



**Conférence des
Directeurs Généraux**
de Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires



Des **ressources**
pour l'évaluation
Des **repères** pour
l'action

LA COOPERATION INTERNATIONALE HOSPITALIERE

Guide de bonnes pratiques professionnelles

COMMISSION « RELATIONS INTERNATIONALES » DES CHU



- Octobre 2014-

N° ISBN : 978-2-9550874

AVANT-PROPOS

Par nature, la coopération internationale a, de tous temps, été consubstantielle à l'univers de la santé. Ceci est encore plus vrai à notre époque mondialisée.

La coopération hospitalière internationale est en effet au carrefour de thématiques prioritaires majeures pour nos politiques de santé et d'offre de soins, telles que la surveillance et la sécurité sanitaires internationales, l'accueil auprès de nos meilleures équipes médicales, d'étudiants, de praticiens et de chercheurs étrangers dans le champ des professions de santé, les échanges croisés de bonnes pratiques en gestion hospitalière et techniques thérapeutiques avec d'autres établissements de santé au niveau international, ainsi que pour promouvoir la valorisation internationale des références et normes françaises en santé.

Elle apporte ainsi une contribution décisive au rayonnement international de notre pays et a également des retombées économiques indirectes très appréciables pour nos entreprises et l'activité économique nationale. Avec quelques 3000 établissements de santé français, dont près de 1000 hôpitaux publics et plus d'un million de personnes employées, ce secteur, qui représente financièrement 76 Mds d'euros en 2014 (hors médecine de ville), regroupe un potentiel exceptionnel de ressources humaines, scientifiques et financières, d'expertise technique et de compétences médicales, médico-techniques et managériales. Le ministère chargé de la santé tient à valoriser ce capital exceptionnel, en développant et soutenant la coopération hospitalière internationale en matière de management des établissements de santé et d'activités de soins, indissociable dans les CHU des activités d'enseignement supérieur et de recherche. Pour ce faire, la MIGAC « Coopération Hospitalière Internationale » a été mise en place depuis 2010 pour appuyer financièrement l'action internationale des établissements de santé français avec des partenaires étrangers. Elle vise aussi à contribuer à une meilleure visibilité, synergie, cohérence et valorisation des activités stratégiques déployées ainsi sur ce plan par notre communauté hospitalière.

Le guide qui suit est une initiative très utile et attendue pour le développement de cette coopération. En effet, il est important de donner aux acteurs de la coopération internationale l'éclairage et les informations pratiques nécessaires à l'engagement dans les conditions requises, des équipes hospitalières. Il est important de débiter la préparation d'un projet en ayant en tête le contexte du pays, les possibilités réelles de coopération et les leviers

indispensables pour sa réussite. Celui-ci est bien souvent complexe et, par définition, peu familier à nos professionnels. La coopération internationale est aussi un métier en soi, avec ses techniques et ses savoir-faire, qui s'apprend, ce à quoi contribuera utilement ce guide.

Je félicite donc très chaleureusement ses auteurs, à savoir la communauté des CHU, en synergie avec la FHF et le réseau associatif « F3E », pour cette initiative très réussie, à laquelle je souhaite la diffusion la plus large.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Debeaupuis', with a long horizontal flourish extending to the right.

Jean Debeaupuis

Directeur Général de l'Offre de Soins

Comité de rédaction du guide de coopération internationale hospitalière

Ont contribué à la rédaction du guide, pour le compte de la Commission « Relations internationales » de la conférence nationale des directeurs généraux de CHU :

- Florence ADNET CAVAILLÉ, *Hospices Civils de Lyon*
- Isabelle BRISSON, *CHU Nantes*
- Bruno de REVIERS, *F3E*
- Marthe-Valère FEUVRIER, *F3E*
- Amaëlle PENON, *FHF*
- Pascal GAREL, *FHF*
- Jérémy LABARRE, *CHU Amiens*
- Claire SEJOURNET, *CHU Amiens*
- Charlotte PROSNIIEWSKI, *CHU Amiens*
- Virginie VALENTIN, *CHU Bordeaux*

En quelques mots...

- **La Commission « Relations internationales » de la conférence nationale des directeurs généraux de CHU**

La commission Relations internationales a été créée en 1998 à l'initiative de Guy Vallet, alors directeur général du CHU de Rouen. A l'image des autres commissions de la conférence des directeurs généraux de CHU, son objectif était de réunir les responsables de cette activité en croissance, à la fois pour le domaine européen et international et partager les expériences et les enjeux de la coopération internationale hospitalière.

La commission, actuellement présidée par Jean-Jacques ROMATET, directeur général de l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille, s'attache donc à mutualiser les activités de ses membres, à mettre en place un certain nombre d'outils d'organisation pour améliorer l'accueil des professionnels étrangers, le don d'équipements, la recherche de financements européens, etc. et promouvoir le savoir-faire et l'expertise des hôpitaux universitaires à l'international.

- **La FHF - Fédération hospitalière de France**

Créée en 1924, la Fédération hospitalière de France (FHF) réunit plus de 1.000 établissements publics de santé et autant de structures médico-sociales (EHPAD, maisons d'accueil spécialisées autonomes...), soit la quasi-totalité des établissements du secteur public de la santé. Sa légitimité ainsi acquise et sa dimension nationale font de la FHF un acteur de premier plan du monde de la santé.

La FHF a depuis quinze ans établi un pôle Europe et international pour représenter, assister et conseiller ses établissements adhérents dans ce domaine.

- **F3E - Fonds pour la promotion des Etudes préalables, des Etudes transversales et des Evaluations**

Le F3E est un réseau associatif pluri-acteurs qui regroupe une centaine d'ONG, de collectivités territoriales et d'EPS français engagés dans des actions de solidarité internationale et de coopération décentralisée (SI/CD). Il accompagne ses membres dans l'amélioration de l'impact et de la qualité de leurs actions. Cette amélioration est le fruit d'un parcours progressif par lequel les membres analysent leurs actions, en tirent des enseignements, se les approprient puis les réinvestissent dans l'action. Le F3E joue là un rôle de catalyseur et de tiers exigeant.

Le F3E anime un espace d'échange et d'apprentissage et développe une fonction de centre de ressources autour des pratiques de SI/CD. Il promeut l'innovation et la professionnalisation des acteurs. Ce faisant, il contribue à renforcer les capacités et à enrichir la réflexion des acteurs en jouant un rôle proactif d'agitateur d'idées, d'animateur de débats. Il concourt ainsi à mettre les acteurs de la SI/CD en réseau.

Sommaire

Comité de rédaction du guide de coopération internationale hospitalière	2
GLOSSAIRE	6
PREFACE	10
PARTIE I : LA COOPERATION INTERNATIONALE HOSPITALIERE (CIH) DANS LE CADRE DE LA COOPERATION INTERNATIONALE	11
Chapitre 1 : Qu'est-ce que la coopération internationale hospitalière ?	12
1. Définition de la CIH	12
2. Quelles sont les activités de la coopération internationale hospitalière ?	13
3. Qui met en œuvre la CIH ?	14
4. Le cadre d'action de la coopération internationale hospitalière	15
Chapitre 2 : Cadre réglementaire de la coopération internationale hospitalière	17
1. Cadre général/Réglementation pour les EPS	17
2. Réglementation pour les personnels de santé	18
Chapitre 3 : Entre réalités et possibilités : principes et recommandations pour la CIH	22
1. Illustration par les situations actuelles dans les CHU français	22
2. Principes	24
3. Recommandations	25
Chapitre 4 : Les acteurs et les outils de la CIH pour les hôpitaux	28
1. Présentation des acteurs et outils	28
2. Les acteurs et les outils pour la coopération au développement	29
3. Les outils et les acteurs visant le partage d'expérience	33
PARTIE II : PREALABLES ET CONDITIONS A LA GESTION DE PROJET	37
Chapitre 1 : Le partenariat	38
Chapitre 2 : Qu'est-ce qu'un comité de pilotage et comment le mettre en place?	43
Chapitre 3 : Valoriser la CIH	43
1. Pourquoi communiquer sur les programmes de CIH ?	46
2. Auprès de qui communiquer sur les programmes de CIH ?	48
3. Quand communiquer sur les programmes de CIH ?	49
4. Comment communiquer sur les programmes de CIH ?	49
PARTIE III : METHODOLOGIE DE PROJET	53
Chapitre 1 : Identification du projet	55
1. Depuis la France	55
Où trouver les informations ?	55
2. La mission exploratoire	55
L'analyse du contexte	56
L'analyse des parties prenantes	56
L'analyse des besoins	57

Chapitre 2 : Formulation du projet	59
1. La planification du projet : les grands principes.....	59
Analyse des objectifs (1 à 3).....	61
Définition des activités (4)	62
Définition des moyens et des coûts (5 et 6).....	62
Réflexion sur les hypothèses (7 à 9).....	63
Définir les indicateurs d'évaluation et les sources de vérification (10 à 15).....	64
Chapitre 3 : Financer son projet.....	66
Chapitre 4 : Suivre et évaluer son projet	70
1. Qu'est-ce que le suivi-évaluation ?	70
2. Comment concevoir un dispositif de suivi-évaluation ?	71
3. Comment mettre en œuvre un dispositif de suivi-évaluation ?	75
Chapitre 5 : Évaluation du projet	77
1. Qu'est-ce qu'une évaluation ?	77
2. Pourquoi est-ce important d'évaluer ?	78
3. Les modalités d'une évaluation	78
FICHES PRATIQUES	81
ANNEXES	119

GLOSSAIRE

AFD : Agence Française de Développement

APD : Aide Publique au Développement

AEDH : Association Européenne pour la Défense des droits de l'Homme

AFETI : Agence Française d'Expertise Technique internationale

ARS : Agence Régionale de Santé

ASI : Association de Solidarité Internationale

AP/HP : Assistance Publique/Hôpitaux de Paris

AUF : Agence Universitaire de la Francophonie

BM : Banque Mondiale

CAD : Comité d'Aide au Développement

CCISD : Centre de coopération internationale en santé et développement

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CICID : Comité Interministériel de la Coopération Internationale au Développement

CIDMEF : Conférence internationale des Doyens et des facultés de Médecine d'Expression Française

CIH : Coopération Internationale Hospitalière

CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

DAEI : Délégation aux Affaires Européennes et Internationales

DAM : Direction des Affaires Médicales

DGP : Document Cadre de Partenariat

DFMS : Diplôme de Formation Médicale Spécialisée

DFMSA : Diplôme de Formation Médicale Spécialisée Approfondie

DG : Direction générale

DGCID : Direction générale de la coopération internationale au développement

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DGM : Direction Générale de la Mondialisation, du développement et des partenariats

EEE : Espace Economique Européen

EHESP : Ecole de Hautes Etudes de Santé Publique

EPS : Etablissement Public de Santé

ESTHER : Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau

FEI : France Expertise Internationale

FED : Fonds Européen de Développement

FEDER : Fonds Européen de Développement Régional

FFI : Faisant Fonction d'Interne

FHF : Fédération Hospitalière de France

FMSTP : Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme

FPH : Fonds de Partenariat Hospitalier

FSP : Fonds de Solidarité Prioritaire

F3E : Fonds pour la promotion des Études préalables, des Études transversales et des Évaluations

GAVI : Alliance Globale pour la Vaccination et l'Immunisation

GIP : Groupement d'Intérêt Public

HPST (loi) : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

ICD : Instrument de Coopération au Développement

IDH : Indice de Développement Humain

IEVP : Instrument Européen de Voisinage et de Partenariat

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

INTERREG : Programme européen de coopération interrégionale

IRD : Institut de Recherche pour le Développement

MAE : Ministère des Affaires Etrangères

MCNG : Mission pour la Coopération Non Gouvernementale

MESR : Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche

MIGAC (crédits) : Mission d'Intérêt Général et à l'Aide à la Contractualisation

MINEFI : Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

OECE : Organisation Européenne de Coopération Economique

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONU : Organisation des Nations Unies

ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida

PCRDT : Programme Cadre de Recherche et Développement Technologique

PED : Pays En Développement

PHRC : Programme Hospitalier de Recherche Clinique

PIB : Produit Intérieur Brut

PMA : Pays les Moins Avancées

PNB : Produit National Brut

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PPP : Partenariat Public Privé

PRPH : Projet Réseaux et Partenariats Hospitaliers

RC : Responsabilité Civile

RGPP : Révision Générale des Politiques Publiques

RIIP : Réseau International des Instituts Pasteur

RMEF : Réseau Mère-Enfant de la Francophonie

RNB : Revenu National Brut

RSSB : Réseau de Santé de Soins de Base

SCAC : Service de Coopération et d'Action Culturelle

SHAM : Société Hospitalière d'Assurance Mutuelle

SRAS : Syndrome Respiratoire Aigüe Sévère

SROS : Schémas Régionaux d'Organisation des Soins

T2A : Tarification à l'activité

UE : Union Européenne

UNFAP : Fond des Nations Unies pour la Population

UNICEF : Fond des Nations Unies pour l'Enfance

UNITAID : Mode de financement chargé d'accroître l'accès aux diagnostics et traitements du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme sur les marchés

ZSP : Zone de Solidarité Prioritaire

PREFACE

La Commission Relations Internationales de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU est heureuse de présenter le Guide de la Coopération Hospitalière Internationale.

Fruit du travail d'un groupe de collègues, ce document se veut un guide pratique à l'usage des établissements souhaitant concevoir et mettre en œuvre des projets de coopération internationale.

Il vise ainsi à contribuer à la professionnalisation de ce segment d'activité de nos établissements à un moment où l'attractivité internationale des CHU est légitimement perçue comme un vecteur de diplomatie économique.

La coopération hospitalière contribue à l'attractivité. Devant à la fois répondre à des enjeux de compétitivité et porter les valeurs de solidarité qui fondent l'hôpital public, elle est exigeante dans sa mise en œuvre.

Ce guide repose essentiellement sur l'expérience d'équipes hospitalo-universitaires qui se sont confrontées au terrain, tout en bénéficiant également de l'apport des partenaires étrangers. Il peut être amélioré par ses futurs utilisateurs et bénéficier de mises à jour régulières.

S'il est annoté et enrichi, ce sera le signe qu'il est un instrument vivant, et il aura alors rempli modestement son objectif.

Je vous en souhaite bonne lecture.



Jean-Jacques ROMATET

Président de la Commission Relations Internationales
Conférence des Directeurs Généraux de CHU

Partie I :

La coopération internationale hospitalière (CIH) dans le cadre de la coopération internationale



La coopération internationale hospitalière (CIH) constitue un des modes d'intervention de la coopération internationale¹. Initiée par les personnels hospitaliers, elle se développe réellement depuis les années 90. Mise en œuvre par les établissements de santé, elle s'inscrit dans un cadre national lui-même intégré à un cadre international et nécessite la participation d'un jeu spécifique d'acteurs et l'organisation d'une conduite de projets à part entière. La coopération internationale hospitalière, comme toute forme de coopération, répond à des besoins locaux qu'il est nécessaire de considérer afin de s'assurer que le partenariat mis en place sera adapté et efficace et sera gage de plus-value et de résultats probants pour tous les partenaires.

¹ La coopération internationale couvre l'ensemble des opérations de transfert avec l'étranger en espèces ou en nature autres que les aides à l'investissement et les autres transferts en capital. Elle revêt différentes formes : origine bilatérale (d'un Etat à un autre), multilatérale (plusieurs Etats vers un pays bénéficiaire), non gouvernementale (ONG), ou décentralisée depuis les années 90 (de collectivité territoriale à collectivité territoriale)

Chapitre 1 : Qu'est-ce que la coopération internationale hospitalière ?

La santé est reconnue par l'Organisation mondiale de la Santé comme un droit dont chaque individu doit disposer. Elle constitue avec l'éducation « les conditions indispensables à une réduction de la pauvreté, une croissance économique et une amélioration globale du bien-être des populations² ». Aujourd'hui, la plupart des décideurs de l'aide internationale sont convaincus qu'une priorité accordée à la santé est une stratégie efficace de développement.

Parce que l'hôpital est au cœur des systèmes de santé, la coopération internationale hospitalière est une des formes de mise en œuvre de l'aide publique destinée à la santé. Elle est développée et reconnue en France comme une mission à part entière des établissements publics de santé (EPS) depuis la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991³.

1. Définition de la CIH

La coopération internationale hospitalière regroupe l'ensemble des activités, associées aux missions de l'hôpital, qu'elles soient mises en œuvre à l'étranger ou en France aux bénéfices de professionnels étrangers.

Elle recouvre des activités de partage d'expérience et des activités de coopération au développement. Dans le premier cas, ce sont le plus souvent des partenariats avec des professionnels et établissements des pays les plus développés économiquement ou émergents. Dans l'autre cas, les actions sont entreprises avec des partenaires issus des pays en développement en vue de contribuer à l'amélioration de la situation sanitaire existante.

Les missions des hôpitaux à l'international

Les soins : cette mission concerne à la fois les techniques de soins, l'organisation et la gestion des services de soins et des pôles d'activités.

L'enseignement et la formation : c'est le champ d'activités le plus important et le plus développé en matière de coopération internationale hospitalière. Il nécessite l'implication des hôpitaux mais aussi des instituts de formations paramédicales et des universités partenaires. Les domaines couverts sont très étendus : techniques et pratiques de soins, gestion des services cliniques et médico-techniques, management, maintenance et génie biomédical.

La recherche : la recherche médicale et clinique est la plus développée, mais des activités de recherche en science de gestion hospitalière ou analyse médico-économique, en organisation hospitalière et en administration de la santé peuvent également être menées. Les partenariats peuvent s'inscrire dans des logiques de coopérations transfrontalières à l'échelle de l'UE, ou relever de projets internationaux concernant plusieurs pays. Ces activités sont très souvent développées par les directions de la recherche et de l'innovation des CHU.

² Banque Mondiale fin 90

³ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991, article L 713-12 « [...] les établissements publics de santé peuvent participer à des actions de coopération, y compris internationales, avec des personnes de droit public ou privé. »

L'expertise en organisation hospitalière : elle concerne l'économie de la santé, la gestion des services de santé, les activités d'organisation et de planification hospitalières, de management, de gouvernance et d'administration de la santé. Cette expertise technique s'est fortement développée depuis 15 ans, au niveau international.

2. Quelles sont les activités de la coopération internationale hospitalière ?

Loin de se cantonner à l'action humanitaire, la coopération internationale hospitalière se développe dans tous les domaines liés à l'hôpital. Elle participe aux efforts français d'aide publique visant l'amélioration de la santé à travers le monde. Les objectifs vont dépendre des angles d'approche retenus.

Lorsqu'elle souhaite contribuer au développement, elle consiste à accompagner les structures partenaires dans le but d'en renforcer les capacités humaines, matérielles et organisationnelles.

Lorsqu'elle a pour but le partage d'expérience, elle s'attache à améliorer les pratiques et à optimiser la performance des systèmes de santé des partenaires.

Implication des structures de formation

Les universités françaises mettent en place des enseignements hospitaliers et aident à leur mise en place dans certains pays.

L'École des Hautes Etudes de Santé Publique (EHESP) coordonne des programmes d'appui au développement des ressources humaines et aux réformes de secteur hospitalier de pays tiers. Les projets sont fondés sur le transfert et la capitalisation des savoirs faire et sur des expertises.

Les activités de coopération internationale hospitalière peuvent ainsi être très diverses. Elles varient en fonction des personnes mobilisables, des objectifs fixés, des contenus des projets, des formes d'intervention et des modalités de financement.

La coopération hospitalière au développement

La coopération hospitalière au développement est un des volets de la coopération internationale hospitalière. Elle englobe les activités à destination des pays en développement.

CHU Amiens – Hôpital Communautaire de Bangui : vers l'amélioration de la prise en charge des personnes affectées par le VIH/SIDA

Dans le cadre du GIP ESTHER, le CHU d'Amiens est jumelé avec l'Hôpital Communautaire de Bangui (HCB) en République Centrafricaine. La RCA, un des pays les plus pauvres du monde, compte 4 millions d'habitants et un taux de prévalence VIH/SIDA situé entre 10 et 15%. Depuis 2008, des activités de renforcement des capacités de lutte contre le VIH/SIDA et d'accompagnement thérapeutique des personnes atteintes ont été mises en place. Des équipes de médecine interne du CHU d'Amiens se rendent régulièrement sur place afin d'évaluer les objectifs fixés. Des agents de l'HCB sont aussi accueillis en France et bénéficient de formations qu'ils valoriseront à Bangui.

Ces activités consistent majoritairement en des actions de formations de personnels hospitaliers. L'ensemble du personnel est concerné, du médical au technique. Il existe deux modalités de mise en œuvre : l'accueil d'étudiants et de professionnels en France et les missions de personnels français à l'étranger. Les durées de formations sont variables allant d'une semaine à plusieurs années selon les termes convenus dans l'accord de partenariat.

En parallèle, les acteurs de la CIH, notamment les CHU développent et mettent en œuvre des projets à moyen et long terme. Ces projets, qui incluent souvent la formation, visent principalement à améliorer l'offre et la qualité des soins. Les actions engagées à long terme peuvent relever de :

- la réhabilitation ou la reconstruction d'infrastructures de santé,
- le soutien logistique et/ou technique,
- l'amélioration de la prise en charge d'une ou plusieurs pathologies,
- le renforcement de l'organisation des services de soins ou du système hospitalier de façon plus globale entre autres.

La coopération hospitalière au développement revêt ainsi deux formes, l'une plutôt ponctuelle qui peut être renouvelée, l'autre de plus long terme. La première est très fréquemment incluse dans la seconde. Ces activités englobent un champ d'actions aussi large que le domaine de compétences du porteur de projet. C'est la forme la plus visible de la coopération internationale hospitalière.

Le partage d'expérience

CHU Amiens – Université de Cambridge : la mutualisation des compétences

Dans le cadre du programme de l'Union Européenne INTERREG IVA, le CHU d'Amiens et l'université de Cambridge développent un projet de recherche appliquée transfrontalier portant sur l'étude du système nerveux central. Dans l'objectif de mieux connaître et comprendre l'hydrodynamique cérébrale, les équipes scientifiques et médicales ont privilégié la mutualisation et le transfert de compétences et de personnel. Disposant chacune de compétences spécifiques à leur échelle nationale, ce partenariat rend possible l'investigation d'un champ nouveau du fonctionnement du système nerveux central. A court terme ce projet profitera en premier lieu à la communauté scientifique et médicale. A terme, grâce au développement commun d'un outil de diagnostic et d'investigation, les résultats de ce projet bénéficieront aux patients atteints de troubles de l'hydrodynamique cérébrale.

Le partage d'expérience constitue un second volet de la coopération internationale hospitalière. Ce type de coopération est généralement engagé avec des partenaires des pays développés mais peut aussi faire intervenir des partenaires de pays émergents ou en développement.

Ces activités sont centrées sur la collaboration scientifique et particulièrement sur des projets de recherche fondamentale en médecine et biomédecine mais aussi en économie et management de la santé. Il s'agit de mutualiser les compétences des différentes structures de soins qui participent au projet. Par l'amélioration des techniques de soins, et l'optimisation des systèmes de santé, le partage d'expertise vise ainsi le renforcement mutuel de l'excellence des opérateurs.

Généralement l'EPS n'est pas seul porteur du projet, les instituts de recherche tels que le Réseau International des Instituts Pasteur (RIIP), l'Institut National de la Santé

et de la Recherche Médicale (INSERM) et les universités, s'impliquent souvent dans cette forme de coopération hospitalière.

La coopération hospitalière au développement et le partage d'expertise constituent les deux grands axes d'intervention des établissements de santé dans le cadre de la coopération internationale. Ces deux volets sont distincts et visent des bénéficiaires et des objectifs qui leurs sont spécifiques. Néanmoins, il est recommandé que les EPS mènent des projets sur ces deux volets pour disposer d'une stratégie de CIH équilibrée.

3. Qui met en œuvre la CIH ?

La coopération internationale hospitalière est essentiellement conduite par les structures hospitalières (75%) et plus généralement par les établissements publics de santé.

D'autres acteurs sont également investis dans cette forme de coopération : les organisations non gouvernementales (ONG) et associations, les instituts de formations paramédicales et les universités partenaires ainsi que les collectivités territoriales. Ces organisations sont davantage connues pour leurs actions sur l'amélioration de la santé en général. Néanmoins, elles s'associent de plus en plus aux hôpitaux pour apporter leur expertise de terrain et renforcer les structures hospitalières.

Le panorama de la coopération internationale hospitalière est si large qu'il est difficile de dresser une liste exhaustive des acteurs et actions engagés. Les actions sont très hétérogènes, allant du don de matériels aux programmes de développement à moyen ou long terme. Toutefois, l'Agence française de développement (AFD) possède des informations relatives aux projets des hôpitaux, des collectivités territoriales ou des ONG qu'elle finance. La Fédération Hospitalière de France (FHF) actualise régulièrement un état des lieux des partenariats existants.

4. Le cadre d'action de la coopération internationale hospitalière

Les hôpitaux, pour mener leurs activités de coopération internationale, sont soumis à des cadres nationaux et internationaux stratégiques de l'aide en faveur de la santé.

Cadre international

La coopération internationale hospitalière comme toute forme de coopération internationale doit s'inscrire dans les stratégies et priorités fixées à l'échelle internationale.

Depuis les années 2000, de grands rendez-vous internationaux⁴ ont offert un nouveau cadre à la coopération avec d'une part la Déclaration du Millénaire et ses huit Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et d'autre part, l'approbation de la Déclaration de Paris, la signature du consensus de Monterrey et la définition de l'Agenda d'Accra portant sur l'efficacité de l'aide. Ce sont les textes sur lesquels chaque structure s'appuie en engageant une action à l'international. La Déclaration du Millénaire, signée par 192 Etats en 2000, consacre à la santé trois OMD : la réduction de la mortalité infantile et post infantile, l'amélioration de la santé maternelle et la lutte contre le VIH/SIDA et d'autres grandes maladies.

Les trois autres textes relèvent d'un souci de renforcement de l'efficacité de l'aide en vue d'atteindre les OMD d'ici à 2015. L'accent est mis sur les financements de l'aide et sur les rôles de chaque acteur (donateur et bénéficiaire) dans la définition et la mise en œuvre des stratégies de réduction de la pauvreté.

Cadre européen

Il existe des arrangements administratifs, des conventions transfrontalières et diverses actions. Mais dans tous les cas, les questions de santé et de recherche en santé s'inscrivent dans un contexte spécifique qui est celui de la construction européenne : établissement de zones transfrontalières d'accès aux soins, conventions d'échanges de patients, formation des personnels hospitaliers (par exemple les instituts formation en soins infirmiers), etc.

Pour la recherche clinique des conventions d'échange de données ont été élaborées. Le droit européen couvre une partie seulement des conditions d'échanges, mais en tant qu'hébergeur de données, un CHU doit adapter sa politique de sécurité (le cas s'est produit aux hôpitaux universitaires de Strasbourg lors de la construction d'une biothèque commune sur les maladies auto-immunes entre huit partenaires de part et d'autre du Rhin).

⁴ Pour plus d'informations, voir annexe 1.

Les échanges de bonnes pratiques se sont développés car les hôpitaux ont à apprendre les uns des autres au niveau européen. De nombreuses préoccupations sont communes mais font l'objet de réponses différentes : application des normes environnementales en milieu hospitalier, réponses au vieillissement de la population, renforcement structurel de la recherche clinique/médicale au niveau européen (par exemple la région transfrontalière du Rhin supérieur cherche à renforcer son pilier « science » et met l'accent sur la coopération transfrontalière en santé).

En ce qui concerne la méthodologie de projet, dans un cadre européen, la coopération prend un sens tout à fait particulier puisqu'il s'agit la plupart du temps de coordonner les actions prévisionnelles des partenaires dans un ensemble cohérent lui-même accepté dans la réglementation appliquée au projet. Les réunions se situent au niveau européen, et tout un apprentissage est à faire dans l'adaptation de la structure hospitalière à cette forme de coopération : faciliter les trajets, établir des procédures particulières pour la gestion financière du projet (par exemple établir des fiches de temps, ce qui est souvent une nouveauté plus ou moins bien acceptée par les agents), communiquer au niveau international sur le projet, etc.

Les projets européens disposent de diverses sources possibles de financement. Les établissements hospitaliers français disposent avec HOPE, la fédération européenne des hôpitaux, d'un lieu d'orientation pour la recherche de financement.

Cadre national français⁵

Depuis la fin des années 1990 et la Déclaration du Millénaire, la France s'aligne sur les politiques internationales de coopération au développement. A partir des années 2000, malgré un recul de l'aide sanitaire, l'Etat français réaffirme son engagement avec la signature des OMD et la définition d'une nouvelle stratégie nationale. Les priorités sont mises sur :

- La lutte contre le VIH/Sida et les maladies transmissibles,
- Le renforcement des systèmes de santé qui inclut le développement de politiques nationales de santé publique, l'organisation décentralisée de l'offre de soins, le développement des ressources humaines et une politique d'accès aux médicaments,
- Le financement de la santé dans le but d'assurer la viabilité des systèmes de santé.

De nouveaux instruments instaurant des ventilations géographique et sectorielle de l'aide ont également été mis en place : la Zone de solidarité prioritaire (ZSP) et le Document cadre de partenariat (DCP)⁶.

Le cadre national du partenaire

Le cadre national du partenaire constitue le socle du projet qui sera développé. Il est donc nécessaire que le partenaire hospitalier en ait une bonne connaissance, notamment la partie française qui doit prévoir ses actions en fonction de cette référence. En effet, une coopération réussie s'inscrit toujours dans la stratégie globale des parties concernées et dans la logique des réformes et actions engagées dans le domaine hospitalier au niveau du pays partenaire.

⁵ Cf. Annexe 2 du présent guide.

⁶ Pour plus d'informations, voir annexe 3.

Chapitre 2 : Cadre réglementaire de la coopération internationale hospitalière

La coopération internationale hospitalière, en plus de s'inscrire dans les cadres international et national de l'aide, doit respecter un cadre juridique décrit dans le Code de la santé publique. Les textes qui y sont inscrits réglementent les possibilités pour tout EPS et ses agents de participer à des activités à l'international. Les possibilités accordées par la réglementation en vigueur sont multiples et concernent à la fois l'aide au développement (majoritairement) et le partage d'expertise.

1. Cadre général/Réglementation pour les EPS

Les articles L6134-1 et R6134-1 du Code de la santé publique disposent que les établissements publics de santé ont toute légitimité à engager des actions internationales sous réserve de garantir la continuité du service et sous couvert d'une convention avec le ou les partenaires pressentis.

Code de la santé publique

Article L6134-1

Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 6

Dans le cadre des missions qui leur sont imparties et dans les conditions définies par voie réglementaire, les établissements publics de santé peuvent participer à des actions de coopération, y compris internationales, avec des personnes de droit public et privé. Pour la poursuite de ces actions, ils peuvent signer des conventions, participer à des groupements d'intérêt public, des groupements d'intérêt économique ou des groupements de coopération sanitaire ou constituer entre eux des fédérations médicales inter hospitalières.

Pour les actions de coopération internationale, les établissements publics de santé peuvent également signer des conventions avec des personnes de droit public et privé, dans le respect des engagements internationaux souscrits par l'Etat français.

Article R6134-1

Dans le cadre des missions définies à l'article L. 6112-1 et sous réserve de garantir la continuité du service public hospitalier, les établissements publics de santé peuvent engager des actions de coopération internationale, avec des personnes de droit public et de droit privé intervenant dans le même domaine que le leur. En application de l'article L. 6134-1, chaque action de coopération fait l'objet d'une convention de coopération qui respecte le contrat d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2. Cette convention précise notamment les modalités d'échange et de formation des personnels médicaux et non médicaux.

Cas particulier

Au-delà des projets d'aide au développement et de partage d'expérience, les établissements publics de santé et leurs personnels volontaires peuvent intervenir dans l'urgence, sur demande de l'Etat, en cas de survenue d'un événement désastreux. L'intervention peut être courte (action d'urgence) ou à plus long terme (action de développement).

L'arrêté du 14 janvier 2005⁷ précise que : «*Le ministre chargé de la santé arrête la liste des candidats retenus en fonction des besoins identifiés et fixe les modalités de mise en œuvre des missions.*» [...] «*Pour la procédure de partenariat à plus longue échéance, le ministre chargé de la santé arrête, en fonction des besoins exprimés, la liste des établissements publics de santé retenus pour conclure une convention avec une ou plusieurs structures sanitaires du ou des pays concernés par la coopération humanitaire, conformément aux dispositions de l'article L. 6134-1 du code de la santé publique (susvisé). Les différentes catégories de personnels hospitaliers peuvent participer à ces actions.*»

2. Réglementation pour les personnels de santé

D'autres textes précisent les modalités de mise en œuvre des actions de CIH. Ils concernent d'une part, la mobilité des personnels français et d'autre part, celle des personnels étrangers.

Mobilité des professionnels français à titre individuel

Dans le cadre de leur activité, qu'elle soit médicale, soignante ou technique, les personnels de santé ont l'opportunité de s'investir à l'international. Ils s'engagent à titre individuel ou en tant que représentant de l'établissement dans lequel ils exercent. Des textes encadrent leur participation à des projets d'aide au développement ou de partage d'expérience :

- Deux Arrêtés du 14 janvier 2005⁸

Sous couvert de convention et si leur absence ne compromet pas la continuité du service, tous les personnels hospitaliers peuvent bénéficier d'une autorisation d'absence de 15 jours maximum par période de 2 ans pour partir à l'international à titre individuel (congrés humanitaires). L'établissement délivre un ordre de mission et maintient la rémunération du professionnel. Les organismes d'accueil du professionnel prennent en charge l'assurance et les frais liés à la mission. De même, les professionnels peuvent, sur leurs congés annuels, s'engager dans des projets aux côtés d'une association.

- Loi du 5 mars 2007 – cadre EPRUS

L'EPRUS et SAMU Urgences de France

L'EPRUS, établissement public placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé a été institué par la loi du 5 mars 2007. C'est un dispositif de réponse aux crises sanitaires en France et à l'étranger opérationnel grâce à la présence d'une réserve sanitaire. Il a aussi mission d'acquérir, fabriquer, importer, distribuer et exporter les produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves via son établissement pharmaceutique. L'EPRUS travaille en étroite collaboration avec l'ensemble des organismes compétents qui interviennent dans les situations de crises, dont le syndicat professionnel, SAMU Urgences de France.

Le professionnel volontaire est envoyé en mission à raison de 45 jours maximum par année civile. Une mission dure au maximum 10 jours et l'ensemble des frais est assuré par l'EPRUS. Le réserviste bénéficie des droits et des obligations des fonctionnaires pendant la période d'emploi ou de formation pour lesquelles il a été appelé (article 11 et 11 bis A de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires).

Plus d'informations sur : <http://www.eprus.fr>

En cas de survenue d'un événement sanitaire exceptionnel (catastrophe naturelle, épidémie...), les personnels de santé, engagés dans la réserve sanitaire française (EPRUS), peuvent être sollicités pour renforcer les équipes qui ne parviennent plus à répondre aux besoins des populations, en France ou à l'étranger. Les missions sont de dix jours en moyenne et les frais sont pris en charge par l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS). L'établissement du professionnel est

impliqué dans cette forme de coopération : il est signataire d'une convention d'engagement de mise à disposition de son personnel avec l'EPRUS pour une durée de trois ans.

⁷ L'arrêté du 14 janvier 2005 fixant les modalités d'intervention des établissements de santé et de leurs personnels dans le cadre des actions de coopération internationale humanitaire à l'initiative de l'Etat

⁸ L'Arrêté du 14 janvier 2005 fixant les modalités d'intervention des personnels des établissements publics de santé à des actions de coopération internationale humanitaire à titre individuel et l'Arrêté du 14 janvier 2005 fixant les modalités d'intervention des établissements de santé et de leurs personnels dans le cadre des actions de coopération internationale des établissements publics de santé

- Article R.6153-27 du Code de la santé publique

L'interne ayant validé au moins quatre semestres peut, sous certaines conditions, accomplir un ou deux stages consécutifs à l'étranger, le cas échéant dans le cadre d'une mission humanitaire, pris en compte, s'il est validé, pour la durée de son cursus. Placés dans une « position spéciale », il continue de bénéficier des émoluments forfaitaires mensuels.

Synthèse

Cas	Implication de l'EPS	Frais inclus dans le statut/contrat de travail	Durée légale/moyenne	Réglementation
Congés personnels	Non	Non	25 jrs CA/an + RTT	
Congés humanitaires	Possible	Non	15 jours tous les 2 ans	Arrêté du 14/1/2005 fixant les modalités d'intervention des personnels des EPS à des actions de CI humanitaire à titre individuel
EPRUS	Accord	Pris en charge par l'EPRUS	10 jours max par mission – 45 jours max par année civile	Loi du 5 mars 2007

Mobilité des professionnels français sur demande de l'EPS

Les établissements engagés dans la coopération internationale peuvent aussi solliciter leurs agents hospitaliers afin de réaliser des missions courtes dans le cadre de projets. Muni d'un ordre de mission, l'agent s'absente de son poste pour travailler à l'étranger. Son statut, son salaire et ses avantages sont conservés. Les frais de mission sont pris en charge par son employeur (assurance, per diem, déplacement).

Mobilité des professionnels étrangers

Les activités de coopération internationale hospitalière impliquent aussi l'accueil de professionnels étrangers notamment dans le cadre de programmes de formation. Des textes réglementent l'accueil de ces professionnels médicaux et paramédicaux en devenir ou diplômés dans les établissements publics de santé :

En vue de l'obtention d'un diplôme universitaire

- l'arrêté modifié du 3 août 2010

Les médecins et pharmaciens-biologistes étrangers (hors UE, EEE, Suisse et Andorre) peuvent suivre des enseignements et des stages pratiques en vue d'obtenir un Diplôme de formation médicale spécialisée (DFMS) s'ils sont en cours de spécialisation ou un Diplôme de formation médicale spécialisée approfondie (DFMSA) s'ils sont spécialistes. Les stagiaires accueillis en tant que Faisant fonction d'interne (FFI) sont des professionnels diplômés docteur en médecine. Une convention de stage entre l'établissement d'origine, l'université d'accueil et d'origine, le centre hospitalier d'accueil et le professionnel est établie afin de fixer les modalités d'accueil en France.

Dans le cadre de la formation continue ou de la recherche

- L'article R6134-2 du Code de la santé publique et l'Arrêté du 16 mai 2011

Les médecins et pharmaciens (hors UE, EEE, Suisse et Andorre) peuvent être recrutés en tant que stagiaire associé pour une durée de 6 mois renouvelables une fois en vue d'obtenir une qualification professionnelle. Ils s'engagent à ne pas suivre une formation universitaire en France pendant la durée du stage. Une année doit s'être écoulée entre l'obtention du diplôme et la demande du statut de stagiaire associé. Ils pratiquent leur activité en France selon la réglementation en vigueur applicable au FFI sous couvert d'une convention. Une convention de stage prenant la forme soit d'une convention de coopération, soit d'une annexe à la convention de coopération internationale cadre est conclue entre les établissements d'origine et d'accueil, le maître de stage et le stagiaire (éventuellement le financeur). Cette convention précise notamment les objectifs à atteindre, la nature des tâches confiées et les modalités de reconnaissance du niveau atteint. Le professionnel est recruté en qualité de stagiaire associé et non de FFI, même si certaines dispositions relatives aux étudiants faisant fonction d'interne peuvent lui être applicables.

Un dispositif équivalent permet aux infirmiers diplômés (hors UE, EEE, Suisse et Andorre) de bénéficier d'une formation complémentaire sous la forme d'un « stage hospitalier d'adaptation ».

- Les conventions d'accueil - recherche

Les praticiens chercheurs ainsi que les professionnels non médicaux peuvent également effectuer un stage de recherche sans activité clinique au sein d'un établissement public de santé et/ou d'un laboratoire de recherche en association avec l'université partenaire. Dans certains établissements, le statut de praticien attaché en laboratoire de recherche est envisageable sous réserve d'une vacance disponible.

Par ailleurs, tout professionnel médical ou non médical chercheur non ressortissant de l'Union européenne, de l'espace économique européen ou de la Confédération suisse, invité par un organisme français agréé à cet effet, pour y exercer une activité de recherche ou d'enseignement de niveau universitaire souhaitant effectuer un stage sous couvert d'un visa scientifique, doit solliciter des services de la préfecture, une « convention d'accueil ». Il s'agit d'un document officiel (type CERFA) édité par la Préfecture, complété et transmis aux autorités consulaires par l'établissement de santé d'accueil pour validation. Cette activité de recherche n'est pas soumise à rémunération.

Dans le cas où le professionnel chercheur effectue une thèse de doctorat, la « convention d'accueil » susvisée, prévoit une obligation de rémunération par l'établissement d'accueil.

Il est à noter également que dans le cadre de la création des instituts-hospitalo-universitaires, la réglementation relative aux stagiaires chercheurs étrangers est susceptible d'évoluer.

- La circulaire du 31 août 2012

Depuis le 31 août 2012, il est désormais possible d'accueillir des étudiants et des professionnels médicaux et paramédicaux, sous statut de « stagiaire observateur ».

La circulaire interministérielle DGOS/RH1/RH4/DDI/BIP/2012/330 en date du 31 août 2012 relative aux dispositifs d'accueil en formation en France d'étudiants et professionnels étrangers médicaux et paramédicaux, définit ainsi les modalités recommandées d'accueil des stagiaires étrangers présents dans les établissements de santé comme « stagiaires observateurs ».

Désormais, un établissement de santé peut accueillir un étudiant de 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} cycle en études médicales, pharmaceutiques ou odontologiques, ainsi que tout professionnel médical et non médical ou chercheur pour un stage d'observation d'une durée recommandée d'un mois, sous couvert de la

signature d'une convention internationale de stage hospitalier. Aucune pratique clinique ne peut être effectuée dans ce cadre.

Synthèse

L'ensemble des textes présentés précédemment inclut à la fois les droits des établissements de santé et de leurs agents. Il est nécessaire de bien les connaître pour développer les activités de CIH.

Dans ce cadre, une lecture attentive des dispositions du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile est également vivement conseillée pour prévoir les conditions de partenariat avec l'établissement de santé ou l'université étrangers dont les professionnels ou étudiants viendront en France pour des stages ou formations dans votre hôpital.

Statut	Public concerné	Universitaire	Conventionné	Pratique	Durée	Rémunération	Réglementation
Etudiant Hospitalier	Etudiants européens « Erasmus »	oui	oui	oui	Dans la convention	possible	Instruction 08/09/2011 et 20/12/2012
Etudiant 2^{ème} cycle observateur	Etudiant européen	oui	oui	non	Dans la convention	non	Instruction 08/09/2011 et 20/12/2012
	Etudiants non européens	oui	oui	non	3 mois renouvelable 1 fois	non	
Stagiaires observateurs	Etudiants et médecins non européens	Non	Oui	Non	Recommandée 1 mois maximum	Non	Circulaire du 31/08/2012
FFI – DFMS Hors UE, EEE, Suisse, Andorre	Médecins en cours de spécialisation	Oui	Oui	Oui	1 à 3 ans	Oui	Arrêté du 03/08/2010
FFI – DFMSA Hors UE, EEE, Suisse, Andorre	Médecins spécialisés	Oui	Oui	Oui	6 mois à 1 an	Oui	Arrêté du 03/08/2010
Stagiaire associé	Médecins ou pharmaciens diplômés non européen	Non	Oui	Oui	6 mois renouvelables 1 fois. Possibilité d'une 2 ^{ème} convention 2 ans maximum au total	Oui	Arrêté du 16/05/2011, modifié par arrêté du 09/02/2012 -
	Infirmier diplômé non européen	Non	Oui	Oui	6 mois renouvelable une fois	indemnisation	Article R.6134-2 du CSP Arrêté du 27 avril 2012
Scientifique	Chercheurs	Oui	Oui	Oui	1 an maximum	Possible	Article L.313-8 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

Chapitre 3 : Entre réalités et possibilités : principes et recommandations pour la CIH

Pour être efficace et apporter des résultats durables, la CIH doit être institutionnalisée. Elle doit poursuivre une stratégie cohérente inscrite dans la politique de l'établissement.

La coopération internationale hospitalière à l'initiative des hôpitaux est aujourd'hui très diversifiée. Les situations sont très hétérogènes. Il est fréquent que la CIH soit le fait de projets individuels, c'est-à-dire portés par les agents hospitaliers eux-mêmes sans implication de l'établissement. Dans d'autres cas, les hôpitaux peuvent jouer un rôle de prestataire au service d'ONG ou de collectivités territoriales. Dans ce cas, ils fournissent à un établissement tiers une prestation définie par un cahier des charges. Par exemple, un hôpital peut répondre à la demande d'une ONG pour l'accomplissement d'actes médicaux dans le cadre d'un projet porté par cette ONG. L'hôpital peut être rémunéré pour ce travail ou décider de faire don de cette prestation. Il s'inscrit dans ce projet en tant que partenaire. Ces activités qui ne sont pas portées ou seulement partiellement par l'établissement, limitent la visibilité de la structure à l'international et la durabilité des résultats des actions engagées.

1. Illustration par les situations actuelles dans les CHU français

Une enquête réalisée à l'automne 2011, dans le cadre de la commission « Relations internationales » de la conférence des directeurs généraux de CHU (18 établissements répondants) a permis de dresser un portrait des activités de CIH en cours ainsi que des équipes en charge de les mettre en œuvre. La répartition entre activités institutionnelles et individuelles semble liée aux capacités des EPS de consacrer du personnel aux activités de coopération internationale hospitalière.

Des équipes rares mais du personnel mobilisé...

Plus des trois quarts des CHU répondants déclarent ne pas avoir d'équipe de coopération internationale mais disposer de personnels partiellement dédiés. Ainsi, un sur deux a moins d'un équivalent temps plein (ETP) et un quart en a un seul affecté principalement à la CIH.

Le CHU qui a au moins un ETP sur la coopération internationale peut parfois compter trois personnes qui, en sus de leur activité principale, gèrent ces activités. Par exemple, un directeur y consacre 25% de son temps, une secrétaire 15% et un attaché d'administration 60%. Il y a ainsi trois personnes sur ce service mais un seul ETP.

Seul un quart des CHU dispose d'une équipe de deux ou trois ETP, on y trouve généralement un ETP qui est une personne à temps complet. Parmi ces équipes, toutes ont soit un secrétariat à temps partiel (50%), soit à temps complet (50%).

Les personnes en charge de la CIH au sein des CHU sont ainsi rarement intégrées à des équipes dédiées. Il semble, de fait, exister une corrélation entre les ressources humaines mobilisées pour la CIH et la nature des projets développés.

...au profil et positionnement similaires

L'équipe ou la personne en charge de la coopération internationale est le plus généralement rattachée à la Direction générale (DG) de l'établissement (75%) ou à la Direction des affaires médicales (DAM). Elle sert d'appui à la direction pour définir et mettre en œuvre la politique de coopération internationale de l'établissement.

Quelle que soit la taille de l'équipe, un tiers des CHU déclare que le personnel a suivi une formation aux relations internationales courtes (50%) ou longues (50%) et que près d'un sur deux compte dans son personnel au moins une personne qui parle une langue étrangère, généralement l'anglais.

Les salaires des membres de l'équipe coopération internationale sont, le plus souvent, partiellement voire entièrement financés sur fonds propres de l'établissement. Certaines équipes dédiées de deux à trois personnes valorisent le travail de gestion réalisé dans le cadre des projets à l'international et financent partiellement certains postes grâce aux frais de structure budgétés sur les projets. Certaines équipes développent aussi des activités génératrices de revenus (ex. formations, conférences).

Des activités individuelles...

Aujourd'hui, la CIH est le fait à la fois de projets individuels et institutionnels. Trois CHU sur quatre font de l'accompagnement au portage de projets et deux CHU sur trois portent des projets

Parmi les activités les plus pratiquées, l'accueil de personnels médicaux et de santé étrangers figure en première place. Tous les CHU, en raison de leur mission d'enseignement et de formation, reçoivent chaque année des médecins ou personnels en activité ou en devenir. Toutefois, cette activité est dans un cas sur deux partagée avec la Direction des affaires médicales (DAM) et dans un cas sur trois entièrement confiée à la DAM.

La gestion de conventions liée à ces accueils est une activité majeure de la CIH. Elle participe à alléger la charge de travail administratif des porteurs de projet (PU/PH) et à tendre vers une première institutionnalisation des projets individuels entrepris par les agents hospitaliers.

En outre, l'accompagnement des porteurs de projet est réalisé dans trois CHU sur quatre. Dans tous ces cas, l'établissement n'est pas porteur de projets, il participe uniquement à donner son aval aux porteurs de projets.

... couplées à des projets institutionnels

Néanmoins, certains CHU (2/3) ont inclus la coopération internationale dans leur projet d'établissement et portent eux-mêmes leurs activités à l'étranger. La gestion du cycle de projet est l'activité qui requiert le plus de temps et de moyens.

En termes de partenariats développés et actifs au moment de l'enquête, presque un CHU sur deux en compte entre cinq et dix. En revanche, près d'un tiers des CHU dispose de moins de cinq partenariats et autant en ont plus de dix.

Le nombre de partenariats actifs engagés semble fluctuer en fonction de la taille de l'équipe. En effet, aucune équipe de deux ou trois ETP a moins de cinq partenariats. En revanche dans les équipes de plus petite taille (moins de un ETP ou un ETP), seule une sur cinq déclare avoir plus de dix partenariats. Elles sont plus des trois quarts à avoir entre cinq et dix partenariats actifs.

Un peu plus d'un tiers des CHU interrogés fait de la veille réglementaire et d'appels à propositions et/ou projets. La gestion de conventions institutionnelles quant à elle concerne près de 90% des CHU.

Typologie des équipes et des activités de coopération internationale hospitalière

Taille équipe en ETP	Moins de 1		1		2		3		Total	
Nombre de CHU / Part en %	9	50	5	27,7	2	11	2	11,1	18	100
Nombre de partenariats (sur 17 CHU)										
Moins de 5	3	33,3	2	40					5	27,7
Entre 5 et 10	4	44,4	2	40	1	50	1	50	8	44,4
Plus de 10	2	22,2	1	20	1	50	1	50	5	27,7

2. Principes

La capacité des établissements à dédier du personnel à la coopération internationale est variable. Pour un hôpital, l'objectif de coopération internationale consiste à porter les projets pouvant être menés à titre individuel par ses agents et à développer des projets à moyen et long terme impliquant son personnel. Ce guide a pour vocation d'accompagner les établissements dans la définition de leur stratégie de CIH. Les principes et recommandations suivantes visent à optimiser les activités et leur visibilité en fonction des ETP dédiés.

Historiquement, pendant la période coloniale et post coloniale, l'hôpital est la structure sanitaire qui bénéficie le plus de l'aide française. La coopération hospitalière, bien que récemment institutionnalisée, s'est souvent construite en réponse à l'urgence ou aux besoins sanitaires des pays en développement, en privilégiant dans de nombreux cas des actions ponctuelles de substitution, des dons de matériels ou de médicaments. La conduite de ces actions par les hôpitaux ne reposait pas sur des stratégies cohérentes, clairement définies et s'appuyant sur des partenariats pérennes engageant l'institution dans sa globalité. Répondant à des besoins immédiats elles ont montré leurs limites ; elles tendent à être remplacées par des projets institutionnels fondés sur des collaborations plus ambitieuses.

Le don de médicaments

Face aux dérives de cette pratique (médicaments périmés ou ne répondant pas à la demande) mises en évidence par la communauté internationale, la loi 2007_248 interdit dans son article 32 tout envoi de médicaments non utilisés collectés. Seuls les médicaments achetés officiellement à la pharmacie du centre hospitalier dont le coût est fléché sur le projet sont autorisés à l'envoi.

Le don d'équipements

Il est autorisé mais très réglementé et fait l'objet de vifs débats du fait de l'inadéquation souvent constatée entre l'offre et la demande. D'une part, des équipements trop sophistiqués sont envoyés à des bénéficiaires qui ne sont pas en capacité de les utiliser. Les personnels techniques sont rarement formés à la maintenance de ces appareils. D'autre part, faute d'électricité, d'eau ou de plateaux techniques suffisants, les équipements ne fonctionnent pas toujours.

Les dons de médicaments et d'équipements ne peuvent en aucune façon constituer à eux seuls des projets de coopération internationale hospitalière. Ils viennent en appui d'un projet plus vaste. Avant tout envoi, une étude des besoins réels doit être menée afin de mesurer les impacts de ces actions.

Lors de l'élaboration d'un projet, il faut garder à l'esprit la notion de bénéfices/risques et de durabilité. Ces notions sont souvent peu abordées alors même qu'elles sont une des garanties du succès d'un projet.

Pour être efficace, la coopération internationale hospitalière requiert :

- Une stratégie de CIH cohérente inscrite dans le projet d'établissement ;
- Des aménagements du temps de travail des agents hospitaliers impliqués ;
- La représentation et la visibilité de l'hôpital à l'international.

Pour un hôpital, la coopération internationale hospitalière doit, en respectant le cadre national et international, s'inscrire dans la stratégie d'établissement déclinée dans le projet d'établissement signé pour cinq ans. Au sein du projet de management, la stratégie doit être clairement définie en fonction des ressources disponibles et des moyens que veut se donner la structure. La position adoptée doit être fonction des possibilités de dégager des ressources, tant financières, techniques qu'humaines. Elle doit être en harmonie avec d'autres composantes de l'établissement telle que la recherche clinique et les affaires médicales.

La politique de l'hôpital peut être influencée par les stratégies des acteurs locaux qui prennent part à la coopération hospitalière (université, associations et collectivités locales) et éventuellement s'y insérer.

Projet d'établissement de l'hôpital X

Projet de management

- **Orientation 1 : Optimiser la gestion des ressources**
- **Orientation 2 : Conforter le rôle de recours**
 - Développer la recherche de l'hôpital X au service de la population Y
 - Elaborer une stratégie de coopération à différents niveaux confortant l'hôpital X dans sa fonction de recours et de référence
 - Développer des actions de coopération internationale visant le partage de l'excellence et le renforcement des systèmes de santé
- **Orientation 3 : Assurer une prise en charge de qualité**

Projet médical

Projet social

Projet de soins

Projet des systèmes d'information

3. Recommandations

Les recommandations suivantes se proposent de définir les différentes possibilités offertes aux hôpitaux en fonction du personnel qui peut être mobilisé pour développer la stratégie de coopération internationale.

Aucun relais administratif mais une équipe de professionnels prête à s'investir

Quand la coopération internationale au sein d'un établissement est le fait de professionnels individuellement mobilisés, elle n'est généralement pas inscrite dans le projet d'établissement. Afin d'institutionnaliser les projets engagés à titre individuel, les porteurs peuvent établir des relations avec la direction de l'établissement et communiquer en interne sur les projets.

Dans ce cas de figure, l'établissement aura davantage une activité de relations internationales que de coopération. La direction de l'établissement apporte une caution morale, facilite l'accueil de professionnels étrangers et représente la structure lors d'accueil de délégations étrangères ou de déplacement à l'étranger.

Un relais administratif partiellement dédié

Quand un professionnel est partiellement mobilisé sur le suivi des actions à l'international de l'EPS, il est d'usage qu'il appartienne à la Direction générale ou à la Direction des affaires médicales. Il a pour mission :

- De définir avec la direction la stratégie de CIH ;
- D'assurer un rôle d'interface entre les porteurs de projets et la direction de l'établissement ;
- D'accompagner les porteurs de projet (assistance à maîtrise d'ouvrage) : élaboration et mise à disposition d'outils d'aide au montage, au suivi et à l'évaluation de projets (ex. fiches de procédures, fiches projets, trames de conventions) ;
- D'élaborer et exécuter les conventions de partenariat ;
- D'accueillir les professionnels médicaux ou non médicaux étrangers en particulier lorsque les accueils s'inscrivent dans le cadre de partenariats institutionnels ;
- D'organiser les missions des personnels à l'étranger (ordre de mission, assurance, voyage, perdiem) ;
- D'organiser la communication interne et l'accueil de médecins et personnels de santé étrangers ;
- D'accueillir les délégations étrangères.

Cette personne vient en appui des professionnels de terrain qui mettent en œuvre le projet. Elle leur permet de consacrer davantage de temps sur leurs domaines de compétences propres (médicales, paramédicales, techniques...).

Un relais administratif dédié

Cette personne est directement rattachée à la Direction générale de l'EPS. En complément des activités proposées précédemment, d'autres tâches peuvent lui être confiées :

- Gérer le cycle de projet (Développer des projets à long terme) ;
- Exercer la veille d'appels à projets et propositions ;
- Représenter l'établissement auprès des partenaires et le travail de mise en réseau ;
- Réaliser un bilan d'activité annuel.

Une équipe dédiée

L'équipe est généralement constituée d'un directeur, d'un assistant logistique et d'un assistant administratif. Elle est rattachée à la Direction générale et est souvent en lien direct avec la DAM.

Une équipe, composée de deux ou trois personnes, pourra, en complément, être plus à même d'assurer les tâches suivantes :

- Développer davantage de projets ;
- Exercer une veille réglementaire ;
- Assurer la logistique des dons de matériel hospitalier, souvent en lien avec les services biomédicaux et les services en charge de l'intendance hospitalière ;

- Communiquer sur la coopération internationale de l'établissement (journal interne, site Internet de l'établissement ou via les médias locaux) ;
- Organiser des manifestations relatives à la coopération internationale ;
- Organiser des formations à destination des personnels hospitaliers (rôle d'expert à l'international, préparation au départ en mission, la réglementation entourant l'accueil de stagiaires étrangers).

Ce cas de figure permet aux personnels de santé mettant en œuvre les projets de se positionner en tant qu'expert médical et technique.

Comment est-il possible de parvenir à avoir une équipe comme celle-là ?

Disposer d'une équipe dédiée de plusieurs professionnels dédiés requiert des financements. Aucune enveloppe du budget d'un EPS ne participe au financement des activités de CIH hors les dotations forfaitaires ou subventions spécifiquement obtenues auprès des pouvoirs publics ou des bailleurs de fonds intervenant dans le champ international. La mise en œuvre de projets de coopération internationale demande donc une grande part d'autofinancement. Pour y parvenir, les subventions accordées aux porteurs de projet comptent systématiquement une part destinée aux frais administratifs. Plus une équipe est capable de développer des projets et de capter des financements, plus il est possible d'assurer de façon pérenne la présence d'une équipe de CIH et de ses activités au sein d'un EPS. Il s'agit d'un cercle vertueux à enclencher pour faciliter progressivement la conduite d'actions et de projets à l'international.

La gestion collective de la CIH dans un établissement hospitalier, un plus...

Afin de définir la politique de coopération internationale, le CHU - Hôpitaux de Rouen a innové en 2011 en mettant en place la Commission des Affaires Internationales composée de représentants de la communauté médicale, d'un cadre supérieur de santé, la Présidente de la CME, le Doyen de la Faculté de médecine et de Pharmacie, ainsi que des membres de la Direction Générale, dont le Directeur Général, la DRH, la Direction des Soins. Cette commission étudie les projets et contrôle leur cohérence face aux objectifs de l'établissement, valide des nouvelles orientations et des bilans. Elle se réunit 3 fois par an.

Chapitre 4 : Les acteurs et les outils de la CIH pour les hôpitaux

Pour un établissement de santé, il est important de ne pas travailler de façon isolée pour le développement de ses activités à l'international. L'équipe ou le responsable de la coopération internationale s'appuie ainsi généralement sur des réseaux d'acteurs locaux, nationaux et internationaux pour la conduite de sa stratégie de coopération internationale.

1. Présentation des acteurs et outils

Les hôpitaux et les EPS pour mener à bien leurs politiques et leurs objectifs de coopération internationale bénéficient de l'aide publique. Ils bénéficient également de l'aide de la société civile.

Qu'est-ce que l'Aide publique au développement (APD) ?

Histoire de l'APD

La notion d'APD émerge dans les années 60 dans le paysage international. Elle représente à ses débuts une part importante du budget des Etats mais chute brutalement lors de la décennie 90, époque de bouleversements géopolitiques.

A partir des années 2000, marquées par la Déclaration du Millénaire, l'APD mondiale ne cesse de croître. L'objectif fixé par la CNUCED est de consacrer 0,7% de son RNB au développement des pays pauvres.

« L'aide publique au développement ou APD est l'action par laquelle des pays font transiter vers d'autres des ressources publiques en vue de contribuer à leur développement ». Ces ressources publiques englobent les capitaux financiers et humains.

La coopération sanitaire a toujours fait partie de la politique d'aide publique française. Depuis la réforme de 2004, la France a fait le choix de privilégier le multilatéralisme pour gagner en efficacité.

En France, le budget de l'APD est déterminé annuellement dans le cadre de la loi de finances votée par le Parlement. Il bénéficie à une multitude d'acteurs (Etat, organismes internationaux, associations...). Pour la période 2012-2013, 151 pays étaient éligibles à l'APD⁹. L'APD transitant par le canal bilatéral¹⁰ est directement gérée par l'Etat français via les ministères et les établissements publics. L'APD multilatérale est mise en œuvre par les organisations et programmes internationaux.

La France s'est fixée comme stratégie d'accorder son aide aux pays de la Zone de solidarité prioritaire (ZSP – 53 pays) dont plus de la moitié sont situés en Afrique subsaharienne. L'Afrique est ainsi le premier bénéficiaire de l'aide bilatérale.

Pour plus d'informations voir annexe 4.

⁹ Selon la liste des pays bénéficiaires de l'APD mondiale est définie par le Comité d'Aide au Développement établie en 2005, L'aide publique au développement, O. Charnoz, J.M Severino, La Découvert, mars 2007, p 9

¹⁰ La part de l'aide publique française bilatérale en 2005 représentait 70% contre 30% pour le multilatéral. Cette répartition a tendance à s'inverser, la France privilégiant le canal multilatéral notamment sur le secteur santé.

Qu'est-ce que l'aide de la société civile ?

L'aide de la société civile émane de contributions volontaires d'acteurs généralement impliqués dans la solidarité internationale dans le domaine de la santé : ONG, associations et fondations. Ces acteurs récents de la coopération internationale sont aujourd'hui reconnus comme des opérateurs à part entière pour leur professionnalisme et travaillent en partenariat avec les hôpitaux.

Cette aide participe au financement de projets de CIH et/ou intervient en complément de ceux-ci. Elle est significative pour les programmes de recherche et les dons de matériels à destination des pays en développement.

Les volumes financiers de l'aide la société civile sont issus la plupart du temps de dons. L'APD y participe aussi mais à une faible hauteur (moins de 5% de l'APD).

Pour plus d'informations, voir annexe 5.

2. Les acteurs et les outils pour la coopération au développement

i. L'APD bilatérale

Les acteurs bilatéraux de l'aide publique sont nombreux. Leur rôle et leurs activités sont très variables : bailleur de fonds, expert technique, conseiller en gestion de projet... Les hôpitaux travaillent en étroite collaboration avec eux voire se constituent partenaires pour développer et financer leurs projets de coopération internationale

L'essentiel des financements publics bilatéraux provient du Ministère des Affaires Etrangères (MAE), de l'Agence française de développement (AFD), du Ministère de la Santé, du Groupement d'intérêt public ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau (GIP ESTHER) et des établissements eux-mêmes.

Les contributions françaises bilatérales au service de la santé

Elles sont destinées au financement des projets que soutient l'Agence française de développement. Ces financements sont délivrés sous forme de subventions, de prêts non souverains concessionnels et de prêts souverains concessionnels. Une autre part importante de l'aide bilatérale est accordée aux instituts de recherche travaillant sur la santé. L'aide bilatérale participe aussi au financement du GIP ESTHER, des ONG et des subventions directement accordées par les Ambassades et le MAE.

Source : www.diplomatie.gouv.fr

Le ministère des affaires étrangères¹¹ (MAE) finance les activités d'enseignement et de recherche. **L'AFD**, sous la tutelle de plusieurs ministères dont le MAE, dispose de deux instruments financiers pouvant financer les activités de la CIH dans la Zone de solidarité prioritaire : le Projet réseaux et partenariats hospitaliers (PRPH, anciennement FPH¹²) et le Fonds de solidarité prioritaire (FSP). Les financements accordés s'inscrivent dans le cadre d'actions participant à l'atteinte des OMD. Ainsi, l'AFD finance des projets de soutien des soins primaires, d'amélioration de la santé maternelle et infantile, de lutte contre le VIH/Sida et d'autres maladies et de renforcement des systèmes de santé.

¹¹ www.diplomatie.gouv.fr

¹² Fonds de Partenariat Hospitalier

La Fédération Hospitalière de France

La FHF organise des réunions « pays », qui rassemblent l'ensemble des acteurs hospitaliers français présents dans un pays donné, les assistants techniques, les organisations de solidarité internationale actives dans le secteur hospitalier. Ces rencontres permettent aux acteurs d'échanger sur leurs expériences, leurs attentes, leurs difficultés avec les responsables hospitaliers locaux pour mieux coordonner les actions, identifier les synergies et partager les compétences. Dans cet objectif, la FHF travaille également avec les fédérations de collectivités locales, en co-organisant des rencontres et des séminaires avec certaines des associations de coordination régionale ou encore avec Cités Unies France.

La Fédération Hospitalière de France¹³ (FHF) assure une fonction de promotion, d'information, de conseil et de représentation, y compris dans le domaine international, dans le cadre notamment d'une convention signée en 2012 avec l'AFD. Ses statuts disposent qu'un de ses objectifs est de « promouvoir le développement d'actions de coopération internationale ». Son rôle de conseiller auprès des établissements hospitaliers publics ou privés, défini dans cette convention, porte autant sur l'organisation matérielle, que sur les aspects juridiques ou les moyens financiers mobilisables pour monter une action internationale. La FHF est d'ailleurs le point de passage préalable à tout envoi de dossier de demande de financement au Projet réseaux et partenariats hospitaliers de l'Agence française de développement. Elle aide les établissements et les réseaux à bâtir leur dossier. La FHF aide également à l'identification de professionnels hospitaliers, sociaux ou médico-sociaux qui peuvent répondre aux demandes qui lui sont faites.

Le ministère de la santé, à travers la Direction générale de l'offre des soins, finance les projets hospitaliers dans le cadre d'appels à projets annuels et du **GIP ESTHER**.

Le Groupement d'intérêt public ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau¹⁴, créé en 2002, est sous tutelle du MAE et du ministère de la santé. Il vise à renforcer les capacités des pays en développement à traiter les patients atteints de VIH/SIDA. S'appuyant sur le jumelage hospitalier, le GIP participe ainsi à financer les projets hospitaliers axés sur la prise en charge de cette pathologie.

A noter qu'à compter du 1^{er} janvier 2015, le GIP ESTHER sera intégré au sein de l'**Agence française d'expertise technique internationale (AFETI)** créée par la loi n°2014-773 du 7 juillet 2014 d'orientation et de programmation relative à la politique de développement et de solidarité internationale, placée sous la double tutelle du ministère des affaires étrangères et du ministère de l'économie.

L'AFETI aura pour mission de promouvoir et développer l'assistance technique et de l'expertise internationale publique françaises à l'étranger. Elle contribuera notamment pour ce faire à la maîtrise d'œuvre de projets de coopération sur financements bilatéraux et multilatéraux. Elle interviendra dans le cadre des orientations stratégiques définies par l'Etat. Outre le GIP ESTHER, l'AFETI intégrera en son sein les opérateurs de coopération internationale suivants : « France expertise internationale » (FEI), l'ADETEF (« Assistance au développement des échanges en technologies économiques et financières) le GIP « International », le GIP SPSI (« Santé protection sociale internationale ») et l'Agence pour le développement et la coordination des relations internationales (ADECRI).

La volonté d'un hôpital d'engager une politique de coopération internationale implique pour celui-ci d'y consacrer des moyens et de prévoir une structure de pilotage adaptée. **Les établissements** participent ainsi presque systématiquement au financement des projets qu'ils portent. Tenant compte des modalités de financement des projets de CIH par les autorités publiques, les contributions des EPS portent généralement sur la prise en charge des coûts salariaux des agents mobilisés et sur les frais d'accueil des professionnels ou étudiants étrangers en stage dans leurs services.

¹³ www.fhf.fr

¹⁴ www.esther.fr

Les collectivités territoriales (et leurs groupements), en particulier les villes et les régions, comptent parmi les partenaires locaux de premier plan des établissements de santé en matière de coopération internationale. Les projets hospitaliers faisant l'objet de ces partenariats s'inscrivent dans les priorités géographiques et thématiques de coopération décentralisée ou dans la politique de jumelage des collectivités. Ces dernières apportent des fonds propres et peuvent bénéficier de financements alloués par exemple par l'AFD ou le MAE à travers la Délégation pour l'Action Extérieure des Collectivités territoriales (DAECT). Les établissements de santé peuvent solliciter le soutien financier de ces acteurs sur des projets dont ils sont à l'initiative et peuvent être sollicités pour mener à bien tout ou partie d'un projet initié par une collectivité territoriale.

ii. L'APD multilatérale

L'aide multilatérale émane de contributions obligatoires et volontaires des Etats et est redistribuée par l'Union Européenne, le système des Nations Unies et les fonds thématiques.

Les contributions françaises multilatérales au service de la santé

La France consacre une majeure partie de son budget d'APD au canal multilatéral. Les financements sont essentiellement versés à trois entités. D'une part, aux Fonds thématiques. La France compte parmi les plus importants contributeurs au FMSTP* (promesse de verser 1,08 milliard sur 2011-2013), à UNITAID** (elle est le premier contributeur mondial et pèse 60% des ressources) et à GAVI*** œuvrant pour le renforcement des programmes de vaccination et l'introduction de nouveaux vaccins pour les pays les plus pauvres. D'autre part, la France participe aux actions de santé engagées par le Fonds Européen de Développement (FED) et d'autres banques régionales de développement à travers le monde.

Enfin, une part est destinée aux organisations et programmes de l'ONU tels que l'OMS, ONUSIDA et le PNUD.

* Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme

** UNITAID : Mode de financement chargé d'accroître l'accès aux diagnostics et traitements du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme sur les marchés

*** Alliance globale pour la vaccination et l'immunisation

Source : www.diplomatie.gouv.fr

L'Union Européenne¹⁵ (UE) dispose de ses propres instruments de financements :

- Des instruments géographiques : le Fonds européen de développement (FED) et l'Instrument de coopération au développement (ICD). Le 10ème FED (2008/2013) soutient les actions menées dans les pays de la zone Afrique Caraïbes et Pacifique (ACP) dans cinq domaines de coopération par appels à propositions et appels d'offres. L'ICD regroupe des programmes géographiques en Amérique latine, en Asie, et dans la région du Golfe et l'Afrique du Sud visant la réduction de la pauvreté et l'atteinte des OMD et un programme thématique axé sur l'investissement dans les ressources humaines pour l'ensemble des pays en développement ;
- Des documents stratégiques thématiques avec le programme Développement social et humain qui soutient des projets en faveur de la lutte contre la pénurie des personnels dans les systèmes de soins et contre les maladies transmissibles (Sida, Tuberculose et Paludisme).

¹⁵ www.ec.europa.eu/europeaid

Le système des Nations Unies dispose de programmes et institutions entièrement dédiés au secteur de la santé ou qui y prennent de plus en plus part. ONUSIDA¹⁶ est un fonds spécialement dédié à la lutte contre le VIH/Sida mais qui assure avant tout la coordination des actions de l'ensemble des structures onusiennes qui agissent en faveur de cette cause. La Banque Mondiale¹⁷ (BM) comme le Programme des Nations Unies pour le Développement¹⁸ (PNUD), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour les Populations¹⁹ (FNUAP) participent aux financements de projets de santé de grande envergure. L'octroi de ces financements est soumis à des appels d'offres internationaux. La France et plus largement les porteurs de projets de CIH sont peu présents à ce niveau. Il est donc rare de bénéficier de ces financements. En revanche, les antennes de ces programmes installées à travers le monde ont un précieux rôle de conseil sur le terrain d'intervention lors de la mise en œuvre du projet.

L'initiative « Diplomatie et Santé »

En 2007, les ministères des affaires étrangères de la France, de la Norvège, du Brésil, de l'Indonésie, du Sénégal, de l'Afrique du Sud et de la Thaïlande ont lancé l'initiative « Diplomatie et santé ». Cette initiative, soutenue par l'OMS et la secrétaire générale de l'ONU, place la santé comme une priorité à développer en politique étrangère. Dix thèmes ont été retenus. La France est « chef de file » de trois d'entre eux:

- les maladies transmissibles,
- la santé et l'environnement
- la santé et le développement.

Les fonds thématiques représentent 5% de l'APD mondiale²⁰ et les capitaux sont consacrés à des causes particulières :

- Le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme²¹ (FMSTP) accorde des financements aux programmes visant la lutte contre ces trois maladies ;
- UNITAID²² vise une plus grande accessibilité (économique) aux médicaments de diagnostic et de traitement contre ces trois mêmes maladies en collaborant avec les industries pharmaceutiques ;
- GAVI²³, l'Alliance Globale pour la Vaccination et l'Immunisation œuvre à l'amélioration de l'accès aux vaccins pour les populations les plus pauvres et au développement de nouveaux vaccins.

iii. Acteurs de la société civile

Les ONG et les associations de solidarité internationale ne dépendent ni de l'Etat ni d'institutions internationales. Elles mènent leurs actions de façon autonome grâce à un mandat d'intervention sur un ou plusieurs domaines. Elles sont souvent des acteurs plus importants – parce que plus visibles et disposant de plus de financements – que les hôpitaux dans la coopération en santé.

Les ONG déploient deux types d'activités complémentaires :

- l'urgence avec une intervention rapide pour répondre à une crise humanitaire et/ou sanitaire
- le développement avec des projets à moyen et long terme pour renforcer les capacités locales existantes.

¹⁶ www.unaids.org

¹⁷ www.banquemondiale.org

¹⁸ www.unpd.org

¹⁹ www.unfpa.org

²⁰ *L'aide publique au développement*, O. Charnoz, J.M Severino, La Découverte, mars 2007, p 51

²¹ www.theglobalfund.org

²² www.unitaid.eu

²³ www.gavialliance.org

Du fait de leur présence continue sur le terrain et de leur connaissance très précise du contexte local, elles sont souvent des partenaires des hôpitaux. Il est en conséquence recommandé d'identifier les ONG et les associations de solidarité internationale intervenant sur la zone d'actions pressentie par l'établissement de santé pour rechercher des synergies entre les projets à l'œuvre ou à venir.

Les contributions financières et/ou humaines apportées par les acteurs de la société civile bénéficient de façon générale à l'ensemble des populations en développement. Toutefois, il est très difficile, vu la multitude d'acteurs et l'absence d'outil statistique mesurant leurs activités, de connaître réellement les bénéficiaires, de savoir si des zones géographiques sont privilégiées et si cette aide passe par le canal bilatéral ou multilatéral.

3. Les outils et les acteurs visant le partage d'expérience

Aide publique bilatérale

L'APD française participe financièrement au fonctionnement des instituts et institutions de recherche tels que l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD²⁴) et le Réseau International des Instituts Pasteur (RIIP²⁵). Le développement de partenariats intellectuels contribue à l'amélioration des systèmes de recherche ce qui participe au renforcement des techniques de soins et d'organisation. Il permet également des avancées médicales particulièrement en matière de traitements des maladies infectieuses.

Aide publique multilatérale

L'Union Européenne²⁶ est le principal bailleur de fonds pour les activités de partage d'expérience et de renforcement de l'excellence. Elle dispose de programmes sectoriels européens (le 8^{ème} programme cadre nommé Horizon 2020), de programmes de coopération interrégionale transfrontalière (INTERREG) et du programme Leonardo. Chaque programme a ses spécificités : recherche et innovation, protection et promotion de la santé, formation.

L'Union européenne soutient des actions de recherche et de développement à travers un outil financier spécifique : le Programme cadre de recherche et de développement technologique (PCRD²⁷). Il vise à consolider l'espace européen de recherche et à soutenir le développement de réseaux d'excellence. Ce programme comporte un volet « coopération » avec une sous rubrique « santé » qui soutient tous types d'activités de recherche effectuées en coopération transnationale incluant au moins trois Etats membres de l'Union Européenne²⁸. Les hôpitaux peuvent faire une demande dans le cadre de ce programme. La France dispose d'un dispositif d'accompagnement du PCRD au ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et d'un point contact national santé (PCN santé) rattaché à l'INSERM²⁹. Une personne déléguée est à disposition des porteurs de projets pour les informer sur les conditions de financement. Les CHU coordonnent désormais leurs activités dans ce domaine.

Le programme d'action communautaire dans le domaine de la santé³⁰ vise l'amélioration de la santé publique. Il permet d'obtenir des financements pour des projets visant la protection et la promotion de la santé et la sécurité humaine.

²⁴ www.ird.fr

²⁵ www.pasteur-international.org

²⁶ www.ec.europa.eu/index_fr.htm

²⁷ 7^{ème} PCRD sur la période 2007/2013

²⁸ *Pouvant inclure d'autres pays non membres de l'UE mais frontaliers ou appartenant à l'EEE*

²⁹ www.inserm.fr

³⁰ 2007/2013

Le programme INTERREG est une initiative financée par le FEDER permettant de stimuler la coopération entre les régions européennes afin d'apporter plus de cohérence entre les États membres en termes de politiques publiques et d'initiatives privées. Cette coopération peut se faire à trois niveaux : transfrontalier (INTERREG A), transnational (B) et interrégional (C). Chaque programme cadre définit les priorités des programmes INTERREG qui sont alors déclinées selon les niveaux A, B et C en se rapportant aux besoins spécifiques des régions concernées. Par exemple, en réalisant une consultation publique, chaque secrétariat technique des régions transfrontalières (pour les programmes de classe A) classe les priorités définies par la Commission Européenne en fonction des indicateurs économiques, sociaux et politiques de la région qu'il couvre. Un hôpital public peut soumettre un projet INTERREG et en être le leader, à condition d'en supporter le poids administratif, ou être partenaire d'un projet existant. Dans les deux cas, il faut satisfaire aux règles définies par le FEDER (pour l'essentiel, gestion financière, gestion des activités et communication) et disposer de personnels qui pourront être formés à la réglementation et seront en charge des conditions de mise en œuvre du projet. La programmation est désormais inscrite pour les années 2014-2020.

Le programme Leonardo Da Vinci accorde des financements pour la mobilité des personnes désireuses d'acquérir une expérience professionnelle en Europe. Il vise l'échange de bonnes pratiques entre responsables de formation. Trois types de projets existent : des projets de mobilité (possibilité de faire un stage dans un établissement européen pour découvrir et échanger sur les pratiques), des projets de partenariats (pour tisser une coopération avec des acteurs de la formation professionnelle européens autour d'un thème choisi en commun), des projets de transferts d'innovation (pour développer à travers le transfert, l'utilisation et l'appropriation d'outils et de méthodes de formation performants à travers l'Europe).

Aide de la société civile

La fondation, reconnue par la loi de 1987³¹, est le fait de l'initiative d'au moins une personne physique ou morale. Elle dispose à sa création d'une dotation assurant le financement des actions d'intérêt général qu'elle engage. Elle peut aussi émaner d'une entreprise. A l'échelle internationale, les Fondations Bill et Melinda Gates³² et Rockefeller³³ sont les plus connues pour leurs travaux. En France, la Fondation Mérieux³⁴ s'est donnée pour mission de « renforcer les capacités locales afin de réduire l'impact des maladies infectieuses sur les populations vulnérables³⁵ ». Une fondation peut ainsi se constituer partenaire d'un projet de coopération internationale hospitalière.

La Fondation Mérieux

Crée en 1967 à l'initiative de C. Mérieux, – en hommage à son père, élève de Louis Pasteur, qui avait fondé l'Institut du même nom – la Fondation Mérieux s'est donnée pour mission de lutter contre les maladies infectieuses et ses conséquences. Ses actions s'articulent autour d'axes majeurs : « le renforcement des infrastructures de santé, la formation et le partage de connaissances, la recherche appliquée et le soutien Mère-Enfant ». « Depuis sa création, la fondation privilégie l'ouverture et le partenariat en initiant et animant un réseau scientifique international de premier plan. Elle joue un rôle de catalyseur d'initiatives locales et internationales concourant au même objectif de santé publique. Avec le soutien de la Fondation Christophe et Rodolphe Mérieux, fondation également familiale, elle développe un réseau de laboratoires de biologie sur le terrain dédié à la recherche et à la formation, au cœur des foyers infectieux. Elle est ainsi aujourd'hui présente au Mali, au Cambodge, au Laos, en Haïti, à Madagascar et en Chine ».

Source : Site de la Fondation Mérieux, www.fondation-merieux.org

³¹ Loi française du 23 juillet 1987, article 18

³² www.gatesfoundation.org

³³ www.rockefellerfoundation.org

³⁴ www.fondation-merieux.org

³⁵ *Ibid*

La coopération internationale hospitalière dispose d'une grande diversité d'acteurs pour sa mise en œuvre. Des structures locales aux institutions et associations internationales, tous, participent, aux côtés des hôpitaux, à améliorer les conditions sanitaires des populations et à renforcer l'excellence du savoir-faire médical français et étranger. Les outils sont multiples et spécifiques selon qu'il s'agisse de rechercher des partenaires financiers ou techniques pour mener à bien les projets hospitaliers.

Le travail en réseau et les partenariats locaux

Ces acteurs peuvent être des établissements de santé, des établissements d'enseignement, des ONG, des collectifs, groupements ou réseaux, des collectivités, des agences ou organismes publics, des bailleurs de fonds publics ou privés. Ces réseaux d'acteurs se construisent, le plus souvent, en fonction d'intérêts thématiques ou géographiques communs.

Des points de rencontre réguliers avec les membres de ces réseaux sont nécessaires afin de se tenir au courant de l'actualité sur une thématique ou un territoire donné, de partager l'information, de favoriser les synergies sur un même territoire ou domaine d'action.

Quelques exemples de réseaux :

- En Région des Pays de la Loire, un réseau d'acteur ligériens impliqués dans des actions menées au Burundi a été constitué et se réunit régulièrement dans un objectif de partage d'expérience, d'identification de synergies, et d'entraide dans la mise en œuvre de leurs actions respectives. Ce type de regroupement, plus ou moins formalisé, prend souvent l'appellation de « plate-forme ».
- Le GIP RESACOOOP (Réseau Rhône-Alpes d'appui à la coopération internationale) conseille et accompagne les organisations de la région Rhône-Alpes, engagées dans des actions de coopération et de solidarité internationales avec les pays en développement et en transition économique. Créé à l'initiative de la Préfecture de région et du Conseil régional Rhône-Alpes, RESACOOOP vise l'amélioration quantitative et qualitative de la coopération internationale en région et le renforcement des compétences de l'ensemble des acteurs rhônalpins, quel que soit leur statut. RESACOOOP est un espace unique de dialogue entre acteurs régionaux et un outil privilégié de la concertation et de la mise en cohérence des actions.
- L'Institut Régional de Coopération-Développement (IRCOD) est une association de droit local ayant pour vocation de promouvoir une culture de coopération en Alsace et de soutenir des actions de coopération décentralisée dans les pays du Sud. Il rassemble près de 80 collectivités locales aux côtés d'autres institutions et associations alsaciennes qui mettent à disposition leur expertise au service des dynamiques locales de développement engagées dans les pays du Sud.

Les collectivités territoriales, en particulier les villes et les régions, comptent parmi les partenaires locaux de premier plan des établissements de santé sur la coopération internationale. Les projets faisant l'objet de ces partenariats s'inscrivent dans les priorités géographiques et thématiques de coopération décentralisée ou la politique de jumelage des collectivités. Les établissements de santé peuvent être sollicités pour mener à bien tout ou partie de certains projets sous l'égide des collectivités. Ils peuvent également solliciter le soutien des collectivités sur des projets dont ils sont à l'initiative.

Les centres hospitaliers universitaires conduisent traditionnellement leurs activités à l'international en lien avec l'université avec laquelle ils sont conventionnés. Ce partenariat prend différentes formes, par exemple, le partage de ressources, d'outils de gestion ou de procédures, l'échange de pratiques et d'informations, la mise en place d'instances communes concernant les relations internationales, l'accueil conjoint de délégations étrangères, la réalisation de missions, voire de projets conjoints, l'entraide et la communication au sujet de la mobilité sortante et entrante des personnels hospitalo-universitaires.

Partie II :

Préalables et conditions à la gestion de projet



Un projet de coopération internationale hospitalière ne se résume pas à sa gestion quotidienne, aussi bien menée soit-elle. Afin de garantir sa stabilité et sa pérennité, plusieurs actions doivent être prévues.

Le projet doit d'abord s'inscrire dans un partenariat établi rigoureusement. L'étape de l'élaboration de la coopération, tant dans la recherche du partenaire que dans la rédaction du mode de collaboration, ne doit ainsi pas être négligée.

La gouvernance du projet doit ensuite être définie en amont afin d'éviter des éventuels écueils futurs. Tant les modalités de pilotage que celles de concertation sont à préciser dès le dialogue partenarial pour garantir une gestion de projet la plus assainie possible.

La valorisation du projet est enfin un complément indispensable à sa simple gestion. Elle permet de diffuser, en interne comme en externe, les résultats du projet et d'assurer ainsi la pérennité des actions entreprises.

Chapitre 1 : Le partenariat

Le partenariat est un projet en lui-même et sa formalisation est officialisée par la signature d'un écrit engageant les deux parties (le plus souvent une convention). La formalisation du partenariat permet d'inscrire le projet dans une relation contractuelle. C'est un engagement dans la durée qui responsabilise les parties prenantes et vise une fois de plus l'efficacité du projet.

Grandes lignes sur un partenariat de CIH

Un partenariat de coopération internationale hospitalière est souvent le fait de deux entités similaires : des CH ou CHU en France et à l'étranger. Dans le cadre de partenariats entre CHU, les universités avec lesquelles ils sont conventionnés, peuvent également être des partenaires du projet. Un partenariat hospitalier peut être seulement bipartite ou multipartite, incluant université et/ou collectivités territoriales et/ou ONG. Des choix sont à faire quant à la pertinence d'intégrer les différentes parties prenantes qui accompagnent utilement le projet à mettre en place et à formaliser.

Les bases du partenariat : concertation, réciprocité et transparence

Un partenariat implique de trouver des accords communs sans perdre de vue les priorités de chacun. Le partenariat doit respecter le projet d'établissement de chaque partie, il doit correspondre aux objectifs définis. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'une coopération institutionnelle qui engage l'image de chaque partenaire.

Le partenariat doit engager les parties dans une relation de réciprocité, dans la transparence et la communication. Afin de garantir cette relation, une personne relais (réfèrent projet) de chaque partie peut être choisie afin de faire le lien avec l'ensemble des parties prenantes. Le partenariat doit reposer sur une confiance mutuelle et une charte de bonnes pratiques reprenant les engagements de chacun pour la durée du projet peut être établie (Cf. chapitre 2 du présent guide).

Le document officialisant le partenariat doit définir les rôles et responsabilités de chacun et les grandes lignes du projet (cf. partie III. Du présent guide).

Les impératifs pour la légitimité et pertinence du partenariat

Le partenaire choisi peut être un partenaire historique de la CIH ou être un nouveau partenaire. Il peut s'agir d'un partenaire sans lien ni demande préalable ou en réponse à une sollicitation, locale ou nationale.

Dans tous les cas, il s'agit de veiller à la pertinence et à la légitimité du partenaire choisi ou pressenti. Afin de garantir la réussite et la pérennité du projet, une bonne connaissance de son partenaire et la vérification des conditions nécessaires avant tout engagement sont indispensables.

- Il faut ainsi veiller aux activités et capacités de chaque partenaire et être en mesure d'apporter des éléments de réponses à un certain nombre de questions, valables côté français et étranger, et qui participent à la formalisation d'un partenariat solide et efficace : Ce partenaire est-il déjà engagé sur plusieurs projets, dans d'autres activités ? Lesquelles ? Quels en sont les avancées et résultats ? A-t-il la disponibilité et les ressources au moins humaines pour s'investir dans le projet ?

- Existe-t-il des risques de concurrence avec d'autres acteurs locaux ?
- Quel est ou semble être le degré de motivation de l'ensemble des parties prenantes³⁶ ?
- En fonction des compétences et capacités de chacun, le partenariat est-il pertinent ? Les capacités de chacun sont-elles suffisantes ? Etc.

Comment formalise-t-on un partenariat ?

Le partenariat est formalisé dans un document officiel signé par les partenaires. Ce document est fonction du partenariat et du thème/des objectifs du projet. Il doit être en conformité avec les lois en vigueur dans chaque pays.

Le choix du document contractuel support pour l'organisation du projet de coopération internationale hospitalière sera fait en fonction principalement des acteurs du projet signataires du document contractuel (hôpital, université, collectivité, ...) mais aussi en fonction des thèmes du partenariat (formation professionnelle, universitaire, mission médicale,...).

Ces documents peuvent ainsi avoir la forme juridique suivante :

- **Accord-cadre de coopération et d'échange** : contrat ayant pour objet d'établir les termes régissant les conventions de coopération et d'échange à passer entre les partenaires au cours d'une période donnée, notamment en ce qui concerne les modalités générales de mise en œuvre et engagements respectifs envisagés.
- **Convention de mise en œuvre** : contrat passé sous l'égide de l'Accord Cadre de coopération et d'échange, pour chaque projet spécifique envisagé, dont il détaille les modalités de mise en œuvre.
- **Avenant (ou protocole additionnel)** : contrat écrit qui est l'accessoire du contrat principal auquel il se réfère et dont l'effet est de modifier (et/ou compléter) les conditions ou les modalités des engagements qui figurent sur contrat initial.
- **Convention ou protocole d'accueil d'un chercheur ou enseignant-chercheur étranger** : document à remplir en vue de l'admission au séjour en France en qualité de « scientifique » d'un étranger non ressortissant de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse, invité par un organisme français agréé à cet effet, pour y exercer une activité de recherche ou d'enseignement de niveau universitaire (en application de l'article L.313-8 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile).
- **Protocole d'accord** : acte qui va formaliser les termes et les conditions de la réalisation d'un projet à la fin des négociations. Il en reprend tous les éléments essentiels qui sont négociés par les partenaires.

³⁶ On inclut ici le groupe cible, les personnels mettant en œuvre le projet, l'ensemble des acteurs qui auront un rôle à jouer directement ou indirectement dans le projet, cf. définition de partie prenante.

- **Lettre d'intention ou *Memorandum of understanding*** : accord de principe préalable à l'établissement d'un contrat définitif. La lettre d'intention permet aux partenaires, à l'occasion de négociations contractuelles dont la durée leur semble devoir être longue, d'exprimer par écrit, avant même de savoir si elles parviendront en fin de compte à conclure un contrat entre elles, leur volonté de négocier et de rechercher un accord sur des bases ou prenant en compte des points sur lesquels elles se sont déjà entendues. Ce document n'a pas pour vocation de leur imposer de conclure coûte que coûte mais seulement de négocier de bonne foi les équilibres généraux et conditions spécifiques de la relation contractuelle envisagée. Il est à noter que les "*Memorandum of understanding*" ne sont pas toujours considérés par les juristes anglo-saxons comme des accords internationaux, mais comme des engagements de bonne foi qui ne lient pas les signataires.

Le plus souvent, il convient de proposer aux partenaires la rédaction d'un accord-cadre de coopération général (intégrant toutes les spécialités) ou ciblé (une spécialité ou un service) et éventuellement : une convention de mise en œuvre (permet de définir pour chaque spécialité les modalités spécifiques) ; une convention financière et, le cas échéant, un avenant (si modification d'un ou plusieurs articles de l'accord cadre, exemple : durée de la convention...).

Ce document contractuel pourra être signé :

- Dans le cadre d'un accord cadre hospitalo-universitaire avec :
 - L'hôpital français,
 - L'université française,
 - L'université étrangère ou le ministère de l'enseignement supérieur du pays
 - L'hôpital étranger,
 - Si celui-ci est un hôpital public, le Ministère de la santé peut aussi être signataire
 - Et éventuellement des partenaires autres impliqués dans la coopération (associations, financeurs, collectivités...).
- Dans le cadre d'un accord cadre hospitalier avec :
 - L'hôpital français,
 - L'hôpital étranger,
 - Si celui-ci est un hôpital public, le Ministère de la santé peut aussi être signataire
 - Et éventuellement des partenaires autres impliqués dans la coopération (associations, financeurs, collectivités...).

L'accord-cadre de coopération est un document officiel qui est soumis aux instances et aux tutelles. Il fait autorité en cas de litige, c'est pourquoi il convient de le rédiger en prenant en compte tous les aspects juridiques, financiers et assurantiels qui engagent chacun des partenaires.

Un accord-cadre de coopération définit précisément les signataires (le nom, le statut, l'adresse et le représentant légal (et sa fonction)) de chaque institution impliquée.

Il précise l'objet du partenariat et les actions prévues. Toutefois, le niveau de détail peut varier, surtout s'il y a une convention de mise en œuvre rédigée conjointement à l'accord cadre.

Il indique l'engagement de chacun dans le cas de mission ou de stage (prise en charge financière, responsabilité, rapatriement, droits et devoirs), et les dispositions générales (financement de la coopération, approbation et communication de l'accord, les avenants ou les conventions de mise en œuvre éventuels, la durée de l'accord, le mode de résiliation, la gestion des litiges).

Enfin, un article doit préciser les critères d'évaluation des actions menées dans le cadre de cet accord.

Modèle d'accord de coopération

- Le nom, le statut, l'adresse et le représentant légal (et sa fonction), de chaque institution impliquée
- L'objet du partenariat, les objectifs généraux, les objectifs spécifiques, les résultats attendus, l'impact recherché,...
- Les actions prévues, le calendrier d'exécution (missions, accueil en stage, échange de ressources documentaires)
- Pour les missions
 - Les termes de référence
 - Les agents concernés
 - La prise en charge financière
 - La responsabilité
 - Le rapatriement
- Pour les accueils
 - Les termes de référence
 - La sélection des candidats
 - Les conditions préalables (diplôme, pratique de la langue, ...)
 - Le déroulement du stage
 - Les obligations des stagiaires
 - La discipline
 - La responsabilité
 - Le rapatriement
- Les dispositions générales
 - Le financement
 - L'approbation et la communication de la convention
 - Les avenants à la convention
 - La durée de l'accord
 - La résiliation
 - Les litiges
- L'évaluation
- La fiscalité (éventuellement)
- Fait à, le
- La signature du représentant légal de chaque institution impliquée

La durée de l'accord cadre peut varier (notamment en fonction des financeurs potentiels), mais elle est en général de 5 ans pour un accord cadre hospitalo-universitaire et 3 ans pour un accord cadre hospitalier.

Les conventions de mise en œuvre sont d'une durée de 1 an.

Les conventions financières sont d'une durée de un à quatre ans, avec annuellement l'envoi d'un rapport financier et technique justifiant les dépenses (en fonction des clauses définies par les financeurs).

Il est important de savoir que la mise en place d'un accord-cadre de coopération est relativement longue, elle peut prendre de trois mois à un an, en fonction des réponses et de la validation de chaque partenaire, ainsi que du calendrier des instances auxquelles il devra être soumis.

Avant de signer un accord-cadre, il convient de vérifier :

- L'adhésion de l'institution au projet (éviter la relation entre deux personnes)
- La cohérence de la demande et la possibilité de réponse
- Le caractère réaliste de mise en œuvre
- L'identification des référents
- L'adéquation des financements
- L'évaluation des résultats
- La définition précise des droits et devoirs de chaque signataire

Attention !

Gare au tourisme institutionnel !

De nombreuses agences spécialisées dans le tourisme institutionnel proposent régulièrement à des établissements de santé étrangers d'organiser des voyages professionnels dans des pays présentant un fort attrait touristique, comme la France, par exemple. Ces agences prennent attache avec l'EPS en se présentant parfois comme étant mandatées par l'ambassade du pays d'origine. Elles sollicitent l'accueil d'une délégation d'un établissement de santé étranger dans le but de promouvoir les échanges professionnels. Les contacts sont souvent pris au dernier moment et une réponse urgente est demandée. Lors d'un examen approfondi de la demande, on s'aperçoit rapidement que les objectifs ne sont pas clairement exprimés et que les frais sont à la charge de l'établissement d'accueil. Il est tout à fait légitime pour un établissement de refuser ce type de sollicitation. Ces accueils présentent généralement peu d'intérêt pour l'établissement qui accueille car ils mobilisent beaucoup d'énergie et de ressources et donnent rarement suite au développement d'un réel partenariat.

Chapitre 2 : Qu'est-ce qu'un comité de pilotage et comment le mettre en place?

Le montage institutionnel de projet de CIH (qui fait quoi ?) est défini au moment de la planification du projet (Cf. Chapitre 3). Il est souvent utile de préciser en sus quelques modalités de fonctionnement plus concrètes pour organiser les interactions entre les différentes parties prenantes du projet.

Deux grandes modalités de gouvernance sont à aborder :

- les modalités de *pilotage* du projet ;
- les modalités de *concertation* entre les différents acteurs concernés, de près ou de loin, par le projet.

Les modalités de pilotage du projet

Le pilotage renvoie aux prises de décision.

En fonction de la configuration du projet et de ses acteurs, il pourra y avoir plusieurs espaces de pilotage pour un même projet. A minima, on aura un espace de type « comité de pilotage » pour permettre aux acteurs Nord et Sud de se rencontrer de temps à autre³⁷. Entre temps, dans bien des cas, les acteurs français auront besoin de se coordonner entre eux – en plus de l'espace Nord-Sud ; et les acteurs du Sud feront de même de leur côté.

Pour chacun de ces espaces, il faudra définir :

- son mandat ;
- sa composition ;
- la fréquence de ses réunions ;
- ses modalités d'animation.

Le mandat de chaque espace de pilotage

Les mandats de ces espaces devront être définis clairement. Où se prennent les grandes décisions qui engagent les évolutions du projet : au Nord, au Sud, ou entre partenaires Nord et Sud ?

Il convient de distinguer plusieurs types de décisions :

- des décisions de nature *opérationnelles* :
 - *stratégiques* (grandes orientations du projet) ;
 - *techniques* (pilotage au quotidien du projet) ;
- des décisions *financières* (décisions d'engagement de fonds) :
 - celles qui engagent les grandes masses financières ;
 - celles qui concernent le pilotage au quotidien du budget.

		Nature de décisions :	
		<i>Opérationnelles</i>	<i>Financières</i>
Portée des décisions :	<i>stratégique</i>	grandes orientations du projet	grandes orientations du budget
	<i>technique</i>	pilotage au quotidien du projet	décisions d'engagement de fonds

³⁷ Les rencontres de visu sont indispensables, mais les technologies de l'information et de la communication permettent désormais d'éviter certains déplacements (Skype, visioconférence...).

Ce ne seront pas toujours les mêmes personnes qui prendront ces différents types de décisions, et les choix ne seront pas réalisés nécessairement dans les mêmes espaces. Pour éviter toute ambiguïté, on pourra formaliser cela, par exemple de la façon suivante :

Type de décision		Espace de pilotage concerné	Personnes « du Nord » concernées	Personnes « du Sud » concernées
opérationnelle	▪ stratégique			
	▪ technique			
financière	▪ stratégique			
	▪ technique			

La composition de chaque espace de pilotage

En fonction du mandat affecté à l'instance de pilotage, la composition pourra être variable. L'idée est toutefois que cette composition permette la prise de décision nécessaire au pilotage du projet. On doit donc y retrouver les « décideurs » en lien avec le mandat.

Dans un certain nombre de cas, il y a nécessité d'adjoindre aux côtés des décideurs des personnes en charge de l'aide à la décision (« techniciens »).

La fréquence des réunions

Il faut définir une fréquence de réunion pour chaque espace de pilotage et – essayer de – s'y tenir. C'est particulièrement important pour l'espace entre partenaires Nord-Sud (le « comité de pilotage »).

Les modalités d'animation

Chaque réunion de pilotage doit être organisée avec soin :

- *en amont* : préparation (invitations, ordre du jour, documents préparatoires) ;
- *pendant* : animation des débats (ce qui englobe la présidence des débats, la distribution de la parole, la « garde du temps »...) et prise de note ;
- *après* : suivi des décisions.

Ces différentes tâches doivent être rappelées et confiées à des personnes précises.

Les modalités de concertation avec les éventuels autres partenaires du projet

Alors que le pilotage renvoie à la prise de décision, la concertation renvoie à la coordination entre les acteurs, à la communication et au partage d'information entre eux. Elle doit favoriser les synergies, voire les mutualisations. De même que pour le pilotage, la concertation peut être Nord-Sud, Sud-Sud et/ou Nord-Nord. La concertation ne se fait pas nécessairement au sein des mêmes instances que le pilotage. Elle concerne en effet l'ensemble des acteurs clé du projet – et pas uniquement les acteurs qui prennent des décisions (décideurs et aide à la décision). Bien sûr, il y a une nécessaire articulation entre les deux espaces. Ceci concerne le premier niveau de concertation, à savoir entre les acteurs du projet dans lequel l'EPS est impliqué.

Un deuxième niveau de concertation concerne l'ensemble des actions d'appui ou d'échange dans lequel l'hôpital partenaire est impliqué et qui peuvent avoir un lien, de près ou de loin, avec l'action de l'EPS (autres EPS, coopération bilatérale, ONG...). Là aussi, il convient de rechercher les synergies, d'éviter les doublons. Cette concertation doit être placée sous l'égide de l'hôpital partenaire, seul légitime à coordonner ce qui se passe autour de lui.

Une évidence qu'il vaut mieux rappeler : la concertation ne va pas de soi... Détenir l'information constitue une forme de pouvoir. Agir seul dans son coin est moins contraignant à court terme et facilite les comptes à rendre. Etc. Amener les gens à travailler pour l'intérêt général n'est donc pas une mince affaire ; il ne faut pas sous-estimer les efforts que cela demande.

Les modalités d'organisation des instances de concertation sont à définir avec soin. Cela renvoie aux éléments proposés plus haut pour le pilotage, à savoir : le mandat ; la composition ; la fréquence des réunions ; les modalités d'animation.

Gages de réussite d'un projet

Le comité de pilotage formalise les objectifs du projet, la stratégie à mettre en œuvre pour les atteindre et les résultats intermédiaires à atteindre, définit l'organisation pour atteindre les objectifs et résultats, pour mettre en œuvre le projet, élabore les outils nécessaires au pilotage et à la coordination des parties prenantes.

Une fois le projet lancé, la fonction du pilotage de projet consiste à :

- Mesurer l'avancée réelle du projet, sur la base du reporting fourni par la fonction de gestion de projet
- Analyser les écarts par rapport au plan, identifier des plans d'actions correctifs / préventifs ou étudier des scénarios / alternatives
- Anticiper les risques qui menacent le projet
- Prendre ou faire prendre des décisions.

Chapitre 3 : Valoriser la CIH

Conduire un projet de coopération internationale hospitalière suppose, comme nous l'avons montré dans les chapitres précédents, un engagement fort et une mobilisation constante de la direction de l'établissement comme des professionnels impliqués dans les actions menées avec la structure de santé étrangère associée. C'est le gage même de la réussite du projet mené.

Afin de consolider dans le temps ce projet, et contribuer ainsi à asseoir durablement la stratégie de l'institution hospitalière en la matière, il est assurément essentiel, en complément d'une solide méthodologie de projet appliquée aux programmes de coopération internationale, de s'attacher à valoriser et à rendre lisibles les actions ainsi développées de par le monde avec les hôpitaux partenaires.

Pour ce faire, il convient, dès l'initialisation d'un projet de CIH, de prévoir puis de mettre en œuvre un plan de communication adapté, permettant de mettre en exergue mais aussi de dynamiser le travail réalisé avec ces établissements partenaires.

1. Pourquoi communiquer sur les programmes de CIH ?

L'élaboration d'un plan de communication spécifiquement attaché au projet de partenariat mené avec un établissement de santé étranger doit à l'évidence être considérée comme une exigence fondamentale par l'hôpital.

La mise en place d'un tel plan de communication est en effet la manière la mieux adaptée de donner de la visibilité à la politique de CIH décidée et réalisée par l'hôpital. Il est important que cette visibilité soit recherchée et affirmée sur une double dimension.

Une visibilité en interne

Valoriser et médiatiser un projet de coopération internationale menée par telle ou telle équipe de l'établissement permet à la fois de faire savoir et de faire connaître aux autres professionnels de l'institution le rayonnement à l'étranger des compétences et expertises acquises par ces équipes.

C'est particulièrement important s'agissant des personnels exerçant dans le même service que les agents impliqués dans le projet de CIH car lors des missions réalisées à l'étranger ou à l'occasion de l'accueil de stagiaires internationaux dans l'hôpital, c'est souvent tout un collectif qui s'engage, même indirectement. Il est donc primordial de montrer aux collègues et autres professionnels de l'établissement le sens des programmes de coopération menés ainsi que les résultats obtenus.

En outre, la mise en lumière des actions de CIH développées par l'institution présente l'intérêt de favoriser ainsi la diffusion des bonnes pratiques en matière de coopération internationale auprès de tous les services de l'établissement. Ce faisant, lorsque de nouvelles équipes envisagent la mise en place d'un nouveau programme de CIH, elles ont, par la communication faite, la connaissance des circuits pour conduire dans de bonnes formes leur projet. C'est là le moyen idéal de capitaliser entre professionnels et entre équipes d'un même hôpital l'expérience acquise à l'international.

Une visibilité en externe

Communiquer sur le projet de coopération internationale mis en place permet à l'établissement d'informer tant ses partenaires externes (et notamment les collectivités locales, les écoles et universités, les associations de type ONG, les entreprises...) que ses autorités de tutelle (l'ARS bien

entendu mais également les services compétents des ministères de la santé et des affaires étrangères) des engagements et de la politique qu'il entend développer au plan mondial.

La visibilité ainsi acquise peut alors se révéler un atout sérieux dans l'obtention de financements pour soutenir ce projet ou d'autres programmes nouvellement envisagés (l'hôpital étant alors identifié comme un acteur phare et sérieux de l'action internationale).

Elle s'avère également être un moyen efficace dont l'établissement peut tirer un grand bénéfice pour se positionner en tant que structure de référence voire incontournable en matière internationale. Les pouvoirs publics ou les bailleurs de fonds présents sur la scène mondiale vont alors prioritairement le solliciter pour accompagner la mise en place de nouveaux partenariats avec des structures de santé étrangères qu'ils entendent promouvoir. Véritable logique de retour direct sur investissement dans cette optique !

Enfin, la visibilité affichée par l'hôpital peut permettre de conforter le projet de CIH engagé avec un partenaire étranger, en mettant en perspective les synergies existantes ou envisageables que ce projet a avec d'autres actions de collaboration déjà menées par d'autres acteurs, publics, privés, associatifs, du territoire.

Exemple de synergies entre acteurs d'un même territoire, autour d'un projet de CIH

Le CHU de Bordeaux et l'université de Bordeaux ont signé un partenariat de coopération internationale avec le *Beth Israel Deaconess Medical Center* – Faculté de médecine de Harvard visant la mise en place d'actions concernant d'une part la formation médicale des étudiants et internes (réalisation de stages et de semestres d'internat croisés entre les partenaires), d'autre part la formation médicale continue et l'échange d'expertise scientifique entre équipes médicales et soignantes dans le domaine de la médecine d'urgence (missions de conseils et d'observation, séminaires médicaux...), enfin le partage de savoir-faire en matière de management hospitalier (système d'information, organisation des soins...).

Valoriser l'expertise et le savoir-faire de l'EPS

La définition d'un plan de communication associé à la conduite d'un projet de coopération internationale hospitalière apparaît comme un moyen particulièrement efficace de valoriser, en interne comme en externe, l'expertise et le savoir-faire de l'établissement et de ses professionnels en différents domaines ou disciplines.

Ceci permet notamment d'affirmer et de démontrer la compétence et l'excellence des équipes impliquées ainsi que leur pleine capacité à transmettre et à mettre en œuvre in situ des modèles hospitaliers d'organisation, de fonctionnement, de management et de soins, en les adaptant à la réalité locale du partenaire étranger.

Cela permet également à l'hôpital de mettre en avant le potentiel de créativité, de mobilisation, d'ouverture aux autres, de solidarité de chacun de ses personnels engagés dans le programme de coopération internationale, contribuant de facto à renforcer le sentiment d'appartenance à l'établissement et à sa communauté de professionnels.

Cela permet possiblement enfin d'encourager la mobilisation de nouvelles ressources internes et de susciter de nouvelles adhésions sur le projet de CIH (pour renouveler le vivier des personnels « experts » au sein de l'institution, afin de maintenir le niveau d'engagements internationaux souscrits par l'hôpital, voire développer de nouveaux programmes).

Finalement, la mise en œuvre d'une véritable stratégie de communication autour des projets de coopération internationale menés par l'hôpital se révèle un élément moteur de la cohésion recherchée avec le partenaire étranger. En effet, en communiquant sur les actions conduites avec ce partenaire, l'établissement exprime très clairement et de façon tout à fait immédiate son degré d'engagement et l'importance donnée à la réussite de ces projets.

2. Auprès de qui communiquer sur les programmes de CIH ?

A l'occasion de la définition du plan de communication attaché à la conduite d'un projet de coopération internationale hospitalière, il est essentiel d'identifier quels seront les publics cibles de cette démarche et quelle sera la finalité des actions de médiatisation qui seront engagées auprès de chacun des publics cibles in fine retenus.

Le tableau ci-après permet ainsi d'accompagner et de structurer le travail de questionnement et de choix que l'hôpital devra donc effectuer.

NIVEAU	PUBLICS CIBLES	FINALITE DE LA COMMUNICATION MENEES
INTERNE	Les professionnels de l'établissement	<ul style="list-style-type: none"> - retour d'information auprès des équipes impliquées (notamment celles des services dont sont issus les agents envoyés en mission à l'étranger) : il s'agit de valoriser les efforts et investissements consentis par tous ; - information de tous les professionnels sur les actions menées par l'hôpital : il s'agit de valoriser l'excellence de l'hôpital dans le domaine international
	Les instances de l'établissement, et notamment le directoire, concerté sur les actions de coopération inscrites dans le cadre du projet d'établissement (article L. 6143-7 du code de la santé publique)	<ul style="list-style-type: none"> - présentation des orientations et des résultats afférents aux programmes de CIH menés par l'hôpital : il s'agit avant tout d'une communication à visée institutionnelle, ayant pour finalité de valoriser la politique internationale de l'hôpital et l'engagement de ses professionnels. <p>A noter que selon la nature de l'action de CIH menée, la typologie des instances à informer peut varier. Lorsqu'il s'agit toutefois d'un programme de coopération à orientation médicale, la mobilisation de la CME est souhaitable.</p>
	Les usagers et associations d'usagers de l'établissement	<ul style="list-style-type: none"> - retour d'informations visant, d'une part, à valoriser l'excellence de l'hôpital et de ses équipes et, d'autre part, à affirmer les engagements de solidarité de la communauté professionnelle hospitalière

NIVEAU	PUBLICS CIBLES	FINALITE DE LA COMMUNICATION MENE
EXTERNE	Les partenaires de CIH de l'hôpital (université, collectivités territoriales, associations, entreprises...)	- informations régulièrement transmises pour faire connaître les projets de CIH menés et inciter à la recherche de synergies et de mises en commun d'actions
	La tutelle de l'établissement (ARS, ministères)	- retour d'informations permettant, d'une part, de valoriser la qualité et le niveau de l'engagement international de l'hôpital et, d'autre part, de faire connaître cet engagement pour favoriser l'octroi de financements ou la sollicitation de l'établissement pour participer à ce nouveaux programmes de CIH, nationaux voire internationaux
	Le grand public	- retour d'informations visant, d'une part, à valoriser l'excellence de l'hôpital et de ses équipes et, d'autre part, à affirmer les engagements de solidarité de la communauté professionnelle hospitalière

3. Quand communiquer sur les programmes de CIH ?

A l'évidence, il est essentiel de communiquer à toutes les étapes de mise en œuvre du projet de CIH (définition et signature de l'accord de partenariat, bilan d'étape ou final se rapportant à la conduite opérationnelle des actions de coopération inscrites dans le projet, évaluation terminale et mesure des résultats obtenus dans le cadre de ce programme) afin d'assurer un retour régulier d'informations auprès des différents publics cibles choisis – cf. supra. Ce faisant, il importe de ne pas oublier de relier la démarche partenariale menée avec un établissement de santé du Nord ou du Sud à l'ensemble des actions de CIH opérées par l'hôpital, pour bien montrer la cohérence d'ensemble et les ambitions de la politique de coopération internationale de l'institution.

Comme toujours en matière de communication, il est essentiel de bien choisir les moments clés où les messages et informations concernant le projet de CIH de l'hôpital seront relayés. C'est pourquoi il est indispensable, au moment de la définition du plan de communication, d'identifier les temps forts du projet qui détermineront le rythme de médiatisation retenu pour être efficaces. Ces temps forts doivent donc correspondre à des moments de vie du projet qui ont du sens dans la conduite de l'action et dans la mesure des résultats acquis.

4. Comment communiquer sur les programmes de CIH ?

Le plan de communication mis en œuvre autour du projet de coopération internationale hospitalière doit s'appuyer sur les différents outils et supports d'information disponibles au sein de l'établissement. Ayant un caractère institutionnel fort, ce plan de communication contribue directement à la valorisation, à la capitalisation et à la diffusion des savoirs et de l'expérience acquise par les équipes et, plus généralement, l'hôpital en matière de partenariats avec des structures de santé étrangères.

Les outils de communication possibles

Les outils et supports de communication mobilisés peuvent être de plusieurs ordres :

Dans le cadre des actions régulières de communication de l'hôpital

Il peut être très adapté de prévoir la mise en ligne d'une rubrique spécifique d'information sur la CIH au niveau des sites INTRANET / INTERNET de l'établissement, permettant d'une part de montrer les orientations générales et les zones d'intervention retenues dans le cadre de la politique internationale menée par l'institution et, d'autre part, de présenter l'actualité de chacun des partenariats menés à l'étranger. Bien entendu, il est nécessaire, pour en maintenir tout l'intérêt, que cette rubrique soit régulièrement tenue à jour et enrichie.

En outre, il est conseillé de publier à intervalles réguliers des articles dans le cadre du journal interne de l'établissement, présentant factuellement les événements liés aux projets de CIH menés par l'hôpital ou détaillant, avec plus de précisions et de détails, les objectifs, les modalités et les résultats enregistrés au titre de l'un ou l'autre de ces projets.

A l'occasion de la publication des documents stratégiques institutionnels

Il est opportun de proposer d'intégrer dans les documents stratégiques institutionnels (rapport annuel d'activité du directeur ou le projet d'établissement quinquennal, tous deux pour mémoire présentés au conseil de surveillance de l'établissement) un chapitre relatif à la CIH, permettant ainsi de faire le bilan des actions menées à l'étranger par l'hôpital. L'utilisation de ce support permettra aussi de proposer des perspectives pluriannuelles de développement des programmes de partenariat à l'international, fixant donc les lignes directrices des thèmes et des pays d'intervention sur lesquels les professionnels peuvent prévoir de s'engager et de s'investir dans les années suivre et donnant. Cette démarche participe à une plus grande lisibilité à la stratégie internationale voulue par l'institution hospitalière.

Par ailleurs, il est conseillé de définir une plaquette ad hoc de présentation de la CIH menée par l'hôpital, cet outil de communication étant particulièrement intéressant du fait qu'il peut directement servir de supports pour présenter, en externe, le savoir-faire, les compétences et l'expérience acquise de l'établissement au plan international.

Lors des temps forts de la conduite du projet de CIH

Les temps forts de la conduite du projet de CIH sont l'occasion d'organiser des événements de communication internes et externes. Il peut notamment s'agir de l'organisation de conférences ou d'expositions pour présenter les actions menées, de la participation à des colloques externes (via des posters ou des communications orales détaillant les programmes mis en place et les résultats constatés), de la création de manifestations grand public en lien avec des partenaires externes (par exemple une journée de rencontres sur la thème de la CIH, avec des animations diverses et l'accueil de stands d'information proposés par des associations et ONG notamment).

Par le développement de partenariats avec la presse locale

Disposer/lié de(s) partenariats avec la presse locale ((journaux, radio, télévisions) permet la diffusion régulière d'informations concernant l'actualité des programmes de CIH mené par l'hôpital.

Au moyen de publications de référence dans des revues nationales ou internationales

Il s'agit précisément de s'appuyer sur la renommée de telles revues pour faire connaître la politique internationale de l'hôpital et montrer la qualité de son expertise et de ses savoir-faire dans le domaine des partenariats étrangers. Les publications envisagées peuvent être de tous ordres : communications scientifiques dans le cadre de programmes d'études de recherche ou d'évaluation de pratiques professionnelles multicentriques, retour d'expériences et d'enseignement tirés d'un projet de CIH, analyse croisée des modes d'organisation et de management hospitaliers...

Les conditions de la réussite

La définition d'un plan de communication attaché à chaque projet de coopération internationale hospitalière sera l'occasion de définir quels sont les outils et supports d'information mobilisés à chaque étape du cycle de projet.

Comme toujours en matière de communication, l'essentiel de la réussite ne réside pas dans la multiplication des moyens d'information utilisés mais bien dans la capacité à sélectionner les supports adaptés aux moments clés du déroulement des projets. D'où l'intérêt de construire de façon anticipée et réfléchie le plan de communication précité.

Quelques recommandations complémentaires peuvent également être exprimées, visant d'abord à privilégier, si cela est possible, la définition d'une véritable ligne graphique pour la communication sur la CIH au sein de l'établissement.

La création d'une identité visuelle attachée aux projets internationaux de l'établissement est en effet un moyen très efficace pour favoriser le repérage en interne par les professionnels des actions de communication menées en matière de CIH.

Il importera ensuite de rechercher à tisser des liens étroits de collaboration et de complémentarité avec le service de communication de l'établissement, afin de contribuer à la définition puis à la déclinaison de la stratégie annuelle de communication de l'hôpital en matière de coopération internationale : calendrier annuel des temps de communication, outils et supports d'information à mettre en place, recherche de financements, listes de diffusion des documents de communication...

Partie III :

Méthodologie de projet



Les motivations pour élaborer un projet de CIH sont très variées et les sollicitations ou les opportunités peuvent venir de tous les horizons. Des méthodologies et outils, recommandés par la plupart des bailleurs de fonds, ont en conséquence été développés pour structurer un projet de CIH.

Qu'est-ce qu'un projet ?

Un projet est un enchaînement d'activités organisé en étapes permettant de passer d'une situation initiale à une situation souhaitée.

C'est un processus dynamique qui implique des partenaires et des ressources, poursuit des objectifs spécifiques et qui est limité dans le temps par une date de début et de fin. C'est aussi un processus itératif qui demande remise en question et révision régulière.

Un projet est complexe :

- il s'inscrit dans un environnement,
- il est soumis à des contraintes qu'il doit respecter,
- il demande coordination et négociations entre les différentes parties prenantes,
- il doit produire des résultats pérennes.

La conduite d'un projet demande une organisation et une gestion rigoureuses incluant pilotage et concertation.

Quelles sont les étapes d'un cycle de projet ?

Un projet est organisé en étapes, on parle de cycle de projet. Le cycle de projet comporte cinq étapes : identification, formulation, financement, mise en œuvre et suivi-évaluation, évaluation finale.

L'identification permet de connaître et de se familiariser avec l'environnement du projet et d'évaluer avec son partenaire les besoins.

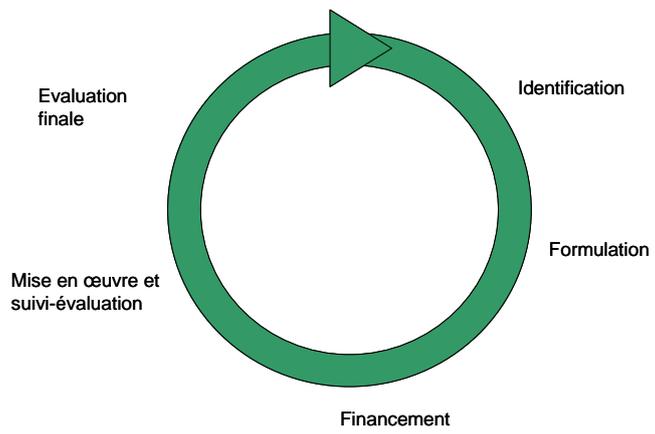
La formulation constitue la phase de planification et de formulation du projet.

Le financement ou la recherche de financement est l'étape qui permet le démarrage du projet et garantit son développement jusqu'à la date de fin.

La mise en œuvre du projet intègre **le suivi-évaluation**, mécanisme itératif au service de la conduite du projet.

L'évaluation finale intervient en fin de cycle afin d'évaluer les résultats et notamment leur pérennité.

L'intégralité des étapes du cycle du projet est illustrée par l'exemple d'un projet de coopération d'aide au développement conclu entre un CHU français et quatre hôpitaux de district au Burundi en fiches pratiques proposées en fin de guide.



Le cycle de projet

Chapitre 1 : Identification du projet

Quel est l'intérêt de l'identification ?

L'analyse du contexte, des parties prenantes et des besoins est une étape essentielle du cycle de projet bien que souvent négligée. Elle permet de connaître et de comprendre le cadre global dans lequel va s'inscrire le projet. Elle contribue à l'élaboration d'une première ébauche de projet sur la base de la confrontation des informations et des points de vue des parties prenantes. Dans certains cas, elle peut aussi permettre de se rendre compte qu'il n'est pas raisonnable de s'engager dans le projet.

1. Depuis la France

Fiche pratique 1 : Indicateurs clés de l'analyse du contexte

Cette première étape permet de dresser une **fiche technique générale du pays** : contexte géographique, économique, social, politique, sécuritaire et sanitaire du site d'intervention.

Elle facilite la préparation de la mission exploratoire à l'étranger, qui vient compléter cette première analyse.

Où trouver les informations ?

La consultation des sites de l'OMS, du PNUD, de l'Union Européenne, du MAE et de l'ambassade de France dans le pays partenaire sont incontournables pour obtenir les éléments de base sur la situation générale et sanitaire actualisée du pays.

Il est aussi indispensable de prendre contact avec les acteurs associatifs et institutionnels de sa région qui participent à des projets dans le pays d'intervention. Cela permet d'avoir des retours d'expériences, des contacts et d'aider à appréhender le jeu d'acteurs locaux et le ou les potentiels partenaires.

2. La mission exploratoire

Fiche pratique 2 : Préparer une mission exploratoire

La mission exploratoire a pour objectif premier de découvrir la réalité de terrain et les parties prenantes. Le renforcement et la consolidation de l'analyse du contexte global sont les premières étapes de cette mission. L'analyse des parties prenantes est ensuite effectuée et est suivie de l'analyse des besoins puis d'une ébauche de réponses.

Cette mission est cruciale puisqu'elle pose les bases du projet.

L'analyse du contexte

Fiche pratique 3 : Grille d'évaluation pour l'analyse du contexte sanitaire

Cette étape doit permettre de répondre à :

- Quels sont les facteurs internes et externes qu'il est important de considérer pour la réalisation du projet ? (global)
- Dans quel contexte va-t-on développer le projet ? (local)

L'analyse du contexte complète la fiche pays élaborée en France. Certains éléments de l'analyse sont rapidement disponibles, d'autres seront abordés au cours de la mission. La rencontre avec les parties prenantes et les déplacements sur sites apportent l'ensemble des informations recherchées et retranscrivent la réalité du terrain.

Le contexte sanitaire et le fonctionnement du secteur hospitalier du pays sont au cœur de cette analyse, étant donné qu'il constitue la base de travail. Les éléments extérieurs immédiats et distants (politique, économique, social et environnemental) au contexte sanitaire et influant sur le projet sont aussi importants pour la réussite du projet. Ils constituent en partie les hypothèses qui conditionneront l'atteinte des objectifs fixés.

Une connaissance exacte des politiques de santé et de développement (sanitaire) en cours ainsi que des réformes à l'œuvre est requise pour que le projet entre dans le cadre national du pays et international de l'aide. Il faudra veiller aussi lors de la définition du projet à ce qu'il réponde aux stratégies de l'établissement représenté.

	Positif (pour atteindre l'objectif)	Négatif (pour atteindre l'objectif)
Origine interne (organisationnelle)	Forces S Strengths	Faiblesses W Weaknesses
Origine externe (origine = environnement)	Opportunités O Opportunities	Menaces T Threats

Des grilles d'évaluation aident à mener cette analyse complexe et lourde mais nécessaire en fiche pratique 5. La méthode SWOT, outil de travail collectif, peut aussi être utilisé offrir une vision synthétique du diagnostic.

L'analyse des parties prenantes

Fiche pratique 4 : Outils d'aide à l'analyse des parties prenantes

Cette analyse doit permettre de répondre à :

- Qui sont les parties prenantes ?
- Qui fait quoi ?
- Quelles sont les interactions existantes entre ces parties prenantes ?
- Qui est susceptible de bénéficier du projet ou d'en pâtir ?
- Qui sera le partenaire dans le projet ?

Une partie prenante est définie comme étant « tout individu, groupe, institution ou société ayant une relation avec le projet et pouvant indirectement négativement ou positivement influencer ou être influencé par le processus ou le résultat du projet ³⁸».

La connaissance des parties prenantes est nécessaire à la réussite du projet et passe notamment par des prises de contact et réunions avec les personnes clés. Il s'agit ici d'identifier les parties prenantes, de considérer leurs préoccupations, leurs capacités et leurs intérêts et de déterminer les interactions existantes entre ces acteurs. Cette analyse est à affiner au cours du projet.

Au final, l'analyse des parties prenantes permet de choisir le partenaire du projet en fonction de valeurs communes, d'objectifs communs et de capacités mutuelles à y répondre.

L'analyse des besoins

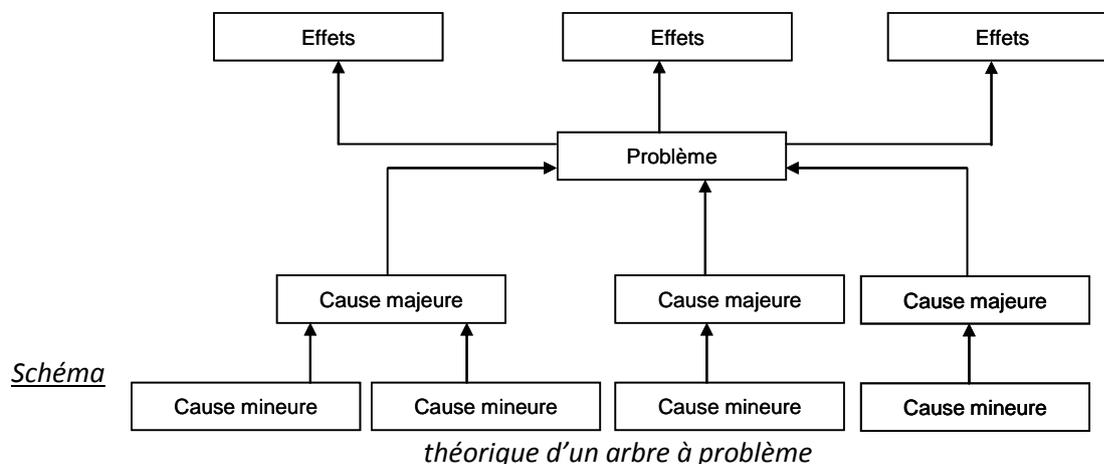
Fiche pratique 5 : Comment utiliser l'outil arbre à problèmes ?

Cette étape a pour but d'identifier et d'analyser les problèmes rencontrés. En partant de la situation initiale, situation de départ négative, l'outil de l'arbre à problèmes participe à identifier les besoins et leurs interactions. L'analyse est menée conjointement avec le partenaire du projet.

Dans un premier temps, il s'agit de lister l'ensemble des problèmes puis de les prioriser du plus important/urgent au moins important/urgent en considérant les intérêts de chaque partie prenante. Un choix s'impose quant au nombre de problème à traiter. Il ne s'agit pas de traiter ici d'un problème isolé, le problème a généralement des causes multifactorielles et des effets systémiques, il s'agit d'identifier les problèmes majeurs/centraux et qui sont transversaux.

Un arbre se lit de bas en haut, le pied de l'arbre représentant les causes, le tronc les problèmes et les branches les effets.

Ce support est un outil d'aide à la réflexion collective mais il faut veiller à ne pas tomber dans une représentation linéaire de la réalité.



³⁸ La gestion du cycle de projet expliquée aux porteurs de projets, FSE, 2006

A l'issue de cette analyse et de la mission exploratoire, les partenaires identifient le ou les problèmes auxquels ils souhaitent remédier et les premiers éléments de solutions pour lesquels ils disposent a priori des capacités adéquates. Ces choix permettent ensuite la planification du projet.

Un rapport général rédigé par les partenaires fera la synthèse de l'intégralité des éléments évoqués lors de cette phase d'analyse. Une restitution est faite à l'ensemble des parties prenantes pour validation et/ou modification. Le document est ensuite distribué à tous afin que chacun dispose des mêmes éléments en main, question de transparence.

Chapitre 2 : Formulation du projet

L'étape de formulation consiste en la définition et la planification du projet par les partenaires et en collaboration avec les parties prenantes.

Pour planifier un projet, il est nécessaire de définir les objectifs auxquels il devra répondre en vue de décider des activités et des modalités de mises en œuvre et de suivi-évaluation de ces activités qui structurent tout projet.

La méthodologie ici proposée est celle du cadre logique. Cet outil est très utile et utilisé par tous les bailleurs de fonds mais n'est pas exempt de limites en raison de son côté linéaire et figé. Quelques grands principes utiles à la conception de la matrice du cadre logique et à son évolution dans le temps sont ici proposés.

1. La planification du projet : les grands principes

La planification est une étape qui est effectuée après la mission exploratoire, la durée étant courte, il n'est généralement pas possible de formuler le projet sur place. Toutefois, les partenaires travaillent ensemble, en concertation, lors de la définition du projet et de ses objectifs. Les nouvelles technologies et moyens de communication permettent de travailler à distance et le comité de pilotage participe à coordonner les intérêts de chaque partenaire et des parties prenantes.

Qu'est-ce que la planification ?

La planification consiste en la transcription des résultats de l'analyse (synthèse) dans un plan opérationnel et en la définition de stratégies à mettre en œuvre pour parvenir à améliorer la situation initiale.

La planification est un **processus itératif** à deux niveaux : lors de la conception de la matrice du cadre logique et lors de l'avancement du projet. L'outil utilisé est la matrice du cadre logique (MCL), synthèse du projet dans un seul document. Elle servira de support tout au long du projet. Il faudra la retravailler, l'adapter et l'actualiser en fonction des évolutions externes (contexte d'intervention) et internes (événements en lien direct avec les parties prenantes) qui peuvent influencer sur la réussite/l'efficacité du projet.

Qu'est-ce qu'un cadre logique ?

L'approche du cadre logique est aujourd'hui l'outil de planification et de gestion de projet utilisé par l'ensemble des acteurs de la coopération internationale. Elle a pour but de rendre le plus efficace possible la planification et l'évaluation d'un projet.

La matrice de cadre logique résume trois éléments clés : la hiérarchie des objectifs du projet (logique d'intervention), les facteurs clés externes influençant la réussite du projet (les hypothèses), les indicateurs d'évaluation du projet (indicateurs d'évaluation et sources de vérifications)³⁹ – voir schéma ci-dessous.

³⁹ Lignes directrices Gestion du Cycle de projet – Pour la mise en œuvre efficace de l'aide européenne, Mars 2004, Commission européenne

Une matrice compte toujours quatre colonnes (logique d'intervention, indicateurs d'évaluation, sources de vérifications et hypothèses) et au moins quatre lignes (objectifs globaux, objectif spécifique, résultats attendus et activités). L'ajout de ligne est fonction de la taille et de la complexité du projet

Comment remplir une matrice de cadre logique ?

La matrice de cadre logique se remplit sur la base des analyses et des choix stratégiques décidés entre les partenaires, elle est remplie au fil de la planification. L'ordre de construction détaillé de la matrice est présenté ci-dessous.

Description du projet	Logique d'intervention	Indicateurs d'évaluation	Sources de vérification	Hypothèses
Objectifs globaux	1	10	11	
Objectif spécifique	2	12	13	9
Résultats attendus	3	14	15	8
Activités	4	5	6	7

Grands principes en vue de la construction et révision de la matrice du cadre logique

Afin d'utiliser le plus efficacement possible cet outil de planification et de gestion visant la pertinence, la faisabilité et la pérennité d'un projet, il est conseillé de suivre quelques grands principes.

L'appropriation

La planification demande la participation des acteurs clés, ils doivent être motivés et conscients des changements à apporter en vue de l'amélioration de la situation. Sans leur participation et adhésion à la définition des grandes orientations du projet, la faisabilité du projet et la pérennité des résultats sont minimisés.

L'adaptation

Chaque projet est unique et s'inscrit dans un contexte spécifique, il doit être adapté au contexte local (culturel, social, économique et politique) et au fonctionnement de la structure existante (habitudes professionnelles). S'adapter demande écoute, compréhension et considération. S'adapter signifie aussi prendre appui sur les structures (même défaillantes) existantes plutôt que de prévoir la création de nouvelles structures. L'adaptation participe à l'appropriation du projet par les bénéficiaires et à la pérennité des résultats. Il s'agit en effet au moment de la planification du projet de proposer des actions qui soient culturellement acceptées par les parties prenantes.

Le réalisme.

Les objectifs et les activités sont formulés dans le but de répondre à des besoins réels et prioritaires pour les partenaires et sont décidés en fonction des ressources des deux partenaires (financières, matérielles et humaines).

L'adéquation des choix avec la réalité des situations contribue à la pertinence et à la pérennité des résultats du projet et favorise le respect des échéances fixées (faisabilité).

La transversalité

Chaque contexte, celui de l'hôpital (interne) et de l'environnement dans lequel il s'insère est complexe. La planification doit d'une part être transversale, c'est-à-dire, dans la mesure du possible intégrer différentes composantes afférentes à la structure et d'autre part, prendre en compte l'incidence des changements qu'elle va induire sur les contextes originaux déjà complexes.

L'itérativité

La construction de la matrice est une étape préalable à la mise en œuvre du projet mais cette matrice ne doit pas rester figée. C'est le propre du pilotage que de la faire évoluer si nécessaire.

Analyse des objectifs (1 à 3)

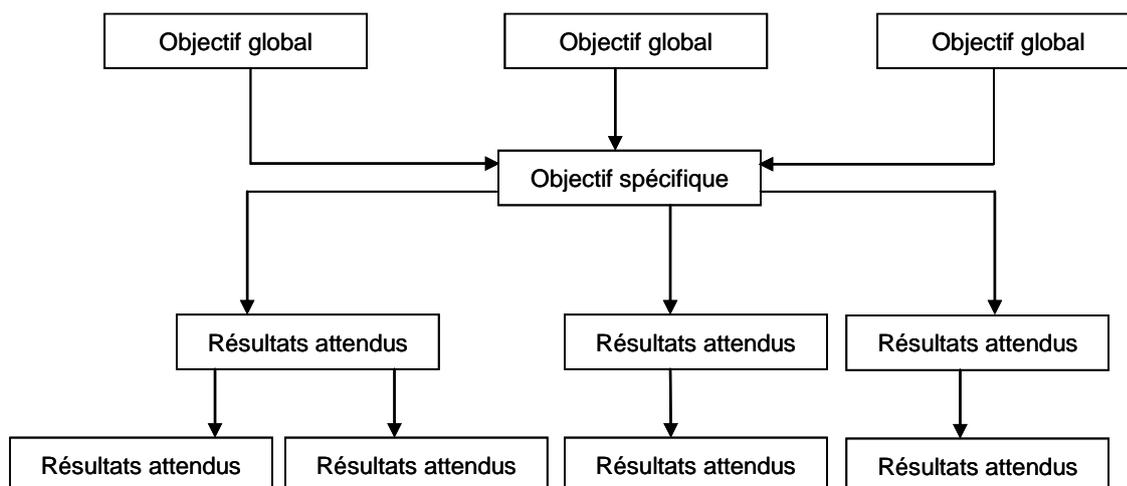
Fiche pratique 6 : Analyse des objectifs

La phase de planification débute par l'analyse et le choix des objectifs. Les objectifs déterminent les résultats attendus par rapport au problème prioritaire choisi préalablement.

Les questions à se poser ici sont :

1. A quoi va globalement contribuer le projet ? (objectifs globaux)
2. Quel est le résultat à l'issue du projet ? (objectif spécifique)
3. Quels sont les résultats directs attendus ? (résultats attendus)

L'analyse des objectifs consiste à projeter la situation future souhaitée c'est-à-dire la situation après la réalisation du projet. Pour y parvenir, il faut transformer le problème (situation négative) en solution envisageable (situation améliorée) en poursuivant avec la méthode de l'arbre (voir FP 8 en fin de chapitre). Dans l'arbre à objectifs, les causes deviennent les résultats attendus, le problème devient l'objectif spécifique et les effets les objectifs globaux. L'objectif spécifique **n'est pas la somme des résultats attendus mais la conséquence des résultats**.



L'arbre à objectifs traduit la relation de moyens/fins et offre une vision claire et de la situation souhaitée.

La vérification de la cohérence des relations de moyens/fins doit être effectuée en fin de travail afin de s'assurer de la réalité des capacités à répondre à ses objectifs fixés et de réfléchir aux stratégies c'est-à-dire les ensembles d'activités à déployer.

Une seconde mission exploratoire peut être organisée pour que les partenaires définissent conjointement les objectifs du projet.

Définition des activités (4)

Fiche pratique 7 : Définition des activités

Suite à la définition des objectifs, il est désormais possible de réfléchir aux activités à mettre en œuvre pour atteindre les buts fixés.

Il s'agit ici de répondre à la question : quelles activités peuvent être entreprises afin d'atteindre les résultats attendus ?

Pour répondre à cette question, d'autres questions peuvent être posées :

- Sur quelles opportunités (extérieur) est-il possible de s'appuyer ?
- Quelle est la combinaison d'interventions susceptible de permettre d'atteindre les résultats attendus et de favoriser la durabilité des acquis ?
- Quel est/sont les opérations les plus efficaces en terme de coûts ?
- Quelle stratégie va avoir les répercussions les plus positives sur les besoins du groupe cible identifié ?

La définition des activités nécessite de faire la synthèse d'une quantité importante d'informations puis de porter un jugement complexe sur la ou les meilleures stratégies en terme de pertinence, faisabilité et pérennité. Il faut faire des compromis entre les intérêts et priorités de chacun, les impératifs politiques et les contraintes pratiques telles que les ressources disponibles et les capacités à les mettre en œuvre. Tous ces principes demandent à être respectés lors du choix des activités.

La dernière case de la première colonne de la matrice peut alors être remplie.

Définition des moyens et des coûts (5 et 6)

Fiche pratique 8 : Définition des moyens et des coûts

Les activités à mettre en œuvre pour atteindre les résultats attendus sont désormais validées. La mise en œuvre de ces activités nécessite des moyens, moyens qui incluent des coûts.

Les questions à se poser ici sont :

- Quels sont les moyens nécessaires à la mise en œuvre des activités ?
- Quels sont les coûts des moyens nécessaires à la mise en œuvre des activités ?

Les moyens à mobiliser dans le cadre d'un projet de CIH sont le plus fréquemment des personnels hospitaliers toutes spécialités confondues (formation), des matériaux (construction, rénovation) et des matériels médicaux, paramédicaux et pharmaceutiques.

Ces moyens impliquent des coûts financiers à savoir des frais administratifs (visas, assurances), de déplacements (transports en avion ou trains des personnels et matériels médicaux), d'hébergements, de per diem (qui finance l'hébergement et les déplacements dans le pays), de formation (inscription à des congrès et séminaires), de consommables et/ou réactifs, de matériaux de construction/rénovation, travaux sur place, installation d'équipements, etc....

Réflexion sur les hypothèses (7 à 9)

Fiche pratique 9 : Réflexion sur les hypothèses

Description du projet	Indicateurs de suivi	Indicateurs de vérifications	Hypothèses
Objectifs globaux			<p>Une hypothèse peut être définie comme un facteur (autant interne qu'externe) pouvant exercer un impact sur le projet et qui échappe au contrôle des gestionnaires du projet. Ce dernier élément est la caractéristique propre de l'hypothèse : il n'y a pas de contrôle possible de ce facteur. Aussi, lors de la planification il faut considérer ces facteurs qui sont en relation avec les objectifs du projet.</p> <p>La réalisation des activités et la vérification des hypothèses émises sont les conditions à la réalisation des résultats attendus et de même</p>
Objectifs spécifiques			
Résultats attendus			
Activités			

entre les résultats attendus et l'atteinte de l'objectif spécifique puis entre l'objectif spécifique et les objectifs globaux.

Pour compléter la matrice il faut répondre à :

- Quels sont les facteurs qui peuvent exercer un impact sur le lien activités/résultats attendus ?
- Quels sont les facteurs qui peuvent exercer un impact sur le lien résultats attendus/objectif spécifique ?
- Quels sont les facteurs qui peuvent exercer un impact sur le lien objectif spécifique /objectifs globaux?

Comment identifier les hypothèses ?

Elles sont identifiées lors de la phase d'analyse et sont analysées et priorisées ici. Il s'agit de certaines caractéristiques du contexte qui vont avoir un impact sur le projet. Il peut s'agir de facteurs climatiques/géographiques, techniques, politiques (degré d'engagement), économique (capacité des partenaires) ou issue directement des volontés des parties prenantes.

Il est demandé ici de réfléchir en si ... alors...

A titre d'exemple, si il y a une saison des pluies, certaines pistes sont impraticables alors il ne sera pas possible de travailler à la construction/rénovation d'une infrastructure pendant cette période.

Enfin, il faut hiérarchiser les hypothèses et considérer les hypothèses les plus importantes en termes d'impact sur le projet. En intégrant les hypothèses dans le cadre logique, la faisabilité du projet est vérifiée une fois de plus.

Définir les indicateurs d'évaluation et les sources de vérification (10 à 15)

Fiche pratique 10 : Définition des indicateurs d'évaluation et les sources de vérification

Les indicateurs sont les outils qui décrivent les objectifs du projet en termes mesurables, ils rendent compte de la réalisation des objectifs fixés. Les sources de vérification correspondent aux sources des indicateurs, c'est à dire aux moyens et aux méthodologies de collecte.

Ces deux outils servent à vérifier la faisabilité des objectifs et constituent la base du système d'évaluation du projet. Ils sont formulés en réponse à « comment savoir si ce qui a été planifié arrive réellement ou est réellement arrivé ? ».

Ces éléments apparaissent dans le cadre logique en vue de la présentation du projet aux bailleurs de fonds. Toutefois, ce sont d'abord des indicateurs d'évaluation et pas de suivi-évaluation. Ces derniers seront définis et élaborés lors de la mise en œuvre du projet.

L'identification des indicateurs peut être facilitée par la méthode SMART : un indicateur doit être spécifique, mesurable, d'un coût acceptable, en réponse aux besoins des gestionnaires et limité dans le temps (connaissance de « quand l'objectif doit être atteint ? »).

Il existe généralement plusieurs indicateurs pour un seul objectif, les indicateurs les plus pertinents et précis sont choisis.

Un indicateur doit enfin être objectivement vérifiable c'est-à-dire qu'il peut être vérifié par différentes personnes et donner les mêmes résultats.

Les sources de vérification sont les sources d'informations et les méthodes utilisées pour obtenir les résultats mesurables des objectifs. En lien direct avec les indicateurs, elles doivent indiquer qui, quand et à quelle fréquence les informations issues des indicateurs sont recueillies.

Pour identifier les sources de vérification il faut réfléchir à : comment va-t-on recueillir l'information ? (Documents, études spécifiques etc..., rapport, comptabilité, statistiques officiels...) c'est à dire : qui va recueillir l'information, quand l'information va-t-elle être recueillie et à quelle fréquence va-t-on la recueillir ?

La méthode SMART peut également être utilisée pour faciliter l'identification des sources de vérification. Chaque source est propre à chaque indicateur.

Lors de cette étape de finalisation du cadre logique, une rapide analyse des capacités à disposer des informations est nécessaire. Il s'agit de savoir si, en l'état actuel, il est possible d'obtenir les informations, si des structures existantes dans le pays sont en mesure de fournir ces informations. En cas de structures existantes et peu fiables, il est préférable de privilégier leurs améliorations plutôt que la création d'une nouvelle structure. Le comité de pilotage joue un rôle important ici puisqu'il est en charge de la gestion et du suivi du projet.

Les questions à se poser dans l'ordre pour finaliser la matrice sont les suivantes :

- Quels outils permettent de mesurer la contribution aux objectifs globaux ?
- Quelles sont les sources d'informations des outils permettant de mesurer la contribution aux objectifs globaux ? (qui, quand et à quelle fréquence)
- Quels outils permettent de savoir si l'objectif spécifique a été atteint ?
- Quelles sont les sources d'informations des outils permettant de savoir si l'objectif spécifique a été atteint ? (qui, quand et à quelle fréquence)
- Quels outils permettent de savoir si les résultats attendus ont été réalisés ?

- Quelles sont les sources d'informations des outils permettant de savoir si les résultats attendus ont été réalisés ? (qui, quand et à quelle fréquence)

La phase de planification achevée, la rédaction du projet en vue des demandes de financements s'effectue lors de la phase suivante. Le chapitre 3 présente les possibilités de financements que les établissements de santé publics français peuvent solliciter. La méthodologie de rédaction est présentée au travers d'exemple puisque chaque document doit être adapté à chaque bailleur de fonds.

Synthèse des éléments devant apparaître dans la matrice à l'issue de la planification

Description du projet	Logique d'intervention	Indicateurs de suivi	Sources de vérification	Hypothèses
Objectifs globaux	A quoi doit servir le projet ?	Quels outils permettent de mesurer la contribution aux objectifs globaux ?	Quelles sont les sources d'informations des outils permettant de mesurer la contribution aux objectifs globaux ?	
Objectif spécifique	Quel est le résultat à l'issue du projet ?	Quels outils permettent de savoir si l'objectif spécifique a été atteint ?	Quelles sont les sources d'informations des outils permettant de savoir si l'objectif spécifique a été atteint ?	Quels sont les facteurs qui peuvent exercer un impact sur le lien objectifs globaux/objectif spécifique ?
Résultats attendus	Quels sont les résultats directs attendus ?	Quels outils permettent de savoir si les résultats attendus ont été réalisés ?	Quelles sont les sources d'informations des outils permettant de savoir si les résultats attendus ont été réalisés ?	Quels sont les facteurs qui peuvent exercer un impact sur le lien résultats attendus/objectif spécifique ?
Activités	Quelles activités peuvent être entreprises pour atteindre les résultats attendus ?	Quels sont les moyens nécessaires à la mise en œuvre des activités ?	Quels sont les coûts des moyens nécessaires à la mise en œuvre des activités ?	Quels sont les facteurs qui peuvent exercer un impact sur le lien activités/résultats attendus ?

Chapitre 3 : Financer son projet

Construction du projet et financement sont bien entendu étroitement liés. De l'existence de financements dépendra la dimension et la forme du projet. Les sources de financement extérieures à l'hôpital sont variées et évolutives. Elles sont présentées ici par ordre de proximité.

Collectivités locales

Les Conseils régionaux, les conseils généraux et les municipalités peuvent participer au financement d'actions de coopération hospitalière comme de toute autre activité. Ces collectivités peuvent bénéficier également des cofinancements gérés par l'Agence Française de Développement. Les financements spécifiquement alloués à la santé semblent toutefois être assez modestes, encore plus pour les coopérations hospitalières. Il reste qu'un porteur de projet de coopération hospitalière internationale se doit d'identifier les possibilités, les mécanismes et les orientations géographiques éventuelles de ses collectivités. Une des premières étapes de l'élaboration d'un projet est donc de prendre contact avec les collectivités locales dans lequel votre établissement est situé. Chaque collectivité définissant ses propres priorités et méthodes de mise en œuvre, il est difficile d'aller plus loin que ce simple conseil. Si vos collectivités ont des orientations géographiques qui n'englobent pas votre partenaire, il est toujours possible de s'adresser à la FHF pour identifier d'autres collectivités françaises qui pourraient correspondre. Il sera toutefois encore plus difficile d'obtenir de leur part un cofinancement.

Associations de coopération internationale locales

Les associations de coopération internationale locales, ayant éventuellement une structuration nationale, ne sont pas à négliger. Attention toutefois à ce que les professionnels de l'hôpital ne se retrouvent pas à travailler de fait pour le compte d'une association et contrevenir ainsi aux dispositions légales et réglementaires. Les chambres régionales des comptes se sont montrées très vigilantes sur ce sujet.

Les ressources des associations de coopération internationale peuvent provenir de diverses sources : particuliers, entreprises, bailleurs nationaux et fonds multilatéraux. Il convient donc avant d'élaborer un partenariat avec elle de vérifier l'origine de ces sources pour éviter d'éventuels conflits d'intérêts.

Les entreprises privées

Les partenariats public-privé constituent une autre source de financement, qui est parfois présentée comme un moyen de pallier la difficulté croissante de dégager des fonds publics pour des projets de coopération hospitalière internationale. Ce soutien peut être matériel, avec les dons effectués par les fournisseurs de matériels hospitaliers ou la prise en charge du transport des professionnels hospitaliers. Il peut également être financier. Mais il faut compter avec deux approches différentes qui guident les actions des entreprises privées : celle du mécénat d'entreprise, celle du développement de nouveaux marchés.

L'agence française de développement (AFD)

Institution financière, l'Agence Française de Développement a pour mission de soutenir la réalisation de projets de développement économiques et sociaux durables sur les cinq continents et dans les collectivités locales d'outre-mer. L'AFD dispose une large gamme d'instruments financiers : les prêts, les garanties, les annulations de dette, les prises de participation au capital et les dons ou subventions. Ces derniers visent en priorité les pays les plus pauvres de la zone de solidarité prioritaire. Sous la forme de dons, l'Agence finance le plus souvent des opérations d'assistance technique visant à renforcer les capacités humaines et institutionnelles des pays en développement. L'assistance technique consiste en la mise à disposition d'experts spécialisés auprès des administrations et des maîtrises d'ouvrage locales afin de renforcer l'impact des projets et d'augmenter l'efficacité des politiques de développement.

La réforme de l'aide publique au développement engagée par le Comité interministériel pour la coopération internationale et le développement en juillet 2004 a consisté notamment à transférer à l'AFD la responsabilité de la mise en œuvre des actions de coopération sanitaire technique relevant précédemment du Ministère des Affaires Etrangères. Depuis 2010 l'AFD gère également l'enveloppe budgétaire autrefois connue sous le nom de Fonds de partenariat hospitalier. Suite à une évaluation dans différents pays des partenariats hospitaliers ainsi financés et après l'analyse du fonctionnement du Fonds depuis plusieurs années, un nouveau cahier des charges de l'appel à candidatures a été mis en place pour la campagne 2010, renouvelée en 2011, avec la collaboration de la Fédération hospitalière de France. La nouvelle procédure du Projet Réseaux et Partenariats Hospitaliers (PRPH) s'organise en deux étapes, la sélection sur pré dossier puis la sélection définitive. Le pré dossier doit contenir plusieurs éléments : une présentation synthétique des établissements partenaires, de l'environnement sanitaire de l'établissement étranger, trois thèmes de travail maximum, avec les objectifs, les actions envisagées et les moyens à mettre en œuvre, un plan de financement prévisionnel simplifié. Le dossier complet est constitué d'une fiche de renseignements, d'une version extensive du projet présenté dans le pré dossier, du plan de financement simplifié et traduit sous forme de tableaux, de la présentation d'indicateurs et d'une procédure d'évaluation annuelle et finale du projet. Le financement octroyé s'élève au maximum à 60 000 € sur une période de 4 ans, afin de prendre en charge les billets d'avion et les indemnités de déplacement des personnels français, les indemnités pour la vie courante des stagiaires étrangers, l'achat de petites pièces détachées, le transport d'équipements adaptés. L'hôpital français participe également au financement du projet, comptabilisé par le temps passé par ses professionnels à la mise en œuvre des actions.

L'AFD finance les projets dans les pays les moins avancés de la zone de solidarité prioritaire (ZSP) par voie de subventions essentiellement. Elle peut garantir des opérations visant à favoriser des ressources locales. La demande de financement est présentée par le maître d'ouvrage local à l'agence locale de l'AFD. Elle est suivie d'une évaluation du dossier puis d'une étude de faisabilité, financée par l'AFD mais réalisée par un bureau d'études sélectionné par le maître d'ouvrage. Le plan de financement est élaboré après cette étude en même temps qu'est évaluée la viabilité technique, économique et financière du projet. Une convention de financement est signée. L'AFD assure ensuite un suivi d'exécution.

Le Ministère de la santé

Le Ministère de la santé subventionne le GIP ESTHER, qui lui-même finance des projets de prise en charge de personnes touchées par le VIH/Sida. Ces programmes, mis en place dans un pays dont le rang IDH (Indice de Développement Humain) est supérieur à 100 ou dont la prévalence est en forte augmentation, doivent prendre en compte la stratégie nationale de lutte contre le Sida du pays concerné, être élaborés selon une approche globale et continue des soins et reposer sur des partenariats entre la France et le pays bénéficiaire, que ce soit entre associations ou entre établissements de santé. Le GIP ESTHER favorise d'ailleurs les projets fondés sur des partenariats existants avant le montage du projet VIH/ Sida. En effet, les deux établissements ont l'habitude de collaborer ensemble et le terrain est bien connu. Le gouvernement du pays d'accueil, un hôpital français, un centre de santé étranger, une ONG française ou locale, peuvent solliciter un soutien de la part du GIP.

D'autres éléments interviennent dans la sélection des projets financés : implication du pays dans la lutte contre le VIH/Sida, existence de moyens de mise en œuvre d'une stratégie, objectif de développement d'associations susceptibles d'accompagner la prise en charge psychosociale des malades, identification des collaborations avec d'autres partenaires français ou internationaux pour assurer la complémentarité des différents projets. Une mission de diagnostic est menée après cette présélection, afin d'étudier la faisabilité du projet et d'établir des recommandations sur les grands axes de la prise en charge. A l'issue de cette mission, le projet pays sera définitivement retenu ou pas. Pendant sa mise en place, il peut être modifié ou reporté si besoin.

Depuis 2010, le Ministère de la santé dispose également d'une enveloppe dédiée à la coopération internationale hospitalière. La direction générale de l'offre de soin (DGOS) lance annuellement un appel à projets de coopération internationale d'établissements de santé français, de métropole et d'outremer, proposant d'associer leurs équipes médicales, administratives ou techniques à une ou des actions déterminées permettant le développement de l'établissement de santé étranger.

Les projets doivent prioritairement répondre à des besoins de coopération avec des établissements de santé, notamment de pays émergents en dehors de la Chine, ce pays bénéficiant d'engagements et de financements spécifiques. Les destinations sont choisies en cohérence avec les priorités du Ministère des affaires étrangères et européennes et les objectifs de l'appel à projet financés par l'Agence française pour le développement.

Les projets concernent un ou plusieurs des thèmes suivants considérés, par référence à la stratégie nationale de santé, comme prioritaires et structurants pour développer des programmes de coopération hospitalière internationale :

- Coopération médicale thématique, projet médical, qualité et sécurité des soins ;
- Formation du personnel hospitalier et développement des ressources humaines ;
- Mise en place et ingénierie de matériels et équipements médicaux et biomédicaux performants ;
- Renforcement des droits des patients ;
- Développement du parcours de soins des patients ;
- Mise en place d'une gouvernance et d'un pilotage hospitaliers efficaces ;
- Bonne gestion des ressources financières hospitalières (Comptabilité, achats, facturation...) ;
- Mise en œuvre de systèmes d'information médicale, de dossiers médicaux personnels de suivi des patients, de déploiement de la télémédecine.

Compte tenu de ces thématiques, une finalité de coopération médicale ne justifie pas à elle seule le financement d'un projet mais peut y apparaître de façon subsidiaire.

Le ministère des Affaires étrangères

Les ambassades disposent encore de quelques crédits qui peuvent permettre un financement ponctuel pour initier un échange par exemple. Ces sommes sont toutefois assez limitées.

L'accès aux bailleurs de fonds multilatéraux pour les projets de développement

Les financements multilatéraux pour la coopération internationale au développement sont probablement les plus difficiles à atteindre.

La Banque Mondiale, l'UNICEF, l'OMS, le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme interviennent dans le champ hospitalier. Mais leurs appels d'offre sont complexes, ils ne sont ouverts le plus souvent qu'à des cabinets de consultants et agences de coopération référencés par ces organisations multilatérales. Une solution envisageable est l'élaboration d'un projet commun à différents acteurs pour répondre à un appel d'offre de ces bailleurs ou de s'associer avec ces cabinets de consultants ou agences dont le métier est de répondre à ces appels d'offre. Quelques hôpitaux français ont répondu à des appels d'offre de la Banque mondiale. Les acteurs de la coopération ayant déjà mis un professionnel hospitalier à disposition des bailleurs multilatéraux en tant qu'expert sont sensibilisés aux procédures pour répondre à leurs appels d'offre.

Les mécanismes européens sont tout autant complexes. L'appui financier de l'Union européenne passe en partie par le Fonds européen de développement (FED). Il s'agit du principal instrument d'allocation de l'aide au développement de l'Union européenne. Financé par les contributions des Etats membres, son budget est adopté en principe pour cinq ans. L'aide apportée se fait très généralement sous forme de don, qu'elle consiste en un appui au secteur macro-économique ou aux politiques sectorielles, en une coopération décentralisée (au sens européen), en un allègement de la dette, en un appui à des projets, etc. Les domaines d'intervention prioritaire de la Commission européenne dans le secteur hospitalier sont l'appui à l'élaboration des politiques et la définition des stratégies de développement en santé, l'appui à la coordination des actions et à l'intégration régionale, l'amélioration des capacités de financement et la rationalisation des ressources financières, la promotion des médicaments essentiels génériques, l'appui à la formation initiale et continue, le VIH/Sida et les maladies sexuellement transmissibles, ainsi que la santé de la reproduction.

D'autres instruments viennent compléter cet appui financier : des programmes géographiques : Instrument européen de voisinage et de partenariat (IEVP), Fonds européen de développement (FED), Instrument de financement de la coopération au développement (ICD).

Des financements européens existent et sont relativement accessibles pour les activités intra Union européenne mais elles sortent du champ de ce guide : le programme Leonardo da Vinci, dédié principalement à la formation continue des professionnels en exercice, au sein de l'Union européenne ; le programme INTERREG pour actions aux frontières intérieures de l'Union européenne mais également entre régions distantes.

Chapitre 4 : Suivre et évaluer son projet

Un projet se déroule rarement comme initialement planifié. Il interagit en effet avec de nombreux facteurs difficilement maîtrisables (relations entre personnes, interventions d'acteurs extérieurs au projet, évolutions législatives, évolutions politiques, etc.). Pour s'adapter à ces évolutions, mais aussi pour garder la maîtrise des activités que l'on met en œuvre, ou encore pour tenir compte de ce que l'on apprend progressivement au cours de la mise du projet, il est nécessaire de mettre en place un dispositif permettant de redresser la barre des activités si l'on s'éloigne trop du cap des objectifs fixés, voire de modifier ce cap si celui-ci se révèle finalement mal approprié à la réalité et à ses évolutions. C'est l'objet du suivi-évaluation : aider au pilotage du projet.

1. Qu'est-ce que le suivi-évaluation ?

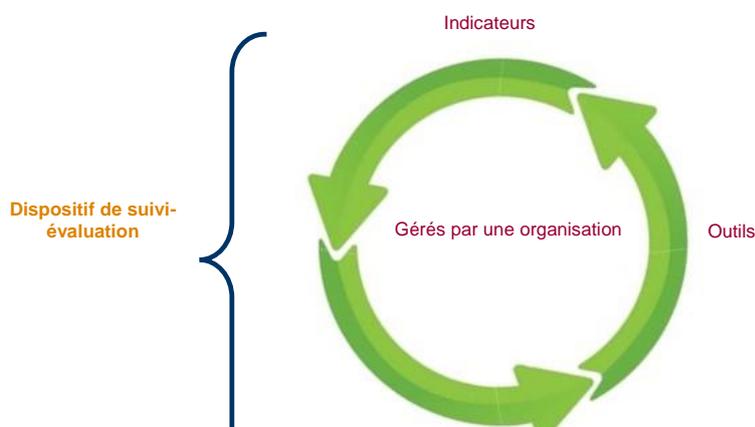
Ce qu'est le suivi-évaluation

Le suivi-évaluation est une méthodologie pouvant apporter une aide à l'analyse et au pilotage d'un projet.

Contrairement à une évaluation qui intervient à un instant donné, le suivi-évaluation est mené régulièrement, tout au long de la mise en œuvre du projet. Concrètement, le suivi-évaluation consiste :

1. à recueillir des données sur le projet ;
2. à les analyser ;
3. à utiliser ces données analysées pour aider à prendre des décisions en termes de pilotage du projet, ou tout au moins à susciter un débat constructif entre les acteurs du projet.

Lorsqu'on parle de suivi-évaluation, on pense immédiatement « indicateurs ». Certes, un dispositif de suivi-évaluation repose en partie sur des indicateurs (qu'ils soient quantitatifs ou qualitatifs). Mais les indicateurs ne suffisent pas à faire un dispositif de suivi-évaluation. Celui-ci est une combinaison d'indicateurs, d'outils (outils de recueil de données ou outils d'aide à la décision) et d'analyses complémentaires (évaluation, enquêtes, focus group...), le tout géré par une organisation (qui fait quoi ? A quel moment ? Etc.).



Source : *Concevoir et mettre en œuvre le suivi-évaluation des projets eau et assainissement* (D. Désille, V. Dussaux, B. de Reviers, F3E – pS-Eau – Arene, 2011)

Ce qu'il n'est pas

Le suivi-évaluation se distingue du suivi technique et financier et de l'évaluation. Le *suivi technique et financier* renvoie à un exercice de contrôle de la bonne utilisation des moyens et ressources alloués au projet, ainsi que de vérification de la bonne marche des activités (vérifier que tout se passe « comme prévu »). Le suivi-évaluation, qui vise le pilotage, se situe à un plan plus stratégique.

L'évaluation intervient à un instant donné : elle est souvent qualifiée de « finale », à la fin du projet parfois d'« intermédiaire », en cours de projet. Elle peut s'attacher à des questions plus vastes que celles que le suivi-évaluation peut aborder. Elle est généralement externalisée (un ou plusieurs consultants menant l'évaluation) alors que le suivi-évaluation est mené par les acteurs du projet.

Bien entendu, il n'y a pas lieu d'opposer ces divers exercices : ils sont au contraire complémentaires. En particulier, lorsque le dispositif de suivi-évaluation est conçu, il y a lieu de réfléchir à l'articulation entre suivi-évaluation et évaluation.

2. Comment concevoir un dispositif de suivi-évaluation ?

Les préalables

Avant de se lancer dans la conception de l'architecture même du dispositif, un certain nombre de réflexions sont à mener au préalable :

- *Revenir sur la formulation du projet*

Les projets ne sont pas tous formulés dans une optique de pilotage : il y a souvent une préoccupation de communication, notamment auprès des bailleurs de fonds. Aussi, il y a souvent lieu de revenir sur leur formulation, en particulier sur celle du cadre logique : d'une part pour s'assurer que les acteurs clé du projet partagent tous la même vision des choses (que met-on derrière les mots parfois convenus ?), d'autre part pour que ce cadre logique puisse constituer un outil de pilotage (notamment pour que les objectifs et les résultats constituent vraiment des « cibles » concrètes à atteindre, qui puissent être caractérisées par un ou plusieurs indicateurs).

Deux points d'attention :

- La conception d'un dispositif de suivi-évaluation est un exercice qui ne doit pas se faire par une personne seule dans son bureau. C'est un exercice collectif qui doit associer les acteurs clé du projet, notamment l'hôpital partenaire.
- Bien des dispositifs de suivi-évaluation ont échoués parce que leurs concepteurs n'avaient pas été suffisamment réalistes. Pour qu'un tel dispositif fonctionne, il faut impérativement qu'il soit aussi léger et peu contraignant que possible.

Si cela n'a pas déjà été fait, il faut également formaliser assez précisément comment s'organise la gouvernance du projet : qui décide de quoi ? Qui prend les décisions opérationnelles ? Qui prend les décisions financières ? En effet, le dispositif de suivi-évaluation doit s'inscrire dans le dispositif de pilotage du projet et il faut donc que ce dernier soit très clair. Dans certains cas, approfondir ce point pourra permettre de rééquilibrer la gouvernance du projet entre les deux partenaires.

- *Préciser à qui et à quoi doit servir le dispositif*

Pourquoi veut-on faire du suivi-évaluation ? A qui cela doit-il être utile ? Quelles informations doivent-ils en retirer ? Ces questions sont fondamentales.

Il convient tout d'abord de faire un choix entre deux grandes orientations : entre un dispositif de suivi-évaluation visant à rendre compte (aux bailleurs, aux tutelles...) et un dispositif visant à aider les acteurs à piloter leur projet. Les deux ne sont pas incompatibles, mais en fonction de l'orientation choisie, le dispositif variera notablement.

Il est ensuite nécessaire de préciser qui doit utiliser les données analysées produites par le dispositif. Plusieurs possibilités sont envisageables : les spécialistes qui mènent le projet (personnel soignant, personnel administratif...) – du Nord et/ou du Sud –, les directeurs d'hôpitaux – du Nord et/ou du Sud –, le ou la chargé(e) de mission coopération internationale de l'EPS, le comité de pilotage Nord-Sud du projet, etc. En fonction des destinataires du dispositif, on ne produira pas forcément les mêmes données et les outils prendront des formes différentes : un médecin pourra attendre des informations très techniques, précises et fournies, quand un directeur général attendra plutôt des tendances globales synthétiques.

Formaliser l'objet du dispositif

- Repartir du cadre logique

En règle générale, pour un dispositif de suivi-évaluation orienté « projet », il convient de repartir du cadre logique (voir partie 3, chapitre 2). En principe là encore, on cherchera à faire le suivi-évaluation des résultats et de l'objectif spécifique. Des options sont toutefois possibles : tous les résultats attendus ont-ils la même importance en termes de pilotage ? Veut-on tous les suivre avec la même rigueur ? Souhaite-t-on également aborder les objectifs globaux – sachant que ceci renvoie à la notion d'impact et que cela n'est pas simple⁴⁰ ?

- Énoncer des questions évaluatives

Le suivi-évaluation doit aider au pilotage du projet. Ce que l'on attend du suivi-évaluation en la matière doit pouvoir s'expliquer sous forme de questions. Ainsi, pour chaque résultat ou objectif à atteindre, il doit être possible d'énoncer une ou plusieurs questions, que l'on peut appeler « questions évaluatives ». Le dispositif doit être conçu pour apporter à ses utilisateurs des éléments de réponse à ces questions évaluatives.

Ex. : « dans quelle mesure l'équipement xxx installé dans le cadre de la coopération hospitalière est-il progressivement approprié par le personnel formé ? »

Une fois toutes les questions énoncées, il peut être utile de faire un premier tri pour identifier les questions les plus importantes. Si l'ensemble paraît trop ambitieux, on pourra laisser de côté certaines questions relativement moins importantes que les autres.

Le projet ne fera que *contribuer* à l'atteinte des objectifs globaux. Il ne constituera qu'un facteur, parmi d'autres, qui concourra à l'atteinte – ou pas – de ces objectifs globaux. On pourra éventuellement se donner les moyens d'apprécier, ne serait-ce que partiellement, l'atteinte des objectifs globaux, mais dans le cadre d'un dispositif de suivi-évaluation, il sera généralement très complexe d'apprécier dans quelle mesure cette atteinte peut être imputée au projet.

- Décliner les résultats attendus en « résultats intermédiaires »

Il est souvent difficile de répondre aux questions évaluatives en définissant directement un ou deux indicateurs. Dans bien des cas, il faut passer par une étape intermédiaire. On peut alors décliner chaque résultat attendu du cadre logique en plusieurs « sous-résultats », ou « résultats intermédiaires ». Ces résultats intermédiaires devraient être plus faciles à caractériser par des indicateurs qui ne soient pas trop complexes.

Construire des indicateurs de suivi-évaluation

Fiche pratique 11 : Les différents types d'indicateurs

D'après : *Concevoir et mettre en œuvre le suivi-évaluation des projets eau et assainissement* (D. Désille, V. Dussaux, B. de Reviers, F3E – pS-Eau – Arene, 2011).

Qu'est-ce qu'un indicateur ?

Un indicateur est une information caractérisant la « performance » d'une action⁴¹. En d'autres termes, un indicateur donne une valeur (qualitative et quantitative) permettant d'apprécier la « performance » en fonction d'un critère de jugement⁴².

Un indicateur de suivi-évaluation renverra fréquemment à des échelles de progression⁴³, permettant d'apprécier la performance tout au long de la mise en œuvre du projet. Il peut aussi s'agir d'une valeur unique, valable à un moment donné⁴⁴. Dans certains cas, il pourra jouer un rôle d'alerte (ex : quand la mortalité dans le service X passe au-dessus d'un seuil critique).

Enfin, un indicateur peut être quantitatif, c'est-à-dire chiffré (nombre ou %) ou qualitatif c'est-à-dire de l'ordre de l'appréciation (oui/non, très bon, bon, moyen, mauvais).

- *Caractériser les résultats intermédiaires par des indicateurs*

Les indicateurs sont construits de façon à caractériser chaque résultat intermédiaire.

La construction d'un indicateur qualitatif sera un peu différente de celle d'un indicateur quantitatif. L'indicateur quantitatif doit pouvoir apporter une réponse aux éléments suivants :

- quantité : combien ?
- groupe cible : qui ?
- période : à partir de quand et en combien de temps ?⁴⁵
- qualité : quoi ?
- localisation : où ?

L'indicateur qualitatif, lui, doit pouvoir caractériser les différents niveaux d'un état de fait par des échelles de valeur.

⁴¹ L'OCDE (DAC) définit un indicateur de la façon suivante : « *Facteur ou variable, de nature quantitatif ou qualitatif, qui constitue un moyen simple et fiable de mesurer et d'informer des changements liés à l'intervention ou d'aider à apprécier la performance d'un acteur du développement.* »

NB : Un indicateur peut aussi caractériser des éléments d'un contexte donné, afin de voir dans quelle mesure ces éléments évoluent au fur et à mesure de l'avancée du projet.

⁴² L'OCDE (DAC) définit un indicateur de la façon suivante : « *Facteur ou variable, de nature quantitatif ou qualitatif, qui constitue un moyen simple et fiable de mesurer et d'informer des changements liés à l'intervention ou d'aider à apprécier la performance d'un acteur du développement.* »

NB : Un indicateur peut aussi caractériser des éléments d'un contexte donné, afin de voir dans quelle mesure ces éléments évoluent au fur et à mesure de l'avancée du projet.

⁴³ Ex. : le taux d'occupation des lits du service xxx sera d'au moins 30% la première année ; 40% la deuxième année et 50% à la fin de la troisième année.

⁴⁴ Ex. : le scanner a-t-il été réceptionné par l'hôpital ? (Oui / non)

⁴⁵ Voir : *Le suivi d'un projet de développement*. Europact, guide méthodologique F3E, 2002.

Ex. : « le niveau de satisfaction des patients du service xxx, au cours d'un mois donné, peut-être : très bon, bon, moyen, pas très bon, mauvais ».

Un indicateur qualitatif peut souvent être quantifié

Ex. : taux de patients du service xxx globalement satisfaits.

- Vérifier le réalisme de la liste d'indicateurs ainsi obtenue

Comme indiqué plus haut, la tentation récurrente est de se doter d'un grand nombre d'indicateurs. Même si tous sont intéressants, il faudra essayer de se restreindre à un nombre raisonnable d'indicateurs), adapté aux moyens et contraintes des acteurs du projet (et donc éliminer certains indicateurs, les moins importants.

- Achever la construction des indicateurs

Pour être complet, un indicateur, doit pouvoir être défini sur tous les éléments suivants :

Libellé de l'indicateur	
Mode de calcul / définition	
Valeur initiale	
Valeurs ciblées	
Période 1 (préciser)	
Période 2 (préciser)	
Période 3 (préciser)	
(...)	
Source des données	
Méthode de recueil des données	
Outil nécessaire	
Fréquence du recueil	
Responsable du recueil	

On pourra ainsi établir une fiche pour chaque indicateur.

Dans certains cas, on pourra avoir une vue plus synthétique de l'ensemble des indicateurs sous forme de tableau (mais attention : les périodes des valeurs ciblées peuvent différer d'un indicateur à l'autre...).

On se réfère souvent à l'acronyme SMART pour qualifier ce que doit être un « bon » indicateur. Les interprétations varient mais tournent plus ou moins autour de ceci :

- Significatif (il doit caractériser le résultat de façon significative)
- Mesurable (il doit pouvoir être mesuré à un coût acceptable)
- Acceptable (il doit faire l'objet d'un consensus entre les acteurs concernés par le dispositif)
- Réaliste (sa valeur cible doit être atteignable)
- Temporellement défini et adapté au pas de temps du projet.

Attention : il n'est pas toujours possible ni pertinent de définir tous les indicateurs dès la conception du dispositif. L'important, à ce stade, est de s'entendre sur les outils (enquêtes, missions d'observation, etc.) qui seront mis en œuvre pour recueillir les données et permettre de répondre aux questions évaluatives. Certains indicateurs peuvent parfois être définis chemin faisant, lors de la conception des outils.

Déterminer d'éventuelles modalités d'analyse complémentaires

Les indicateurs sont importants, mais ils ne peuvent généralement pas, à eux seuls, suffire à alimenter le dispositif de suivi-évaluation. Dans bien des cas, on aura besoin d'informations provenant d'analyses complémentaires : enquête épidémiologique spécifique, atelier de réflexion entre divers acteurs... S'ils peuvent être anticipés, alors ces éléments doivent être inclus dans la conception du dispositif.

Organiser le dispositif

L'idée est de mettre en place un dispositif de suivi-évaluation. Il convient donc de préciser :

- **qui fait quoi ?** (Qui va recueillir les données liées à chaque indicateur et autres modalités d'analyse ? qui va les analyser ? qui va transmettre les données analysées aux utilisateurs finaux du dispositif ? Quels seront ces utilisateurs finaux⁴⁶). Il faut être précis et déterminer des personnes données. Le choix de ces personnes doit évidemment être cohérent avec le schéma institutionnel du pilotage du projet
- **selon quel calendrier doit s'organiser le suivi-évaluation ?** Le plus simple est de repartir de la phase d'utilisation des données : à quel moment les utilisateurs finaux, les décideurs, auront-ils besoin des données analysées ? Ce choix renvoie au calendrier des instances de pilotage du projet. Partant de là, on peut alors réaliser un « rétroplanning » pour déterminer le calendrier des différentes phases – sachant que le recueil des données peut varier d'un indicateur à l'autre.
- **quel est le coût prévisible du dispositif ?** Quels coûts financiers occasionnera la mise en œuvre du dispositif (en particulier pour le recueil des données) ? Éventuellement, quels coûts matériels ? Et surtout : quels coûts en ressources humaines ?
Cette réflexion est l'occasion de revenir à nouveau sur la faisabilité du dispositif ainsi conçu. Si l'on a des doutes, mieux vaut réduire la voilure pour être sûr de mettre en place quelque chose qui fonctionne – quitte à l'étoffer un peu une fois que le dispositif est approprié par les acteurs.

3. Comment mettre en œuvre un dispositif de suivi-évaluation ?

La mise en œuvre du dispositif de suivi-évaluation s'effectue en trois étapes, régulièrement répétées tout au long du déroulement du projet :

- le recueil des données
- l'analyse des données recueillies
- l'utilisation des données analysées

- Recueillir des données

La configuration de cette étape dépend de la conception du dispositif.

Il faut toutefois prévoir de créer un outil informatique permettant de centraliser les données recueillies et de pouvoir visualiser leur évolution dans le temps, après chaque nouveau recueil de données. En général, on se contentera d'un tableur type Excel. Dans certains cas plus complexe, on pourra créer une véritable base de données type ACCESS.

⁴⁶ Ces utilisateurs finaux du dispositif ont en principe été déterminés au début de la démarche de conception du dispositif.

Il convient toutefois de faire attention aux ressources humaines et matérielles disponibles chez les différents acteurs du dispositif et de créer l’outil en conséquence.

- Analyser les données recueillies

L’analyse des données recueillies a deux objectifs : interpréter les données recueillies et créer des outils d’aide à la décision.

Interpréter les données recueillies (pourquoi le taux de mortalité du service X connaît-il une hausse depuis deux trimestres ? S’agit-il d’une hausse explicable par le contexte – épidémie généralisée, par exemple – ou une dégradation de la qualité des soins prodigués par le service ?)

Cette interprétation nécessite souvent une réflexion collective entre partenaires. Ceci peut constituer une occasion de partage très utile. Dans certains cas, l’interprétation pourra être poursuivie dans le cadre de l’instance de pilotage du projet.

Créer des outils d’aide à la décision, afin d’aider les utilisateurs finaux du dispositif à prendre des décisions rapides et efficaces. En fonction du type d’utilisateurs, ces outils pourront prendre des formes diverses (tableaux de bords, représentations graphiques, brèves annotations synthétiques d’explication...).

- Utiliser les données analysées

« Le suivi-évaluation d’un projet a quatre grandes finalités » :

Finalités du suivi-évaluation	Utilisations possibles du suivi-évaluation
Améliorer le pilotage et l’efficacité des projets	Prendre des décisions suite à des difficultés rencontrées ; mettre en œuvre de nouvelles activités non prévues initialement pour être sûr d’atteindre les objectifs ; revoir certains objectifs trop ambitieux à la baisse ; préparer une évaluation ; ...
Avoir une compréhension du projet partagée par tous les acteurs	Organiser auprès des acteurs du projet des restitutions des enseignements tirés du suivi-évaluation ; mettre en débat des difficultés identifiées grâce au suivi-évaluation ; etc.
Rendre compte et communiquer	Négocier avec les partenaires une évolution des objectifs ; communiquer sur des données chiffrées ; etc.
Capitaliser et apprendre	Dimensionner ultérieurement un projet de façon plus réaliste, anticiper les difficultés d’un projet [de coopération hospitalière] ; mieux connaître certaines données liées à [la santé] ; être en capacité d’agréger des données pour obtenir des visions macroscopiques issues d’un ensemble de projets ; etc. »

D’après : *Concevoir et mettre en œuvre le suivi-évaluation des projets eau et assainissement* (D. Désille, V. Dussaux, B. de Reviers, F3E – pS-Eau – Arene, 2011).

Il faut bien sûr garder à l’esprit que le débat suscité par l’analyse des données est souvent plus riche et plus utile que les données elles-mêmes.

Il peut être par ailleurs utile de faire un bilan régulier de l’utilisation qui est faite *in fine* des données analysées. Si ce bilan n’est pas satisfaisant, alors il faut faire évoluer le dispositif pour le rendre plus utile. Il importe de garder à l’esprit qu’un dispositif de suivi évaluation ne doit pas être conçu comme un instrument figé ; il peut être appelé à évoluer dans le temps.

Fiche pratique 12 : Le rapport de mission (points essentiels à intégrer, exemple de table des matières)

Chapitre 5 : Évaluation du projet

1. Qu'est-ce qu'une évaluation ?

Le CAD-OCDE définit l'évaluation de la façon suivante :

« 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.

Le terme « évaluation » désigne également un processus aussi systématique et objectif que possible par lequel on détermine la valeur et la portée d'une action de développement projetée, en cours ou achevée. »

De façon un peu simpliste, on pourrait dire qu'une évaluation consiste à un moment donné d'un projet, à regarder derrière soi pour voir ce qui a été fait, pour l'analyser et en tirer des conclusions et recommandations en vue d'améliorer les actions futures.

L'idée à retenir est qu'une évaluation vise avant tout l'amélioration des pratiques. Ce n'est pas un audit ; il ne doit pas s'agir d'une modalité de contrôle. Cela dit, il y a bien souvent une certaine tension entre des objectifs de redevabilité (rendre compte) et des objectifs d'apprentissage. Les deux objectifs ne sont pas forcément incompatibles, mais il est souvent difficile de répondre autant aux uns qu'aux autres.

Différentes sortes d'évaluation

- **La temporalité** : une évaluation, peut être intermédiaire (par exemple à mi-parcours d'un projet) ou *finale* (une fois le projet achevé).

NB : On parle parfois d'« évaluation ex-ante » pour évoquer un exercice d'appréciation préalable à un projet. Il s'agit là d'une méthodologie spécifique, que nous n'aborderons pas ici.

- **L'externalité et la place des acteurs** : une évaluation est le plus souvent externe (réalisée par un consultant externe au projet évalué) ; mais elle peut aussi être interne (réalisée par une personne ou un service interne à la structure, mais qui n'est toutefois pas impliqué dans le projet en tant que tel).

Il peut aussi y avoir des *auto-évaluations* (réalisées par les acteurs même du projet qui évaluent leurs propres actions). L'auto-évaluation peut permettre une forte appropriation de ses résultats par les acteurs, mais cet exercice est souvent décevant car on se prive du recul apporté par l'externalité et qu'elle requiert des compétences méthodologiques que n'ont pas toujours les porteurs de projet.

Pour

Pour mettre à une évaluation externe de favoriser davantage l'appropriation des résultats par les acteurs du projet, on pourra jouer sur la dose de participation incluse dans la méthodologie.

2. Pourquoi est-ce important d'évaluer ?

Comme indiqué plus haut, l'évaluation permet d'améliorer ses pratiques.

L'évaluation ne constitue pas un remède miracle, mais peut potentiellement apporter beaucoup :

- prendre du recul (car la gestion au quotidien d'un projet est si absorbante que ses acteurs ont souvent du mal à « lever le nez du guidon »)
- bénéficier d'un regard extérieur, qui peut aussi apporter des compétences techniques, géographiques spécifiques (il arrive fréquemment qu'un évaluateur fasse évoluer positivement des actions par le seul fait de mettre sur la table des choses que tout le monde sait, mais que personne n'osait formuler...)
- remettre à plat le bien-fondé des actions et l'adéquation des objectifs poursuivis par chacun des partenaires
- revoir la gouvernance du projet (certains partenaires ont du mal à se parler franchement pour évoquer les dysfonctionnements imputables à l'autre...)
- passer à une autre étape de la coopération
- rendre compte de ce qui a été fait
- etc.

3. Les modalités d'une évaluation

Classiquement, une démarche d'évaluation externe comprendra trois – à quatre – grandes phases :

La commande

Ceci passe par la rédaction du cahier des charges de l'évaluation – les termes de référence – qui serviront de référence contractuelles avec les évaluateurs, mais qui aura aussi la vertu d'aider le commanditaire à mettre ses idées au clair sur ce qu'il attend en termes d'évaluation, et à confronter ces idées avec ses partenaires. En effet, l'élaboration des termes de référence doit être un exercice collectif avec les acteurs clé du projet, au moins l'hôpital partenaire.

Des outils existent pour guider ce travail⁴⁷.

Le choix des consultants

Ce choix s'opère en principe via un appel d'offres, sur la base des termes de référence. Dans la majeure partie des cas, on recherche un binôme d'évaluateurs, combinant regards Nord et Sud (un consultant français – ou européen – et un consultant du pays partenaire – ou de la sous-région).

⁴⁷ Voir notamment : www.f3e.asso.fr (rubrique « guides et outils F3E »).

Le F3E est un réseau associatif pluri-acteurs qui regroupe une centaine d'ONG, de collectivités locales et d'établissements publics de santé français engagés dans des actions de solidarité internationale et de coopération décentralisée (SI/CD). Il accompagne ses membres dans l'amélioration de l'impact et de la qualité de leurs actions. Cette amélioration est le fruit d'un parcours progressif par lequel les membres analysent leurs actions, en tirent des enseignements, se les approprient puis les réinvestissent dans l'action. Le F3E joue là un rôle de catalyseur dans la conduite de partenariats à l'international, que les hospitaliers peuvent mobiliser pour les aider et les appuyer dans leurs projets.

L'évaluation en tant que telle

Cette phase débute généralement par une étape de cadrage qui permet au commanditaire de s'accorder avec les évaluateurs, et de préciser le travail à venir, notamment le calendrier et les rendus, mais aussi l'échantillonnage et divers éléments liés à la méthodologie.

Un système d'information doit être mis en place entre les évaluateurs et le commanditaire – ou le comité de pilotage s'il existe – pour associer ce dernier à la progression de la réflexion des évaluateurs. Au minimum, on aura une restitution d'une version provisoire du rapport des consultants, permettant au commanditaire et à divers acteurs du projet de réagir aux analyses des évaluateurs, de rétablir éventuellement certaines erreurs et d'enrichir la réflexion des évaluateurs. On aura parfois des restitutions intermédiaires, avant que le rapport provisoire ne soit achevé, afin de favoriser l'interaction et l'appropriation de la démarche par les acteurs.

L'utilisation des résultats de l'évaluation

Ceci sort de la démarche d'évaluation en tant que telle. Le contrat des évaluateurs est d'ailleurs terminé. Mais c'est l'étape critique, là où tout va se décider : mettre le rapport dans un tiroir et l'oublier, ou bien en valoriser les principaux enseignements ? Cette étape « post-évaluation » constitue un projet en soi-même et doit être menée comme tel, avec une personne responsable de la mise en œuvre, des objectifs, un calendrier, etc.

FICHES PRATIQUES

Fiche pratique 1 : Les indicateurs clés de l'analyse du contexte

Fiche pratique 2 : Préparer une mission exploratoire

Fiche pratique 3 : Grille d'évaluation pour l'analyse du contexte sanitaire

Fiche pratique 4 : Outils d'aide à l'analyse des parties prenantes

Fiche pratique 5 : Comment utiliser l'outil arbre à problèmes ?

Fiche pratique 6 : Analyse des objectifs

Fiche pratique 7 : Définition des activités

Fiche pratique 8 : Définition des moyens et des coûts

Fiche pratique 9 : Réflexion sur les hypothèses

Fiche pratique 10 : Définition des indicateurs d'évaluation et les sources de vérification

Fiche pratique 11 : Les différents types d'indicateurs

Fiche pratique 12 : Le rapport de mission

FICHE PRATIQUE 1 : LES INDICATEURS CLES POUR L'ANALYSE DU CONTEXTE

Indicateurs	Données	Commentaires
Contexte géographique		
Population (en millions)		
Superficie (en km ²)		
Densité moyenne (en hab/km ²)		
Langue officielle		
Religion dominante		
Aléas naturels et climatiques/contraintes géographiques		
Population ayant accès à une source d'eau potable (en %)		
Population ayant accès à une source d'eau salubre (en %)		
Population ayant accès à un assainissement amélioré (en %)		
Population ayant accès à l'électricité (en %)		
Contexte démographique		
Taux d'accroissement annuel (en % %O ?)		
Répartition démographique par sexe et par âge (en %) : <ul style="list-style-type: none"> - Hommes - Femmes - Moins de 15 ans - 15-60 ans - Plus de 60 ans 		
IDH		
Rang pays IDH		
Taille moyenne d'une famille		
Contexte social		
Taux de scolarisation des – de 15 ans		
Taux d'alphabétisation des adultes (15-60 ans) <ul style="list-style-type: none"> - Hommes - Femmes 		
Contexte économique		
PIB (en PPA)		
PIB/habitant (en PPA)		
Taux d'inflation annuel		
Part du secteur primaire dans le PIB (en %)		
Part du secteur secondaire dans le PIB (en %)		

Indicateurs	Données	Commentaires
Part du secteur tertiaire dans le PIB (en %)		
Dépenses publiques de santé		
Population active (en %)		
Taux de chômage		
Salaire mensuel minimal		
Salaire mensuel moyen		
Population pauvre en milieu urbain (en %)		
Population pauvre en milieu rural (en %)		
Contexte politique et sécuritaire		
Régime politique		
Présence de conflits (ethnique, civil...)		
Politique d'aide internationale		
Contexte sanitaire et épidémiologique		
Espérance de vie à la naissance (en années)		
Taux de mortalité		
Taux de mortalité infantile		
Ratio de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes		
Cause de décès par tranche d'âges		
Fardeau de maladies et taux de prévalence de chaque maladie <ul style="list-style-type: none"> - Maladie 1 - Maladie 2 - Maladie 3 		
Population ayant accès aux soins primaires à – 15 kms (en %) <ul style="list-style-type: none"> - Milieu urbain - Milieu rural - Total 		
Population ayant accès à un hôpital de référence (en %) / <ul style="list-style-type: none"> - Milieu urbain - Milieu rural - Total 		
Dépenses de santé par habitants		
Taux de couverture sanitaire/Disponibilité des infrastructures de soins (pour 1000 habitants) <ul style="list-style-type: none"> - Urbain - Rural - Total 		
Taux de couverture sanitaire/Disponibilité du personnel de santé (pour 1000habitants)		

Indicateurs	Données	Commentaires
- Médecins - Infirmiers - Personnels techniques		
Taux de couverture sanitaire/ Disponibilité des médicaments (pour 1000 habitants) - Urbain - Rural - Total		
Taux de couverture vaccinale		
Capacités hospitalières (lit/hab)		
Organisation du système de santé		
Principales difficultés sanitaires rencontrées/ identifiées		
Politiques de santé en cours		
Place de l'hôpital pressenti dans le système de santé		
Jeu d'acteurs présents dans le pays		
Acteurs	Activités/Partenaires	Site, durée, bénéficiaires
Institutions du pays et de la région		
Organisations et ONG internationales		
Principaux bailleurs de fonds		
Agences des Nations Unies		
Programmes communautaires régionaux		

FICHE PRATIQUE 2 : PREPARER UNE MISSION EXPLORATOIRE

Comment préparer une mission exploratoire ?

Une mission exploratoire est généralement réalisée sur une huitaine de jours (déplacements inclus). Sa préparation demande de l'organisation et nécessite de poser des questions simples.

- *Qui part sur le terrain ?*

Il s'agit de savoir qui part et dans quel objectif. Les réponses sont facilitées en fonction du degré de connaissance de l'objet du projet, des personnes volontaires dans l'établissement de santé et des capacités financières disponibles pour ce voyage. L'équipe en partance est à même de porter un regard global sur la situation et de réfléchir aux stratégies à mettre en œuvre afin de répondre aux attentes du groupe cible⁴⁸.

La complémentarité des compétences des membres de l'équipe est à privilégier. Il est préférable que l'équipe soit toujours constituée d'un représentant de l'administration, d'un médecin, d'un soignant voire d'un personnel technique si le projet le nécessite.

NB : Il peut être très opportun de s'appuyer sur des équipes de l'établissement qui seront ensuite capables de relayer le projet en interne. Ce travail de communication interne permet de susciter la mobilisation d'un maximum de professionnels et d'ainsi disposer de plusieurs relais pour conduire les actions qui sont engagées dans le cadre du projet.

- *Qui doit-on rencontrer ?*

Cette question a déjà dû être abordée en amont lors de la phase d'analyse du contexte (cf. paragraphe précédent). Il s'agit de réfléchir à l'ensemble des personnes ressources qui sont sur place et qui participent à consolider l'analyse du contexte global. Ces personnes sont surtout mobilisées lors des travaux d'analyse des parties prenantes et des problèmes.

Parmi ces personnes ressources, certaines sont automatiquement en lien avec le projet (ambassades, représentant pays du PNUD...) et d'autres ne sont pas obligatoirement parties prenantes.

De façon générale, les responsables institutionnels, de santé, de la structure hospitalière et les autorités locales sont les personnes à rencontrer. Des échanges avec les acteurs en place français ou étrangers (internationaux ou locaux) sont un plus et viennent enrichir les travaux d'analyses.

Si les éléments recueillis jusqu'alors le permettent, il s'agit d'intégrer le groupe cible (même très vaste dans un premier temps) qui est partie intégrante de la définition du projet et de ses objectifs.

Evoquer les personnes ressources demande également de s'interroger sur les sites à visiter sur place. La visite des responsables et des acteurs sur leurs sites apporte des éléments majeurs sur la situation existante, les difficultés rencontrées et les objectifs globaux à atteindre. Ces sites sont à considérer pour des questions logistiques et de planification de la mission exploratoire.

NB : Il faudra peut-être (sûrement) prioriser les rencontres en fonction du temps disponible sur place et des disponibilités de chacun. Avant le départ, l'ambassade de France ainsi que les responsables dans le pays doivent être informés de la visite de l'équipe.

- *Comment s'organise-t-on sur la semaine ?*

48

La concertation de l'ensemble de l'équipe qui part est nécessaire pour planifier la semaine de mission. Il s'agit ici de définir les termes de référence de la mission exploratoire. Les termes de référence sont les objectifs de la mission et sont fonction des compétences de l'équipe, des personnes à rencontrer, des objectifs de la mission et des besoins nécessaires à sa réalisation.

En fonction des rôles et spécialités de chacun le programme ne sera pas strictement le même pour l'ensemble de l'équipe. Tous ne rencontreront pas forcément les mêmes personnes ressources. La planification est nécessaire d'une part pour être le plus efficace possible et ne pas perdre de temps et ensuite pour contacter en temps et en heure les personnes ressources et obtenir les éventuelles autorisations. Un programme – calendrier détaillant chaque journée est défini et sert de feuille de route sur place (voir fiche pratique 3 en fin de chapitre). Il faudra penser à laisser quelques temps libre pour les imprévus, invitations informelles et la synthèse en interne (de l'équipe) sur l'intégralité du séjour. Cette feuille de route sera mise à jour au retour pour rendre compte des objectifs visés.

NB : La planification inclut également toutes les tâches administratives liées au voyage (ordre de mission, billets, visas, assurances, hébergements et déplacements sur le terrain, vaccins ...)

⇒ **Outil 1 : Liste des personnes à rencontrer (les parties prenantes)**

Cette fiche pratique se veut de lister les acteurs qui sont généralement rencontrés sur place. C'est une aide qui doit être utilisée en fonction des spécificités de chaque contexte et selon les ambitions du projet. Cette fiche sert d'aide-mémoire. Il faudra compléter les activités de ces acteurs en s'appuyant sur la fiche pratique n°1 lors de la mission exploratoire.

Les acteurs du système des Nations Unies

- OMS
- PNUD
- ONUSIDA
- FUNAP

Les bailleurs de fonds

Bailleurs de fonds internationaux présents sur le terrain si c'est le cas.

Les acteurs de la société civile

Les ONG locales et internationales, les fondations, les entreprises si besoin.

Les ONG internationales les plus répandues en santé sont :

- Care
- Croix Rouge
- Santé Sud
- MSF/MDM ?

Les acteurs institutionnels

Nationaux : ministre de la santé, responsable santé sur le site d'intervention, autorités politiques compétentes, autorités religieuses et communautaires.

Internationaux : représentant ambassade de France, responsable santé de l'ambassade de France,

Les responsables hospitaliers/ direction de l'hôpital

L'équipe administrative et exécutive responsable, les médecins chefs, les soignants, des représentants de chaque spécialité hospitalière (administrative, médicale, soignant et technique).

Les responsables universitaires dans le cadre de structures hospitalo-universitaire

Responsable des formations médicales et paramédicales et directeur ou doyen d'université.

Les bénéficiaires

Structure	Nom	Fonction	Contact
Système des Nations Unies			
Bailleurs de fonds (internationaux et nationaux)			
Acteurs de la société civile (ONG, Fondations, entreprises...) nationaux et internationaux			
Acteurs institutionnels nationaux et internationaux			
Responsables hospitaliers et universitaires			
Bénéficiaires			

⇒ **Outil 2 : Exemple des termes de référence (TDR) d'une mission au Burundi**

Termes de référence mission exploratoire au Burundi par le CHU X Du 22 novembre au 29 novembre 2009

Membres de l'équipe d'évaluation :

- Monsieur V, Coordinateur CIH (CHU)
- Dr X, Obstétricien (CHU)
- Dr Y, Chirurgien (CHU)
- Monsieur Z, technicien biomédical (CHU)

Programmation :

1. Rencontre du CELON (cellule d'appui à l'ordonnateur national du FED – Fonds européen de Développement au Burundi) pour la mise en place de la mission et ajustement du projet.
2. Rencontrer dans les 4 hôpitaux de province des médecins coordonnateurs et des médecins référents pour le projet pour être les relais de formation dans les centres de santé.
3. Identification des infirmiers référents dans les services de maternité afin d'accompagner les médecins dans la prise en charge obstétricale des patientes, et d'administrer, en attendant la disponibilité du médecin de garde et après la prise en charge, les Soins Obstétricaux de Base (SONUB).
Effectuer des entretiens afin d'analyser leurs compétences techniques et leur motivation à être des formateurs dans leurs centres de santé.

4. Recrutement des experts au sein de la SAGO : un titulaire en chirurgie et un titulaire en obstétrique seront choisis, ainsi que leurs suppléants afin de pallier d'éventuelles déficiences dans leur future mission. Un contact sera établi avec leur administration d'appartenance pour s'assurer de la possibilité de poser des congés d'expertise.
5. Bilan de la mission auprès du CELON à la fin de la mission.

Logistique :

- Achat du matériel à Bujumbura : un générateur, des fournitures de bureau et moyen de communication
- Location d'un 4x4

Calendrier du déroulement de la semaine

Date	Tâches à accomplir	Lieu	Contact	Personnes impliquées
J 1 – 22.11.09 - 19h55	- Arrivée à Bujumbura (vol SN 453) - Arrivée à l'hôtel	- Aéroport de Bujumbura - Hôtel XXX	N° téléphone	- Monsieur V - Docteur X - Docteur Y - Monsieur Z
J 2 – 23.11.09 - 9 h - 11h - 14h - 18h	- Récupération du 4x4 de location - Rencontre du CELON - Etablir les modalités de recrutement avec leur administration - Retour à l'hôtel	Bujumbura	Noms des contacts rencontrés et N° de téléphone	- Monsieur V - Docteur X - Docteur Y - Monsieur Z
J 3 – 24.11.09 - 9 h - 12 h - 14 h	- Rencontre du SCAC – Ambassade de France - Achat du générateur et des consommables - Départ pour Karuzi	Bujumbura	Noms des contacts rencontrés et N° de téléphone	- Monsieur V - Monsieur V - Docteur X - Docteur Y - Monsieur Z

J4 – 25.11.09 - 10h - 13h - 18 h	- rencontre des médecins coordonnateurs - identification de 11 infirmiers référents - Départ pour Cankuzo	- Hôpital de Karuzi	Noms des contacts rencontrés et N° de téléphone	- Monsieur V - Docteur X - Docteur Y - Monsieur Z
J5 – 26.11.09 - 9h - 11h - 16 h	- rencontre des médecins coordonnateurs - identification de 22 infirmiers référents - départ pour Ruyigi	- Hôpital de Cankuzo	Noms des contacts rencontrés et N° de téléphone	- Monsieur V - Docteur X - Docteur Y - Monsieur Z
J6 – 27.11.09 - 10 h -13 h - 17h	- rencontre des médecins coordonnateurs - identification de 25 infirmiers référents - Départ pour Rutana	- Hôpital de Ruyigi	Noms des contacts rencontrés et N° de téléphone	- Monsieur V - Docteur X - Docteur Y - Monsieur Z
J7 – 28.11.09 - 9 h - 12 h - 16 h	- rencontre des médecins coordonnateurs - identification de 30 infirmiers référents - Retour vers Bujumbura	- Hôpital de Rutana - Hôtel XXX	Noms des contacts rencontrés et N° de téléphone	- Monsieur V - Docteur X - Docteur Y - Monsieur Z
J8 – 29.11.09 - 10 h - 17 h - 21 h	- Bilan auprès du CELON - Retour location 4x4 - Retour vers Paris vol SN 0453	- Bujumbura - Aéroport de Bujumbura	Noms des contacts rencontrés et N° de téléphone	- Monsieur V - Docteur X - Docteur Y - Monsieur Z

FICHE PRATIQUE 3 : GRILLES D’EVALUATION POUR L’ANALYSE SANITAIRE

L’analyse sanitaire sur le terrain est en partie réalisée avec la reprise de la fiche pratique 1 adapté au contexte local non plus national. Les deux fiches suivantes participent à étudier en profondeur la structure de santé visée par le projet. La grille 2 est issue du Guide en organisation hospitalière dans les pays en développement, Améliorer l’hygiène hospitalière, La documentation française, 2011

Les étoiles ★ indiquent les facteurs clés de succès dans la réussite d’un projet de coopération hospitalière.

Grille 1 générale

Indicateurs	Données	Commentaires
Eléments administratifs et légaux		
Place de la structure dans le système de santé		
Offre hospitalière ★		
Statut de l’hôpital		
Projet hospitalier★		
Fonctionnement des instances : pouvoir organisateur, direction, conseil médical, ★		
Financement des soins, paiement du personnel, tarification, nomenclature,...		
Mutualisation des coûts, indigents,...		
Infrastructures		
Propriétaire du terrain et des bâtiments		
Plans, date des constructions et travaux		
Nombre de lits, m ² /lit,		
Programme de maintenance		
Offre de soins		
nombre et qualité du personnel, organigramme, ... ★		
Nombre de lits, spécialités		
Plateau technique : notamment en chirurgie, laboratoire, radio et échographie★		
Paquet complémentaire d’activités, nomenclature		
Pharmacie : liste de médicaments, flux, stockage, ... ★		
Activité hospitalière :		
Nombre de patients hospitalisés/mois/service		
Durée moyenne de séjour		

Taux d'occupation/service /mois★		
Nombre et qualité des personnels/lit ★		
Motivation du personnel★		
Qualité des soins :		
Mortalité générale		
Mortalité /service★		
Disponibilité du personnel (horaires, présence effective, garde,...)		
Equité des soins :		
Accès aux soins pour les indigents★		
Tarifcation transparente et raisonnable,★		
Tiers payant : financement public ou privé		
Durabilité :		
Prospective et évolution des différents paramètres		

Grille 2 spécifique à la structure de santé

1 – ARCHITECTURE		OUI	NON	COMMENTAIRE
1	Les zones « propres » à risque (bloc opératoire, salle de travail, service de réanimation...) sont systématiquement séparées des autres zones			
2	Les zones « sales » à risque (pièces pour les déchets et le linge sale) sont systématiquement séparées des autres zones			
3	La disposition des locaux respecte systématiquement la circulation contrôlée dans les zones à risque			
4	Les accès des services sont tous séparés les uns des autres			
5	Les circulations entre bâtiments sont toutes revêtues (goudron ou ciment)			
6	Les circulations entre bâtiments sont systématiquement couvertes (protection contre la pluie)			
7	L'établissement est clôturé			
8	L'hôpital est approvisionné en eau			
9	L'hôpital a de l'eau en permanence			
10	L'hôpital a un réseau de distribution d'eau			
11	L'hôpital a un système d'évacuation des eaux usées			
12	Il y a des fosses septiques, ou une connexion à un égout			

13	Les eaux de pluie sont drainées et évacuées partout			
14	Il existe des points d'eau pour les gardes malades avec des bacs pour laver le linge			
15	Il existe un local fermé et aéré de stockage central des déchets avant incinération			
16	L'électricité est disponible en permanence dans tout l'hôpital			
17	Si non, l'électricité est disponible en permanence : - au bloc opératoire - en salle d'accouchement - au service des urgences			
18	Les familles ont un abri pour faire la cuisine à l'écart des services d'hospitalisation et des zones à haut risque			
19	Il existe une morgue			
20	Les bâtiments sont tous entretenus : plafonds, murs, sols, fenêtres et portes en bon état			
21	Les revêtements de sols et murs sont tous faciles à lessiver (détailler selon les zones) : - sols - murs - plafonds			
22	Les fenêtres peuvent être toutes fermées hermétiquement			
23	Les fenêtres sont toutes munies de moustiquaires			
24	Il y a un lavabo dans chaque salle de soins			
25	Il y a un lavabo dans chaque chambre			
26	Chaque point d'eau est relié au système d'évacuation			
27	Il existe des vidoirs dans tous les services			
28	Ces vidoirs sont toujours installés dans un endroit éloigné du matériel propre			
29	Il existe des sanitaires pour les malades et les garde-malades dans le service			
30	Il existe des sanitaires pour le personnel dans le service			
31	Il existe un local fermé et aéré pour stocker les déchets du service			
2 – ORGANISATION DE L'HOPITAL, CIRCULATIONS ET CIRCUITS				
2a – Prise en compte de l'hygiène dans l'hôpital		OUI	NON	COMMENTAIRE
1	L'établissement a fait un diagnostic de situation et une analyse de problème sur l'hygiène			
2	Une commission d'hygiène hospitalière est mise en place dans l'établissement			
3	Si non, une autre commission a cette fonction			

4	Toutes les catégories professionnelles sont représentées dans cette commission			
5	Chaque représentant a été choisi en fonction de son intérêt pour l'hygiène et de sa motivation pour faire évoluer la situation			
6	Des réunions de travail de cette commission sont planifiées et font l'objet de comptes rendus			
7	La commission responsable de l'hygiène hospitalière donne son avis sur le choix des produits à acheter pour favoriser et améliorer l'hygiène dans l'établissement			
8	L'établissement a des moyens financiers qu'il peut utiliser pour améliorer l'hygiène			
9	La direction de l'établissement fait participer le personnel pour la recherche de moyens améliorant l'hygiène hospitalière dans l'établissement			
10	Un service de nettoyage des locaux est organisé			
11	Il y a une description des tâches du personnel du service de nettoyage			
12	Un service de maintenance est organisé			
2b – Circulations et circuits				
1	La circulation à l'intérieur de l'établissement est partout organisée grâce à des panneaux			
2	Le protocole d'entrée dans les zones à risque (bloc opératoire, salle d'accouchement, service de réanimation...) est clairement établi partout			
3	Les déchets hospitaliers sont stockés dans un endroit central non accessible aux malades et à leurs familles, et aux animaux			
4	Lors du transport des sacs ou poubelles vers le lieu de destruction, le circuit utilisé est toujours différent de celui utilisé pour le transport du matériel propre			
5	Le matériel utilisé pour le transport de ces déchets ne sert qu'au transport des produits sales pour tous les services			
6	Lorsqu'une personne vient à décéder dans l'établissement et que personne ne vient chercher le corps, le corps est gardé à la morgue et est ensuite emporté au cimetière pour y être enterré ou incinéré			
7	Les circulations, à l'intérieur du service, sont organisées pour le personnel, les malades, les visiteurs, les consultations éventuelles			
8	Les circuits, à l'intérieur du service, sont organisés pour le matériel et les produits propres ou stériles			

9	Les déchets du service sont systématiquement stockés dans une pièce où ne sont entreposés que des produits sales			
10	Les déchets du service sont stockés dans un endroit non accessible aux malades et à leurs familles			
11	Lorsqu'une personne décède d'une infection dangereuse, elle est « conditionnée » selon un protocole écrit			
3 – ENVIRONNEMENT, entretien des locaux, eau, déchets, alimentation				
3a – Hygiène des locaux et espaces extérieurs		OUI	NON	COMMENTAIRE
				Si non, zones adaptées et zones à revoir
1	Les espaces extérieurs sont tous nettoyés et maintenus propres (pas de déchets traînants)			
2	La désinsectisation et la dératisation sont faites régulièrement selon un protocole établi			Indiquer la fréquence :
3	Le local de stockage central des déchets hospitaliers est désinfecté régulièrement suivant un protocole écrit			Indiquer la fréquence
4	La distribution du matériel et des produits pour l'hygiène des locaux est organisée service par service			
5	La quantité de matériel et de produits distribués à chaque service est faite en fonction de l'évaluation des risques et des besoins de ce service compte tenu de son activité			
6	Les locaux sont propres (absence de tâches, de poussière, de toiles d'araignées, de termites...) : - sols - murs - plafonds			
7	Tous les locaux sont nettoyés tous les jours et/ou chaque fois que cela est nécessaire suivant un protocole écrit			
8	Tous les locaux sont désinfectés après nettoyage			
9	Les sols des locaux du service sont nettoyés et désinfectés tous les jours et/ou chaque fois que cela est nécessaire suivant un protocole écrit			
10	Le matériel et le mobilier de toutes les chambres (y compris ventilateur, lames des Nacos, objets fixés au mur...) sont nettoyés et désinfectés : - toutes les semaines - entre le départ du malade du service et l'arrivée d'un autre			

11	Dans chaque service, une personne est responsable de l'hygiène des locaux			
12	Cette personne a été formée : - sur l'hygiène hospitalière - sur les protocoles de nettoyage des locaux - sur les risques plus spécifiques au service			
13	Le nettoyage des locaux dans le service est fait selon un protocole écrit			
14	Le personnel qui manipule les déchets est correctement informé sur les risques encourus par lui-même et par toute personne manipulant des déchets contaminés ou souillés de sang			
15	La pièce où sont stockés les déchets du service est désinfectée systématiquement après le transfert des poubelles et/ou sacs			
16	Le matériel et les produits distribués dans le service sont suffisants pour respecter les règles d'hygiène et les protocoles en vigueur			
3b – Eau et déchets liquides				
1	L'eau est systématiquement chlorée			
2	La chloration de l'eau est mesurée régulièrement			Fréquence des contrôles :
3	Tous les points d'eau dans les services fonctionnent			Si non, postes corrects et postes à problèmes :
4	Les circuits d'évacuation vers les égouts ou fosses septiques sont tous fonctionnels			
5	Les fosses septiques sont entretenues et vidées en fonction des besoins			
6	Tous les points d'eau dans les salles de soins fonctionnent			
7	S'ils existent, tous les points d'eau des chambres marchent			
8	Les lavabos et éviers sont tous nettoyés avec une poudre javellisée tous les jours			
9	Les vidoirs sont tous en état de fonctionnement			
10	Les vidoirs sont tous nettoyés avec une poudre javellisée tous les jours			
11	Les sanitaires sont tous en état de fonctionnement			
12	Les sanitaires sont tous nettoyés avec une poudre javellisée tous les jours			
13	Les effluents des malades contagieux en isolement sont toujours traités avant rejet suivant un protocole écrit			
3c – Déchets solides				
Les déchets hospitaliers sont classés en trois catégories : - déchets d'activités de soins (dispositifs souillés par les liquides biologiques et déchets humains) - déchets coupants-piquants (aiguilles, cathéters, lames de bistouri...) - déchets ménagers, assimilables aux ordures ménagères				

1	Les déchets piquant-coupants sont toujours mis directement après utilisation dans un récipient spécial prévu pour eux seuls			
2	Les déchets d'activités de soins sont mis systématiquement dans des sacs ou poubelles			
3	Les déchets d'activités de soins sont séparés des déchets ménagers			
4	Le nombre de sacs ou poubelles distribués dans le service est suffisant pour contenir tous ses déchets			
5	Les sacs ou poubelles sont fermés avant leur sortie du service			
6	Une personne est responsable de l'acheminement des déchets du service jusqu'au lieu de stockage central			
7	La personne qui manipule ces sacs porte systématiquement des gants			
8	Le matériel utilisé pour le transport des déchets est désinfecté systématiquement après chaque utilisation			
9	Les déchets d'activités de soins du service sont stockés dans un local non accessible aux malades et à leurs familles			
10	Des poubelles sont installées dans tout l'établissement pour recevoir les déchets ménagers			
11	Ces poubelles sont munies d'un couvercle			
12	Les poubelles installées à l'extérieur sont situées dans des endroits à l'ombre			
13	Il n'y a pas de déchets ménagers en dehors des poubelles prévues pour eux			
14	Un système de ramassage des déchets ménagers est mis en place dans l'établissement			
15	Les déchets ménagers sont ramassés tous les jours			
16	Le stockage des déchets des différents services se fait dans un endroit uniquement accessible aux personnes responsables de la destruction des déchets			
17	Tous les déchets suivants sont systématiquement incinérés : <ul style="list-style-type: none"> - déchets d'activités de soins, y compris piquants-coupants - les déchets piquants-coupants sont laissés dans leur récipient pour l'incinération - déchets du bloc opératoire - déchets humains, y compris poches de sang - placentas 			
18	Les déchets de laboratoire sont autoclavés avant incinération			

19	Si l'incinération des déchets se fait dans l'établissement, celle-ci a lieu selon un rythme régulier déterminé à l'avance			
20	Les moyens choisis pour l'incinération permettent la destruction complète des déchets (notamment placentas et pièces anatomiques)			
21	Les résidus d'incinération sont enterrés dans une fosse, ou éliminés par le service des déchets de la ville			
22	Le personnel responsable de l'incinération des déchets a été formé			
23	Si l'incinération n'a pas lieu dans l'établissement, celui-ci s'assure que les déchets d'activités de soins sont bien détruits entièrement			
24	Le personnel des différents services est informé des risques de contamination engendrés par les déchets d'activités de soins			
25	Les malades et leurs familles sont informés des risques de contamination engendrés par les déchets d'activités de soins			
3d – Alimentation				
• Si l'hôpital fait la cuisine				
1	La cuisine est nettoyée tous les jours, sols et plans de travail			
2	Aucun aliment ne traîne dans la cuisine en dehors des heures de service			
3	La cuisine est régulièrement inspectée			
4	Aucune vaisselle sale ne traîne dans la cuisine en dehors des heures de service			
5	Les poubelles des déchets de cuisine sont vidées au moins une fois par jour			
6	Les aliments sensibles à la chaleur (viandes, poissons, produits laitiers...) sont stockés en chambre froide, dont la température est régulièrement contrôlée			
7	La fosse septique d'évacuation des eaux usées de la cuisine est munie d'un séparateur à graisse			
• Si les familles font la cuisine				
8	Les familles cuisinent à l'écart des services d'hospitalisation et des zones à haut risque			
9	Les déchets de la cuisine sont déposés par les familles dans des poubelles			
10	Ces poubelles sont vidées au moins une fois par jour			
11	La vaisselle est faite à l'extérieur des services d'hospitalisation			
12	La vaisselle propre est entreposée sur une étagère en hauteur et non par terre			

13	Aucun aliment n'est vendu à l'intérieur de soins et d'hospitalisation			
4 – LAVAGE DES MAINS ET HYGIENE DU PERSONNEL				
		OUI	NON	COMMENTAIRE
4 a – Lavage des mains				Si non, faire la liste des anomalies et expliquer pourquoi
1	Le personnel se lave systématiquement les mains avant chaque soin			
2	Le personnel se lave systématiquement les mains après chaque soin			
3	Le lavage des mains se fait avec du savon			
4	Le savon est toujours disponible			
5	Le savon est posé, entre deux utilisations, de manière à rester sec			
6	L'alcool ou un autre antiseptique pour les mains est utilisé systématiquement lorsque le lavage des mains ne peut pas se faire avec de l'eau et du savon			
7	Les essuie-mains sont toujours disponibles			
8	Le personnel utilise des essuie-mains à usage unique en papier			
9	Le personnel utilise des essuie-mains en tissu			
10	Un essuie-mains est prévu pour chaque soignant			
11	Les essuie-mains sont remplacés au moins une fois par jour (après chaque usage, à chaque changement d'équipe, chaque matin)			
12	Les essuie-mains sont lavés dans le service ou à la buanderie de l'établissement			
13	Les essuie-mains sont séchés à l'air, ils sont systématiquement repassés			
4 b – Hygiène du personnel				Si non, faire la liste des anomalies
1	Tous les membres du personnel de l'établissement utilisent une tenue vestimentaire pour le travail, différente de la tenue de ville			
2	La tenue de travail est toujours propre et sans tache			
3	La tenue de travail est lavée chaque semaine			
4	La tenue de travail est lavée dès qu'elle est tachée			
5	La tenue de travail est nettoyée par l'établissement ou par la personne elle-même sur le lieu de travail			
6	Les tenues de travail sont désinfectées systématiquement			
7	La blouse couvre complètement les vêtements de ville			
8	Les vêtements de ville sont enlevés et remplacés par les vêtements de travail			

9	En cas de maladies contagieuses, des mesures sont mises en place suivant un protocole écrit pour éviter tout risque de contamination			
10	Le personnel est vacciné contre certaines maladies transmissibles à l'hôpital (tétanos, poliomyélite, hépatite virale B...)			Indiquer les vaccins faits systématiquement :
5 – STÉRILISATION ET BLANCHISSERIE				
		OUI	NON	COMMENTAIRE
1	Il existe des protocoles écrits pour : - la désinfection - la stérilisation - les circuits du matériel et du linge			Faire la liste des protocoles existants
2	Ces protocoles sont tous appliqués			Si non, indiquer les protocoles non appliqués
3	La stérilisation est centralisée			
4	Une personne est responsable de la stérilisation			Si non, faire la liste des anomalies : chaque service est responsable
5	La personne responsable de la stérilisation est formée			
6	L'efficacité de la stérilisation est contrôlée (enregistrement et témoins)			
7	Le linge utilisé dans le service par le personnel est lavé et repassé dans l'établissement			
8	Si le linge utilisé par le malade est nettoyé par l'établissement : le linge souillé est mis directement dans un bac ou sac à linge sale			
9	Si le linge utilisé par le malade est nettoyé par la famille : en cas de maladie contagieuse dans le service, le personnel met en place, aussitôt, les mesures correspondantes			
6 – SOINS				
		OUI	NON	COMMENTAIRE
1	Il existe des protocoles de soins écrits pour			Faire la liste des protocoles existants
	- les soins d'hygiène de base			
	- les soins aseptiques			
	- l'isolement septique ou aseptique			
	- désinfection des endoscopes,			
	- recommandations internationales			
	- désinfection des laryngoscopes			
	- nettoyage et stérilisation de l'AMBU			
	- nettoyage matériel de vidéo-chirurgie			
	- CAT face bactéries multirésistantes			
	- préparation cutanée du site opératoire			
	- lavage des mains			
	- soins de bouche			
- désinfection d'une chambre				
- pose et entretien des cathéters veineux périphériques				

	- préparation cutanée de l'opéré			
	- Prévention du risque aspergillaire chez les patients immunodéprimés (Hématologie, Transplantation)			
	- prévention du risque aspergillaire chez les patients immunodéprimés (Hématologie, Transplantation)			
	- prévention du risque aspergillaire chez les patients immunodéprimés (Hématologie, Transplantation)			
	- pose et entretien d'une voie veineuse périphérique			
	Dans le domaine cardiovasculaire existe-t-il des protocoles de soins pour :			
	- réanimation cardio-pulmonaire			
	- ablation des drains thoraciques			
	- le Pace maker externe			
	- accueil de l'opéré cardiaque			
	- prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral - Aspects paramédicaux			
	- retour au domicile des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral			
2	Ces produits sont tous appliqués			Si non, indiquer les protocoles non appliqués
3	En cas de risque de contamination pour le soignant lors des soins, les mesures à prendre sont mises en place			Si non, faire la liste des anomalies : pas de masque
4	Les actes invasifs sont systématiquement réalisés avec du matériel stérile et des soins aseptiques. Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> - injections IM, IV, SC - perfusions et transfusions - ponctions (lombaire, pleurale, d'ascite, etc...) - pansements - sutures de plaies - accouchements par voie basse 			
5	Les interventions au bloc opératoire sont faites systématiquement avec du matériel stérile et des soins aseptiques : <ul style="list-style-type: none"> - lavage chirurgical des mains - gants stériles - tenues stériles - antiseptie de la zone d'intervention - champs stériles - instruments de chirurgie stériles - consommables stériles (compresses, fils...) 			
6	Les révisions utérines et délivrances artificielles sont réalisées dans des conditions chirurgicales (cf. question précédente)			

7 – URGENCES ET REANIMATION		OUI	NON	COMMENTAIRES
1	L'établissement est-il doté d'au moins de 2 salles d'opération ? avec du personnel de garde permettant d'opérer tous les jours et à toutes heures ?			
2	L'établissement est-il doté de services pouvant pratiquer des examens tous les jours et à toute heure : - imagerie médicale ? - laboratoire d'hématologie ? - biochimie ? - toxicologie ?			
3	Le service des urgences est-il géré par un médecin urgentiste ? Permet-il l'accueil et l'examen par un médecin urgentiste tous les jours et à toute heure ? Peut-il faire venir un médecin spécialiste en fonction de la pathologie ?			
4	L'équipe comprend-t-elle, outre le médecin urgentiste de garde : - deux infirmier(e) s - des aides-soignant(e)s, éventuellement des auxiliaires de puériculture - un(e) assistant(e) social(e) - un agent d'accueil Sont-ils tous formés aux urgences ?			
5	Existe-t-il 3 zones ? - une zone d'accueil ? - une zone d'examen et de soins ? - une zone de surveillance de courte durée ?			
6	Existe-il des protocoles pour : - intubation - transport malade ventilé - fibroscopie bronchique en réanimation - pose de KTC - ablation de KTC à émergence cutané - réfection de pansement sur KTC - branchement d'une perf sur KTC - cathéter artériel - toilette et pesée d'un patient ventilé - recommandations Transferts Infirmiers Inter-hospitaliers - prise en charge d'un sujet en mort encéphalique en réanimation - le chariot d'urgence			

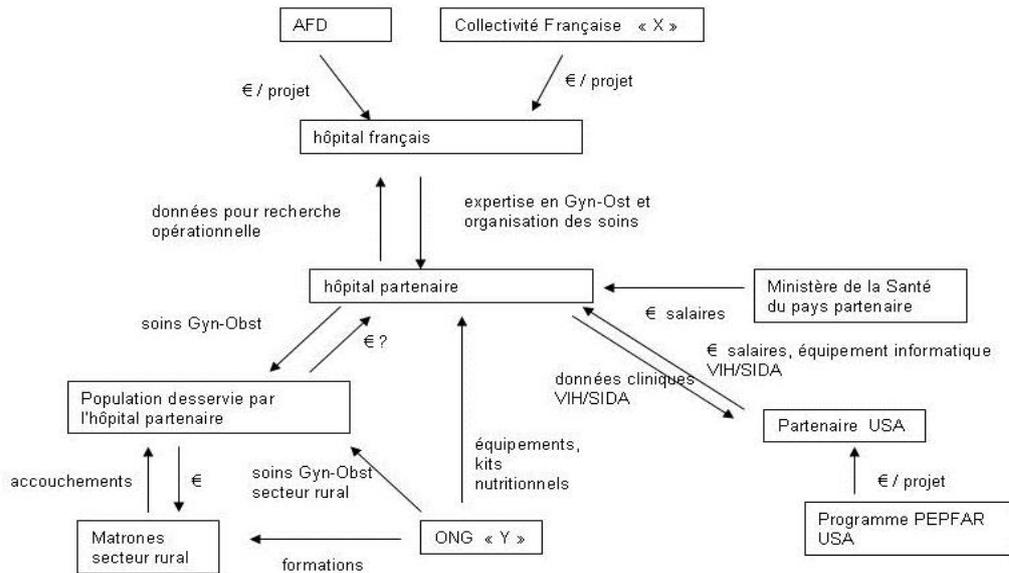
	<ul style="list-style-type: none"> - orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins - prise en charge des plaies aux urgences 			
7	Le flux de patients en amont et en aval du service des urgences est-il connu ?			
8 – MALADIES INFECTIEUSES		OUI	NON	COMMENTAIRES
1	Existe-t-il les protocoles suivants en cas de maladies infectieuses : <ul style="list-style-type: none"> - Isolement - La séroprophylaxie 			

FICHE PRATIQUE 4 : AIDE A L'ANALYSE DES PARTIES PRENANTES

Les parties prenantes d'un projet peuvent affecter ou être affectées par le projet, de manière directe ou indirecte, positive ou négative. Dans un premier temps, il est utile d'identifier et de qualifier les parties prenantes au projet. Cet exercice peut être réalisé à l'aide du tableau suivant :

Parties prenantes	Caractéristiques	Intérêts et attentes	Potentialités et faiblesse	Conclusions pour la mise en œuvre
	sociales, économiques, structure publique/ privée, question du genre, de la religion ...	motivations	ressources, contribution potentielle	Comment traiter avec le groupe
Partenaires				
Bénéficiaires directs				
Bénéficiaires indirects				
Parties attenantes (indirectement impactés ou impliqués, ex. bailleur de fond)				
Intervenants techniques				
Exclus, perdants				

La réalisation d'un schéma des interactions entre les parties prenantes tel que celui-ci permet de visualiser les liens d'interdépendance entre ces acteurs :



L'impact du projet sur les parties prenantes clés peut ensuite être résumé en utilisant ce tableau :

Parties prenantes pouvant affecter le projet (acteurs)				Parties prenantes pouvant être affectées par le projet			
directement		indirectement		directement		indirectement	
positivement	négativement	positivement	négativement	positivement	négativement	positivement	négativement

FICHE PRATIQUE 5 : COMMENT UTILISER L'OUTIL ARBRE A PROBLEMES ?

Pour construire un arbre à problèmes trois questions qui seront répétées pour chaque problème se posent :

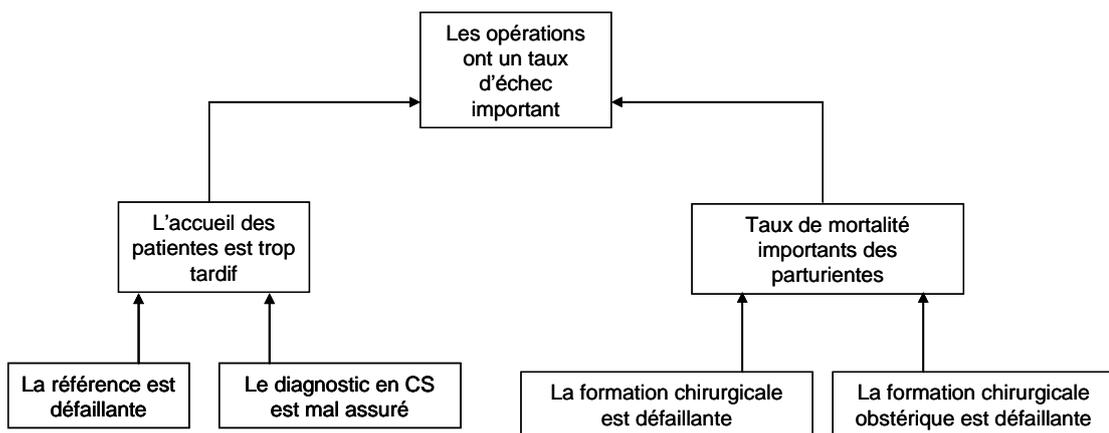
- Quelles sont les causes de ce problème ? (Prendre les trois causes majeures après les avoir listées)
- Quels sont les effets de ce problème ? (de même)
- Qui est touché par ce problème ?

Le problème est placé au centre, en dessous sont placés les causes et au-dessus ces effets. Ces éléments sont reliés entre eux par des flèches afin de visualiser l'effet systémique.

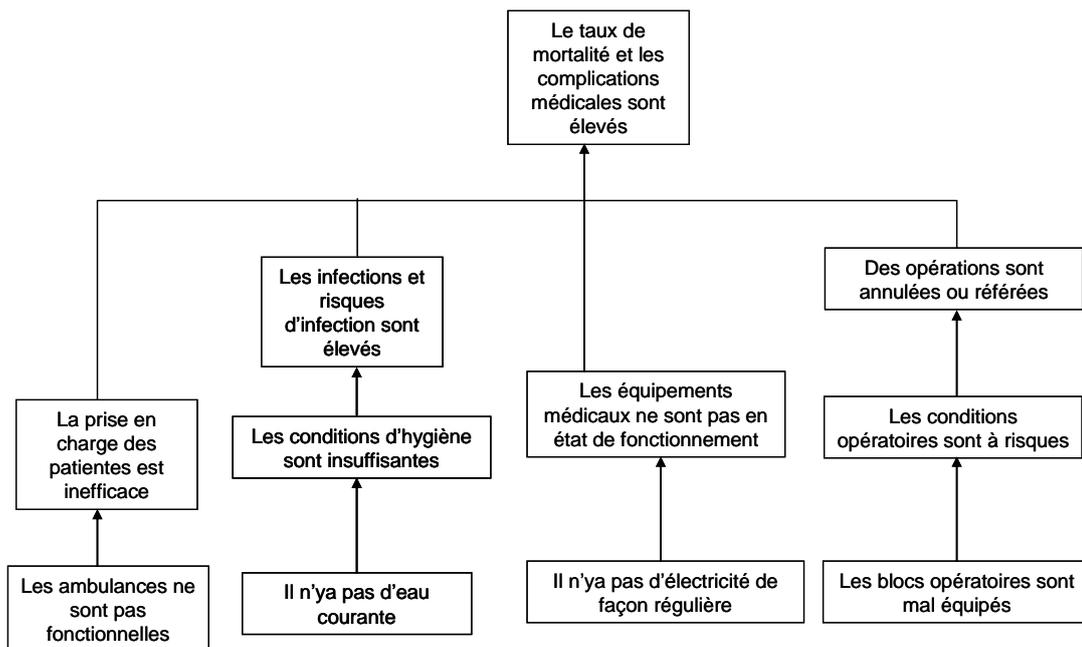
L'arbre ne doit pas être trop complexe sous peine de perdre tout son intérêt, il doit fournir une vision claire et réaliste de la situation dans une forme toutefois simplifiée.

La bonne réalisation de cet arbre conditionne la suite de l'analyse. Il faut veiller à ce que l'arbre, une fois fini, soit cohérent (notamment les relations de cause à effet) et qu'aucun problème majeur ne soit oublié.

Arbre à problèmes relevant des compétences d'un EPS

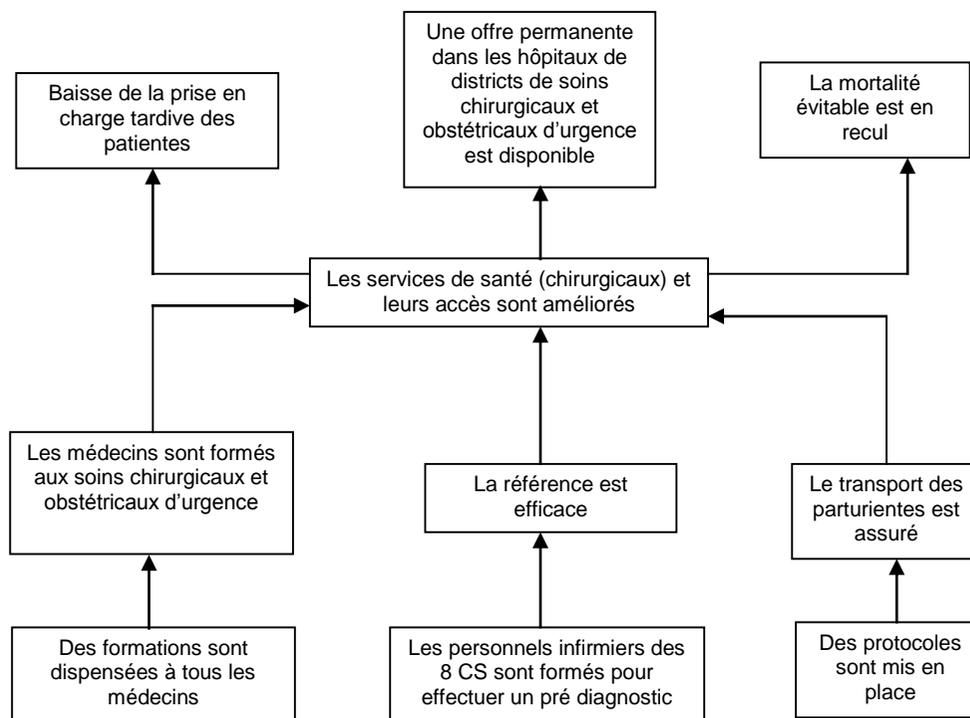


Arbre à problèmes ne relevant pas des compétences d'un EPS



FICHE PRATIQUE 6 : ANALYSE DES OBJECTIFS

Arbre à objectifs



Matrice

Description du projet	Logique d'intervention	Indicateurs de suivi	Sources de vérification	Hypothèses
Objectifs globaux	Amélioration des services de santé des provinces de Cankuzo, Ruyigi, Karuzi et Rutana par une offre permanente, dans les hôpitaux de district de ces provinces, de soins chirurgicaux et obstétricaux d'urgence.			
Objectif spécifique	Formation en chirurgie et obstétrique d'urgence des médecins des hôpitaux des provinces de Cankuzo, Ruyigi, Karuzi et Rutana.			
Résultats attendus	<ul style="list-style-type: none">- 26 médecins des 4 provinces sont formés aux soins chirurgicaux et obstétricaux d'urgence- les personnels infirmiers des 87 centres de santé des 4 provinces sont capables d'effectuer un pré-diagnostic- les personnels des 87 centres de santé des 4 provinces sont capables de référer aux hôpitaux de district dans les cas le nécessitant- le transport des parturientes est assuré grâce aux protocoles mis en place- les ambulances sont requises par les infirmiers des centres de santé et envoyées par les hôpitaux de district en fonction de l'urgence des complications			
Activités				

FICHE PRATIQUE 7 : DEFINITION DES ACTIVITES

Description du projet	Logique d'intervention	Indicateurs de suivi	Sources de vérification	Hypothèses
Objectifs globaux	Amélioration des services de santé des provinces de Cankuzo, Ruyigi, Karuzi et Rutana par une offre permanente, dans les hôpitaux de district de ces provinces, de soins chirurgicaux et obstétricaux d'urgence.			
Objectif spécifique	Formation en chirurgie et obstétrique d'urgence des médecins des hôpitaux des provinces de Cankuzo, Ruyigi, Karuzi et Rutana.			
Résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> - 26 médecins des 4 provinces sont formés aux soins chirurgicaux et obstétricaux d'urgence - les personnels infirmiers des 87 centres de santé des 4 provinces sont capables d'effectuer un pré-diagnostic - les personnels des 87 centres de santé des 4 provinces sont capables de référer aux hôpitaux de district dans les cas le nécessitant - le transport des parturientes est assuré grâce aux protocoles mis en place - les ambulances sont requises par les infirmiers des centres de santé et envoyées par les hôpitaux de district en fonction de l'urgence des complications 			
Activités	- recrutement de 2 experts chirurgiens burundais et de 2 experts obstétriciens burundais			
	- formation théorique de 26 médecins aux soins obstétricaux et chirurgicaux d'urgence			
	- formation pratique de 26 médecins aux soins obstétricaux et chirurgicaux d'urgence			
	- formation des infirmiers des maternités des hôpitaux aux soins obstétricaux et d'urgence de base			
	- formation des infirmiers de bloc aux principes fondamentaux d'anesthésie			
	- formation des infirmiers des centres de santé au diagnostic de présomption			
	- élaboration de protocoles de référence, d'hygiène, de prise en charge par motif d'admission			
	- suivi des activités de formation pratique			
- réunion de restitution finale du projet à Bujumbura				

FICHE PRATIQUE 8 : DEFINITION DES MOYENS ET DES COUTS

Description du projet	Logique d'intervention	Indicateurs de suivi	Sources de vérification	Hypothèses
Objectifs globaux	Amélioration des services de santé des provinces de Cankuzo, Ruyigi, Karuzi et Rutana par une offre permanente, dans les hôpitaux de district de ces provinces, de soins chirurgicaux et obstétricaux d'urgence.			
Objectif spécifique	Formation en chirurgie et obstétrique d'urgence des médecins des hôpitaux des provinces de Cankuzo, Ruyigi, Karuzi et Rutana.			
Résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> - 26 médecins des 4 provinces sont formés aux soins chirurgicaux et obstétricaux d'urgence - les personnels infirmiers des 87 centres de santé des 4 provinces sont capables d'effectuer un pré-diagnostic - les personnels des 87 centres de santé des 4 provinces sont capables de référer aux hôpitaux de district dans les cas le nécessitant - le transport des parturientes est assuré grâce aux protocoles mis en place - les ambulances sont requises par les infirmiers des centres de santé et envoyées par les hôpitaux de district en fonction de l'urgence des complications 			
Activités	- recrutement de 2 experts chirurgiens burundais et de 2 experts obstétriciens burundais	Moyens - 1 médecin urgentiste et spécialiste des protocoles de référence	- RDV téléphonique avec le coordinateur	
	- formation théorique de 26 médecins aux soins obstétricaux et chirurgicaux d'urgence	- 2 sages-femmes	- SITREP et rapports de mission	
	- formation pratique de 26 médecins aux soins obstétricaux et chirurgicaux d'urgence	- Un gynécologue obstétricien français par mission de formation théorique		
	- formation des infirmiers des maternités des hôpitaux aux soins obstétricaux et d'urgence de base	- 1 gynécologue obstétricien burundais par mission de formation pratique et de supervision nationale	- Contacts téléphoniques avec les médecins coordinateurs de province	
	- formation des infirmiers de bloc aux principes fondamentaux d'anesthésie	- 1 chirurgien français par mission de formation théorique		
	- formation des infirmiers des centres de santé au diagnostic de présomption	- 1 chirurgien pratique par mission de formation pratique et de supervision	Coûts	
	- élaboration de protocoles de référence, d'hygiène, de prise en charge par motif d'admission	- 1 anesthésiste	Voir cotations	
	- suivi des activités de formation pratique		Transport	
	- réunion de restitution finale du projet à Bujumbura	- 1 cadre de santé et hygiéniste	Per diem et frais de voyage	
	<ul style="list-style-type: none"> - 1 véhicule de location - Matériel pédagogique : livret de formation CHOBUR - Matériel médical de démonstration : 2 mannequins de chirurgie - 1 ordinateur - 1 vidéo projecteur - 1 générateur - 20 puces téléphoniques burundaises 	<ul style="list-style-type: none"> - Salaires des experts burundais mobilisés - Coûts de fonctionnement: essence, location voiture, tel - Coût administratifs 		

FICHE PRATIQUE 9 : REFLEXIONS SUR LES HYPOTHESES

Description du projet	Logique d'intervention	Indicateurs de suivi	Sources de vérification	Hypothèses
Objectifs globaux	Amélioration des services de santé des provinces de Cankuzo, Ruyigi, Karuzi et Rutana par une offre permanente, dans les hôpitaux de district de ces provinces, de soins chirurgicaux et obstétricaux d'urgence.			
Objectif spécifique	Formation en chirurgie et obstétrique d'urgence des médecins des hôpitaux des provinces de Cankuzo, Ruyigi, Karuzi et Rutana.			<ul style="list-style-type: none"> - les hôpitaux identifiés comme référence pour les hémorragies ont un poste de transfusion fonctionnel - Pas de rupture de stock des médicaments nécessaires
Résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> - 26 médecins des 4 provinces sont formés aux soins chirurgicaux et obstétricaux d'urgence - les personnels infirmiers des 87 centres de santé des 4 provinces sont capables d'effectuer un pré-diagnostic - les personnels des 87 centres de santé des 4 provinces sont capables de référer aux hôpitaux de district dans les cas le nécessitant - le transport des parturientes est assuré grâce aux protocoles mis en place - les ambulances sont requises par les infirmiers des centres de santé et envoyées par les hôpitaux de district en fonction de l'urgence des complications 			<ul style="list-style-type: none"> - Les hôpitaux de district, les centres de santé et les ambulances disposent d'un système de radiocommunication fiable - Les ambulances sont fonctionnelles - Les voies de communication sont praticables - L'ambulance est joignable et disponible en permanence - Les postes de transfusion disposent de sang en permanence
Activités	- Recrutement de 2 experts chirurgiens burundais et de 2 experts obstétriciens burundais	Moyens - 1 médecin urgentiste et spécialiste des protocoles de référence	- RDV téléphonique avec le coordinateur	<ul style="list-style-type: none"> - Le pays et les 4 provinces concernées sont stables (absence de guerre civile et de guerre) - Les provinces concernées sont accessibles par la route - Pas d'affluence subite et massive dans les hôpitaux de district
	- Formation théorique de 26 médecins aux soins obstétricaux et chirurgicaux d'urgence	- 2 sages-femmes	- SITREP et rapports de mission	
	- Formation pratique de 26 médecins aux soins obstétricaux et chirurgicaux d'urgence	- Un gynécologue obstétricien français par mission de formation théorique		
	- Formation des infirmiers des maternités des hôpitaux aux soins obstétricaux et d'urgence de base	- 1 gynécologue obstétricien burundais par mission de formation pratique et de supervision nationale	- Contacts téléphoniques avec les médecins coordinateurs de province	
	- Formation des infirmiers de bloc aux principes fondamentaux d'anesthésie	- 1 chirurgien français par mission de formation théorique		
	- Formation des infirmiers des centres de santé au diagnostic de présomption	- 1 chirurgien pratique par mission de formation pratique et de supervision	Coûts	
	- Élaboration de protocoles de référence, d'hygiène, de prise en charge par motif d'admission	- 1 anesthésiste	Voir cotations	
	- Suivi des activités de formation pratique		Transport	
	- Réunion de restitution finale du projet à Bujumbura	- 1 cadre de santé et hygiéniste	Per diem et frais de voyage	
		<ul style="list-style-type: none"> - 1 véhicule de location - Matériel pédagogique: livret de formation CHOBUR - Matériel médical de démonstration: 2 mannequins de chirurgie - 1 ordinateur - 1 vidéo projecteur - 1 générateur - 20 puces téléphoniques 	<ul style="list-style-type: none"> - Salaires des experts burundais mobilisés - Coûts de fonctionnement: essence, location voiture, tel - Coût administratifs 	

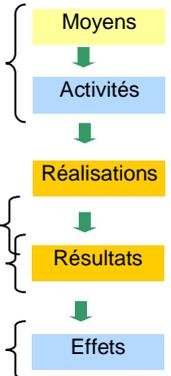
FICHE PRATIQUE 10 : DEFINIR LES INDICATEURS ET LES SOURCES DE VERIFICATION

Description du projet	Logique d'intervention	Indicateurs de suivi	Sources de vérification	Hypothèses
Objectifs globaux	Amélioration des services de santé des provinces de Cankuzo, Ruyigi, Karuzi et Rutana par une offre permanente, dans les hôpitaux de district de ces provinces, de soins chirurgicaux et obstétricaux d'urgence.	<ul style="list-style-type: none"> - Baisse de la mortalité maternelle de 50% dans chaque hôpital de district et chaque centre de santé - Baisse de la mortalité infantile de 50% dans chaque hôpital de district et chaque centre de santé - Un médecin de garde en permanence dans chaque hôpital de district 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapports d'activité des hôpitaux de district et des centres de santé - Rapports des médecins coordinateurs de province 	
Objectif spécifique	Formation en chirurgie et obstétrique d'urgence des médecins des hôpitaux des provinces de Cankuzo, Ruyigi, Karuzi et Rutana.	<ul style="list-style-type: none"> - 90% des parturientes nécessitant les césariennes (à compléter avec autres complications) 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapports d'activité des hôpitaux de district et des centres de santé - Rapports des médecins coordinateurs de province 	<ul style="list-style-type: none"> - les hôpitaux identifiés comme référence pour les hémorragies ont un poste de transfusion fonctionnel - Pas de rupture de stock des médicaments nécessaires
Résultats attendus	- 26 médecins des 4 provinces sont formés aux soins chirurgicaux et obstétricaux d'urgence	- 26 médecins obtiennent 80% de bonnes réponses aux tests théoriques (à détailler)	- Rapports de formation théorique des médecins français	<ul style="list-style-type: none"> - Les hôpitaux de district, les centres de santé et les ambulances disposent d'un système de radiocommunication fiable - Les ambulances sont fonctionnelles - Les voies de communication sont praticables - L'ambulance est joignable et disponible en permanence - Les postes de transfusion disposent de sang en permanence
	- les personnels infirmiers des 87 centres de santé des 4 provinces sont capables d'effectuer un pré-diagnostic	- X infirmiers des hôpitaux et centres de santé obtient 80% de bonnes réponses aux tests théoriques (à détailler) Les 87 centres de santé disposent de protocole de référence et de priorisation des patientes	<ul style="list-style-type: none"> - Rapports de formation pratique des experts burundais - Livrets CHOBUR: livret personnalisé pour les médecins, répertoriant les actes chirurgicaux et obstétricaux qu'ils délivrent après leur formation théorique et pratique 	
	- Les personnels des 87 centres de santé des 4 provinces sont capables de référer aux hôpitaux de district dans les cas le nécessitant	- 60% des parturientes référées le sont dans le temps défini par les protocoles	- Rapports de mission	
	- Le transport des parturientes est assuré grâce aux protocoles mis en place	- 80% des parturientes nécessitant un transfert sont effectivement transférées	<ul style="list-style-type: none"> - Rapports d'audits des pratiques en centre de santé - Rapports d'audits des pratiques en hôpital de district 	
	- Les ambulances sont requises par les infirmiers des centres de santé et envoyées par les hôpitaux de district en fonction de l'urgence des complications			
Activités	- Recrutement de 2 experts chirurgiens burundais et de 2 experts obstétriciens burundais	Moyens - 1 médecin urgentiste et spécialiste des protocoles de référence	- RDV téléphonique avec le coordinateur	<ul style="list-style-type: none"> - Le pays et les 4 provinces concernées sont stables (absence de guerre civile et de guerre) - Les provinces concernées sont accessibles par la route - Pas d'affluence subite et massive dans les hôpitaux de district
	- Formation théorique de 26 médecins aux soins obstétricaux et chirurgicaux d'urgence	- 2 sages-femmes	- SITREP et rapports de mission	
	- Formation pratique de 26 médecins aux soins obstétricaux et chirurgicaux d'urgence	- Un gynécologue obstétricien français par mission de formation théorique		
	- Formation des infirmiers des maternités des hôpitaux aux soins obstétricaux et d'urgence de base	- 1 gynécologue obstétricien burundais par mission de formation pratique et de supervision nationale	- Contacts téléphoniques avec les médecins coordinateurs de province	
	- Formation des infirmiers de bloc aux principes fondamentaux d'anesthésie	- 1 chirurgien français par mission de formation théorique		
	- Formation des infirmiers des centres de santé au diagnostic de présomption	- 1 chirurgien pratique par mission de formation pratique et de supervision	Coûts	
	- Élaboration de protocoles de référence, d'hygiène, de prise en charge par motif d'admission	- 1 anesthésiste	Voir cotations	
	- Suivi des activités de formation pratique		Transport	
	- Réunion de restitution finale du projet à Bujumbura	- 1 cadre de santé et hygiéniste	Per diem et frais de voyage	
	<ul style="list-style-type: none"> - 1 véhicule de location - Matériel pédagogique : livret de formation CHOBUR - Matériel médical de démonstration : 2 mannequins de chirurgie - 1 ordinateur - 1 vidéo projecteur - 1 générateur - 20 puces téléphoniques burundaises 	<ul style="list-style-type: none"> - Salaires des experts burundais mobilisés - Coûts de fonctionnement : essence, location voiture, tel - Coût administratifs 		

FICHE PRATIQUE 11 : LES DIFFERENTS TYPES D'INDICATEURS

En fonction de l'objet du suivi-évaluation précédemment défini, un indicateur peut renseigner sur :

- l'utilisation des moyens et la mise en œuvre d'activités (« comment cela se déroule-t-il ? ») ; on parle alors d'indicateur de *moyens* (lesquels ne permettent pas en tant que tels de savoir si l'on atteindra ou pas le résultat) ;
- l'atteinte de résultats intermédiaires (« concrètement, que réalise-t-on ? ») ; on parle alors d'indicateurs de *réalisation* ;
- l'atteinte de résultats finaux (« à quoi aboutit-on in fine ? ») ; on parle alors d'indicateurs de *résultat* ;
- la contribution à certains effets (lesquels renvoient à l'idée d'impact : « à quels grands changements contribue-t-on ? ») ; on parle alors d'indicateurs d'*effets*.



Le choix entre ces différents types d'indicateurs dépend de l'objet du suivi-évaluation et de ses ambitions. »

FICHE PRATIQUE 12 : LE RAPPORT DE MISSION
Exemple du CHU de Nantes

RELATIONS INTERNATIONALES
RAPPORT DE MISSION



Ce rapport doit être transmis :

- à la direction des relations internationales du CHU de Nantes
- à l'équipe de coordination de l'activité

1. Informations générales

Rédacteur (prénom, nom, qualité)	
Dates de mission	
Lieu de la mission (établissement partenaire, ville, pays)	
Objet de la mission	
Participants (prénom, nom, qualité, rôle)	
Type de mission	<input type="checkbox"/> Mission Sud-Nord <input type="checkbox"/> Mission Nord-Sud
	<input type="checkbox"/> Exploratoire <input type="checkbox"/> Enseignement <input type="checkbox"/> Expertise <input type="checkbox"/> Appui administratif ou technique <input type="checkbox"/> Suivi-Evaluation

2. Description des objectifs de la mission (max. 10 lignes)

3. Atteinte des objectifs :

- totalement satisfaisante
- globalement satisfaisante
- globalement peu satisfaisante
- insatisfaisante

Commentaires :

4. Synthèse du déroulement de la mission (max. 10 lignes)

Si mission d'enseignement préciser : l'intitulé du cours, le nombre d'heures données, le public-cible (niveau d'étude et nombre), le matériel didactique utilisé, le cas échéant, le système d'évaluation mis en place.

5. Conclusions et recommandations (max. 10 lignes)

6. Propositions de suivi

7. Décompte financier

ANNEXES

Annexe 1- Le cadre international de la coopération internationale

Annexe 2 - Le cadre national de la coopération internationale

Annexe 3 - Zone de Solidarité Prioritaire (ZSP) et Document Cadre de Partenariat (DCP)

Annexe 4 - Les acteurs de l'APD*

Annexe 5 – Les acteurs de la société civile

ANNEXE 1- LE CADRE INTERNATIONAL DE LA COOPERATION INTERNATIONALE

La coopération internationale mène ses actions dans un cadre défini par des accords entre Etats. Ce cadre évolue en permanence en fonction des événements géopolitiques, des crises (économiques, naturelles...) qui surviennent et des priorités que se fixe la communauté internationale. Les décisions prises sont aussi le fruit de travaux de capitalisation qui rendent compte des résultats des politiques et stratégies entreprises afin d'améliorer l'efficacité des actions de coopération au développement. Les derniers engagements internationaux : les OMD, la Consensus de Monterrey, la Déclaration de Paris et l'Agenda d'Action d'Accra définissent le cadre actuel.

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement – Septembre 2000

En 2000, lors de l'Assemblée générale des Nations unies, les Etats du monde entier ont reconnu qu'ils étaient « *collectivement tenus de défendre, au niveau mondial, les principes de la dignité humaine, de l'égalité et de l'équité* » et se sont engagés à « *créer – aux niveaux national et mondial – un climat propice au développement et à l'élimination de la pauvreté* ». Pour y parvenir, huit « Objectifs du millénaire pour le développement » (OMD) ont été définis et doivent être atteints d'ici à 2015. Les 189 représentants des pays signataires se sont ainsi engagés à appliquer la Déclaration du Millénaire dans le cadre de leur politique nationale d'aide au développement. Les OMD marquent ainsi une avancée majeure dans l'approche du développement, les Etats ont fait le choix d'œuvrer pour un meilleur partage des bénéfices de la mondialisation.

OMD	Objectifs	
1	Réduire l'extrême pauvreté	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour • Assurer le plein emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un travail décent et productif • Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim
2	Assurer l'éducation primaire pour tous	<ul style="list-style-type: none"> • D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires
3	Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005, si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard.
4	Réduire la mortalité infantile et post-infantile	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans
5	Améliorer la santé maternelle	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle • Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015
6	Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies	<ul style="list-style-type: none"> • D'ici à 2015, avoir enrayé la propagation du VIH/Sida et avoir commencé à inverser la tendance actuelle • D'ici à 2010, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/Sida • D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies graves et commencer à inverser la tendance actuelle
7	Préserver l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les principes du développement durable dans les politiques et programmes nationaux et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources naturelles • Réduire l'appauvrissement de la diversité biologique et en ramener le taux à un niveau sensiblement plus bas d'ici à 2010 • Réduire de moitié, d'ici à 2025, le pourcentage de la population qui n'a pas d'accès à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base • Améliorer sensiblement, d'ici à 2020, les conditions de vie de 100 millions d'habitants des taudis
8	Mettre en place un partenariat pour le développement	<ul style="list-style-type: none"> • Répondre aux besoins particuliers des pays en développement sans littoral et des petits Etats insulaires en développement • Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier ouvert, réglementé, prévisible et non discriminatoire • Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement • En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement • En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les nouvelles technologies, en particulier les technologies de l'information et de la communication, soient à la portée de tous

Le Consensus de Monterrey – Mars 2002

Dans ce texte concluant la Conférence de Monterrey, les chefs d'Etat et de gouvernement notent avec inquiétude que les ressources mobilisées sont insuffisantes pour réaliser les OMD, en particulier la réduction de la pauvreté. Ils en appellent à un nouveau partenariat entre les pays développés et les pays en développement. Parmi les mesures phares, le consensus de Monterrey demande et encourage :

- la participation active et accrue des PED aux dialogues et processus de décisions internationaux
- les pays du Nord à porter leurs contributions à 0,7% du PNB en faveur de l'aide au développement et de 0,15 à 0,20% vers les PMA
- la mise en place de mesures d'atténuation de la dette
- la suppression des barrières commerciales et des subventions dont la nature fausse les échanges
- l'appui des projets promouvant l'intégration sous régionale et régionale entre PED et pays en transition

Le consensus de Monterrey marque un tournant dans les modalités de coopération à destination des PED. Pour la première fois sont envisagées des coopérations Sud-Sud et des pays en transition vers les pays pauvres. L'effort demandé aux pays développés de contribuer à hauteur de 0,7 % de leur PNB exprime la nécessité de renforcer les financements en direction de l'aide au développement. En 2011, seuls quelques pays scandinaves ont atteint cet objectif voire le dépasse. La France ne l'a pas respecté, sa contribution plafonnant à peine à 0,5%.

La Déclaration de Paris – Mars 2005

La Déclaration de Paris est un accord international portant sur les financements innovants qu'il est possible de mettre en œuvre pour compléter le budget de l'APD. Ce texte de trois pages résume l'actualité des financements innovants dans le paysage du développement et onze recommandations concrètes.

En signant la Déclaration les pays s'engagent à : adopter un mécanisme de financement innovant, créer un groupe de travail chargé d'évaluer la faisabilité technique d'une taxe sur les transactions de change et de contributions volontaires reposant sur les transactions financières internationales, d'orienter l'aide vers de nouveaux secteurs tel que le changement climatique

Cinq grands principes ont été définis en vue d'une plus grande efficacité de l'aide et de l'atteinte des OMD d'ici à 2015 :

Prise en charge – Les pays en développement définissent leurs propres stratégies de réduction de la pauvreté, améliorent leurs institutions et luttent contre la corruption.

Alignement – Les pays donateurs s'alignent sur ces objectifs et s'appuient sur les systèmes locaux.

Harmonisation – Les pays donateurs se concertent, simplifient les procédures et partagent l'information pour éviter que leurs efforts ne fassent double emploi.

Résultats – Les pays en développement se concentrent sur les résultats souhaités et leur évaluation.

Redevabilité mutuelle – Les donateurs et les partenaires sont responsables des résultats obtenus en matière de développement.

C'est le plus récent accord entre donateurs et bénéficiaires ayant occasionné des réformes dans la gestion financière pour renforcer l'impact et l'efficacité de l'aide.

L'Agenda d'Action d'Accra (AAA) – Septembre 2008

Du 2 au 4 septembre 2008, les pays donateurs, les pays bénéficiaires et des organisations non gouvernementales se sont rencontrés lors du Forum Haut Niveau (HLF3) à Accra au Ghana. Le but était d'évaluer les résultats de l'application de la Déclaration de Paris et de mettre en place un "agenda d'action". L'Agenda d'Action d'Accra est adopté par la communauté internationale qui réaffirme son engagement pour intensifier les efforts pour atteindre les OMD.

L'agenda contient un programme en vue d'accélérer les progrès :

Prévisibilité – les donateurs fourniront aux pays partenaires, trois à cinq ans à l'avance, des informations sur l'aide qu'ils prévoient de leur accorder.

Systèmes nationaux – les systèmes nationaux des pays partenaires seront utilisés en priorité pour acheminer l'aide, plutôt que les systèmes des donateurs.

Conditionnalité – les donateurs appliqueront, non plus les conditions imposant la manière et le moment de dépenser les fonds de l'aide, mais plutôt les conditions fondées sur les propres objectifs de développement des pays bénéficiaires.

Déliement de l'aide – les donateurs assoupliront les restrictions qui empêchent les pays en développement d'acheter les biens et les services dont ils ont besoin auprès des sources où ils peuvent obtenir la meilleure qualité au plus bas prix.

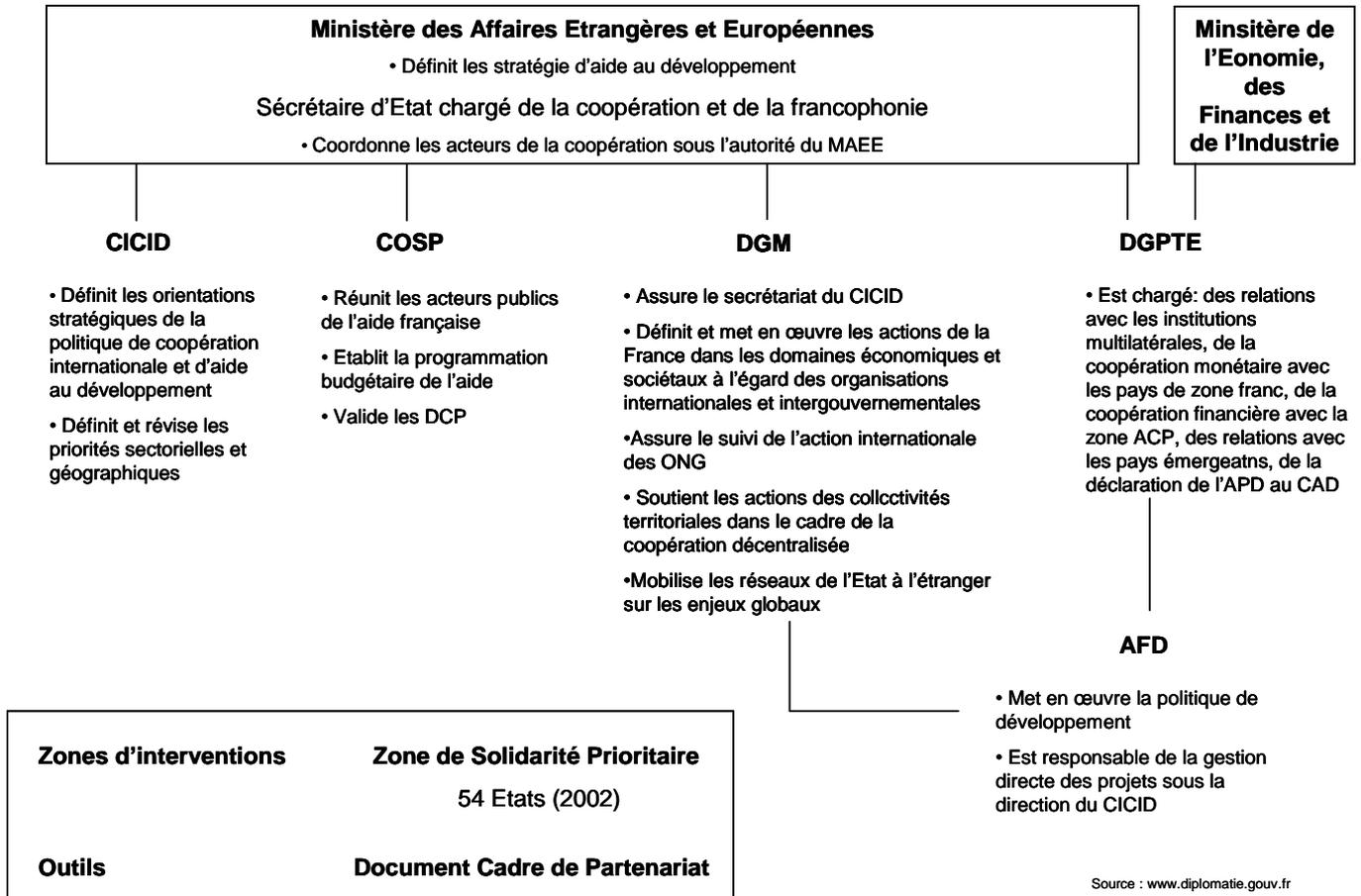
Plaidoyer de Montréal – « Pour la santé de la mère et de l'enfant dans les pays en développement »

Rédigé à l'initiative de l'AUF, de la fondation Mérieux, des universités de Montréal et Sherbrooke (Canada), de la CIDMEF, du CCISD, du CHU Sainte Justine (Montréal) et de RMEF, ce plaidoyer formule 14 recommandations pour améliorer la santé des mères et des enfants dans les pays en développement, contribuant ainsi à l'atteinte des objectifs 4, 5 et 6 du Millénaire, dont l'échéance a été fixée à 2015.

Parmi ces recommandations figurent le renforcement de la qualité des systèmes de santé et l'amélioration de l'accessibilité des centres de soins (n°4), la mise en place de formations de base et continues pour les professionnels (n°5) ou encore la diffusion du savoir et des résultats de recherche (n°14), auxquels les hôpitaux français peuvent, par les actions de coopération internationale qu'ils mènent, s'associer.

Le cadre national institutionnel de l'APD

à compter de 2005



ANNEXE 3 - LA ZONE DE SOLIDARITE PRIORITAIRE (ZSP) ET LE DOCUMENT CADRE DE PARTENARIAT (DCP)

www.diplomatie.gouv.fr

La France a développé son aide publique au développement dans les années 60 en vue de soutenir le développement des nations africaines nouvellement indépendantes. En 1998, l'Etat initie des réformes majeures visant les modalités de l'APD et les poursuitis en 2004/2005. L'objectif est de renforcer l'efficacité de l'aide accordée en instaurant une sélectivité de l'aide.

La Zone de Solidarité Prioritaire ou la sélectivité géographique de l'aide - 1998

En 1998, le Comité interministériel de la coopération internationale au développement (CICID) fait le choix de mettre en place une politique de sélectivité géographique de l'aide afin de donner plus de cohérence et de résultats durables aux actions françaises déployées dans le cadre de la coopération internationale. La Zone de Solidarité Prioritaire est définie et l'aide sera accordée aux pays qui en font partie. En 2002⁴⁹, elle compte 54 Etats en développement à faible revenus nationaux et ayant difficilement accès au marché financier. La majorité des Etats sont issus de l'Afrique et particulièrement de la zone subsaharienne (43). Les bénéficiaires restants se trouve au Proche et Moyen Orient (3), en Asie (3), aux Caraïbes (3), en Amérique Latine (1) et dans le Pacifique (1). Se référer à la carte Partie 1, Chapitre 2, p.

Le Document Cadre de Partenariat ou la sélectivité sectorielle de l'aide - 2005

En 2005, le Document Cadre de Partenariat, également mis en place par le CICID, vient renforcer la politique de sélectivité de l'aide instaurant une sélectivité sectorielle. Il s'applique aux pays de la ZSP pour une durée de cinq ans.

Le DCP définit une stratégie à déployer entre la France, le pays partenaire et l'ensemble des acteurs impliqués. Le texte s'appuie sur la stratégie de développement à l'œuvre dans le pays concerné et doit se concentrer sur trois secteurs maximum contribuant à l'atteinte des OMD. Les choix des secteurs sont à faire parmi les suivants : éducation, eau et assainissement, santé et lutte contre le sida, agriculture et sécurité alimentaire, développement des infrastructures, protection de l'environnement et de la biodiversité, développement du secteur productif.

Côté français, l'ambassadeur est chargé d'élaborer le DCP, coté partenaire, ce sont les autorités.

Des évaluations sont réalisées afin de s'assurer de la réalisation et des résultats des actions engagées et d'entreprendre le cas échéant une actualisation. Le but final de ce document est d'anticiper et de programmer l'aide autant pour les pays donateurs que pour les bénéficiaires. Ils concernaient en 2008, 35 pays de la ZSP.

Le DCP est aujourd'hui l'outil de programmation de l'aide de tous les acteurs français. Il est essentiel en arrivant sur place de consulter le DCP en cours auprès de l'ambassade de France.

Ces deux outils répondent aux exigences du cadre international de la coopération (Se référer à l'Annexe 1) qui incite à plus d'efficacité. Le renforcement du rôle des pays bénéficiaires, la concentration de l'aide et la définition de stratégies visant à atteindre les OMD en sont des moyens pour y parvenir.

⁴⁹

Date de révision la plus récente de la ZSP par le CICID

ANNEXE 4 – LES ACTEURS DE L'APD

Les acteurs du bilatéral

Le Ministère des Affaires Etrangères (MAE)

www.diplomatie.gouv.fr

Le MAE est en charge de concevoir la politique étrangère de française. Grâce à ses ambassades et consulats, le ministère conduit et coordonne les relations internationales de la France et exerce ainsi le rayonnement du pays à l'étranger.

Dans le cadre de la coopération internationale, il définit les orientations des politiques d'aide publique à destination des pays en développement et émergents.

C'est la plus haute instance de décision de l'aide.

L'Agence Française de Développement (AFD)

www.afd.fr

L'Agence Française de Développement est un établissement public ayant le statut d'institution financière spécialisée (IFS) : elle agit comme une banque de développement. Elle est l'opérateur pivot de l'aide publique au développement et est ainsi chargée de mettre en œuvre la politique de développement défini par l'Etat. L'agence travaille en étroite collaboration avec les ministères impliqués, les pouvoirs publics, les associations et le secteur privé. L'AFD accompagne les projets engagés par ces acteurs délivrant financements et expertise sur les cinq continents.

Le Groupe d'Intérêt Public Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau

www.esther.fr

Le GIP ESTHER crée en 2002 à l'initiative de B. Kouchner fait intervenir acteurs gouvernementaux (Etat et réseau ville hôpital) et de la société civile (FHF, Croix-Rouge Française, associations Tulipe et coordination Sud). Esther a pour ambition de lutter contre le VIH/Sida en améliorant la prise en charge des personnes infectées. Pour y parvenir, le GIP coordonne les actions des acteurs hospitaliers et associatifs en vue de développer des partenariats entre localités et pays.

LE GIP ESTHER est présent dans 18 pays partenaires (15 en Afrique et 3 en Asie) et a conclu des partenariats avec l'OMS, ONUSIDA, UNITAID et le FMSTP.

En 2008, 52 hôpitaux français étaient engagés dans un partenariat ESTHER.

Les collectivités territoriales

Depuis 1992, la loi reconnaît aux collectivités territoriales la possibilité de s'investir dans des actions de coopération internationale avec des collectivités territoriales étrangères : c'est la coopération décentralisée. En 2007, une seconde loi vient renforcer le cadre juridique de cette politique publique. Depuis, les Conseils régionaux et généraux ainsi que les communes ont multiplié les actions internationales.

La coopération décentralisée repose sur une convention qui lie les collectivités françaises et étrangères et en fait des partenaires égaux. En fonction de leurs compétences, les collectivités françaises peuvent s'investir dans de nombreux domaines, dont l'aide au développement.

Dans ce cadre, le partenariat entre EPS et collectivités territoriales permet de disposer davantage de financements et offre une plus grande visibilité.

L'ensemble des capitaux humains et financiers engagés par ces acteurs rattachés à l'Etat français visent l'atteinte des trois OMD concernant directement la santé d'ici à 2015. La lutte contre le VIH/Sida reste toutefois la cause qui reçoit le plus de contributions et d'attention.

Les acteurs du multilatéral

L'Union Européenne

http://europa.eu/index_fr.htm

Pour s'affirmer sur la scène internationale comme puissance politique, l'Union européenne développe depuis plusieurs décennies une politique d'aide aux pays en développement. Elle est aujourd'hui le plus grand bailleur de fonds multilatéral, dont l'Afrique est le premier bénéficiaire. Les infrastructures sociales, dont la santé fait partie, sont le premier poste budgétaire de l'aide européenne.

L'Union européenne affiche depuis longtemps une politique d'aide à la recherche, domaine dans lequel elle veut s'affirmer. Ainsi, elle développe des politiques volontaristes (Stratégie de Lisbonne, Europe 2020, ...) et cherche à mettre en place des dynamiques de coopération à l'échelle de l'Union (Espace européen de recherche, etc.). Elle soutient les actions de recherche et de développement à travers un outil financier spécifique : les programmes-cadres de recherche et de développement (PCRD).

Le *Fonds Européen de Développement* est le principal instrument financier de l'Union pour acheminer son aide au développement vers les pays ACP et les pays et territoires d'outre-mer.

Soumis à ses propres règles financières, il est alimenté par des contributions volontaires des États membres, négociées dans le cadre d'accords intergouvernementaux (les Accords de Cotonou). Il n'est pas intégré dans le budget communautaire.

Le 10ème FED s'étend sur la période 2008-2013 et dispose d'un budget de 22,7 milliards d'euros, dont 154 millions sont consacrés à la santé.

EuropeAid est la direction générale de la Commission européenne chargée de la mise en œuvre des projets et des programmes d'aide extérieure dans le monde. EuropeAid est l'interlocuteur privilégié d'un CHU désireux de monter un projet de coopération, notamment pour les demandes de financement.

http://ec.europa.eu/europeaid/index_fr.htm

Le système des Nations Unies

L'Organisation des Nations Unies – ONU – 1945

www.un.org

Créée en 1945 par 51 Etats en réponse aux violences de la Seconde guerre mondiale, l'Organisation des Nations Unies (ONU) a pour but de promouvoir la paix dans le monde. Elle succède à la SDN⁵⁰. Au-delà de mesures collectives pour « prévenir et écarter les menaces à la paix⁵¹ », l'ONU œuvre au développement des bonnes relations entre les Etats et met en place une coopération internationale. Elle compte aujourd'hui 192 Etats membres, ce qui en fait l'organisation internationale regroupant le

⁵⁰ Présentation SDN

⁵¹ Charte de l'ONU

plus de pays membres. Depuis plus d'un demi-siècle, elle participe activement aux actions de coopération internationale pour le développement à travers ses nombreuses agences et programmes : PNUD, OMS, ONUSIDA, FMSTP, UNITAID, UNICEF, FNUAP.

La Banque Mondiale – BM – 1945

www.banquemondiale.org

Initialement créée en 1945 sous le nom de Banque Internationale de Reconstruction et de Développement (BIRD), la BM oriente aujourd'hui ses actions vers les pays en développement nécessitant des financements. Elle regroupe cinq institutions qui ont pour ambition de lutter contre la pauvreté et d'amener chaque pays à être solvable. Elle octroie des prêts assortis de conditions, des crédits et des dons destinés à être investis dans les secteurs essentiels tels que la santé et les infrastructures. Depuis la décennie 90, la Banque Mondiale est un des acteurs majeurs de la coopération sanitaire aux côtés de l'Union Européenne.

Le Programme des Nations Unies pour le Développement – PNUD – 1965

www.unpd.org

Le PNUD est l'organe central de l'action de l'ONU en matière de développement. Un Bureau est présent dans 166 pays et coordonne l'action de toutes les agences de l'ONU dans le pays en matière d'aide pour atteindre les OMD.

L'Organisation Mondiale de la Santé – OMS – 1948

www.who.int/fr/

L'OMS est l'autorité directrice et coordinatrice de l'ONU spécialisée sur les questions de santé. Elle définit les normes et critères internationaux en matière de santé, propose des politiques sanitaires et un soutien technique à ses pays membres et fixe les priorités de recherche en santé. Elle mène aussi une action continue de veille sanitaire mondiale pour prévenir et contenir les épidémies.

ONUSIDA

www.unaids.org

Créé en 1995 et coparrainé par les différentes agences de l'ONU (OMS, UNESCO, UNICEF, PNUD, FUNAP, BM), l'OMS coordonne les actions qu'elles mènent contre la pandémie.

Le programme est déployé dans les pays sous couvert des autorités nationales de santé et par le biais du coordinateur résidant du PNUD, du conseil local d'ONUSIDA et de groupes thématiques associant autorités locales, représentants des agences de l'ONU et associations de lutte contre le sida.

Les financements de ces acteurs internationaux sont plus difficiles à obtenir. Ils sont généralement soumis à ma réponse à de grands appels d'offres. Les financements européens restent plus accessibles et très précieux pour des projets de coopération internationale hospitalière de haut niveau.

Les fonds thématiques

Le Fond Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme – FMSTP – 2002

www.theglobalfund.org/fr/

Créé en 2002, le FMSTP est un instrument financier qui vise à accroître les ressources destinées à financer des programmes de lutte contre les trois maladies les plus ravageuses : le Sida, la tuberculose et le paludisme. Fondé sur un partenariat entre privé et public, le fond a permis la distribution de traitement pour plus de 7 millions de personnes dans 150 pays.

UNITAID

www.unitaid.eu/

UNITAID est un fond international créé en 2006 à l'initiative de la France et de quatre autres pays. Il a pour objectif de rendre moins cher et plus accessibles les médicaments de diagnostic et les traitements contre le sida, le paludisme et la tuberculose. UNITAID a actuellement le soutien de 29 pays et de la Fondation Bill et Melinda Gates. Depuis sa création il a investi plus d'un milliard de dollars pour le financement de 16 projets dans 94 pays (51 pour le VIH, 29 pour le paludisme et 72 pour la tuberculose).

Alliance Globale pour la Vaccination et l'Immunsation–GAVI – 2000

www.VaccineAlliance.org

GAVI est une alliance mondiale qui regroupe une multitude d'acteurs : gouvernements, organisations internationales (OMS, UNICEF, BM), des fondations (Bille et Melinda Gates et Rockefeller), des entreprises et des instituts de recherche et développement. Elle a pour ambition d'améliorer l'accès aux vaccins aux populations des pays en développement et de développer de nouveaux vaccins grâce à la recherche.

Selon l'OMS, entre 200 et 2008, 257 millions d'enfants ont reçus des vaccins et des vies se comptant en millions ont été évitées.

ANNEXE 5 – LES ACTEURS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

Les organisations non gouvernementales, les associations de solidarité internationales et les fondations sont actuellement les acteurs majeurs de la société civile.

Les ONG et ASI

Les ONG sont aujourd'hui des acteurs incontournables de la coopération internationale. Dans le secteur de la santé, elle participe au développement et à l'amélioration de l'offre de soins, à la lutte contre le VIH/Sida et les autres maladies, au renforcement de l'accès aux médicaments et à la mise en place ou à la réhabilitation d'infrastructures sanitaires adaptées aux besoins sociaux.

En parallèle, elles sont de plus en plus nombreuses à développer des activités de plaidoyer alertant l'opinion publique et les autorités des situations rencontrées sur leurs terrains d'intervention.

En France, on compte quatre grandes ONG médicales et une ONG spécialiste de la coopération hospitalière.

Les ONG médicales françaises opèrent selon deux modes d'intervention : l'assistance médicale en situation d'urgence et l'appui aux structures de santé déficientes dans les pays en développement. Il s'agit de :

- Médecins Sans Frontières (MSF) – 1971 – www.msf.fr
- Médecins du Monde (MDM) – 1979 – www.medecinsdumonde.org
- Première Urgence (1992) Aide Médicale Internationale (1979) (PU-AMI, 2011) www.pu-ami.org
- Comité d'Aide Médicale (CAM) – 1990 – www.cam-fr.org

La Fédération Hospitalière de France (FHF) quant à elle, est spécialiste de la coopération internationale hospitalière. Mettre un paragraphe par Pascal.

www.fhf.fr

Les fondations

"La fondation est l'acte par lequel une ou plusieurs personnes physiques ou morales décident l'affectation irrévocable de biens, droits ou ressources à la réalisation d'une œuvre d'intérêt général et à but non lucratif."⁵²

Une fondation peut être créée à l'initiative d'une ou plusieurs personnes mais aussi d'une entreprise. A la différence d'une association, une fondation n'a pas de membres et ne touche de subventions ni de l'État, ni de l'Europe. Elle dispose, en revanche, lors de sa création d'une dotation assurant une certaine pérennité à ses activités. Une fondation reconnue d'utilité publique a la capacité juridique de faire appel à la générosité publique, de recevoir des dons (qui permettent des déductions fiscales au profit des donateurs dans les limites fixées par la loi), des donations par actes (donnant lieu également à de déductions fiscales) et des legs.

Les fondations américaines, plus grandes et plus influentes que les françaises, sont très présentes dans la coopération au développement et de haut niveau.

L'Etat français a ainsi établi un partenariat avec la Fondation Bill et Melinda Gates, la plus importante fondation par ses capacités de financements (3 milliards d'euros par an), en faveur des pays d'Afrique dans lesquels la France déploie la majorité de ses actions.

⁵² Définition selon de la loi du 28 juillet 1987.

Le partenariat conclu consiste en un plan d'action sur deux volets : la gouvernance mondiale et la coopération sur les grands enjeux internationaux liés au développement, à la santé mondiale et aux financements innovants.

En parallèle du partenariat avec la France, la fondation joue un rôle de plus en plus important grâce aux financements qu'elle verse aux fonds thématiques tels que GAVI et le FMSTP.

A l'international : La fondation Bill et Melinda Gates – 1998 – www.gatesfoundation.org

En France : La fondation Mérieux – 1976 – www.fondation-merieux.org