

Évaluer la pérennité des programmes de santé publique : un outil et son application en Haïti

Assessing program sustainability in public health organizations: a tool-kit application in Haïti

V. RIDDE⁽¹⁾, P. PLUYE⁽²⁾, L. QUEUILLE⁽³⁾

(1) Unité de Santé Internationale, Faculté de Médecine, Université de Montréal, Montréal, Édifice Saint-Urbain, 3875, rue Saint-Urbain, Montréal, Québec, Canada, H2W 1V1. Email : valery.ridde@umontreal.ca (*Tirés à part* : V. Ridde)

(2) Department of Social Studies of Medicine, McGill University, Montréal, Canada.

(3) Fondation « Terre des hommes », Lausanne, Suisse.

Background: Public health stakeholders are concerned about program sustainability. However, they usually conceive sustainability in accordance with financial criteria for at least one reason. No simple frameworks are operationally and theoretically sound enough to globally evaluate program sustainability. The present paper aims to describe an application of one framework assessment tool used to evaluate the sustainability level and process of a Nutritional Care Unit managed by a Swiss humanitarian agency to fight against severe child malnutrition in a Haitian area. The managing agency is committed to put this Unit back into the structure of a local public hospital.

Methods: The evaluation was performed within the sustainability framework proposed in a former article. Data were collected with a combination of tools, semi-structured interviews (n=33, medical and support staff from the agency and the hospital), participatory observation and document review. Data concerned the four characteristics of organizational routines (memory, adaptation, values and rules) enabling access to the level of sustainability. In addition, data were related to three types of events distinguishing routinization processes from implementation processes: specific events of routinization, routinization-implementation joint events, and specific events of implementation. Data analysis was thematic and results were validated by actors through a feed-back session and written comments.

Results: The current level of sustainability of the Nutritional Care Unit within the Hospital is weak: weak memory, high adaptation, weak sharing of values and rules. This may be explained by the sustainability process, and the absence of specific routinization events. The relevance of such processes is reasonable, while it has been strongly challenged in the troublesome Haitian context. Riots have been widespread over the last years, creating difficulties for the Hospital.

Conclusion: This experience suggests the proposed framework and sustainability assessment tools are useful when the context permits scrutiny of program sustainability.

Sustainability. Evaluation. Public health. Relevance. Nutrition. Haiti.

Position du problème : Dans le domaine de la santé publique, les acteurs sont très souvent préoccupés par la pérennité des projets. Notre objectif est de montrer l'utilité d'outils méthodologiques destinés à évaluer la pérennité à partir d'une application concrète dans un contexte d'aide internationale. Il s'agit d'évaluer le degré de pérennité, ainsi que le processus de pérennisation l'ayant

permis, d'une unité de soins nutritionnels pour les enfants gravement malnutris en Haïti, à la suite de sa « remise » par une organisation non gouvernementale suisse à un hôpital public.

Méthode : Le jugement a été porté à partir d'un cadre d'analyse issu de nos travaux antérieurs présenté dans l'article à propos de la pérennité et de la pérennisation des programmes. La collecte des données s'est faite par des entrevues semi-dirigées (n = 33, personnel médical et de soutien de l'organisation et de l'hôpital), de l'observation participante et des analyses documentaires. Les données concernaient les caractéristiques des routines qui servent à caractériser le degré de pérennité et les événements liés à la routinisation et l'implantation. Une analyse thématique a été effectuée, les résultats ont été validés par les acteurs lors d'une séance de rétroactions ainsi que par des commentaires écrits.

Résultats : Le degré actuel de pérennité de l'unité nutritionnelle s'est révélé faible ; faible mémoire, bonne adaptation, faible partage de valeurs et de règles. Ce résultat a été en partie expliqué par le processus de pérennisation et notamment l'absence d'activité et d'événement propices à la routinisation. La pertinence de ce processus a été jugée acceptable pour le programme mais l'était moins, à cette période, pour le contexte et l'organisation hôte, compte tenu des troubles sociaux que connaissait Haïti et des difficultés internes à l'hôpital.

Conclusion : À la lumière de cette expérience, le cadre d'analyse proposé dans cet article et ses outils semblent particulièrement féconds lorsque le contexte est favorable à l'étude de la pérennité.

Pérennité. Évaluation. Santé Publique. Pertinence. Nutrition. Haïti.

INTRODUCTION

« L'auteur, l'auteur ! », titrait David Lodge son dernier roman à succès. « Pérennité, pérennité » pourrait être le titre du prochain roman décrivant les préoccupations des acteurs de la santé publique internationale. En effet, si le critère de la pérennité n'est qu'assez peu étudié dans les évaluations des programmes de santé publique au Nord [1, 2], il est très souvent mis en avant lorsqu'il s'agit de porter un jugement sur ceux mis en œuvre au Sud. Outre les habituels critères d'efficacité, d'efficience ou encore de pertinence [3], du Canada à l'Europe les bailleurs de fonds de l'aide internationale ont inclus dans leurs critères d'évaluation la pérennité des projets. Déjà, en 1987, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) réalisait une étude sur la pérennité de 28 projets dans trois pays du Sud [4]. Des organisations non gouvernementales (ONG) ont produit avec la coopération française un guide pour « évaluer la viabilité » des centres de santé. Mais ces guides restent focalisés sur le « financement et la gestion d'un centre de santé » [5], ce qui n'est pas nouveau puisque l'OCDE concluait son étude en précisant que « most studies focus on financial sustainability » [4], alors que des travaux récents ont montré que le concept de pérennité est plus complexe [6, 7]. Nous croyons que l'une des raisons qui permet de rendre intelligible cette orientation des ONG vers l'unique préoc-

cupation budgétaire (que se passera-t-il une fois notre soutien financier tari ?) est l'absence d'un cadre d'analyse simple, pratique et conceptuellement valide pour porter un jugement global sur la pérennité des programmes de santé publique. À notre connaissance, il n'existe en effet aucune procédure rapide et facile à la disposition des acteurs de la santé publique pour effectuer ce type d'évaluation. Aussi, l'objectif de cet article est de montrer l'utilité d'outils méthodologiques employés pour l'évaluation de la pérennité et de la pérennisation à partir d'une application concrète dans un contexte d'aide internationale. Après avoir précisé le contexte de la présente étude, nous explicitons le cadre d'analyse et les outils employés à l'occasion de l'évaluation d'un programme de récupération nutritionnelle des enfants en Haïti. Les données empiriques permettant de préciser ce jugement sont ensuite décrites. Enfin, nous proposons une discussion de l'utilité du cadre d'analyse et de la pertinence de telles évaluations.

MÉTHODES

La fondation « Terre des hommes » est une ONG suisse, impliquée en Haïti depuis 1989 (ci-après « l'ONG »). Elle concentre ses interventions dans les domaines de la nutrition et de l'aide directe à l'enfance meurtrie sans préoccupation d'ordre politique, racial ou confessionnel. Dans un département au Sud d'Haïti, après avoir effectué une étude des besoins, l'ONG a jugé opportun d'implanter à partir de 1997 un programme de prise en charge de la malnutrition aiguë

grave à travers une Unité de soins nutritionnels (ci-après « l'Unité »). Ce programme est entièrement financé et mis en œuvre par l'ONG dans ses locaux privés. Les enfants jugés gravement malnutris reçoivent des soins médicaux et nutritionnels durant plusieurs semaines dans l'Unité afin de leur permettre de retrouver un poids normal. Cinq ans plus tard, après une évaluation de la situation et un atelier de travail avec les autorités locales, l'ONG décide de focaliser ses activités vers la lutte contre la malnutrition modérée, et non plus grave, en agissant de manière concomitante sur les trois causes sous-jacentes selon l'OMS : la sécurité alimentaire, les pratiques de soins, les services de santé. Aussi, la stratégie déployée depuis lors, en accord avec les recommandations internationales [8] et la politique nationale de nutrition de 2001 [9], vise majoritairement à accentuer les efforts d'interventions directement auprès des communautés, en laissant le soin au ministère de la Santé publique et de la Population (ci-après « le Ministère ») de s'occuper de l'Unité. Comme précédemment dans d'autres pays, l'ONG statue donc en 2003 à l'importance de procéder à la « remise du projet », selon le vocabulaire consacré dans son manuel de cycle de projet. Cela signifie concrètement que l'Unité, fonctionnant jusqu'alors exclusivement sous la responsabilité et dans les propres locaux de l'ONG, doit être reprise par le service de pédiatrie de l'Hôpital départemental (ci-après « l'Hôpital »). À la suite de ce processus d'implantation de l'Unité, l'ONG organise à partir de 2003 un processus de pérennisation qu'elle souhaite favorable à la pérennité de l'Unité au sein de l'Hôpital. Des locaux sont construits à l'Hôpital, le personnel est formé, des réunions sont organisées, un protocole d'accord entre l'ONG et le Ministère est signé, etc. Fin octobre 2004, l'Unité fonctionne au sein de l'Hôpital. L'ONG souhaite pouvoir se retirer de l'Unité entre 2005 et 2007.

C'est dans ce contexte que l'ONG décide d'effectuer une première évaluation qui vise à l'aider à porter un jugement sur le degré de pérennité de l'Unité en janvier 2005 et sur le processus de pérennisation démarré en 2003, afin de mieux préparer ce retrait envisagé à moyen terme. Il ne s'agit pas de porter un jugement final mais au contraire de favoriser les ajustements nécessaires à la pérennité de l'Unité. Cette étude vise donc à répondre, parmi d'autres, à trois questions évaluatives :

- 1) quel est le degré actuel de pérennité de l'Unité au sein de l'Hôpital ?
- 2) quelles ont été les actions entreprises favorables ou défavorables à la pérennité ?
- 3) quelles sont les actions à entreprendre dans les prochains mois pour améliorer le degré de pérennité ?

CADRE THÉORIQUE

Alors que l'implantation d'un programme consiste en la mobilisation de ressources pour mettre en œuvre des activités afin d'atteindre des objectifs, la pérennisation concerne le devenir des programmes. Elle est centrée sur le processus qui permet la continuation des activités et des effets relatifs aux programmes. Quant à la pérennité, c'est le résultat du processus, c'est un « arrêt sur image » de la pérennisation. Ce processus peut être évalué de manière prospective (en notant les événements au fur et à mesure de leur survenue) ou rétrospec-

tive (en se remémorant les événements critiques). Il aboutit à la pérennité d'un projet qui peut être évaluée de manière transversale, à tout moment et ponctuellement, en fonction de degrés de pérennité.

Dans le présent article, la pérennité réfère aux routines organisationnelles qui sont fondamentales dans les écrits sur l'apprentissage dans les organisations. Ces écrits, analysés en détail ailleurs [6, 7], mettent en évidence quatre caractéristiques des routines : mémoire, adaptation, valeurs et règles. Ces caractéristiques sont employées et rendues opérationnelles sous la forme de 15 questions posées aux acteurs sociaux des programmes de santé publique. Autrement dit, un programme est « routinisé » lorsqu'au moins une activité qui découle de ce programme possède ces quatre caractéristiques. Quatre questions portent sur la pérennité de la mémoire d'un programme dans une organisation, qui dépend du maintien et de la stabilité des ressources dédiées au programme par cette dernière. Trois questions concernent l'adaptation du programme à son contexte et à ses effets, cette adaptation constituant en soi un gage de pérennité. Quatre interrogations portent sur les valeurs associées au programme qui sont partagées avec l'organisation. Les quatre dernières questions concernent les règles du programme qui sont partagées avec l'organisation.

Quatre degrés de pérennité des programmes de santé publique dans les organisations peuvent ainsi être constatés :

- 1) pérennité nulle : aucune activité ne découle du programme dans une organisation ;
- 2) pérennité précaire : quelques activités résiduelles du programme sont poursuivies officieusement par des acteurs dans une organisation, dans le cadre d'une fonction qui n'a rien à voir avec le programme ; la continuation de ces activités dépend de ces acteurs ;
- 3) pérennité faible : des activités officielles sont issues du programme, mais elles ne possèdent pas toutes les caractéristiques des routines organisationnelles et ne sont donc pas « routinisées » ; ces activités peuvent changer de façon radicale à court terme ;
- 4) pérennité moyenne : des activités « routinisées » sont issues du programme ; elles possèdent toutes les caractéristiques des routines ; ces activités sont durables ;

Il existe un degré 5 de pérennité haute mais, compte tenu du contexte de cette étude, il n'est pas traité dans cet article. Effectivement, d'un point de vue conceptuel, la pérennité concerne les routines organisationnelles et la standardisation [7]. Les premières reposent sur les degrés 1 à 4 au sein d'une organisation (un hôpital dans le cas présent) et la seconde (degré 5) concerne l'État à travers notamment la formulation des politiques publiques.

La pérennisation est un processus que nous comprenons également selon une perspective organisationnelle. La pérennisation des programmes dans les organisations est étudiée en référence au processus de routinisation défini par Weber [10]. La routinisation constitue le processus fondamental qui aboutit à la pérennité des programmes [11, 12]. Le temps est pris en compte en observant les événements critiques qui jalonnent le déroulement des programmes. L'analyse des écrits scientifiques en promotion de la santé nous a conduit à proposer que le processus de pérennisation commence dès les premiers événements qui jalonnent le déroulement des programmes [13]. Par conséquent, nous avons proposé que les processus de

pérennisation et d'implantation soient concomitants. Cette concomitance implique la définition de trois catégories d'événements pour différencier les processus de routinisation et d'implantation : les événements spécifiques de la routinisation, les événements conjoints de routinisation et d'implantation, et les événements spécifiques de l'implantation [13]. Pour l'ensemble de ces trois catégories, neuf événements spécifiques ont été proposés théoriquement et mis en contexte dans l'*annexe 1* de cet article.

OUTILS ET STRATÉGIE D'ANALYSE

D'abord, six entretiens en profondeur [14] avec les personnes clés du projet (infirmières, médecins, personnel de soutien, responsable du projet) ont permis de définir précisément l'ensemble des activités effectuées à l'Unité. Nous avons classé ces activités en cinq rubriques : l'admission des enfants, leur hospitalisation et la prise en charge nutritionnelle, les activités de prévention et d'éducation à la santé, le suivi des enfants et, enfin, les aspects de logistique et de maintenance. Aussi, la liste des activités, validées par ces personnes responsables, a servi de fondement pour juger la pérennité de l'Unité au sein de l'Hôpital (question 1). C'est à partir de cette liste d'activités que nous avons posé les questions de l'*annexe 2*, regroupées en fonction des quatre caractéristiques des routines, à ces mêmes six personnes.

Ensuite, concernant le processus de pérennisation passé et à venir (questions 2 et 3), afin de disposer d'une grande diversité de points de vue et de perceptions des acteurs concernés par le projet, nous avons mené des entretiens auprès de 33 personnes (22 étant affiliées à l'ONG et 11 au Ministère : personnel de soutien, infirmières, médecin, animatrices, responsable de projet, directrice de l'Hôpital). Selon le cas, il s'est agi d'entretiens individuelles ou de groupe, de type focus group [14]. Ces entretiens semi-dirigés ont été réalisés à l'aide d'un guide préalablement construit présenté à l'*annexe 1*.

Enfin, outre ces entretiens, nous avons utilisé la méthode de l'observation participante et nous avons réalisé une étude de la documentation.

Les données qualitatives ont été étudiées à l'aide d'une analyse thématique [15]. Par exemple, les éléments tirés des entretiens individuelles ont été regroupés en fonction des différentes dimensions du cadre d'analyse de l'étude de la pérennité précédemment décrit. Pour nous assurer de la pertinence de notre analyse, les résultats préliminaires ont été présentés et discutés à la fin de l'évaluation lors d'une séance de restitution, et le rapport préliminaire a été envoyé aux principales parties prenantes du projet pour obtenir leurs commentaires.

RÉSULTATS

LA PÉRENNITÉ ACTUELLE DU PROGRAMME

À partir des informations transmises par les différentes parties prenantes du projet et d'après nos analyses de la documentation, nous résumons dans le *tableau I* les données utiles pour l'évaluation de la pérennité de l'Unité au sein de l'Hôpital.

Nous estimons, selon le cadre d'analyse proposé, que le degré de pérennité de l'Unité au sein de l'Hôpital doit être qualifié de faible (soit le troisième degré sur quatre pour les organisations). Des activités officielles de l'Hôpital sont issues de l'Unité, mais elles ne possèdent pas toutes les caractéristiques des routines organisationnelles. Elles ne sont donc pas « routinisées », car elles peuvent changer de façon radicale à court terme. Un grand nombre d'activités issues du programme de l'ONG sont encore mises en œuvre au sein de l'Unité. Cependant, elles sont loin d'être intégrées dans le fonctionnement de l'Hôpital. Au sein de ce dernier, la salle A (l'Unité) et la salle B (l'ancienne pédiatrie), pour reprendre un vocabulaire emprunté à nos interlocuteurs, sont encore deux entités organisationnelles différentes : « nous fonctionnons en deux secteurs ». Contrairement à ce qui avait été promis dans le protocole signé par le Ministère, l'absence de ressources humaines et financières allouées par l'Hôpital à l'Unité est certainement un élément défavorable à la pérennité. Cela étant dit, il ne faut pas se limiter à cette question de ressources, d'autres éléments sont également indispensables à la routinisation des activités de l'Unité et donc à sa pérennité. Ajoutons pour terminer que s'il existe une politique publique de nutrition depuis quelques années, la situation politique haïtienne en 2004 et 2005 ne favorise aucunement une standardisation des routines et donc le plus haut degré de pérennité.

LA PÉRENNISATION : ÉVÉNEMENTS PASSÉS ET FUTURS

Événements passés

Nos discussions en profondeur avec un certain nombre de personnes montrent que des événements ont été favorables, selon elles, à la pérennité, tandis que d'autres y ont été néfastes. Le *tableau II* présente ces différentes actions et événements selon trois catégories, tel que nous l'avons dit dans la section « Méthodes ».

Événements futurs

D'une manière spontanée, lorsque que nous interrogeons les acteurs à propos des actions à entreprendre dans les prochains mois pour favoriser la pérennité de l'Unité au sein de l'Hôpital, la stabilité des ressources est mentionnée. Dans les mots de certaines personnes, il s'agit de poursuivre « l'aide

TABLEAU I. — *Les quatre dimensions de la pérennité de l'Unité au sein de l'Hôpital.*

MÉMOIRE	
Ressources financières	Aucune allocation de ressources par l'Hôpital ; très faible allocation budgétaire de l'État à l'Hôpital
Ressources humaines	Aucune nomination par l'État des fonctionnaires nécessaires au fonctionnement
Ressources matérielles	Aucune allocation de ressources par l'Hôpital
Autres ressources	Aucune allocation de ressources par l'Hôpital
ADAPTATION	
Adaptation au contexte	Responsabilité technique d'un hôpital de référence pour la prise en charge des enfants gravement malnutris
Moyens d'évaluation	Nombreux outils adaptés au contexte et aux capacités locales pour le suivi et l'évaluation des effets de l'Unité
Pertinence douteuse	Non remise en cause de la pertinence de toutes les activités de l'Unité
CODES	
Correspondance avec objectifs	Partage implicite d'objectifs, mais absence d'un plan d'établissement mentionnant l'Unité
Présence de symboles	Présence d'un symbole propre à l'Unité, mais il s'agissait du logo de l'ONG
Organisation de rituels	Aucune organisation de rencontre formelle
Langage interne	Existence d'un jargon technique particulier, mais peu connu et partagé par tous
RÈGLES	
Nomination d'un superviseur	Absence d'un superviseur affecté à la coordination de l'ensemble des activités de l'Hôpital
Inclusion dans la planification	Pas de réelle inclusion dans la planification, mise à part dans le protocole d'entente
Description des tâches	Très bonne description des tâches des employés de l'Unité
Procédures écrites	Existence du guide pratique pour la surveillance nutritionnelle et de multiples protocoles thérapeutiques

extérieure ». Cela concerne tant l'alimentation des enfants que les médicaments et, évidemment, les salaires du personnel, mais cela ne s'arrête pas aux simples aspects financiers. L'importance de collaborer et d'œuvrer ensemble est mise en exergue. Les deux entités que sont l'Unité et l'Hôpital doivent nécessairement accroître leur imbrication fonctionnelle pour que l'Unité perdure. Il faut, en quelque sorte, briser la cloison invisible qui s'est établie entre la salle A et la salle B. Pour reprendre des termes entendus, il faut « traverser » entre les deux salles et accentuer le travail collaboratif. Cela doit être concrétisé par des roulements communs de personnel, un partage des tâches mais également un partage des ressources matérielles (dans la plus grande transparence et confiance possibles). Les ressources humaines et matérielles apportées par l'ONG à travers l'Unité paraissent, malgré les enga-

gements du Ministère dans le protocole d'accord, disproportionnées par rapport aux ressources potentielles de l'Hôpital. Pour que l'Unité devienne pérenne, il faudra donc dans un premier temps, nous disent les acteurs, mieux partager ces ressources. En ce qui a trait au processus de pérennisation, tout ceci constitue une nécessaire prise de risques organisationnels.

Il a aussi été évoqué l'importance d'assurer, sans discontinuité, la qualité de la prise en charge nutritionnelle des enfants. Sans cela, la pérennité de l'Unité sera remise en cause. La réputation acquise par l'Unité dans les précédentes années sera mise à mal. Pour maintenir cette qualité de service, l'ensemble des interventions favorables à la prévention de la malnutrition et à la détection des cas graves doivent perdurer.

TABLEAU II. — Événements passés favorables ou défavorables à la pérennisation de l'Unité.

	Événements favorables	Événements défavorables
ÉVÉNEMENTS SPÉCIFIQUES À LA PÉRENNISATION		
Stabilisation des ressources organisationnelles	Aucun	Absence de considération des moyens actuels de l'État et de l'échec de ses promesses lors d'un projet en 1999 Contrairement à ce qui était prévu, l'ONG continue de payer les salaires de l'Unité au lieu de donner une subvention à l'Hôpital en attendant la nomination officielle des agents
Prise de risques organisationnels	Aucun	Deux entités fonctionnent séparément dans un seul bâtiment Réduction du personnel de l'Unité et demande aux parents de la compenser
ÉVÉNEMENTS CONJOINTS À LA PÉRENNISATION ET L'IMPLANTATION		
Incitation ou bénéfices pour les acteurs	Aucun	Aucun
Adaptation des activités	Bonne réputation de la qualité des projets de l'ONG en matière de nutrition par l'intermédiaire des activités passées dans cette région du pays	Aucun
Liens avec les objectifs de l'Hôpital	Signature d'un protocole d'accord	Aucun
Communication transparente entre les acteurs	Concertation pour la rédaction du protocole Mise en place d'un comité de pilotage	Manque de suivi du protocole avec le nouveau Ministre de la santé Pas assez de réunions avec l'ensemble du personnel de l'Hôpital
Partage d'une culture de l'artefact entre l'ONG et l'Hôpital	Aucun	Aucun
Intégration des règles relatives aux activités dans celles de l'Hôpital	Aucun	Absence de prise en compte des routines (rotation du personnel) de l'Hôpital
ÉVÉNEMENTS SPÉCIFIQUES À L'IMPLANTATION		
Investissement dans des ressources	Construction du bâtiment, fourniture de matériel Formation et stage des infirmières dans les deux entités (ONG et Hôpital)	Absence de stage pour le personnel de soutien de l'Hôpital
Compatibilité pratique/technique des activités avec celles de l'Hôpital	Ajout d'un bâtiment adjacent à l'Hôpital avec son personnel	Aucun

DISCUSSION

De très bons acquis ont été tirés du projet en ce qui concerne quelques caractéristiques de la pérennité : l'adaptation au contexte, les procédures de prise en charge nutritionnelle, la description des tâches, le système de suivi (monitoring). Cependant, le faible degré de pérennité est en

partie expliqué par l'implantation de l'Unité, et en partie par l'absence d'activité et d'événement propices à la routinisation. D'une part, nous croyons avoir montré que l'implantation était restée jusqu'ici essentiellement sous la responsabilité de l'ONG. Les activités ont été menées dans les locaux de l'Hôpital mais grâce au financement de l'ONG, avec du personnel et du matériel de l'ONG qui

demeuraient sous la supervision de l'ONG. D'autre part, le *tableau II* montre qu'aucune activité spécifique à la seule pérennisation n'a été effectuée préalablement à la remise de l'Unité à l'Hôpital. En revanche, certains événements passés ont été conjoints à la pérennisation et l'implantation, et d'autres spécifiques à l'implantation du projet, soit la mise en œuvre des activités préalablement décrites. Certains ont été favorables comme le fait d'avoir tenu de nombreuses réunions, créé un comité de suivi, signé un protocole avec de nombreuses annexes techniques utiles. Certaines activités passées ont cependant été, selon les acteurs, défavorables à ce processus de pérennisation. Il s'agissait notamment de l'absence de prise de risques organisationnels dans le fonctionnement de l'Hôpital ainsi que de la capacité actuelle de l'État Haïtien, donc de l'Hôpital, à prendre en charge les frais afférents à ce nouveau service. Le manque de réunions avec l'ensemble du personnel, et donc pas uniquement les responsables de service, a eu aussi, semble-t-il, certains impacts négatifs sur le moral et la motivation des agents vivant la remise de l'Unité. On a donc eu l'impression, comme l'ont dit certains, qu'il y a eu une « intégration forcée ». Cette vision paraissait partagée par plusieurs membres de l'ONG et de l'Hôpital. La focalisation de l'ONG sur l'implantation de l'Unité, l'absence d'actions spécifiques à la pérennisation et le trop grand nombre d'événements défavorables à cette dernière expliquent donc en grande partie ce faible degré actuel de pérennité.

La question de l'efficacité du processus traitée, il nous faut porter un jugement sur la pertinence de la remise de l'Unité à l'Hôpital. Bien que cette question n'ait pas été posée à l'origine, le faible degré de pérennité constaté nous oblige à nous interroger. « Si la pérennisation est une composante à part entière du modèle de planification, toutes les situations n'exigent pas qu'on la recherche systématiquement », préviennent les auteurs d'un guide de planification écrit pour une autre ONG [16]. Pour analyser cette pertinence, ils conseillent d'étudier trois éléments particuliers de la situation : le programme, le contexte et l'organisation hôte. Les différentes évaluations préalables du projet ainsi que les données probantes en matière de nutrition publique montrent qu'il faut davantage intervenir au sein des communautés et

agir en faveur de la réduction de la malnutrition modérée et légère. Cette réorientation des activités de l'ONG dans cette direction est donc très pertinente. L'action pour contrer la malnutrition grave reste importante mais pas forcément essentielle pour la santé des populations. Cependant, malgré un taux de malnutrition grave aiguë relativement peu préoccupant par rapport à d'autres pays du Sud (0,6 %), le département est situé au premier rang pour la prévalence (1,1 %) et au troisième rang pour le nombre d'enfants les plus touchés dans le pays [17]. Au-delà des débats [18], il faut poursuivre la prise en charge des enfants. Aussi, le programme de l'Unité rend tout à fait pertinent sa remise à l'Hôpital. En revanche, d'un point de vue contextuel et de l'organisation hôte, l'environnement social et hospitalier n'était pas propice (à cette période précise) au processus de pérennisation. Les événements politiques majeurs de l'année 2004 et l'absence d'une équipe de direction à l'Hôpital pendant de nombreux mois devaient être des facteurs justifiant un report ou une période probatoire pour la remise de l'Unité à l'Hôpital. Pour le moment, l'Unité est située physiquement au sein de l'Hôpital, mais les deux entités demeurent. Une prise de risque de la part de l'Hôpital sera donc indispensable pour assurer une meilleure pérennité. Il faut affirmer qu'une grande partie de la responsabilité des actions à entreprendre est entre les mains du Ministère. Cependant, au risque de gâcher des années d'investissements (et d'implantation), il ne faudrait pas que l'ONG laisse l'ensemble du fardeau reposer sur les épaules du Ministère sans prendre les devants de temps à autre. Le contexte de l'époque en Haïti (un gouvernement de transition) et dans l'Hôpital (une nouvelle direction mais encore peu de moyens) n'est pas forcément le plus propice à la pérennité, ce qui justifie d'autant plus le rôle que l'ONG doit encore jouer en ce qui concerne la dynamique du processus de pérennisation.

Il nous faut terminer cette section en avertissant le lecteur sur les limites de l'utilisation de cet outil d'évaluation de la pérennité/pérennisation des programmes et du présent article. Il nous semble, en effet, que dans certains contextes particuliers, la question « comment (mieux) pérenniser ? » n'a pas forcément lieu d'être. Or, trop souvent, certains acteurs de la santé publique et du développement international s'interrogent sur la manière

de rendre pérenne un projet qui, à l'évidence, ne pourra jamais l'être. Dans la présente étude ce n'était pas le cas, puisque nous avons montré la pertinence du processus (bien que le moment ait été remis en cause, compte tenu du contexte et de l'organisation hôte) et de l'interrogation concernant la pérennité. Mais dans d'autres cas, plutôt que se demander comment rendre les effets d'un programme pérenne, il faudrait se demander pourquoi il faut le faire. Kremer et Miguel l'ont parfaitement explicité récemment dans leur article intitulé « The illusion of sustainability » [19]. L'idéal-type de cette réflexion, qui a également été posée lors de cette étude en Haïti, est celle de la pérennité financière des formations sanitaires. Alors que depuis 15 ans on s'interroge sur la manière dont les communautés doivent s'organiser pour autofinancer les services de santé par l'intermédiaire du paiement direct, il nous paraît plus important de réfléchir au bien-fondé de ce mode de financement qui fait de l'utilisateur un payeur [20-22]. S'interroger sur la pérennité en usant de la démarche que nous venons de présenter, au-delà de sa validité, ne va donc pas forcément de soi. Décider de déployer des ressources pour porter un jugement sur l'état de pérennité d'un programme ou sur les actions à réaliser pour que cela soit possible, mérite assurément une réflexion approfondie [23].

CONCLUSION

L'objet de cet article était de présenter un cadre d'analyse de la pérennité/pérennisation des programmes, de fournir aux lecteurs des outils utiles et de montrer, par l'exemple, que leur application est féconde pour les acteurs de la santé publique et de l'aide internationale en général. Par l'intermédiaire de ces outils, nous espérons que les parties prenantes des programmes seront en mesure de rendre intelligible le degré de pérennité de leur programme. Dans leurs soucis de rendre les effets de leurs programmes pérennes, ces acteurs pourront également se préoccuper, dès le début de leurs réflexions, des actions à entreprendre au sein des processus concomitants de planification, d'évaluation, d'implantation et de pérennisation. Cette étude de cas haïtienne a montré toute l'importance, pour la pérennité des programmes, des événements spécifiques à la pérennisation : la stabilisation des ressources et les prises de risques organisationnels.

REMERCIEMENTS : L'étude effectuée en Haïti a été possible grâce au cofinancement de l'Union Européenne (ECHO). Nous remercions chaleureusement l'ensemble des personnes rencontrées lors de cette évaluation, des parents aux enfants en passant par les membres de l'Hôpital, du Ministère et de la Fondation Terre des hommes. Les commentaires pertinents de John Orlando de « Terre des hommes » — Lausanne ainsi que ceux des évaluateurs du manuscrit ont été très utiles. Valéry Ridde est boursier du Fond de la Recherche en Santé du Québec (FRSQ).

RÉFÉRENCES

1. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Avargues MC. L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. *Rev Épidemiol Sante Publique* 2000 ; 48 : 517-39.
2. Bilodeau A, Bouteiller D, Filion G, Perreault M, Labrie L. La pérennisation des programmes de promotion de la santé en entreprise est-elle possible ? *Can J Public Health* 2005 ; 96 : 114-20.
3. Ridde V. L'évaluation de programme en santé internationale : qu'est-ce que c'est, comment la planifier et utiliser une approche participative ? *Dev Sante* 2004 ; 169 : 23-9.
4. OCDE. Sustainability in development programmes: a compendium of evaluation experience. Selected issues in aid evaluation. Paris: OCDE/DAC, 1987.
5. Galland B, Fontaine D, Rasidy K. Évaluer la viabilité des centres de santé. Fascicule 1 : Guide méthodologique ReMeD, AFVP, CIDR, MM France, Coopération Française, 1997.
6. Pluye P. Vers un nouveau modèle théorique du déroulement des programmes. Étude de la routinisation des programmes en promotion de la santé. Thèse de doctorat, no. T02-04. Montréal : GRIS, Faculté de Médecine, Université de Montréal, 2002.
7. Pluye P, Potvin L, Denis JL. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Eval Program Plann* 2004; 27: 121-33.
8. Wagstaff A, Claeson M. The millenium development goals for health: rising to the challenges. Washington, DC: World Bank, 2004.
9. MSPP. Politique nationale de nutrition. Port-au-Prince : Ministère de la santé publique et de la population, octobre 2001.
10. Weber M. Économie et société : les catégories de la sociologie. Paris : Plon, 1995.
11. Scheirer MA. Are the level of institutionalization scales ready for "prime time"? A commentary on "Development of level of institutionalization scales for health promotion programs". *Health Educ Q* 1993; 20: 179-83.
12. Yin RK. Changing urban bureaucraties: how new practices become routinized. Lexington: Lexington Book, 1979.

13. Pluye P, Potvin L, Denis JL, Pelletier J, Mannoni C. Program sustainability begins with the first events. *Eval Program Plann* 2005; 28: 123-37.
14. Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires A. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur, 1997.
15. Miles MB, Huberman AM, Bonniol JJ. *Analyse des données qualitatives*. 2^e éd. Bruxelles : De Boeck Université, 2003.
16. Mannoni C, Jacquet F, Wandscheer C, Pluye P. *Manuel de planification des programmes de santé à Médecins du Monde*. Paris : Médecins du Monde, 2002.
17. Cayemittes M, Placide MF, Barrère B, Mariko S, Sévère B. Enquête « Mortalité, morbidité et utilisation des services EMMUS-III, Haïti 2000 ». Calverton (Maryland, USA) : MSPP — Institut Haïtien de l'Enfance — ORC Macro, juin 2001.
18. Collins S. Community-based therapeutic care: a new paradigm for selective feeding in nutritional crises. London: Network Paper — Humanitarian Practice Network — HPG — ODI, November 2004.
19. Kremer M, Miguel E. The illusion of sustainability. NBER Working Paper No 10324. Cambridge (MA): National Bureau of Economic Research, February 2004.
20. Ridde V. Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative. *Bull World Health Organ* 2003; 87: 532-8.
21. Haddad S, Nougbara A, Ridde V. Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso. *Santé, Société et Solidarité* 2004 ; 2 : 199-210.
22. Nabyonga J, Desmet M, Karamagi H, Kadama P, Omaswa F, Walker O. Abolition of cost-sharing is pro-poor: evidence from Uganda. *Health Policy Plan* 2005; 20: 100-8.
23. Ridde V. La santé des femmes et la coopération hospitalière canadienne en Afghanistan. *Can J Public Health* 2006 ; 97 : 60-3.

Annexe 1 : Guide d'entrevue concernant la pérennisation

Lors des entrevues individuelles et de groupes, les acteurs concernés lisent le relevé des activités de l'Unité regroupées en quatre catégories. Après la lecture de chaque catégorie d'activité, l'évaluateur pose la question suivante :

– Selon vous, quels sont les événements/activités/actions importants liés à ces activités qui ont été favorables ou défavorables au transfert de l'Unité à l'Hôpital ?

Si les acteurs ne décrivent pas spontanément les événements en détail, il est possible d'avoir recours aux dix questions liées au cadre conceptuel de la pérennisation et de l'implantation des programmes :

Événements spécifiques à la pérennisation

- Avez-vous entrepris des actions pour stabiliser les ressources organisationnelles (financières, humaines, matérielles, formation) consacrées aux activités de l'Unité ?
- Avez-vous pris des risques organisationnels en faveur des activités de l'Unité ?

Événements conjoints à la pérennisation et l'implantation

- Avez-vous déployé des incitations pour que les acteurs soient encouragés à effectuer les activités de l'Unité ?
- Avez-vous essayé d'adapter les activités de l'Unité au contexte de l'Hôpital en fonction de leur efficacité et des besoins ?
- Avez-vous mis en place les activités de l'Unité en lien avec les objectifs de l'Hôpital ?
- La communication entre les acteurs concernés a-t-elle été de nature transparente ?
- Quel est le niveau de partage d'une culture de l'artefact (mythes, symboles, métaphores, rituels, normes, valeurs) entre l'ONG et l'Hôpital ?
- Avez-vous cherché à intégrer les règles relatives aux activités de l'Unité dans celles de l'Hôpital ?

Événements spécifiques à l'implantation

- Avez-vous effectué des investissements dans des ressources (financières, humaines, matérielles, formation) adéquates pour réaliser les activités de l'Unité ?
- Quel est le type de compatibilité pratique ou technique des activités de l'Unité avec celles de l'Hôpital ?

Annexe 2 : Guide d'entrevue concernant la pérennité*Les ressources permettant de conserver les leçons apprises (mémoire)*

1. Quelles sont les ressources financières utiles pour l'accomplissement des activités de l'Unité qui ont été intégrées dans le budget de l'Hôpital ?
2. Quels sont les employés (formels) de l'Hôpital qui ont été affectés à l'Unité pour accomplir les activités de l'Unité ?
3. Quelles sont les ressources matérielles (locaux, photocopies, médicaments, rations alimentaires, etc.) utiles pour l'accomplissement des activités de l'Unité qui ont été intégrées dans le budget de l'Hôpital ?
4. Quelles sont les autres ressources utiles pour l'accomplissement des activités de l'Unité qui ont été intégrées dans le budget de l'Hôpital ?

L'adaptation des activités (adaptation)

5. Que pensez-vous de l'adaptation des activités de l'Unité au contexte de l'Hôpital ?
6. Quels sont les moyens que vous avez mis en place pour que vous puissiez évaluer les effets des activités ?
7. Quelles sont les activités que vous avez implantées simplement parce que « cela vous plaît », alors que vous pourriez douter de leur pertinence par rapport au contexte de l'Hôpital ?

Les croyances et les codes (valeurs)

8. Quelle est la correspondance des activités de l'Unité par rapport aux objectifs écrits et formalisés de l'Hôpital ?
9. Quels sont les symboles qui existent et qui se rattachent aux activités de l'Unité, tels que des logos ou autres ?
10. Organisez-vous des rituels établis à propos des activités de l'Unité, telles que des réunions périodiques ou autres ?
11. Avez-vous développé un langage particulier autour des activités de l'Unité, une sorte de jargon ?

Les règles de décision et d'action (règles)

12. L'Hôpital a-t-il désigné formellement un(e) superviseur(e) pour les activités de l'Unité ?
13. Les activités de l'Unité sont-elles intégrées dans la planification officielle de l'Hôpital ?
14. Existe-t-il une description de tâches pour le personnel de l'Hôpital affecté aux activités de l'Unité ?
15. A-t-on précisé des règles écrites pour certaines activités de l'Unité, tel qu'un manuel de procédures ?