- Prévoir entre 3 et 4 semaines minimum pour les allers-retours nécessaires pour rédiger les TdR.
- Prévoir entre 2 et 3 semaines minimum entre la publication d'un appel à manifestation d'Intérêts (AMI) et la réception des candidatures.
- Prévoir entre 1 et 2 semaines minimum pour l'examen des candidatures.
- Prévoir entre 3 et 4 semaines minimum entre l'envoi des TdR et la réception des propositions techniques et financières.
- Prévoir entre 1 et 2 semaines minimum pour la notation des propositions.

Afin de comptabiliser le nombre de jours nécessaires pour la consultance, les points de repère suivants peuvent être utilisés :

1. Phase de préparation (revue des documents et briefings)

- Compter 1 jour de préparation pour 3 jours de terrain (exemples : 5 jours de préparation pour 15 jours de terrain; 8 jours de préparation pour 25 jours de terrain) répartis sur 2 à 3 semaines en moyenne.

2. Phase de terrain (recueil des données et analyse)

- Compter 0,5 jour pour réaliser un focus group, 2 heures pour un entretien; compter 2 à 3 fois plus de temps pour traiter les informations issues des focus groups et entretiens. En moyenne à MdM, les phases terrain des évaluations durent 2 à 4 semaines.

3. Phase de rédaction du rapport final provisoire

- Compter 1 jour d'analyse/rédaction pour 2-3 jours de terrain (exemples : 5-7 jours de rédaction pour 15 jours de terrain; 9-11 jours de rédaction pour 25 jours de terrain) répartis sur 3 à 4 semaines en moyenne.

4. Phase de restitution et finalisation

- Prévoir entre 3 et 4 semaines minimum pour la relecture du rapport final provisoire et la mise en commun des commentaires des membres du comité de pilotage.
- Compter 4 à 8 jours, répartis sur 1 à 2 semaines minimum, pour la réintégration par le(s) consultant(s) des commentaires du comité de pilotage.
- Prévoir entre 1 et 2 semaines pour la relecture du rapport final définitif par les membres du comité de pilotage.
- Prévoir 1 à 5 jours pour les restitutions et discussions : avec l'équipe projet,

avec les équipes du siège, avec des partenaires locaux, nationaux, voire internationaux, avec le(s) bailleur(s). Ces restitutions peuvent prendre des formes différentes, allant jusqu'à l'organisation d'ateliers réunissant l'ensemble des acteurs et partenaires.

À NOTER /

Dans l'estimation des délais de la phase terrain ou phase de collecte de données, il est important de ne pas négliger les temps de transport d'une localité à l'autre. Par ailleurs, il est important de prévoir des temps de respiration, c'est-à-dire des temps d'analyse entre des séries d'entretiens et de focus groups. L'évaluateur doit pouvoir prendre du recul en cours de phase terrain sur les informations qu'il a pu collecter, afin de pouvoir affiner et compléter.

À NOTER /

Au total, le délai nécessaire entre le lancement d'une consultance et la réception du rapport final définitif varie entre 22 et 34 semaines. Si l'on compte le temps de discussion dédié à définir le but principal de l'évaluation et les temps de restitution qui interviennent après la remise du rapport final, cela signifie que le processus d'évaluation dure entre 6 et 12 mois. Plus on anticipe, plus on se donne les moyens d'attirer les consultants expérimentés dont l'agenda de travail est rempli au moins 6 mois à l'avance.

4.3C

ÉTAPE 3 : CONSTITUER LE COMITÉ DE PILOTAGE

➤ Une fois prise la décision d'évaluer, il convient de constituer un **comité de pilotage**. Au minimum, ce comité réunit plusieurs membres de l'équipe projet (terrain, siège); un membre de l'équipe technique (réfèrent médical, réfèrent thématique). Il est important de réfléchir à la composition du comité de pilotage au vu de la diffusion que l'on souhaite faire des conclusions et recommandations de l'évaluation.

1 / COMPOSITION

Il est préférable que le comité soit composé d'un nombre impair de personnes.

Parmi les membres du comité de pilotage, une personne est identifiée pour en assumer la coordination et servir de point focal aux évaluateurs (c'est le responsable de l'évaluation)¹⁰⁴. On recommande :

→ 3 personnes pour une évaluation de petite ampleur et ne comportant pas d'enjeux majeurs (par exemple, le responsable de desk,

le coordinateur général ou coordinateur projet du projet concerné, et le responsable de mission ou réfèrent médical) ;

→ 5 personnes pour une évaluation plus complexe ou devant donner lieu à des recommandations stratégiques pour le projet (par exemple, le responsable de desk, le coordinateur général ou coordinateur projet du projet concerné, le responsable de mission, le réfèrent médical ou réfèrent thématique, et le conseiller en évaluation).

→ 7 personnes ou plus pour une évaluation de grande envergure ou comportant des enjeux pour l'organisation dans son ensemble (il s'agira là d'inclure en plus des personnes citées précédemment

des membres du conseil d'administration et un ou plusieurs directeurs).

L'enjeu principal consiste à bien planifier l'ensemble du processus d'évaluation afin que les membres du comité de pilotage puissent se rendre disponibles pour les échéances déterminées.

À NOTER /

Selon les objectifs d'évaluation, il peut être très pertinent d'inclure dans le comité de pilotage une personne travaillant sur un projet similaire dans un autre contexte. Cela donne en effet un regard très complémentaire, tout en restant extérieur au projet évalué.

2 / RÔLE

Le comité de pilotage a un rôle très important dans l'orientation de l'évaluation. Il doit :

- valider le calendrier de l'évaluation, c'est-à-dire les grandes échéances, y compris les échéances de restitution ;
- valider les termes de référence de l'évaluation (étape 4) ;
- sélectionner l'équipe d'évaluation (étape 5) ;
- participer à la réunion de briefing/cadrage avec l'évaluateur (étape 6) ;
- lire et commenter le rapport final provisoire (étape 8), puis le rapport final définitif ;
- remplir la fiche « Appréciation de l'évaluation »
- contribuer activement à la diffusion des produits et conclusions de l'évaluation (phase 9) ;
- suivre la mise en œuvre des recommandations (phase 10)¹⁰⁵.

¹⁰⁴. C'est cette personne qui a la responsabilité de mettre en œuvre la procédure de prestation de services intellectuels.

¹⁰⁵. Il est également possible à ce stade d'inclure d'autres personnes dans le comité de pilotage, voire de constituer un comité spécifique pour le suivi des recommandations.

4.3D

ÉTAPE 4 : ÉLABORER LES TERMES DE RÉFÉRENCE (TDR)

➤ Les **termes de référence** sont un élément clé de l'évaluation : c'est en effet l'outil qui permet aux différents acteurs impliqués d'élaborer une compréhension commune des objectifs et finalités de l'évaluation.

Le processus d'élaboration des TdR doit être aussi inclusif et participatif que possible. À cette étape, l'évaluateur n'intervient pas, il n'est pas encore sélectionné, mais l'on verra ultérieurement qu'il y a une étape de négociation des termes de référence avec l'évaluateur sélectionné.

En premier lieu, le comité de pilotage est chargé de définir les objectifs et la portée ou périmètre (**scope**) de l'évaluation. Puis il s'agit de déterminer de façon précise quels critères d'évaluation on souhaite aborder ; quelles sont les questions auxquelles on souhaite que l'évaluation réponde ; quand l'évaluation doit prendre place ; quelle serait l'équipe d'évaluation idéale (externe, interne, mixte, etc.) ; quel budget on peut dégager pour cette évaluation, etc.

ZOOM ÉLÉMENTS ESSENTIELS DES TERMES DE RÉFÉRENCE D'UNE ÉVALUATION

- la présentation du contexte et du projet ;
- les objectifs de l'évaluation (**Pourquoi** et **Pour qui** évaluer) ; portée et utilisateurs
- les critères de l'évaluation (**Quoi** évaluer) ;
- les préférences méthodologiques (**Comment** évaluer) ;
- le calendrier (**Quand** évaluer) ;
- les productions et restitutions attendues et leur format ;
- le budget disponible pour l'évaluation ;
- les compétences requises

pour mener la mission d'évaluation (**Qui** évalue ?) ;
→ le dossier de candidature.

1/ PRÉSENTATION DU CONTEXTE ET DU PROJET

En quelques paragraphes, il s'agit ici de préciser le contexte général dans lequel s'est déroulé le projet, ainsi que les objectifs, résultats attendus, principales activités, budget et chronogramme du projet.

À NOTER /
C'est sur la base des termes de référence uniquement que les candidats préparent leur proposition. Il est donc important qu'il y ait suffisamment d'informations sur le contexte et sur le projet pour leur permettre de préparer au mieux leurs questions et méthodologie d'évaluation. Faute d'informations suffisantes, le risque est que les propositions reçues soient trop vagues et rendent la sélection de l'équipe d'évaluation difficile.

2 / OBJECTIFS ET FINALITÉS DE L'ÉVALUATION

But principal

Il s'agit ici d'explicitier si le but principal de l'évaluation est l'apprentissage ou la redevabilité.

Ce paragraphe doit restituer brièvement les réflexions qui ont conduit à privilégier l'un ou l'autre but, et justifier en quoi on considère que l'évaluation est la meilleure façon d'atteindre les objectifs définis. Par exemple, dans un but d'apprentissage, pourquoi on considère, dans ce cas précis, qu'une évaluation est plus appropriée qu'une capitalisation.

Périmètre de l'évaluation

Quelle est la portée de l'évaluation : quel périmètre géographique, temporel, programmatique couvre-t-elle (par exemple, certains sites ou l'ensemble des sites, certains volets ou l'ensemble du projet, etc.) ?

Utilisateurs de l'évaluation

Il convient de préciser l'origine de la demande d'évaluation : qui demande l'évaluation et dans quelles circonstances ?

À NOTER /
L'évaluateur doit comprendre les raisons pour lesquelles l'évaluation a été demandée car cela influence les méthodologies choisies ainsi que l'organisation de son travail.

Il faut aussi préciser comment les résultats seront utilisés et qui seront les utilisateurs de l'évaluation (des acteurs internes ou externes ? par exemple : les autorités sanitaires nationales, des partenaires nationaux ou internationaux, le bailleur, les décideurs du siège ou les acteurs du projet, etc.).

3 / CRITÈRES DE L'ÉVALUATION ET QUESTIONS ÉVALUATIVES

Il est important d'être ici au clair sur les différentes dimensions que l'on souhaite évaluer, et de donner des questionnements précis et spécifiques au projet. Afin d'être aussi complet que possible et de croiser les regards et attentes, il est utile de demander à chacun des membres du comité de pilotage de lister ses propres questions (qui peuvent ensuite être réorganisées parmi les différents critères). Tous les critères ne sont pas évalués à chaque fois : il convient au contraire de bien réfléchir à ceux que l'on veut traiter prioritairement et, le cas échéant, d'expliquer ce choix au bailleur qui pourrait avoir des préférences en termes de critères d'évaluation.

À NOTER /
Dans le cadre des projets de MdM, ce sont généralement les critères de pertinence, efficacité, viabilité et partenariat qui sont choisis.

On ne revient pas ici sur l'importance des questions évaluatives qui guident tout le travail des évaluateurs.

À NOTER /
Il est important d'être suffisamment précis sur les différentes dimensions/critères que l'on souhaite évaluer et soumettre des questions évaluatives précises

et spécifiques. Plus les questions posées sont générales, plus le risque que les réponses de l'évaluateur soient générales est élevé.

4 / PRÉFÉRENCES MÉTHODOLOGIQUES

Méthodes quantitatives/qualitatives

Il s'agit ici d'indiquer des préférences méthodologiques, c'est-à-dire les modalités de recueil de données ou encore la combinaison de méthodes quantitatives/qualitatives souhaitées (visites de sites, discussions avec équipes ou partenaires, questionnaires, ateliers de travail, etc.). Les candidats à l'évaluation devront ensuite, dans leur proposition technique, présenter la méthodologie qu'ils souhaitent mettre en œuvre afin de répondre aux questions de l'évaluation.

À NOTER /
Il est recommandé de ne pas être trop précis dans les indications méthodologiques. D'une part, car, si on ne les maîtrise pas, elles peuvent être erronées; d'autre part, car, étant attendu des candidats qu'ils fassent une proposition méthodologique, c'est aussi sur la qualité des propositions méthodologiques que l'on jugera des candidatures.

Documents et personnes clés

À l'inverse, les termes de référence doivent préciser la documentation à consulter et les personnes et institutions à rencontrer pendant la mission d'évaluation. Être précis en termes de nombre et de types de documents et d'acteurs permet aux évaluateurs d'estimer leur charge de travail et de quantifier le nombre de jours de consultance.

À NOTER /
Il s'agit de veiller à ne pas noyer l'évaluateur sous les documents ou le nombre de personnes à rencontrer. Mieux vaut se limiter à l'essentiel et laisser les évaluateurs formuler des demandes complémentaires s'ils en ressentent le besoin au cours de leur mission.

5 / CALENDRIER

Les TdR doivent préciser la période pendant laquelle l'évaluation doit et peut être faite : jour de démarrage possible ; date maximum de remise du rapport final ; période à laquelle la phase de terrain peut se dérouler en fonction de la disponibilité des interlocuteurs (élections, congés ou fêtes), de l'accessibilité des sites (saison des pluies, des récoltes) ; dates de restitution envisagées.

À NOTER /
Il faut toujours prévoir une marge dans le rétroplanning que l'on élabore : en effet, des imprévus peuvent survenir non seulement du côté de l'équipe

d'évaluation, du côté de l'équipe sur le terrain, mais aussi du côté des membres du comité de pilotage.

6 / PRODUCTIONS ET RESTITUTIONS ATTENDUES

Produits livrables

Les TdR doivent préciser quels produits livrables sont attendus au cours de la mission d'évaluation. Habituellement, les principaux livrables attendus sont :

- la note de cadrage rédigée par l'équipe d'évaluation à la fin de la phase de préparation ;
- le rapport final provisoire rédigé à l'issue de la phase de terrain. MdM dispose ensuite de quelques semaines à compter de la réception du rapport final provisoire pour émettre ses commentaires et observations.
- le rapport final définitif qui intègre ces commentaires et remarques issus des échanges et discussions.
- une présentation PowerPoint, ou tout autre support créatif, servant de support à une restitution.

Il peut y avoir également des notes intermédiaires (par exemple, compte rendu de visites terrain ou de réunions).

On peut également souhaiter différentes versions d'un même produit, par exemple une version externe abrégée destinée à être diffusée largement auprès des parties prenantes, et une version interne destinée à susciter la réflexion et les discussions dans l'organisation.

On peut enfin envisager des formats plus atypiques, comme la vidéo, le montage photo, etc.

À NOTER /

Il convient dans tous les cas de préciser le format de ces productions attendues : la structure, la longueur, les annexes souhaitées, voire même la charte graphique si l'on ne veut pas avoir à reformater les livrables ultérieurement. Il convient également d'envisager des traductions de ces livrables afin qu'elles puissent être diffusées aux acteurs concernés. Enfin, il faut être attentif au fait que plus on demande de livrables, plus il faut un budget important.

Restitutions

On précise ici si l'on souhaite que l'évaluateur fasse une ou plusieurs présentations formelles ; anime des ateliers ; participe à une ou plusieurs sessions de restitution, etc.

Cela suppose d'avoir réfléchi en amont au type de diffusion nécessaire par rapport au type de public.

Il convient également de préciser le calendrier selon lequel ces restitutions sont amenées à se dérouler, certaines pouvant se tenir plusieurs semaines ou mois après la remise du rapport d'évaluation.

7 / ORGANISATION DE LA MISSION D'ÉVALUATION

Dans cette section des TdR, il convient de préciser :

- le soutien logistique et administratif éventuellement apporté par l'équipe de terrain à l'équipe d'évaluation (par exemple les prises de rendez-vous, l'identification d'interprètes, les réservations d'hôtel, etc.) ;
- les équipements et moyens de communication qui peuvent être mis à disposition (véhicule, imprimante, téléphone Thuraya, vidéoprojecteur, malle d'urgence, etc.) ;
- les règles et procédures de sécurité qui s'appliquent à l'équipe d'évaluation (autorisation des déplacements, contacts réguliers, etc.)
- le reporting et les points d'étape éventuels avec le point focal de l'évaluation sur le terrain ou le comité de pilotage.

À NOTER /

Même si l'équipe d'évaluation est composée de consultants externes, ceux-ci sont tenus de respecter les règles et procédures de sécurité car au-delà de leur sécurité propre, c'est aussi la sécurité de l'ensemble de la mission qu'ils engagent en cas de non-respect.

8 / BUDGET

On donne un ordre de grandeur de l'enveloppe budgétaire disponible, mais les TdR doivent être très clairs sur ce qui est pris en charge sur cette enveloppe budgétaire (par exemple si les billets d'avion, visa, frais de déplacement terrain, logement, nourriture, frais de traduction sont pris sur cette enveloppe budgétaire ou bien pris en charge par MdM).

9 / COMPÉTENCES REQUISES POUR MENER LA MISSION D'ÉVALUATION

Le profil de(s) consultant(s) doit être réfléchi en fonction de chaque évaluation.

En termes de profil, il s'agit de préciser si l'on privilégie :

- un consultant individuel ou une équipe de consultants (une équipe de consultants peut apporter une analyse plus riche mais cela peut-être plus compliqué à gérer en termes d'organisation sur le terrain et plus long, notamment sur la phase de rédaction du rapport) ;
- un évaluateur international (pouvant apporter des éclairages de contextes différents) ou un évaluateur national (pouvant apporter la compréhension du contexte local et la maîtrise de la langue) ;
- un évaluateur homme ou femme (chacun ayant des facilités d'accès propres selon les groupes de populations) ;
- etc.

En termes de compétences, il faut trouver un juste équilibre entre :

- l'expérience en évaluation (maîtrise des méthodologies et gestion de situations sensibles, par exemple relations institutionnelles ou partenariales) ;
- l'expertise technique (dans le domaine de la santé/santé publique par exemple) ;
- l'expertise géopolitique sur une région particulière ;
- l'expérience professionnelle au sein d'ONG (meilleure compréhension des contraintes de terrain et plus grande crédibilité auprès des équipes) ;
- la maîtrise de différentes langues (il peut arriver que les documents clés

- du projet soient rédigés dans une langue mais que les principaux interlocuteurs à rencontrer en parlent une autre) ;
- la connaissance de l'organisation ;
- etc.

À NOTER /

Bien distinguer les critères qui sont requis (par exemple expérience préalable en évaluation) de ceux qui sont souhaités (par exemple connaissance d'une langue locale).

10 / DOSSIER DE CANDIDATURE

Les TdR doivent enfin lister les informations et documents à inclure dans le dossier de candidature. Un dossier d'évaluation comporte deux parties.

La proposition technique

La proposition technique inclut :

- la compréhension des termes de référence (c'est-à-dire la reformulation, avec ses propres mots, de la compréhension du projet, des objectifs de l'évaluation et de l'approche souhaitée) ;
- la méthodologie d'évaluation proposée par l'équipe d'évaluation ;
- la constitution de l'équipe, la répartition des responsabilités entre ses membres, les CV proposés et la disponibilité des membres ;
- le calendrier prévisionnel de la mission ainsi qu'une estimation des charges hommes/jour ;
- les références de deux travaux similaires antérieurs (si ces évaluations ont été rendues publiques, cela permet alors

- d'avoir une idée de la qualité du travail réalisé ou d'en contacter les commanditaires afin d'avoir leurs retours sur le déroulement de la mission d'évaluation);
- une déclaration sur l'honneur attestant de l'absence de conflit d'intérêts.

La proposition financière

- La proposition financière inclut :
- le budget total exprimé toutes taxes comprises (TTC) intégrant la répartition budgétaire (honoraires, frais de vie, transports, interprète, etc.).

À NOTER /

Il est utile de préciser le nombre de pages attendu dans le dossier de candidature (certains dossiers de candidature pouvant aller jusqu'à une centaine de pages...). Un dossier de 10 à 15 pages permet de se faire une idée assez juste de la méthodologie et des approches proposées.

4.3E

ÉTAPE 5 : SÉLECTIONNER L'ÉQUIPE D'ÉVALUATION

1/AVANTAGES ET LIMITES DES DIFFÉRENTS TYPES D'ÉVALUATEURS

La qualité des évaluations dépend largement de la capacité d'identifier le bon évaluateur au bon moment.

Il est important aussi d'être conscient des avantages et limites qu'offre chaque profil d'évaluateur, selon qu'il est interne au projet, interne à l'organisation ou totalement externe.

Les avantages et limites des différents types d'évaluateurs sont synthétisés dans le tableau (*voir pages suivantes*).

2/PROCÉDURES DE SÉLECTION DES ÉVALUA- TEURS EXTERNES

La transparence du processus de sélection de l'équipe d'évaluation est à la fois une responsabilité en termes d'éthique et de redevabilité, et à la fois un facteur apportant de la crédibilité à l'évaluation. « L'acceptation de l'évaluateur, par l'ensemble des parties, tant sur le plan de son expérience professionnelle que sur celui de sa personnalité, est fondamentale pour garantir sa légitimité¹⁰⁶. »

MdM utilise deux approches alternatives pour la sélection des consultants externes¹⁰⁷, définies en cohérence avec les procédures internes et les règles des bailleurs.

¹⁰⁶. Guéneau, M.C., Beaudoux, E., « L'évaluation : un outil au service de l'action », F3E, 1996.

¹⁰⁷. Pour plus de détails pratiques, se référer à la procédure complète de prestation de services intellectuels.

TYPES D'ÉVALUATEURS	AVANTAGES	LIMITES
<p>L'équipe d'auto-évaluation</p>	<p>Dans le cas d'une autoévaluation, les acteurs du projet évaluent eux-mêmes leur intervention.</p> <p>L'avantage de cette méthode est qu'elle suscite l'adhésion des acteurs du projet aux conclusions de l'évaluation, et qu'elle conduit donc à une bonne application des conclusions et recommandations.</p>	<p>Les deux principales limites liées aux autoévaluations sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> → le manque de méthode dans la conduite de l'évaluation ; → (qui peut conduire à) un manque d'objectivité.
<p>L'équipe d'évaluation interne</p>	<p>Dans le cas d'une évaluation interne, l'évaluation est réalisée par un acteur externe au projet mais interne à l'organisation.</p> <p>Une équipe d'évaluation interne présente les avantages de :</p> <ul style="list-style-type: none"> → bien connaître l'organisation, sa culture et ses projets ; → être connue en interne, donc peut-être mieux acceptée lors de la mission d'évaluation ; → garder une forme de distance et de neutralité par rapport au projet (puisque'il n'y a pas d'implication directe dans le projet en question) ; → coûter moins cher ; → proposer des conclusions et recommandations plus adaptées à l'organisation ; → agir comme courroie de transmission dans le partage de connaissances ; → jouer un rôle dans la construction de la mémoire organisationnelle. 	<p>Les principales limites liées à une équipe d'évaluation interne sont de :</p> <ul style="list-style-type: none"> → manquer d'expérience et de formation aux méthodes d'évaluation (qui reposent sur des critères préétablis et une analyse par triangulation de méthodes et données) ; → ne pas disposer du temps suffisant pour mener à bien les missions d'évaluation ; → avoir des difficultés à sortir du fonctionnement de l'organisation pour interroger les situations avec un regard suffisamment distancié et critique ; → être soumise à des pressions ou influences pour orienter certaines conclusions ou recommandations ; → ne pas apporter une crédibilité suffisante par rapport à des interlocuteurs externes.
<p>L'équipe d'évaluation externe</p>	<p>Dans le cas d'une évaluation externe, l'évaluation est réalisée par un acteur totalement externe à l'organisation.</p> <p>Une équipe d'évaluation externe présente les avantages de :</p> <ul style="list-style-type: none"> → maîtriser les méthodes d'évaluation et s'appuyer sur son expérience pour analyser des situations compliquées ; → garantir un certain recul quant à la situation à évaluer, et permettre aux équipes de s'extraire du quotidien ; → se placer dans une position de médiation au sein des équipes ; → être indépendant et moins soumis aux influences ou pressions de l'organisation, concernant notamment la rédaction des conclusions ou recommandations sensibles ; → donner une meilleure crédibilité à l'évaluation, en particulier dans le cas d'évaluations prévues contractuellement avec le bailleur. 	<p>Les principales limites liées à une équipe d'évaluation externe sont de :</p> <ul style="list-style-type: none"> → ne pas connaître l'organisation, sa culture et ses contraintes ; → proposer des conclusions et recommandations qui peuvent ne pas être adaptées à l'organisation ; → coûter plus cher ; → s'autocensurer sur certaines observations et conclusions pour être recontactés ultérieurement.
<p>L'équipe d'évaluation mixte</p>	<p>Dans le cas d'une évaluation mixte, l'équipe est constituée à la fois d'acteurs internes et externes.</p> <p>Une équipe d'évaluation mixte présente les avantages de :</p> <ul style="list-style-type: none"> → bien connaître l'organisation, sa culture et ses projets ; → maîtriser les méthodes d'évaluation et s'appuyer sur son expérience pour analyser des situations compliquées ; → renforcer les capacités internes en termes d'évaluation ; → proposer des conclusions et recommandations plus adaptées à l'organisation. 	<p>Les deux principales limites liées à une équipe d'évaluation mixte sont de :</p> <ul style="list-style-type: none"> → coûter plus cher ; → ne pas se connaître et ne pas avoir d'habitudes de travail antérieures.

L'appel à manifestations d'intérêt (AMI)

L'appel à manifestations d'intérêt est un document simple qui présente de façon succincte le contexte, les objectifs et le calendrier de l'évaluation ainsi que le profil recherché et les documents à soumettre pour candidater.

L'AMI est publié sur Internet et autres réseaux de diffusion. Les candidats potentiels (cabinets ou individuels) soumettent un CV et une lettre de motivation expliquant en quoi ils pensent avoir les compétences requises pour mener à bien l'évaluation. Les cabinets de consultants candidatent en présentant un (ou plusieurs) CV du/des consultant(s) qui réalisera/ont l'évaluation : l'analyse de la candidature, puis de la proposition, doit donc se faire sur la base de ce CV et non pas sur la base de la plaquette de présentation ou la réputation du cabinet.

Une liste restreinte de trois à six candidats est établie en fonction des compétences, de l'expérience et de la disponibilité des candidats. Dans l'examen des CV pour présélectionner un évaluateur, on peut considérer qu'un consultant ayant réalisé plusieurs missions d'évaluation pour la même organisation a donné satisfaction en termes de qualité, ce qui a conduit cette dernière à le solliciter de nouveau.

Les candidats présélectionnés sont ensuite invités à soumettre leur proposition technique et financière sur la base des termes de référence complets qui leur sont envoyés. Il est possible de retenir des candidatures en exprimant des réserves : par exemple, en demandant au cabinet de proposer un autre candidat ; en demandant à un candidat de s'adjoindre l'expertise d'un autre consultant, etc.

Une grille de notation qui a été élaborée sur la base des TdR, composée de deux parties principales équivalentes en nombre de points (CV et proposition technique), est utilisée pour noter les candidatures reçues. Le comité de pilotage se réunit et discute l'ensemble des propositions reçues. Cela permet de revoir les scores qui ont été attribués individuellement, de discuter collectivement du dossier et de sélectionner la proposition retenue. La personnalité et le savoir-être sont aussi importants que l'expérience et les compétences techniques. Il est donc souhaitable de se renseigner auprès des autres organisations ayant fait appel à ces évaluateurs.

À NOTER /

Le principal inconvénient de la procédure par appel à manifestations d'intérêt est de rajouter une étape, et donc un délai de quelques semaines, au processus de sélection. Les avantages sont multiples. D'abord, cette procédure rend plus efficace la phase de présélection, celle-ci portant sur un CV et une lettre d'intérêt et non pas sur une proposition complète beaucoup plus longue, cela permet d'absorber un grand nombre de candidatures beaucoup plus rapidement. Ensuite, elle permet d'augmenter la qualité des propositions reçues, les candidats étant plus motivés pour prendre le temps de préparer une proposition de qualité s'ils se savent en concurrence avec seulement quelques candidats, que lorsqu'ils sont en concurrence avec des dizaines de candidats comme ce peut être le cas lors d'un appel à propositions.

La procédure négociée

Dans le cas d'une procédure négociée, un nombre limité (4 à 6) de potentiels évaluateurs (soit indépendants, soit appartenant à des cabinets ou bureaux) est identifié grâce au fichier des évaluateurs et encouragé à soumettre des propositions sur la base des TdR d'évaluation complets.

Cette procédure repose sur un archivage en bonne et due forme de tout le processus de sélection qui permet de constituer une mémoire institutionnelle et progressivement d'identifier les évaluateurs dont les compétences et l'attitude sont les plus en phase avec l'organisation. L'archivage est également important car il permet de répondre à nos exigences en termes de redevabilité, notamment en cas d'audit bailleur.

Une fois les propositions reçues, la procédure de sélection continue à partir de la grille de notation.

À NOTER /

Les principaux avantages de la procédure négociée sont de raccourcir les délais de sélection puisque celle-ci commence directement par l'étape de notation des propositions, et de s'assurer dès le départ les services d'un consultant dont on a apprécié par le passé les qualités personnelles et le travail produit. Le principal inconvénient est que l'on n'est pas toujours en capacité d'identifier suffisamment de candidats ayant le profil recherché pour garantir la réception de 3 propositions.

4.3F

ÉTAPE 6 : PHASE DE PRÉPARATION OU DE CADRAGE (INCEPTION PHASE)

1/REVUE DOCUMENTAIRE

Une fois l'équipe d'évaluation retenue, et le contrat signé, l'équipe d'évaluation a accès aux documents du projet. Elle peut ainsi commencer son étude de la documentation et se familiariser avec le projet à évaluer.

Le rôle du comité de pilotage est de sélectionner les documents les plus pertinents pour permettre à l'équipe d'évaluation de se familiariser avec les stratégies et politiques de l'organisation dans la thématique considérée, le contexte dans lequel s'insère le projet, le projet lui-même.

L'équipe d'évaluation de son côté complètera cette base documentaire en cherchant par ailleurs d'autres documents permettant d'enrichir sa compréhension et son analyse (par exemple, des rapports d'évaluations d'autres projets similaires).

2/RÉDACTION DE LA NOTE DE CADRAGE

La note de cadrage (*Inception Report*) est la version finalisée de la proposition technique envoyée par l'équipe d'évaluation après la revue des documents clés et discussion avec le comité de pilotage. Une version provisoire est soumise après l'étude des documents ; elle est discutée pendant la réunion de cadrage, puis finalisée après cette réunion. En fonction de la portée de l'évaluation, il faut entre un et trois jours après la réunion de cadrage avec le comité de pilotage pour finaliser cette note de cadrage.

L'équipe d'évaluation doit :

- revoir les TdR et proposer des clarifications, changements ou additions si nécessaire ;
- préparer la matrice d'évaluation et compléter la méthodologie ;
- élaborer les outils d'évaluation (ex/ guides d'entretien ; grilles d'observations ; questionnaires etc.) ;

- proposer un plan de travail réaliste avec un calendrier définitif (acteurs à interviewer, documents à étudier, etc.) et une répartition des rôles entre membres de l'équipe d'évaluation.

ZOOM

LA MATRICE D'ÉVALUATION

La matrice d'évaluation comporte en général 4 colonnes avec les éléments suivants :

1. Les critères d'évaluation retenus ;
2. Les questions évaluatives relatives à chaque critère (reprises telles quelles des TdR) ;
3. Les indicateurs ou autres outils qui permettront de répondre aux questions ;
4. Les méthodes et sources d'information envisagées.

La matrice d'évaluation permet au comité de pilotage de juger à la fois de la pertinence des méthodes proposées pour répondre aux questions évaluatives ; et à la fois de leur faisabilité dans le temps et budget impartis.

La note de cadrage est le guide pour l'équipe d'évaluation pendant le travail de terrain. Elle doit être approuvée par le comité de pilotage avant sa mise en œuvre.

3/RÉUNION DE CADRAGE

Vers la fin de la phase de préparation, une réunion de cadrage a lieu entre le comité de pilotage et l'équipe d'évaluation, souvent représentée par son chef d'équipe. Cette discussion permet de reprendre les objectifs de l'évaluation, les questions

posées, etc. Il faut avouer que bien souvent, les TdR sont beaucoup trop ambitieux par rapport au temps ou au budget alloués. Le rôle de l'évaluateur est de proposer des changements aux TdR afin de s'assurer qu'ils deviennent réalisables.

Cette étape est très importante. C'est le moment où comité de pilotage et évaluateur(s) se mettent d'accord sur les objectifs et la méthodologie de l'évaluation :

- Pour le comité de pilotage, c'est l'occasion de vérifier que l'équipe d'évaluation a bien compris ce qui était attendu, et qu'elle aborde les problématiques avec une approche en phase avec celle portée par l'organisation (par exemple, sur le rôle de l'utilisateur dans la validation de la qualité du projet) ;
- Pour l'équipe d'évaluation, c'est l'occasion de pointer d'éventuelles ambiguïtés voire contradictions dans les attentes et de clarifier les demandes prioritaires.

À NOTER /

Toute proposition de modification des termes de référence (sur les objectifs, le périmètre, les questions évaluatives, les préférences méthodologiques etc.) doit être validée par écrit par le comité de pilotage. En cas de modification majeure, une nouvelle version des termes de référence doit être produite.

TESTEZ LES CONCLUSIONS
LORS DES RESTITUTIONS



4.3G

ÉTAPE 7 : PHASE DE TERRAIN OU DE COLLECTE DE DONNÉES

1/ PRÉSENTER LA DÉMARCHE D'ÉVALUATION

Si l'évaluation a été préparée correctement, elle aura déjà été présentée aux différents acteurs lors de réunions et rencontres qui auront permis d'en clarifier les objectifs et modalités.

Cela n'empêche pas toutefois de prévoir que les évaluateurs, à leur arrivée sur le terrain, organisent une réunion avec les équipes terrain et les partenaires. Celle-ci permet de présenter les différents membres de l'équipe d'évaluation, de rappeler les objectifs et questions de l'évaluation et de présenter le calendrier des déplacements et rencontres prévus.

2/ COLLECTER LES DONNÉES

Les données sont collectées selon les différentes méthodes utilisées dans la phase de diagnostic.

Revue documentaire

La revue documentaire comprend l'analyse des rapports, des documents de projets, des propositions de projet présentées aux bailleurs, des plans stratégiques, la revue de la littérature en lien direct avec le projet, le contexte d'intervention.

Le piège est toutefois de se perdre dans cette documentation. La responsabilité du comité de pilotage est donc de veiller à ce que le nombre de documents à étudier par l'évaluateur reste dans des limites raisonnables. Les évaluateurs expérimentés savent demander des informations complémentaires précises suscitées par les entretiens ou les observations au cours de l'évaluation.

Méthodes quantitatives

Une tâche essentielle dans le cadre d'une évaluation consiste à analyser les données épidémiologiques ou les indicateurs du projet issus du système de monitoring (approche continue).

De façon plus exceptionnelle, en fonction du périmètre et des objectifs de l'évaluation,

une enquête spécifique peut être mise en place¹⁰⁸. Par exemple, une enquête par questionnaire pour mesurer la satisfaction des usagers.

Méthodes qualitatives

Les méthodes qualitatives sont largement utilisées dans les évaluations. Elles permettent par exemple d'obtenir le jugement des différentes parties prenantes sur le projet y compris celui des usagers. Nous ne développons pas ici ces méthodes qui ont fait l'objet d'un guide distinct, qui aborde notamment les questions liées au travail avec des interprètes¹⁰⁹.

L'observation joue un rôle très important dans une évaluation, car elle permet notamment de noter les dynamiques de groupe, les accords et les désaccords, les formes de leadership, etc. C'est pourquoi il est important de laisser un temps suffisant à l'évaluateur pour les visites sur le terrain.

Les entretiens individuels permettent de recueillir les avis et les impressions des différentes parties prenantes (*stakeholders*), qu'il est souvent préférable d'interroger séparément pour faciliter la liberté de parole.

Il est important de se donner les moyens de recueillir l'avis des usagers : les entretiens individuels ou collectifs (focus groups) devraient dans la mesure du possible se tenir dans la langue des personnes.

108. Pour plus d'informations, se référer au guide MdM, « Collecte de données, Méthodes quantitatives, L'exemple des enquêtes CAP », 2011, disponible sur le site internet de MdM en français, anglais et espagnol.

109. Pour en savoir plus, se référer au guide MdM, « Collecte de données : méthodes qualitatives », 2^e édition, 2012, disponible sur le site internet de MdM en français, anglais et espagnol.

3 / ANALYSER LES DONNÉES

Les données collectées sont analysées :

- de façon continue tout au long de l'évaluation ;
- une fois l'évaluation terminée et l'ensemble des informations collectées, les données issues des différentes méthodes et/ou techniques utilisées doivent être comparées et mises en regard. Lors de cette **triangulation**, l'accent est mis sur la recherche de différences et de similitudes, y compris en termes de perceptions.

L'analyse doit multiplier les angles d'approche, croiser les points de vue et les sources d'information, pour comprendre les logiques d'acteurs. Le comité de pilotage, lors de sa relecture du rapport provisoire, puis du rapport définitif, doit veiller à ce que l'analyse suive bien une logique de triangulation, en étudiant par exemple les annexes produites par l'équipe d'évaluation.

ZOOM FIABILITÉ ET VALIDITÉ DE LA MESURE

Une mesure est dite fiable si elle produit des résultats similaires lorsqu'elle est appliquée de façon répétée. En d'autres termes, plusieurs mesures faites par des observateurs différents ou à des moments différents doivent donner le même résultat. La fiabilité est une condition nécessaire, mais non suffisante, pour la validité¹¹⁰.

110. Fontaine, D., Beyragued, L. et Miachon, C., « Référentiel commun en évaluation des actions et programmes, santé et social », Lyon ERSP, 2004/05.

Une mesure est dite valide si elle mesure réellement ce qu'elle est censée mesurer. En d'autres termes, une mesure valide représente réellement l'objet de la recherche. Lorsqu'une mesure n'est pas valide, on dit qu'elle est biaisée. Le biais est une erreur systématique dans la mesure par rapport aux valeurs réelles.

Ces annexes peuvent comprendre une analyse de données chiffrées ou une analyse de contenu (qui prend en général la forme d'une classification des documents par thèmes¹¹¹).

La triangulation permet de renforcer la validité. Elle consiste à croiser les données, les sources ou les méthodes sur une même question étudiée. Il y a trois triangulations possibles :

→ **La triangulation des données** : il s'agit de comparer un groupe de données avec un autre, que les sources et les méthodes de collecte soient ou non les mêmes. Par exemple, comparer les changements d'attitude décrits par des usagers avec les objectifs atteints par des intervenants dans un projet semblable ; ou croiser la satisfaction des participants avec leur acquisition de connaissances¹¹².

→ **La triangulation des sources** : il s'agit de comparer les informations obtenues à partir de différentes sources et une même méthode. Par exemple, comparer l'appréciation de la qualité des soins par les usagers et les soignants, vus chacun en focus group.

111. Pour en savoir plus se référer au guide MdM, « Collecte de données : méthodes qualitatives », 2^e édition, 2012, disponible sur le site internet de MdM en français, anglais et espagnol.

112. Fontaine, D., Beyragued, L. et Miachon, C., « Référentiel commun en évaluation des actions et programmes, santé et social », Lyon ERSP, 2004/05.

→ **La triangulation des méthodes** : il s'agit de comparer les informations obtenues à partir de différentes méthodes. Par exemple, analyser le degré de satisfaction des usagers par l'observation, par un questionnaire et par un focus group.

L'exploitation et l'analyse des données constituent une étape difficile. En effet, il s'agit de faire le tri parmi une masse considérable d'informations et d'extraire parmi celles-ci celles qui sont les plus pertinentes, et celles qui ont été confirmées dans le processus de triangulation. Il ne faut pas tomber dans le piège de tirer des conclusions sur la base d'opinions exprimées par un seul interlocuteur. En revanche, il est intéressant d'évoquer des opinions divergentes. Le comité de pilotage doit laisser un temps suffisant à cette phase d'analyse.

Souvent, en pratique, un premier travail rapide, voire grossier, est effectué sur le terrain et n'est complété et affiné que par la suite au cours de la rédaction du rapport d'évaluation.

4 / TESTER LES PREMIÈRES CONCLUSIONS

Une discussion entre l'équipe d'évaluation et l'équipe projet a lieu « à chaud », sur le terrain, sur la base d'une analyse rapide des premiers résultats. Idéalement, cette discussion se fait sur la base de la version provisoire du rapport, mais ce n'est pas toujours possible. Dans ce cas, la discussion se fait sur la base d'une présentation orale des principales conclusions et recommandations (avec par exemple un support PowerPoint).

Il faut se donner le temps de la restitution (ou des restitutions), c'est une étape très

importante : c'est l'étape de débats et d'échanges autour des résultats entre les différents acteurs du projet, celle où chacun peut faire entendre sa voix, donner des informations complémentaires et exposer sa propre vision de la situation. Le rôle du ou des représentants terrain appartenant au comité de pilotage est ici très important : il leur revient de mettre en place les meilleures conditions possible pour faciliter cette restitution et faire émerger des discussions riches et productives.

Pour l'évaluateur, l'intérêt des restitutions est triple :

1. recueillir des informations complémentaires ;
2. vérifier ses conclusions afin de les affiner si besoin ;
3. tester des hypothèses de recommandations.

Il est souhaitable d'organiser diverses restitutions selon les différents types d'acteurs du projet. En effet, les informations restituées à l'équipe de projet ne donneront pas lieu aux mêmes échanges que celles exposées aux acteurs locaux ou aux autorités administratives.

Il peut arriver qu'à l'issue de restitutions les évaluateurs souhaitent reprendre tout ou partie de leur argumentaire et de leurs conclusions.

À NOTER /

Les interactions entre équipe d'évaluation et interlocuteurs sur le terrain, lors des entretiens, ateliers, etc., participent fortement au processus d'appropriation des conclusions de l'évaluation, et sont dès lors plus susceptibles d'amener de l'apprentissage que les rapports écrits¹¹³.

Il convient donc de ne pas prévoir un calendrier de visites et entretiens tellement serré qu'il ne laisse pas un espace suffisant pour ces interactions.

113. Buchanan-Smith, M. et Cosgrave, J., « Évaluation de l'action humanitaire », guide pilote, Étude Alnap. Londres : Alnap/ODI, 2013.

4.314

ÉTAPE 8 : PHASE DE RÉDACTION

➤ Dans les lignes qui suivent, nous essayons de donner un aperçu de l'importance de chaque section du rapport afin de donner les éléments nécessaires au comité de pilotage pour exercer son regard critique sur le rapport. C'est bien le comité de pilotage qui a la responsabilité de la qualité du produit final, et c'est à lui qu'il revient d'avoir autant d'échanges que nécessaire avec l'équipe d'évaluation afin d'obtenir un produit répondant aux exigences de qualité précisées ci-dessous.

1/RÉDIGER LE RAPPORT D'ÉVALUATION PROVISOIRE

Quelles que soient les déclinaisons du travail d'évaluation envisagées pour assurer la meilleure diffusion et appropriation possibles, le rapport d'évaluation reste un élément incontournable.

Pour faciliter le partage, un rapport d'évaluation doit être concis (une quarantaine de pages, hors annexes). À l'inverse,

le rapport ne doit pas être trop court afin de présenter des résultats étayés.

Il est d'usage qu'une première version du rapport d'évaluation (rapport provisoire) soit rédigée par l'équipe d'évaluation. Il s'agit d'une première appréciation qui sera confirmée lors des restitutions et retours par les équipes projet, puis précisée par l'analyse postérieure plus fine des données. L'avantage d'une version provisoire est de permettre la réaction des différents acteurs concernés par l'évaluation, ces remarques étant ensuite intégrées par l'évaluateur au rapport définitif¹¹⁴.

114. Guéneau, M.C., Beaudoux, E., « L'évaluation : un outil au service de l'action », F3E, 1996.

ÉVITEZ LES AIQGLL

Les quoi?



Les acronymes
inutiles
qui gênent
la lecture.

À NOTER /

Il ne faut pas confondre la version provisoire du rapport d'évaluation avec une version « draft ». La version provisoire du rapport est la version aboutie et entièrement rédigée (à l'exception du résumé exécutif) du rapport d'évaluation. Elle donne tous les éléments nécessaires (y compris les annexes) à une relecture critique de la part des acteurs concernés.

(classées selon les critères de l'évaluation)
– Fiche de suivi des recommandations remplie
→ **Annexes** : TdRs, liste des personnes rencontrées et calendrier, instruments d'évaluation utilisés (questionnaires, guides d'entretiens, grilles d'observation, etc.), résultats d'analyse (données chiffrées et de contenu, etc.).

ZOOM TRAME ET FORMAT DU RAPPORT D'ÉVALUATION

Le texte principal du rapport d'évaluation, long d'une quarantaine de pages¹¹⁵ (sans compter les annexes), doit être transmis en format Word et inclure les parties suivantes :

- Page de titre
- Résumé exécutif
- Table des matières paginée
- Liste des acronymes
- **Section I** : Introduction
 - Contexte et brève description du projet
 - Objectifs et périmètre de l'évaluation
 - Méthodologie et limites
- **Section II** : Principaux résultats et analyse
 - Présentation par critères d'évaluation
- **Section III** : Conclusions et recommandations

Les pages préliminaires et la section « Introduction »

Les pages préliminaires posent le cadre général qui permet de comprendre les résultats et conclusions du travail d'évaluation.

→ Le **résumé exécutif** doit être rédigé pour répondre aux besoins des décideurs qui n'auront pas le temps de lire le rapport complet. Il fait entre deux et cinq pages. Il doit être très soigneusement rédigé car un nombre bien plus important de personnes lira le résumé exécutif que le rapport complet : il faut donc prévoir un temps suffisant pour la rédaction. Il est pertinent de ne rédiger le résumé exécutif qu'après avoir reçu les commentaires du comité de pilotage sur le rapport provisoire : cela permet à l'évaluateur de bien comprendre quels éléments prioriser dans le résumé exécutif. Le premier paragraphe est essentiel pour capter et garder l'attention des lecteurs : il s'agit donc d'exposer ce qui est nouveau ou intéressant dans le rapport. Puis, il s'agit de reprendre les éléments principaux en termes de contexte, résultats et conclusions et recommandations.

Le résumé exécutif ne doit pas comporter d'éléments nouveaux par rapport au texte principal.

115. La charte graphique de Médecins du Monde précise les polices qui peuvent être utilisées ainsi que les recommandations de mise en page.

À NOTER /

Le résumé exécutif ne doit pas être inclus dans les premières versions du rapport afin d'éviter des commentaires sur le résumé plutôt que sur le rapport complet¹¹⁶.

- La **table des matières** paginée ne doit pas être négligée : elle permet à des lecteurs avec des besoins différents d'identifier rapidement les sections qui leur sont plus pertinentes.
- Les **acronymes** doivent être évités au maximum car ils gênent la lecture et donc la compréhension. On les limitera donc autant que possible aux acronymes très courants et donc aisément reconnaissables. De la même façon, il faut également éviter l'utilisation de termes très spécifiques au contexte local et les remplacer ou les accoler à des expressions plus génériques (par exemple, utiliser plutôt centre de santé que CSB¹¹⁷, centre de renutrition plutôt que Creni ou Crena¹¹⁸ ou comité de gestion plutôt que cadre gestionnaire).
- Les pages concernant le **contexte et la description du projet** reprennent les éléments principaux qui permettent aux lecteurs de saisir les principaux enjeux du contexte. Il s'agit également de rappeler la date d'implantation dans le pays, les principales données du projet (zones d'intervention, nombre et type de bénéficiaires, budget, financements, objectifs du projet).
- Les pages concernant les **objectifs de l'évaluation et les critères** retenus

rappellent les objectifs et le périmètre tels qu'ils ont été négociés à l'issue de la phase de cadrage, les critères qui ont été retenus et les questions évaluatives telles qu'elles ont été reformulées.

- Les pages concernant la **méthodologie et les limites** décrivent les méthodes utilisées, les difficultés éventuellement rencontrées dans leur application (on place ici les principaux éléments, et si nécessaire, on renvoie à une présentation plus détaillée en annexe).

La section « Résultats et analyse »

Cette section répond plus particulièrement aux besoins de l'équipe projet et doit être rédigée avec ce public en tête.

Il est attendu dans cette section une présentation des éléments de réponse aux questions de l'évaluation, tels qu'ils sont ressortis de la mise en œuvre des méthodes quantitatives et qualitatives. D'après l'Alnap, « la critique la plus courante des évaluations est le fait que les recommandations ne soient pas basées sur les conclusions, que les conclusions ne soient pas basées sur les résultats et que les résultats ne soient pas basés sur les données probantes¹¹⁹ ». Le schéma ci-contre illustre le mécanisme idéal de production de conclusions et recommandations.

C'est la triangulation des données collectées à partir des observations, entretiens, documents, etc. qui permet de faire émerger des résultats, puis des conclusions. La présentation des résultats et de l'analyse doit permettre au lecteur de comprendre comment l'évaluateur tire ses conclusions.

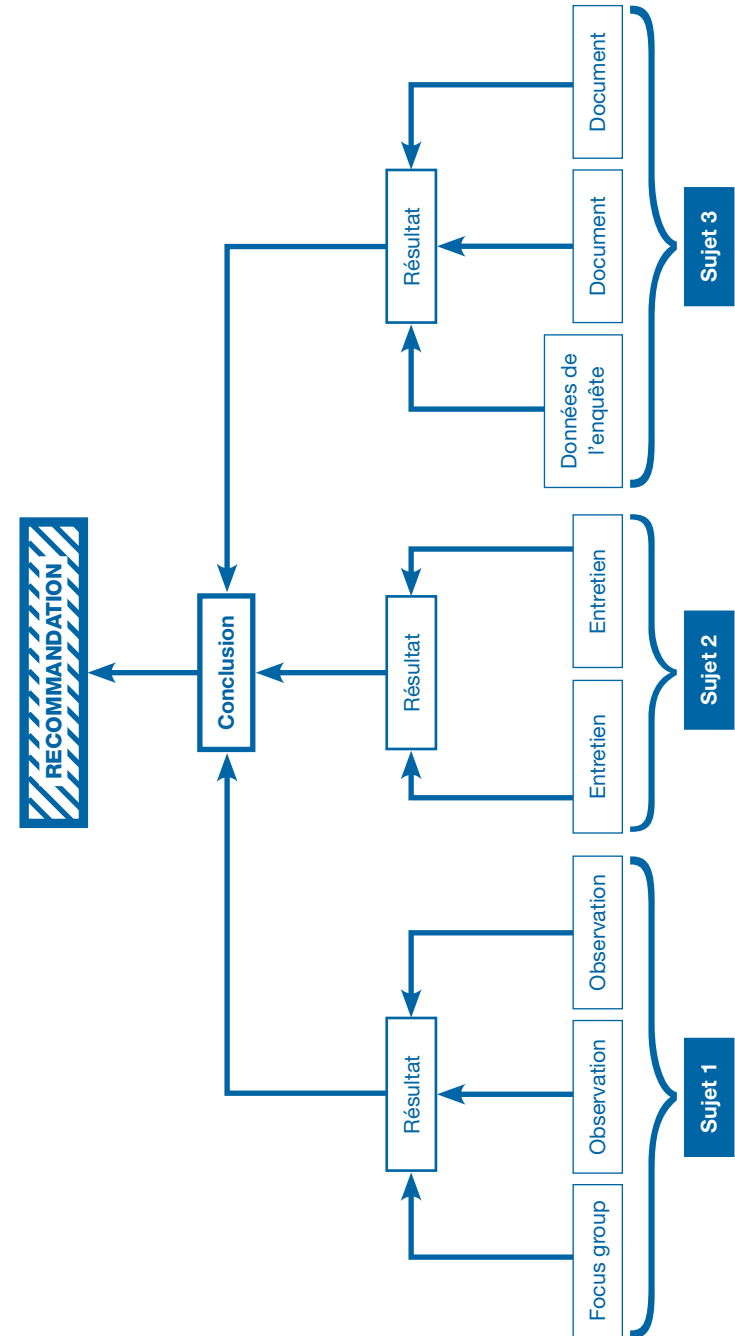
119. Buchanan-Smith, M. et Cosgrave, J., « Évaluation de l'action humanitaire », guide pilote, Étude Alnap. Londres : Alnap/ODI, 2013.

116. Buchanan-Smith, M. et Cosgrave, J., « Évaluation de l'action humanitaire », guide pilote, Étude Alnap. Londres : Alnap/ODI, 2013.

117. Centre de santé de base.

118. Centre de réhabilitation et éducation nutritionnelle intensif; centre de renutrition et d'éducation nutritionnelle ambulatoire.

SCHEMA : CHAÎNE DE PREUVES IDÉALISÉE



Élément probant

© Buchanan-Smith, M. et Cosgrave, J., « Évaluation de l'action humanitaire », guide pilote, Étude Alnap. Londres : Alnap/ODI, 2013.

En effet, « l'objectivité se vérifie par le fait que l'argumentation peut être reconstruite par d'autres que les auteurs de l'évaluation qui doivent pouvoir parvenir aux mêmes conclusions¹²⁰ ». Toute hypothèse sous-jacente à l'analyse doit être formulée de manière explicite.

À NOTER /

Il est important pour l'équipe d'évaluation de faire le point régulièrement sur les données collectées et les résultats qu'elle peut en tirer : cela lui permet notamment de repérer les questions évaluatives sur lesquelles elle manque d'éléments de réponse afin de réorganiser le cas échéant la phase terrain et concentrer ses efforts sur ces questions. Il revient donc au comité de pilotage d'être vigilant et de vérifier que le calendrier terrain n'est pas trop serré et offre ces espaces de respiration pour l'analyse.

L'objectif d'apprentissage d'une évaluation tend naturellement à faire porter le regard et l'analyse sur les éléments pouvant être améliorés. Toutefois, pour que les conclusions du rapport aient davantage de chances d'être entendues, il est important que les points forts du projet soient également mis en valeur. Il convient au comité de pilotage d'être vigilant sur ce point.

La section « Résultats et analyse » devrait idéalement, pour accrocher ses lecteurs, mêler tableaux, graphiques, schémas, citations, anecdotes, photographies, etc. ; mais tous ces éléments doivent être

accompagnés d'un narratif et apporter à la compréhension et à l'explication des résultats.

La section « Conclusions et recommandations »

Le rapport doit bien distinguer le constat de la réalité d'une part (par exemple, qu'est ce qui a été dit en entretien – présenté sous forme de citation) et la formulation d'un jugement d'autre part (comment l'évaluateur interprète ce qui a été dit au vu des autres éléments d'information dont il dispose).

Ainsi, les conclusions reprennent les principaux résultats en y intégrant l'analyse propre de l'évaluateur, sur la base de ses compétences et de sa rigueur méthodologiques et sur la base de son expérience.

Afin d'être efficaces, c'est-à-dire prises en considération et mises en œuvre, les recommandations doivent comporter certaines caractéristiques, et c'est au comité de pilotage de s'en assurer. Elles doivent être :

- **spécifiques** : pour ce faire, privilégier une formulation succincte commençant par un verbe à l'infinitif ;
- **réalistes** : c'est-à-dire qu'elles doivent prendre en compte le contexte, les capacités et les ressources de l'organisation et/ou de ses partenaires à les mettre en œuvre ;
- **ciblées** : c'est-à-dire qu'elles doivent être adressées à une personne responsable de la mettre en œuvre dans un délai donné¹²¹ ;
- **hiérarchisées** : l'évaluateur doit distinguer entre les recommandations qu'il est indispensable de mettre en œuvre et celles qu'il est souhaitable de mettre

en œuvre ; celles qui doivent être mises en œuvre avant que d'autres puissent être mises en œuvre (l'évaluateur doit proposer un niveau de priorité dans la fiche de suivi des recommandations).

À NOTER /

En termes de présentation, il est recommandé de :

- classer les recommandations par cible, et pour chaque cible par priorité ;
- introduire la recommandation par un paragraphe introductif rappelant les éléments qui mènent à cette recommandation ; suivi de la recommandation elle-même (ou une série de recommandations plus précises correspondant à cette recommandation générale).

Il est important d'inclure, dans la partie principale du rapport et non dans les annexes, la fiche de suivi des recommandations.

Les annexes

Les annexes sont importantes car elles permettent de préciser certains points qui ne peuvent être développés dans le corps du texte ; et elles contribuent à renforcer la crédibilité de l'évaluation en mettant en lumière « l'envers du décor » méthodologique.

Les annexes comportent généralement les éléments suivants :

- les **termes de référence** : par convention, c'est la première annexe d'un rapport d'évaluation ;
- la **liste des personnes rencontrées** : la variété et le nombre des acteurs interrogés donnent une indication quant à la fiabilité des résultats ;

- le **calendrier de la mission** : montre notamment si l'équipe a pu prendre le temps nécessaire à l'analyse en cours de collecte et aux échanges avec les équipes ;
- les **cartes détaillées** des zones d'intervention pouvant aider à la compréhension du contexte ou du projet ;
- les **instruments d'évaluation** : les guides d'entretien, questionnaires, etc. présentés donnent une idée de la qualité de la collecte de données et d'éventuels manques. De plus, ces instruments peuvent servir à d'autres équipes qui n'auraient pas à tout réinventer ;
- les **résultats bruts** d'analyses chiffrées ou d'analyses de contenu¹²² ;
- la **bibliographie** : les recherches complémentaires réalisées par l'équipe d'évaluation peuvent être d'un grand intérêt pour les équipes projet ou autres acteurs concernés ;
- les **biographies** des évaluateurs : présentées en un ou deux paragraphes maximum, ces biographies permettent aux lecteurs en dehors du comité de pilotage (n'ayant donc pas participé à la sélection des évaluateurs) de comprendre quelles sont les compétences spécifiques et les expériences des évaluateurs et éclairent sur d'éventuels biais ;
- tout autre élément important qui pourrait servir à l'équipe projet ou à l'organisation et dont il serait dommage qu'il reparte avec l'évaluateur.

À NOTER /

Il est souvent difficile d'imprimer l'ensemble des annexes, parfois

120. Fontaine, D., Beyragued, L. et Miachon, C. « Référentiel commun en évaluation des actions et programmes, santé et social », Lyon ERSP, 2004/05.

121. À ce stade, c'est une proposition faite par l'équipe d'évaluation qui peut être revue par le comité de pilotage.

122. Si elles ne doivent pas être systématiquement transmises au comité de pilotage, il est important de préciser aux évaluateurs de conserver les retranscriptions d'entretiens jusqu'à la validation finale du rapport car il peut être nécessaire pour eux d'y revenir en cas d'incompréhension, voire de contestation de certaines conclusions.

longues, avec le reste du rapport. Le comité de pilotage doit toutefois s'assurer qu'une version électronique complète est disponible et peut-être placée sur intranet et/ou internet en fonction du degré de diffusion décidé.

2 / COMMENTER LE RAPPORT D'ÉVALUATION PROVISOIRE

Tous les membres du comité de pilotage doivent formuler des commentaires sur le rapport final provisoire. Chaque membre du comité de pilotage, après accord de ce dernier, a la responsabilité de le faire circuler à d'autres si nécessaire et de compiler les commentaires qui en résulteraient. Si l'évaluation comporte des éléments d'apprentissage ou des recommandations de portée institutionnelle, il est judicieux de faire relire la version provisoire par des directeurs ou des membres du conseil d'administration.

Faire circuler le rapport dans sa version provisoire présente deux types de bénéfices immédiats :

- en **termes de contenu**, ce partage permet de relever des inexactitudes au niveau des résultats ou au niveau de l'analyse et de l'interprétation qui en est faite ;
- en **termes de processus**, il permet aussi de commencer la diffusion, dans une forme non définitive donc moins sensible, des conclusions et recommandations et contribue ainsi à leur appropriation progressive par les différents acteurs.

À NOTER /
Plus le rapport est partagé au-delà du comité de pilotage, plus il faut prévoir du temps pour la lecture et la compilation des commentaires avant envoi à l'équipe d'évaluation. Pour une circulation du rapport limitée aux membres du comité de pilotage, il faut prévoir un minimum de deux à trois semaines. Pour une circulation plus large, le délai sera fonction du nombre et de la fonction des personnes sollicitées.

ZOOM STRUCTURER LA RELECTURE DU RAPPORT FINAL PROVISOIRE

Il est pertinent et utile de demander aux relecteurs du rapport provisoire de structurer leur regard selon les critères suivants :

- **Contenu** : conformité avec les TdR ; qualité des informations fournies ; présentation et interprétation correctes des résultats ; réponse adéquate aux critères d'évaluation ; recommandations claires et spécifiques.
- **Structure** : conformité avec la structure souhaitée ; logique intérieure claire ; équilibre des sections ; absence de redondances.
- **Style** : niveau de langue/langage (facile à lire) ; utilisation correcte des tableaux/graphiques ; concision.
- **Format/mise en page** : conformité avec le format requis ; nombre de pages ; table des matières ; titres/sous-titres.

Il est impératif que les commentaires reçus des uns et des autres soient discutés au sein du comité de pilotage.

Cette discussion permet de :

- filtrer certains commentaires qui seraient en dehors du cadre de l'évaluation ;
- faire apparaître les points de consensus et les points de désaccord ;
- se mettre d'accord en cas de commentaires contradictoires ;
- organiser les commentaires (les regrouper, les hiérarchiser).

Les commentaires doivent donc être compilés (c'est le rôle du coordinateur du comité de pilotage ou responsable de l'évaluation). Si peu de relecteurs sont impliqués, il est possible de faire les commentaires directement sur le rapport provisoire.

En revanche, si un trop grand nombre de relecteurs sont impliqués, il est préférable de compiler les commentaires dans un document séparé, par exemple sous forme de tableau dont la première colonne liste les commentaires (en précisant les paragraphes et numéros de page concernés) et la seconde colonne laissée libre permet à l'équipe d'évaluation de proposer ses compléments et modifications.

3 / APPROUVER ET FINALISER LE RAPPORT D'ÉVALUATION

Une fois cette première série de commentaires réintégrés par l'équipe d'évaluation, les membres du comité de pilotage sont sollicités pour une nouvelle relecture, plus rapide celle-ci : il s'agit d'une part de s'assurer que les commentaires ont été pris en compte de façon satisfaisante ; d'autre part de procéder à la relecture critique du résumé exécutif.

À l'issue de ces échanges, il peut arriver qu'un désaccord persiste entre le comité de pilotage et l'équipe d'évaluation au sujet de certaines conclusions ou recommandations. Le comité de pilotage (ou autres acteurs) ne peut exiger que l'équipe d'évaluation retire ou modifie profondément certaines conclusions ou recommandations (ce serait contraire aux principes d'une évaluation externe). Plusieurs solutions sont proposées par l'Alnap¹²³ :

- ne présenter qu'une seule des interprétations ;
 - inclure les deux interprétations dans le rapport ;
 - n'inclure qu'une seule interprétation, mais mentionner que cette interprétation n'était pas unanime.
- Si les membres de l'équipe d'évaluation ne sont pas satisfaits de la résolution du problème, ils ont le droit d'exiger que leur nom soit supprimé du rapport.

Le comité de pilotage à ce stade doit également compléter la fiche d'appréciation de l'évaluation, qui permet de garder une trace de cette expérience d'évaluation, tant en termes de processus que de contenu. Cela permet à d'autres équipes projet de solliciter des équipes d'évaluation dans le cadre d'une procédure négociée en fonction des forces démontrées lors d'évaluations précédentes.

123. Buchanan-Smith, M. et Cosgrave, J., « Évaluation de l'action humanitaire », guide pilote, Étude Alnap. Londres : Alnap/ODI, 2013.



4.31

ÉTAPE 9 : PHASE DE DIFFUSION

La phase de diffusion fait partie intégrante du processus d'évaluation. Il est essentiel de penser et de planifier les différentes modalités de diffusion dès la conception de l'évaluation, en effet, cela a des implications sur :

- le budget ;
- les compétences attendues de l'équipe d'évaluation (par exemple, faut-il inclure quelques journées de consultance d'un vidéaste ?) ;
- le type de données qui sera collecté ;
- la disponibilité des membres de l'équipe d'évaluation qui pourraient être sollicités jusqu'à plusieurs mois après la remise du rapport final d'évaluation.

Comme le souligne l'Alnap, « **le rendu du rapport d'évaluation final n'est pas la fin de l'évaluation, c'est simplement le début de la phase de diffusion¹²⁴** ».

1/ PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Comme on l'a vu, le rapport provisoire est complété en fonction des précisions apportées lors des différentes restitutions, principalement sur le terrain à ce stade.

Puis il est finalisé après intégration des commentaires faits par le comité de pilotage.

Une seconde série de restitutions est faite, le plus souvent au niveau du siège, sur la base cette fois du rapport définitif. Ces restitutions permettent de discuter des recommandations et de leur mise en œuvre et constituent le point de départ de la phase de diffusion à proprement parler : en effet, on profite de l'occasion pour distribuer des copies du rapport, en faire le lancement sur l'intranet, visionner les vidéos ou reportages photos, etc.

À NOTER /

De façon stratégique, il est important de prévoir les dates de restitution des résultats en fonction du calendrier interne de décisions stratégiques, afin de maximiser les chances que les résultats de l'évaluation soient pris en compte dans ces processus décisionnels.

124. Buchanan-Smith, M. et Cosgrave, J., « Évaluation de l'action humanitaire », guide pilote, Étude Alnap. Londres : Alnap/ODI, 2013.

2/ DIFFUSION DES RÉSULTATS

Le coordinateur du comité de pilotage, ou responsable de l'évaluation, a la responsabilité de partager les conclusions et recommandations des évaluations avec les personnes concernées, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'organisation, par des moyens qui sont compréhensibles et utiles aux différents acteurs (équipes, populations, partenaires, bailleurs, etc.).

La stratégie de diffusion doit donc clairement préciser :

- quels sont les publics ciblés ;
- quelles formes de diffusion sont les plus adaptées pour chacun de ces publics cibles ;
- qui est chargé de la diffusion en fonction de chaque support choisi.

Il n'est pas suffisant de diffuser le rapport d'évaluation. Il s'agit de privilégier autant que possible des méthodes interactives plutôt que des méthodes passives.

La diffusion des résultats peut, et devrait, prendre des formes diverses :

- un email avec les principaux résultats, conclusions et recommandations ;
- le résumé exécutif joliment mis en page et traduit dans les langues appropriées et/ou une fiche d'apprentissage élaborée sur la base du rapport ;
- une présentation collective ouverte à différentes catégories de personnel et partenaires (qui peut être filmée et placée sur intranet/internet de façon à être réécoutée par les absents) ;
- une présentation ciblée ou une restitution individualisée auprès des décideurs ;
- une série de tweets présentant les principaux résultats, conclusions et recommandations ;
- un séminaire ou un atelier de travail rassemblant des acteurs clés ;

- une série de posts de blog ;
- un reportage photo ou une vidéo reprenant les principaux résultats, conclusions et recommandations ;
- un podcast ;
- une présentation lors d'une conférence ;
- une publication « grand public » ou au contraire scientifique ;
- etc.

À NOTER /

La barrière principale à la diffusion est celle de la langue : il faut donc bien prévoir, à la fois en termes de budget et de délais, la traduction des supports.

4.3J

ÉTAPE 10 : MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS DE L'ÉVALUATION

➤ La prise en compte des recommandations est le but de toute démarche d'évaluation. C'est à ce moment qu'on peut finalement juger de l'utilité de l'évaluation¹²⁵. « Une évaluation n'a de sens que si elle produit du changement en produisant de la connaissance¹²⁶. »

On l'a vu dans les pages précédentes, la mise en œuvre des recommandations d'une évaluation dépend en grande partie des étapes précédentes.

Il aura fallu notamment :

- bien définir les objectifs et les utilisations et utilisateurs de l'évaluation (étape 1) ;
- impliquer les bonnes personnes dans le comité de pilotage (étape 3) ou constituer un comité spécifique pour la mise en œuvre et le suivi des recommandations, impliquant, le cas échéant, des directeurs, membres du CA ;

- bien choisir les évaluateurs pour garantir leur crédibilité (étape 5) ;
- informer régulièrement les décideurs des résultats et conclusions qui émergent (étape 7) ;
- impliquer les décideurs dans la relecture du rapport provisoire (étape 8) ;
- diffuser les résultats sous une forme adéquate (étape 9).

Un outil clé pour assurer le suivi des recommandations est la « fiche de suivi des recommandations » : elle permet aux utilisateurs/décideurs d'expliquer quelles recommandations seront prises en compte, avec quel degré de priorité, et de valider ou modifier les propositions en ce qui concerne la personne responsable et le calendrier de mise en œuvre.

125. Fontaine, D., Beyragued, L. et Miachon, C.
« Référentiel commun en évaluation des actions et programmes, santé et social », Lyon ERSP, 2004/05.

126. Fontaine, D., Beyragued, L. et Miachon, C.
« Référentiel commun en évaluation des actions et programmes, santé et social », Lyon ERSP, 2004/05.

On l'a vu au début de ce chapitre, les facteurs qui influencent l'utilisation d'une évaluation, en d'autres termes la mise en œuvre des changements proposés par le biais des recommandations, comprennent :

- la motivation initiale des porteurs de la demande d'évaluation ;
- la volonté de l'organisation via ses décideurs à se saisir des évaluations comme outil d'apprentissage et de changement ;
- la qualité de l'évaluation : sa crédibilité méthodologique, la confiance accordée au processus et aux évaluateurs ;
- l'accessibilité de l'évaluation : c'est-à-dire la facilité de se la procurer (est-elle facile à trouver ?), de la comprendre (est-elle traduite ?), de se l'approprier (est-elle réaliste par rapport aux contraintes contextuelles et organisationnelles ?).

L'enjeu d'une démarche d'évaluation consiste à intégrer ce suivi des recommandations dans la programmation d'une nouvelle phase du projet, voire, de façon transversale, dans la définition d'un nouveau projet.

EN RÉSUMÉ

LES POINTS CLÉS POUR GARANTIR LE SUCCÈS D'UNE ÉVALUATION

→ L'évaluation doit être **planifiée** longtemps à l'avance (six à douze mois).

→ Ses objectifs doivent être clairs et **partagés avec les acteurs clés**.

→ Le **comité de pilotage** a un rôle très important pour assurer la qualité tout au long du processus, impliquer et informer les acteurs clés, assurer la mise en œuvre et le suivi des recommandations.

→ Les **termes de référence** sont un élément clé de l'évaluation, car ils permettent aux différents acteurs impliqués d'élaborer une compréhension commune des objectifs et finalités de l'évaluation. Ils doivent être élaborés de manière participative.

→ La qualité des évaluations dépend largement de la capacité d'identifier et recruter la bonne **équipe d'évaluation** au bon moment et de façon transparente.

→ La **phase de cadrage** est importante pour s'assurer que le comité de pilotage et l'équipe d'évaluation ont la même compréhension des objectifs de l'évaluation et des approches proposées.

→ La **crédibilité de l'évaluation** repose en grande partie sur la rigueur d'application des méthodes de collecte de données et sur la validité des analyses, renforcée par la triangulation.

→ Le temps des **restitutions** doit être planifié et suffisant pour pouvoir impliquer l'ensemble des acteurs du projet et débattre en interne des conclusions de l'évaluation.

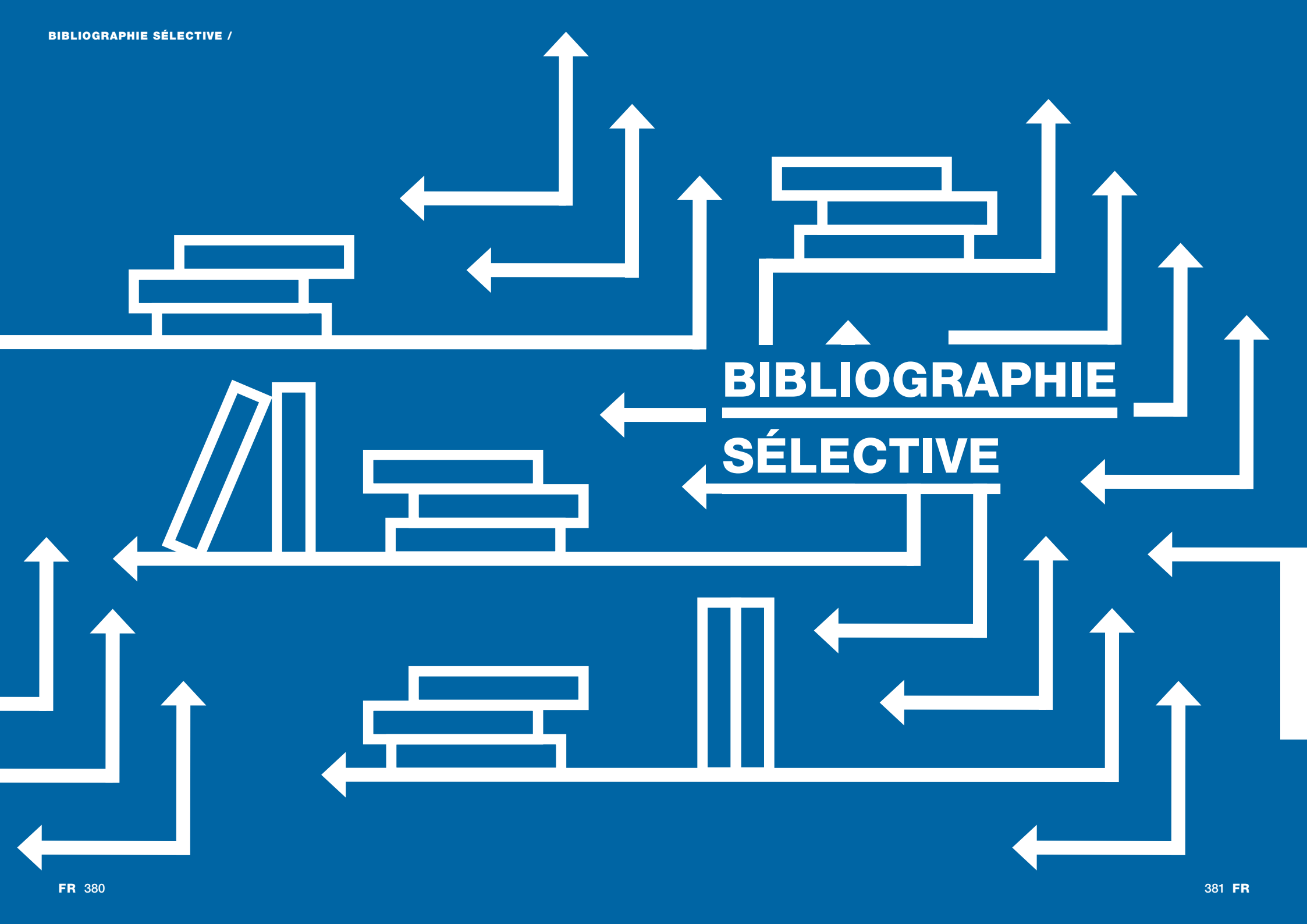


ANNEXES PRÉSENTES DANS LE DVD – PARTIE 4 – L'ÉVALUATION

- Trame de termes de référence évaluation
- Trame de matrice d'évaluation
- Trame de termes de référence capitalisation
- Trame de budget de consultance
- Modèle de chronogramme consultance
- Fiche de suivi des recommandations

→ La **phase de diffusion** fait partie intégrante du processus d'évaluation. Les différents produits de l'évaluation et leur mode de diffusion doivent être pensés en fonction des publics ciblés.

→ La **prise en compte des recommandations** est le but de toute démarche d'évaluation. La fiche de suivi des recommandations de l'évaluation est un outil clé permettant l'utilisation de l'évaluation.



BIBLIOGRAPHIE
SÉLECTIVE

BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

Bonino F. avec **Jean I.** et **Knox Clarke P.**,

- *Fermer la boucle : Orientations pour les praticiens pour un retour d'information efficace dans les contextes humanitaires, Orientations Alnap-CDA*
Londres : ALNAP/ODI, 2014, www.alnap.org/resource/12226.aspx

Bonino F. avec **Jean I.** et **Knox Clarke P.**,

- *Humanitarian feedback mechanisms: research, evidence and guidance, Alnap Study, London: Alnap/ODI, 2014, www.alnap.org/resource/9944*

Coffman J.,

- *Monitoring and evaluating advocacy, Unicef, 2012, www.unicef.org/evaluation/files/Advocacy_Toolkit_Companion.pdf*

Dearden P., **Jones S.**, **Sartorius R.**,

- *Tools for Development. A handbook for those engaged in development activity, Department for International Development, UK, 2003, www.k4health.org/toolkits/leadershipgmt/tools-development-handbook-those-engaged-development-activity*

Environment in Humanitarian Action Reference Group,

- *Environment and Humanitarian Action: Increasing effectiveness, sustainability, and accountability, Unep/Ocha, 2014, http://www.urd.org/IMG/pdf/EHA_Study_web_FINAL.pdf*

Espace régional de santé publique Rhône-Alpes (ERSP),

- *L'évaluation en 9 étapes. Document pratique pour l'évaluation des actions santé et social, 2008 (2^e édition), http://www.pepsal.org/wp-content/uploads/2014/01/eval_9_etapes_08.pdf*

Espace régional de santé publique Rhône-Alpes (ERSP),

- *Référentiel commun en évaluation des actions et programmes santé et social, 2004, <http://education-sante-ra.org/prc/evaluation/elearning/bibliographie.asp>*

De Reviere B. et **Hadjaj-Castro H.**,

- *Agir pour le changement. Guide méthodologique pour accompagner des processus de changement « complexe » : analyser, planifier, suivre et évaluer, F3E-COTA, 2014, http://f3e.asso.fr/media/transfer/doc/guide_chgmt_f3e_cota.pdf*

Totté M., **Duroyaume P.** et **Feuervier MV.**,

- *Agir en pluri-acteurs pour une éducation de qualité. Penser les enjeux et Construire sa démarche, Inter-Mondes Belgique-F3E, 2014, http://f3e.asso.fr/media/transfer/doc/guide_education_reperes_sur.pdf*

Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge,

- *Guide pour le suivi et l'évaluation de projets/programmes, Genève, 2011, <http://www.ifrc.org/Global/Publications/monitoring/Monitoring-and-Evaluation-guide-FR.pdf>*

Groupe URD,

- *Manuel du COMPAS Qualité, 2004, www.compasqualite.org/Setup/fr/V9.06-FR_manuel_COMPAS_Qualite.pdf*

Groupe URD,

- *Manuel de la participation à l'usage des acteurs humanitaires, Groupe URD, 2010, <http://urd.org/article/le-manuel-de-la-participation>*

Hallam A. et **Bonino F.**,

- *L'évaluation pour un vrai changement : Le point de vue des praticiens humanitaires, Étude ALNAP, Londres : ALNAP/ODI, 2013, www.alnap.org/resource/12357.aspx*

Herrero S.,

- *Integrated Monitoring: a Practical Manual for Organisations That Want to Achieve Results, inProgress, 2012, <http://www.hapinternational.org/pool/files/demystifying-the-monitoring-process.pdf>*

Hummelbrunner R. et **Jones H.**,

- *A guide for planning and strategy development in the face of complexity, Overseas Development Institute, 2013, www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/8287.pdf*

Hummelbrunner R. et **Jones H.**,

- *A guide to managing in the face of complexity, Overseas Development Institute, 2013, www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/8662.pdf*

Jones L., **Ludi E.**, **Carabine E.**, **Grist N.**,

- *Planning for an uncertain future, Overseas Development Institute, 2014, www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/8851.pdf*

Milton N.,

- *The Lessons Learned Handbook: Practical Approaches to Learning from Experience, Chandos Publishing, 2010.*

O'Flynn M.,

- *Tracking Progress in Advocacy: Why and How to Monitor and Evaluate Advocacy Projects and Programmes, Intrac, 2009, www.intrac.org/data/files/resources/672/Tracking-Progress-in-Advocacy-Why-and-How-to-Monitor-and-Evaluate-Advocacy-Projects-and-Programmes.pdf*

Ramalingam B.,

- *Tools for Knowledge and Learning: A Guide for Development and Humanitarian Organisations, Overseas Development Institute, 2006, www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/188.pdf*

Simister N., avec **Smith R.**,

- *Monitoring and Evaluating Capacity Building: Is it really that difficult? Praxis Paper 23: Intrac, 2010, <http://www.intrac.org/data/files/resources/677/Praxis-Paper-23-Monitoring-and-Evaluating-Capacity-Building-is-it-really-that-difficult.pdf>*

Sterne R., **Heaney R.** et **Britton B.**,

- *The Partnership Toolbox, WWF, 2009, http://assets.wwf.org.uk/downloads/wwf_partnershiptoolboxartweb.pdf?_ga=1.263303820.1237681719.1415883585*

Tsui J., **Hearn S.**, et **Young J.**,

- *Monitoring and evaluating policy influence and advocacy, Overseas Development Institute, 2014, www.odi.org.uk/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/8928.pdf*



LISTE DES TITRES DE LA COLLECTION

Bouchon M.,

– *Collecte de données, méthodes qualitatives,*

MdM, mai 2009, 2^e édition 2012, ISBN 9782918362166. DVD inclus

Bouchon M.,

– *Violences faites aux femmes : genre, culture et sociétés, approche pratique, MdM, 2009.*

Branchat J., Duplessy C.,

– *Prévention et réponse aux violences liées au genre, guide méthodologique, MdM, 2010.*

Gueguen J. et al.,

– *Éducation pour la santé, guide pratique pour les projets de santé, MdM, 2010.*

Dromer C. et al.,

– *Pour une éthique de terrain. Gestion des données personnelles sensibles (santé – histoires de vie), MdM, 2010 (version électronique uniquement).*

Gumucio S. et al.,

– *Collecte de données, méthodes quantitatives, les enquêtes CAP*

(Connaissances, attitudes & pratiques), MdM, 2011, ISBN 9782918362159. DVD inclus

Bouchon M.,

– *Les déterminants socioculturels de l'accès aux soins, MdM, janvier 2012,*

ISBN 9782918362180. DVD inclus

Bouchon M.,

– *Travailler avec les communautés, MdM, 2012, ISBN 9782918362197. DVD inclus*

Lesieur E., Simon S.,

– *Santé sexuelle et reproductive, cadre de référence, MdM, 2013, ISBN 9782918362609.*

DVD inclus

Collectif,

– *Histoire et principes de la réduction des risques, entre santé publique et changement social, MdM, 2013, ISBN 9782918362203.*

Gumucio S. et al.,

– *Planification de projets de santé. Promotion de la santé et action humanitaire,*

MdM, 2015, ISBN 9782918362760. DVD inclus