



Rapport d'évaluation

Networking To Improve Continuity of Care in Adolescent Sexual and Reproductive Health

La mise en réseau pour améliorer la continuité des soins en santé sexuelle et reproductive des adolescents

PASSAGE

Projet d'Approche Solidaire en Santé GENésique

EuropeAid/120804/C/G/Multi

Sara Van Belle & Bruno Marchal

L'équipe d'évaluation tient à remercier Dominique Dubourg, coordinatrice du projet Passage, et tous les partenaires du projet pour leur collaboration enthousiaste. Merci aussi aux coordinateurs et équipes des pays pour leur accueil chaleureux. Cette étude n'aurait pas été possible sans le travail d'évaluation réalisé dans chaque pays par Laurence Touré au Mali, Maurice Yaogo au Burkina Faso et Josiane Tantchou au Cameroun.

Sara Van Belle

Department of Public Health, Institute of Tropical Medicine
Nationalestraat 155, B-2000, Antwerp (Belgium)
svanbelle@itg.be
+32.3.2476251

Bruno Marchal

Department of Public Health, Institute of Tropical Medicine
Nationalestraat 155, B-2000, Antwerp (Belgium)
bmarchal@itg.be
+32.3.2476384

Table des matières

Introduction : description du projet PASSAGE	1
Objectifs et stratégies du projet.....	1
Mise en place du projet.....	2
<i>Approche multi site</i>	2
<i>Approche multi acteurs</i>	2
<i>Résultats attendus</i>	3
Objectifs de l'évaluation : méthodologie et processus d'étude	4
Objectifs de l'évaluation.....	4
Méthodologie.....	4
<i>Une approche d'évaluation basée sur la théorie</i>	4
<i>L'évaluation en pratique</i>	6
<i>Equipe d'évaluation</i>	6
<i>Phases de l'évaluation</i>	7
Théorie de programme initiale (A).....	8
<i>L'analyse du cadre logique et du document technique de projet</i>	8
<i>Interview de la coordinatrice du projet</i>	10
<i>Revue de la littérature : état de l'art sur le réseautage et le capital social</i>	10
<i>Ce que la revue de la littérature sur les discours de développement apporte à la théorie de programme de PASSAGE</i>	13
La théorie de programme initiale.....	15
Résultats: Implantation d'une composante réseautage	16
L'implantation du projet dans les pays.....	16
<i>Sélection des sites d'intervention</i>	16
<i>Installation des équipes de projet</i>	16
<i>Les comités de pilotage : un support institutionnel</i>	17
<i>Les partenaires institutionnels : Directions régionales de la santé</i>	18
<i>Les ONGs partenaires</i>	19
<i>Les partenaires du Nord: support technique</i>	19
<i>Réunions inter-pays: échange sur les stratégies d'implantation</i>	19
La mise en réseau dans les trois sites.....	20
<i>Modalité de mise en réseau</i>	20
<i>Installation des réseaux dans les trois sites</i>	22
<i>Les membres des réseaux: identités, motivation et attentes</i>	22
<i>Le rôle des chefs de projet dans la mise en réseau</i>	23
<i>Le rôle des DRS : lien entre le secteur publique et le secteur privé</i>	24
<i>Activités des réseaux : un échange d'expériences</i>	24
<i>Activités dans l'esprit du réseau</i>	25
Analyse et discussion	27
Design du projet.....	27
Comparaison des hypothèses de départ aux contextes des sites d'intervention.....	27
<i>Les services minimum dans le domaine de la SARJ fournis par le secteur public et par le secteur privé sont fonctionnels sur les sites du projet</i>	27
<i>Les liens entre les services curatifs et les services sociaux ainsi que les liens entre services publics et privés dans le domaine de la SARJ ne sont pas optimaux</i>	28
<i>Les acteurs impliqués dans le domaine de la SRAJ ont une même motivation intrinsèque mais ne partagent pas une vision commune des SRAJ complets et intégrés</i>	29
<i>Les acteurs impliqués dans le domaine de la SRAJ peuvent être convaincus que la coordination des acteurs en SRAJ peut amener à améliorer les résultats de leurs activités</i>	29
<i>Il existe une volonté de la part des acteurs du privé et du public dans le domaine de la SRAJ de travailler sous le patronage de la DRS</i>	30
<i>Il existe une volonté de la part de la DRS de se jouer le rôle de régulateur dans le domaine de la SARJ</i>	30
<i>La pérennité du projet sera assurée à travers la mise en réseau des acteurs intervenants dans le domaine de la SRAJ et à travers le renforcement du rôle régulateur de la DRS</i>	31
Résultats de la mise en réseau.....	31
<i>Stratégies d'implantation mises en œuvre – stratégies planifiées</i>	31
<i>Résultats et effets observés – résultats et effets attendus</i>	33
<i>Pérennité des résultats</i>	35
Synthèse : Théorie de programme approfondie (B).....	36
Conclusion: réponse à la question d'évaluation	38
Annexes	43

Figures

Figure 1 - Les acteurs de Passage et leurs relations	3
Figure 2 - La séquence d'une évaluation basée sur la théorie	7
Figure 3 - Les éléments de la théorie de programme dans les documents du projet	9
Figure 4 – La mise en carte des concepts de 'réseau' dans le discours de développement	13
Figure 5 – Le projet PASSAGE vu d'une perspective de capital social	14
Figure 6 - Montage institutionnel niveau pays.....	17
Figure 7 - Réseau ONG RONALS (Mali)	20
Figure 8 - Chaîne de référence réseau RESCOPE et REPERE (Burkina Faso).....	21
Figure 9 - Chaîne de référence entre personnes référentes et réseau de pairs éducateurs + réseau des acteurs en prévention VIH/SIDA (Cameroun).....	22
Figure 10 – Théorie de programme approfondie (B).....	37

Tableaux

Tableau 1 - Réseaux comme résultat dans le cadre logique de Passage.....	4
Tableau 2 - Comparaison des hypothèses de la théorie de programme aux contextes des sites d'intervention.....	31
Tableau 3 - Résultats des activités de la mise en réseau	34
Tableau 4 - Résultats de la mise en réseau en termes de renforcement de capacités comparaison des projets pays	34

Abréviations

ABBEF	Association Burkinabé pour le Bien-être Familial
ACMS	Association Camerounaise pour le Marketing Social
AMPPF	Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille
AQUASOU	Amélioration de la Qualité et de l'Accès aux Soins Obstétricaux d'Urgence
ASDAP	Association de Soutien au Développement des Activités de Population
ASMADE	Association Songui Manégré Aide au Développement
CESAC VIH/SIDA	Centre de Soins, d'Animation et de Conseil pour les Personnes vivant avec le
CSCOM	Centre de Santé Communautaire (Mali)
DRS	Direction Régionale de la Santé
GTR/sida	Groupe Technique Régional SIDA (Cameroun)
IEC	Information, Education et Communication
IRD	Institut de Recherche pour le Développement
ITM	Institute of Tropical Medicine (Belgium)
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAMAC	Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire (Burkina Faso)
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
RAJS	Réseau africain des jeunes contre le SIDA (Burkina Faso)
SPONG Faso)	Secrétariat Permanent des Organisations non gouvernementales (Burkina
SRAJ	Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes
ULB	Université Libre de Bruxelles (Belgique)
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNDP	United Nations Development Programme

Résumé

Introduction

Le projet PASSAGE est un projet de développement dans le domaine de la santé de la reproduction mis en œuvre dans trois pays de l'Afrique Sub-saharienne : Mali, Burkina Faso et Cameroun. Le projet est financé par la Commission européenne dans le cadre des Programmes de la coopération extérieure (EuropeAid). Le projet avait une durée de 40 mois, du 1er juin 2006 au 30 septembre 2009.

Objectif et stratégies de PASSAGE

L'objectif principal du projet était d'améliorer l'offre de services de santé reproductive en insistant sur la qualité, l'intégration et l'adaptation aux besoins de la population cible.

Quatre stratégies sont à la base du projet : 1. Identifier avec les communautés les attentes et besoins spécifiques des populations en matière de santé génésique et sexuelle ; 2. définir et mettre en œuvre une organisation de l'offre de soins et de services plus performante et plus adaptée aux besoins des populations ; 3. améliorer l'information des femmes et des hommes, et en particulier des jeunes, sur l'offre de services de santé génésique et sur leurs droits ; 4. évaluer et échanger les expériences entre les trois équipes et diffuser les résultats.

L'évaluation

L'évaluation cible une des composantes les plus importantes du Projet, la mise en réseau, un des résultats attendus du Projet.

L'objectif principal de cette étude était de tirer les leçons de l'intervention sur les trois sites en termes de réseautage dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive des adolescents.

L'objectif spécifique était d'évaluer dans quelle mesure les stratégies mises en œuvre pour renforcer les réseaux entre acteurs de la SRAJ ont contribué à :

1. Renforcer les capacités des associations impliquées afin d'améliorer leur fonctionnement
2. Faire partager une vision commune et une approche intégrées dans l'offre de services en SRAJ
3. Améliorer l'intégration et la continuité des soins (entre différents prestataires de soins et de services)
4. Faciliter la collaboration entre les Directions régionales de la santé et les réseaux créés ou redynamisés par le projet.

L'évaluation s'est aussi intéressée à l'analyse de la valeur ajoutée des réunions semestrielles pour voir en quoi celles-ci profitaient aux équipes projets pour l'adaptation des objectifs du projet dans les différents sites. Enfin, cette étude devra aider à déterminer s'il existe des éléments permettant de montrer que les réseaux pourront se maintenir et rester fonctionnel après la fin du projet.

L'évaluation a été faite en deux étapes. Dans une première phase, trois études qualitatives ont été réalisées dans les sites du projet. Dans une deuxième phase, une analyse comparative était faite sur base de la méthodologie de l'évaluation basée sur la théorie.

Résultats

Prise de conscience concernant l'offre

Les stratégies de mise en réseau ont contribué à augmenter la prise de conscience des lacunes dans l'accessibilité aux services SRAJ. A travers les liens créés entre bénéficiaires (jeunes, pairs éducateurs) et professionnels de santé et personnes ressources, les professionnels de santé ont été confrontés avec les difficultés qu'éprouvent les adolescents quand ils recherchent des services de santé adaptés et à l'absence de circuits formels de référence entre services préventifs et services curatifs.

Capacité de prestation de soins et services améliorée

- Les stratégies pour renforcer les réseaux ont contribué à une augmentation des capacités et à un meilleur fonctionnement des acteurs impliqués à travers un processus d'apprentissage partagé autant au niveau individuel qu'au niveau organisationnel.
- Au niveau individuel, les capacités ont été renforcées via le partage d'information et d'expertise et à travers les opportunités de formation.
- Au niveau organisationnel, les capacités ont été renforcées à travers les échanges d'informations et d'expertise, via l'octroi de ressources matérielles, par l'accès à des formations qui permettent aux organisations de tenter de nouvelles stratégies (innover), à l'organisation d'activités conjointes pour rendre plus effective l'utilisation d'acteurs complémentaires, l'augmentation de la visibilité au niveau local et la création d'opportunités de mobilisation de ressources.

Amélioration de l'accessibilité et de la continuité de soins

Les stratégies de mise en réseau ont amélioré l'accessibilité et la continuité de soins. Une des stratégies clefs de la mise en réseau est la création d'un réseau de personnes ressources, dans lequel les pairs éducateurs, les animateurs de centres jeunes et des prestataires des services de santé offrent des conseils et guident les jeunes vers des services adaptés.

Une autre stratégie a été le développement d'un label de qualité services SRAJ pour les centres de santé du secteur public.

Liens entre ONGs et Direction régionale de la santé renforcés

La stratégie de mise en réseau a facilité la collaboration entre les DRS et les acteurs non étatiques. Les réseaux sont un premier point d'accès à la collaboration et à la coordination entre acteurs non étatiques impliqués dans la SRAJ. Le projet a soutenu l'organisation des réunions de consultation. Les activités développées par les réseaux ont été intégrées au plan d'action des DRS et certaines activités des réseaux pourront être financées par elles dans le futur.

PASSAGE, une organisation apprenante ?

Les réunions inter-pays ont permis de comparer et d'échanger sur les stratégies d'implantation. Cette activité a été particulièrement utile. Les échanges lors des réunions semestrielles ont permis de répliquer des interventions initiées sur un autre site. Ces réunions ont aussi provoqué un processus d'apprentissage mutuel sur la manière dont les communautés sont ou peuvent être organisées et sur la manière dont les contextes locaux peuvent influencer l'implantation des stratégies.

La pérennisation

Le premier élément en faveur de la pérennisation des réseaux est le fait que les acteurs ont vu les avantages à faire partie d'un réseau et que ceci est perçu par les acteurs comme étant bénéfique tant d'un point de vue personnel que pour leur organisation. Les acteurs des réseaux ont vu dans ceux-ci l'avantage qui leur est donné de recevoir des informations utiles jusque là peu accessibles, d'avoir accès à des formations, etc.

Un second élément est que les acteurs ont, grâce aux réseaux, compris les lacunes qui existent dans l'offre de soins en SRAJ et désirent poursuivre des actions collectives et coordonnées pour aborder ce problème.

Les obstacles à la pérennisation sont la durée trop courte du projet, et le peu d'opportunités pour la mobilisation de nouvelles ressources pour assurer la coordination des réseaux.

Les réseaux sont actifs et des initiatives pour des actions coordonnées émergent. Les membres des réseaux n'ont pas encore eu suffisamment de temps pour explorer toutes les possibilités d'action collective. Les membres des réseaux se tournent souvent vers les autorités sanitaires pour que celles-ci leur proposent un support financier et technique.

Les Directions régionales de la santé sont désireuses de financer certaines activités des réseaux mais n'ont pas de ressources financières suffisantes pour faire fonctionner les réseaux.

Introduction : description du projet PASSAGE

Objectifs et stratégies du projet

Le projet PASSAGE est un projet de développement dans le domaine de la santé de la reproduction. Le projet est financé par la Commission européenne dans le cadre des Programmes de la coopération extérieure (EuropeAid). Le projet avait une durée de 40 mois, du 1er juin 2006 au 30 septembre 2009.

L'objectif principal du projet était d'améliorer l'offre de services de santé reproductive en insistant sur la qualité, l'intégration et l'adaptation aux besoins de la population cible.

Le maître d'œuvre est l'Institut de médecine tropicale d'Anvers, Belgique. Le projet a été mis en œuvre en partenariat avec l'Université libre de Bruxelles, l'Université Paul Sabatier de Toulouse, l'Institut de recherche pour le développement en France, Équilibres et Population en France, l'ASMADE au Burkina Faso, l'AMPPF au Mali et les Directions régionales de la santé de Mopti au Mali et de la Région du centre au Burkina Faso. N'ayant pu envoyer à temps les documents nécessaires pour formaliser le partenariat selon les règles en vigueur dans les programmes EuropeAid, la Direction régionale de la santé de l'Extrême Nord et la Direction provinciale de la promotion de la famille et de la femme ne sont pas signataires d'un contrat de partenariat avec le projet. Ces deux institutions ont cependant au même titre que les partenaires officielles au Burkina Faso et au Mali, été les partenaires privilégiés du projet.

L'objectif général était de contribuer par une approche globale à l'amélioration de la santé génésique et sexuelle de la population, en particulier des jeunes, dans trois zones d'intervention en Afrique (Burkina Faso, Cameroun, Mali).

L'objectif spécifique était d'adapter les politiques régionales des zones concernées pour garantir l'adéquation entre la demande des populations et l'offre de services, faciliter l'accessibilité à tous les services et assurer une meilleure qualité de l'offre de soins en matière de santé génésique et sexuelle dans toutes ses composantes.

Pour atteindre ces objectifs, le projet a utilisé une approche participative et multidisciplinaire impliquant l'ensemble des acteurs concernés.

L'approche a utilisé quatre stratégies :

- Identifier avec les communautés les attentes et besoins spécifiques des populations en matière de santé génésique et sexuelle, en particulier ceux des groupes les plus vulnérables (population défavorisée, adolescents, femmes).
- Définir et mettre en œuvre une organisation de l'offre de soins et de services plus performante et plus adaptée aux besoins des populations. Cette approche impliquera l'ensemble des acteurs (patients, communautés, prestataires de soins, ONGs, politiques, élus, partenaires). L'accessibilité sera facilitée, en particulier dans ses aspects financiers et socioculturels. Tous les services de santé génésique seront intégrés pour faciliter une approche globale centrée sur le patient. Les actions du projet seront multidisciplinaires pour prendre en compte toutes les dimensions de la problématique.
- Améliorer l'information des femmes et des hommes, et en particulier des jeunes, sur l'offre de services de santé génésique et sur leurs droits. La participation des patients et des clients aux décisions en matière de santé sera accrue et les droits seront davantage reconnus et respectés.
- Evaluer et échanger les expériences entre les trois équipes et diffuser les résultats afin de créer ou renforcer des réseaux de santé génésique, tant au niveau régional que national et international.

Ces stratégies ont été traduites en activités qui sont détaillées dans le cadre logique.

Mise en place du projet

Approche multi site

Le projet a été implanté dans trois sites urbains : Ouagadougou dans la Région du Centre au Burkina Faso, Maroua dans la Province de l'Extrême Nord au Cameroun et Mopti au Mali.

Ces sites ont été choisis sur base des indicateurs en matière de santé de la reproduction. Un autre argument était pour les sites de Maroua et de Ouagadougou le fait que les différents partenaires avaient déjà travaillé ensemble avec succès dans un précédent projet, le projet AQUASOU.

L'objectif de la sélection de ces sites était d'optimiser les échanges sud-sud entre des régions assez comparables (importants centres urbains avec une importante activité économique, attraction de travailleur saisonnier, prostitution,...).

La région de l'Extrême-Nord au Cameroun (320.000 habitants) est moins peuplée que la région de Mopti (1.735.000 habitants). La population de Mopti est comparable à celle de la ville de Ouagadougou (quatre districts sanitaires : Bogodogo, Boulmiougou, Kossodo et Paul VI). Le projet a choisi de travailler avec les acteurs locaux qui peuvent influencer les politiques de santé de la reproduction au niveau régional. Les ONGs partenaires travaillent en général au niveau régional et les Directions régionales de la santé y sont les acteurs étatiques essentiels.

Approche multi acteurs

Partenaires du Nord : coordination du projet et appui scientifique

Trois institutions académiques, une institution de recherche et une ONG ont été impliquées dans le projet. Ces différentes institutions étaient responsables d'apporter un support spécifique dans leur domaine d'expertises aux équipes des pays. L'ONG Equilibres et Populations était en charge du partenariat avec les ONGs locales et du soutien aux activités de mobilisation sociale et politique. L'IRD avait pour tâche de travailler en collaboration avec les anthropologues locaux pour ce qui touchait aux études anthropologiques. Les trois institutions académiques étaient responsables de l'appui en santé publique, l'ULB pour le Mali, l'Université de Toulouse pour le Cameroun et l'IMT pour le Burkina Faso. L'implication de ces différents acteurs avait pour but de garantir une approche la plus multidisciplinaire possible.

L'IMT était en charge de la coordination générale du projet et était aussi responsable pour le support managérial aux partenaires. L'IRD était chargé de la coordination des recherches qualitatives.

Les équipes nationales : implantation du projet

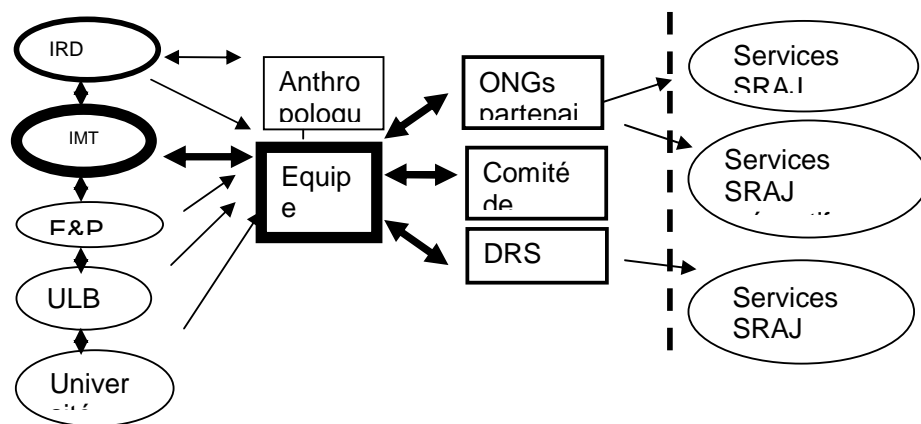
Les équipes projet étaient dans chaque pays constituées d'un chef de projet, d'un responsable en communication et d'un anthropologue. Les deux premiers ont été engagés à temps plein sur le projet, tandis que les anthropologues assumaient une activité à temps partiel (30%) et n'étaient, sauf au Burkina, pas présents de manière continue sur les sites d'intervention. Ces anthropologues travaillaient en étroite collaboration avec l'IRD. Les chefs de projet étaient responsable de la mise en œuvre des actions, du suivi financier et des activités de rapportage. Les anthropologues avaient pour mission de réaliser des études socio-anthropologiques spécifiques. Chaque équipe projet recevait le soutien scientifique de trois partenaires du Nord.

Les comités de pilotage étaient chargés d'apporter une aide opérationnelle pour l'implantation du projet.

Les Directions régionales de la santé, partenaires de l'action dans les pays, ont assuré le lien avec les services de santé du secteur public. Un des objectifs du projet était aussi de renforcer le rôle de régulateur du système de santé par les DRS.

Les ONGs partenaires formelles du projet ont été un relais pour assurer le contact avec d'autres ONG et associations locales. Ces ONGs ont principalement travaillé avec le responsable en communication dans les activités de mobilisation sociale et politique.

Figure 1 - Les acteurs de Passage et leurs relations



Résultats attendus

Quatre résultats importants, décrits dans le cadre logique, et basés sur les quatre stratégies décrites plus haut, étaient attendus :

- Une analyse de situation participative est réalisée, les attentes et besoins de la population sont identifiés
- Une offre de soins et de services performante est mise en place
- L'information des bénéficiaires est assurée et leur participation aux processus de décision est renforcée
- L'intervention est évaluée, l'expérience est partagée et les résultats diffusés

Le projet prévoyait deux résultats essentiels. Le premier résultat était l'amélioration de l'accès aux soins et services pour les groupes cibles (jeunes et adolescents, femmes enceintes et populations les plus pauvres). Les jeunes et adolescents doivent bénéficier de services adaptés à leur besoins et accessibles financièrement et d'un point de vue socioculturel. Il s'agissait aussi d'améliorer la continuité des soins entre services préventifs et curatifs. Les femmes enceintes doivent avoir un accès à des services de meilleure qualité et plus complet. Grâce à la mobilisation communautaire et à l'amélioration de l'accès financier, femmes enceintes, jeunes et adolescents doivent voir s'améliorer leur pouvoir de décision. L'accessibilité des services pour les plus pauvres a été appréhendée par la mise en place de mécanismes d'assurance communautaire et le changement d'attitudes des prestataires de soins

Le second résultat attendu était le renforcement des capacités des acteurs (ONGs, associations communautaires, structures de santé, prestataires de soins, communauté,) via la facilitation des échanges et de la collaboration entre acteurs et leaders.

Le projet considère que l'échange de connaissances et de compétence entre acteurs est un élément indispensable à la création d'équipes dynamiques et au renforcement des capacités techniques et managériales des ONG et des structures de santé. Ce renforcement de capacité s'est fait grâce à un support spécifique, des formations et l'amélioration des équipements.

Objectifs de l'évaluation : méthodologie et processus d'étude

Objectifs de l'évaluation

L'objectif principal était de tirer les leçons de l'intervention sur les trois sites en termes de réseautage dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive des adolescents.

L'objectif spécifique était d'évaluer dans quelle mesure les stratégies mises en œuvre pour renforcer les réseaux entre acteurs de la SRAJ ont contribué à :

- Renforcer les capacités des associations impliquées afin d'améliorer leur fonctionnement
- Faire partager une vision commune et d'une approche intégrées dans l'offre de services en SRAJ
- Améliorer l'intégration et la continuité des soins (entre différents prestataires de soins et de services)
- Faciliter la collaboration entre les Directions régionales de la santé et les réseaux créés ou redynamisés par le projet

L'évaluation s'est aussi intéressée à l'analyse de la valeur ajoutée des réunions semestrielles pour voir en quoi celles-ci profitaient aux équipes projets pour l'adaptation des objectifs du projet dans les différents sites.

Enfin, cette étude devra aider à déterminer s'il existe des éléments permettant de montrer que les réseaux pourront se maintenir et rester fonctionnel après la fin du projet.

Le réseautage est un des objectifs principal du projet (résultat attendu 2 dans le cadre logique) et la mise en réseau sera le sujet principal de cette évaluation.

Tableau 1 - Réseaux comme résultat dans le cadre logique de Passage

Résultat attendu 2 : Une organisation participative de l'offre de soins est réalisée
2.3. Des réseaux sont fonctionnels
Indicateurs :
Nombre de réunions entre les acteurs

Méthodologie

Une approche d'évaluation basée sur la théorie

Cette étude consiste en un processus d'évaluation comparative dont l'objectif est d'étudier les stratégies utilisées pour améliorer les réseaux entre la multitude d'acteurs impliqués dans l'offre de soins et de services en SRAJ. Dans ce but, une série d'études de cas ont été développées et comme approche d'évaluation nous avons choisit l'évaluation basée sur la théorie.

L'approche de l'évaluation basée sur la théorie a vu le jour dans les années 80. Cette approche a été développée comme réponse aux approches classiques d'évaluation des programmes qui jusqu'alors étaient limitées aux études avant-après, au devis input-output et se concentraient sur des considérations méthodologiques (évaluation basée sur les méthodes). L'évaluation basée sur la théorie s'appuie sur l'idée que pour chaque intervention (politique ou programme) une théorie de programme peut être décrite. Cette théorie de programme explique comment les planificateurs pensent que l'intervention proposée va permettre d'atteindre les objectifs.

La description des hypothèses souvent implicites ayant amené au choix d'un certain type de programme ou d'intervention permet de comprendre ce qui est mis en œuvre et pourquoi cela est mis en œuvre. La théorie de programme est une hypothèse qui peut être testée et développée de manière approfondie.

La théorie de programme doit ici être comprise comme une théorie intermédiaire, « théorie qui se situe entre des hypothèses de travail mineures mais nécessaires et une théorie universelle qui pourrait expliquer toutes les comportements sociaux, les types d'organisation sociale et les changements sociaux ».

Les évaluations basées sur la théorie de programme sont des évaluations construites en intégrant systématiquement deux aspects de la théorie des programmes. La théorie normative spécifie les buts poursuivis, ce qu'il faut faire et l'environnement nécessaire pour atteindre ces buts. La théorie causale qui spécifie quels peuvent être les effets plausibles, recherchés et non recherchés, ainsi que les voies par lesquelles ces effets peuvent être produits.

La théorie normative évalue non seulement l'efficacité, mais aussi la cohérence de l'implantation du programme (ce qui permet de faire la différence entre des échecs de la théorie et des échecs dans l'implantation) et donne un feedback qui permettra d'améliorer l'intervention. Ce type d'évaluation est parfois appelé « évaluation des processus ».

La théorie causale décrit les mécanismes causaux sous-jacents, en termes de relations entre interventions et résultats, en termes d'influence du contexte et en termes de facteurs d'interférence. La formulation de la théorie causale ouvre les boîtes noires de l'implantation d'un programme et permet de juger de la valeur de l'intervention et de montrer la mesure dans laquelle le processus causal a réellement fonctionné.

En faisant la distinction entre ces deux dimensions, l'approche basée sur la théorie tente de montrer comment les interventions provoquent certains effets, et non pas seulement si une intervention atteint ses objectifs (comme c'est le cas dans les évaluations d'efficacité ou d'impact). Elle a autant pour objectif d'identifier les composantes « agissantes » que d'évaluer les résultats de intermédiaires et non seulement finaux de l'intervention ce qui permet de prédire ce qui doit se passer si le programme fonctionne et ce qui constitue un pré requis du résultat final.

La théorie causale porte attention aux liens entre acteurs, intervention, contexte et résultats. On fait l'hypothèse que chaque intervention prend place dans un contexte spécifique qui influence aussi bien les résultats que l'implantation des interventions planifiées. On essaie d'identifier des séries d'interactions dynamiques qui amené aux succès de l'intervention. Si ses interactions sont bien comprises, l'intervention peut être adaptée à d'autres contextes. Un programme réussi n'est donc plus simplement copié, mais re-contextualisé pour devenir un facilitateur des conditions qui permettent d'obtenir les résultats désirés.

Comme le projet Passage est un projet multi site, avec une approche multidisciplinaire et qui tente de mettre en réseau des acteurs très hétérogènes, on peut le considérer comme une intervention complexe. Une évaluation linéaire de type avant –après peut ne pas nous apprendre grande chose sur les raisons pour lesquelles la mise en réseau fonctionne dans certains contextes et pas dans d'autres. Par contre, l'évaluation basée sur la théorie a un grand potentiel à fournir aux décideurs les informations nécessaires pour comprendre quelles composantes des interventions peuvent être répliquées et dans quel type de contexte cela peut-être fait.

L'approche d'évaluation basée sur la théorie a cependant aussi ses inconvénients. Comme elle utilise une reconstruction cyclique et participative de la théorie de programme, elle nécessite un effort important de la part des acteurs du projet pendant tout le processus d'évaluation et un dialogue continu avec les différents partenaires. Les partenaires doivent bien connaître tous les événements qui se sont déroulés pendant le projet afin de pouvoir retracer l'histoire des choix stratégiques fait à certains moments au cours du projet. Souvent, mais cela n'a pas été le cas pour le projet PASSAGE, les équipes changent au cours du projet et cela peut poser des difficultés pour reconstruire en fin de projet, les processus et mécanismes mis en œuvre. Les rapports de projet ne mettent pas toujours en lumière les raisons des changements de stratégie/orientation ou les changements dans la programmation des activités.

L'évaluation en pratique

Sur chaque site, une étude qualitative basée sur une '*thick description*' (Clifford Geertz, 1973) des faits et sur l'observation prenant en compte les perspectives des différents acteurs a été réalisée. Les études ont été préparées par une analyse des documents de projet et une série d'entretiens semi-structurés avec l'équipe du projet, les partenaires et les bénéficiaires (le profil des personnes contactées se trouve dans le document des Termes de référence).

Au Cameroun, 19 entretiens semi-structurés et 2 focus group ont été réalisés. Au Mali, on a réalisé 30 entretiens et 4 focus group. Au Burkina Faso, 14 interviews individuelles, 3 entretiens de groupe, 3 focus group et 4 discussions informelles ont été réalisées.

Ces trois études qualitatives ont servis à réaliser cette d'évaluation basée sur la théorie du réseautage dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive des adolescents.

Equipe d'évaluation

Les termes de référence ont été préparé par une équipe constituée de la coordinatrice du projet (Dominique Dubourg) et de deux chercheurs du département de santé publique de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers (Sara Van Belle et Bruno Marchal).

Sur chaque site, un anthropologue local (Maurice Yaogo au Burkina Faso, Laurence Touré au Mali et Josiane Tantchou au Cameroun) et un évaluateur international (Sara Van Belle) ont conduit l'étude qualitative. Des problèmes de santé ont empêchés l'évaluateur international à participer à toutes les interviews et focus groups.

L'évaluateur local était responsable de la transcription des interviews, de l'analyse des données et de la rédaction du rapport d'étude de pays. L'évaluateur international était chargé de l'analyse comparative entre les sites.

Un conseiller scientifique, Marc-Eric Gruénais de l'IRD, a apporté son soutien scientifique aux équipes d'évaluation durant les phases de préparation, de collecte, d'analyse et de rapportage.

Phases de l'évaluation

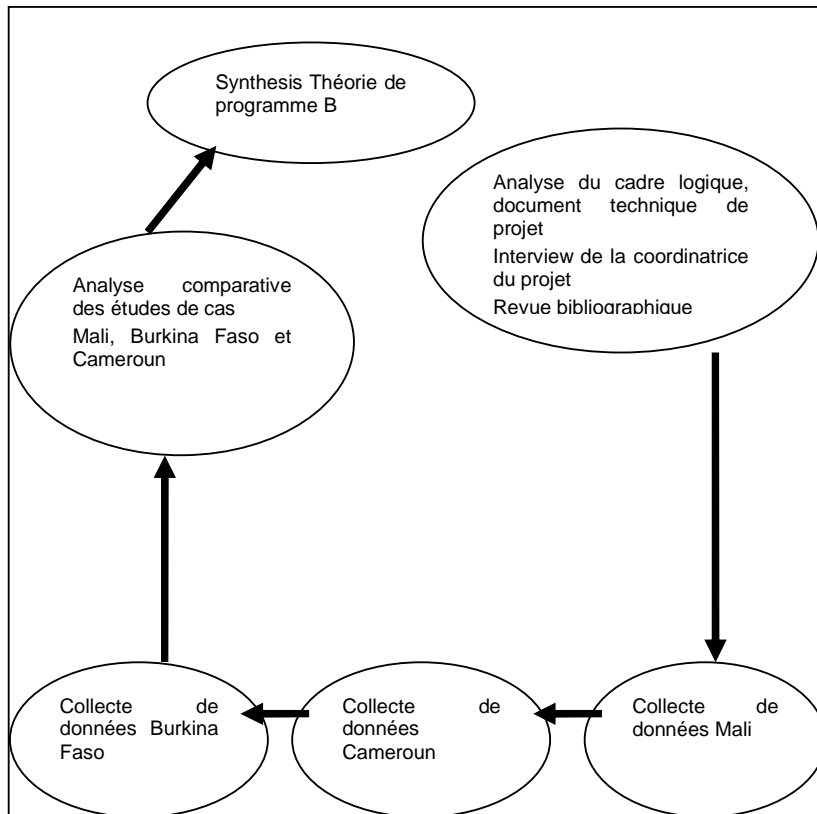
Nous avons commencé par l'analyse du cadre logique et du document technique de projet et une interview de la coordinatrice du projet. Une première théorie de programme a été développée. Afin d'approfondir la compréhension des idées présentes dans cette théorie initiale de programme (théorie de programme A), nous avons confronté cette théorie de programme aux théories de science sociale utilisées dans le domaine du développement.

Dans une seconde phase, les données de terrain ont été collectées par l'évaluateur local et l'évaluateur international. Ces données concernent l'adaptation du design du projet au contexte de chaque site et l'implantation réelle des actions. Ces données ont été collectées via des interviews semi structurées avec les équipes du projet, les personnes chargées de la mise en œuvre des activités, les décideurs et les bénéficiaires.

Ces études qualitatives ont été terminées en juillet 2009 au Mali, en août 2009 au Cameroun et en septembre 2009 au Burkina Faso après visite des évaluateurs sur les différents sites.

Dans une troisième phase, les résultats des trois études ont été analysés de manière comparative. Cette analyse a amené à une synthèse sous forme d'une théorie de programme raffinée (théorie de programme B)

Figure 2 - La séquence d'une évaluation basée sur la théorie



Théorie de programme initiale (A)

La théorie de programme initiale a été développée en trois étapes: (1) analyse du cadre logique et du document technique de projet, (2) une interview de la coordinatrice du projet et (3) une revue bibliographique.

L'analyse du cadre logique et du document technique de projet

Cette analyse a clarifié les principaux éléments du projet.

Objectif

Le développement des capacités des acteurs impliqués dans le domaine des droits et de la santé de la reproduction pour les jeunes et adolescents à travers le renforcement des réseaux entre ces acteurs.

Hypothèses

- Les services minimum dans le domaine de la SRAJ fournis par le secteur public et par le secteur privé sont fonctionnels sur les sites du projet.
- Les liens entre les services curatifs et les services sociaux ainsi que les liens entre services publics et privés dans le domaine de la SRAJ ne sont pas optimaux. La coordination entre acteurs impliqués dans la SRAJ n'existe pas ou n'est pas optimale.
- Les acteurs impliqués dans le domaine de la SRAJ ont une même motivation intrinsèque mais ne partagent pas une vision commune des SRAJ complets et intégrés.
- Les acteurs impliqués dans le domaine de la SRAJ peuvent être convaincus que la coordination des acteurs en SRAJ sous l'égide de la DRS peut amener à améliorer les résultats de leurs activités.
- Il existe une volonté de la part des acteurs du privé et du public dans le domaine de la SRAJ de travailler sous le patronage de la DRS.
- Il existe une volonté de la part de la DRS de se jouer le rôle de régulateur dans le domaine de la SRAJ.
- La pérennité du projet sera assurée à travers la mise en réseau des acteurs intervenants dans le domaine de la SRAJ et à travers le renforcement du rôle régulateur de la DRS.

Impact

Amélioration des droits et de la santé de la reproduction des jeunes et adolescents dans les trois sites du projet.

Indicateurs possibles :

- Nombre d'accouchements d'adolescentes assistés dans les structures de santé
- Nombre de consultations prénatales pour des adolescentes
- Nombre total de contacts (anciens et nouveaux) de jeunes avec un centre qui offre des services et / ou des soins dans le domaine de la santé de la reproduction
- Nombre de jeunes qui sont venus dans un centre de jeunes qui offrent une information sur la SR (affiche, dépliants, pairs)
- Niveau de connaissance des méthodes contraceptives chez les jeunes

Effets (outcomes)

Des services SRAJ complets, intégrés et assurant la continuité des soins (intégration entre services curatifs et services à caractère social ; entre services spécifiques pour les jeunes, écoles, associations ; entre acteurs publics et acteurs privés).

Résultats attendues

Le DRS agit comme régulateur et est reconnu dans ce rôle.

- Indicateurs possibles: nombre d'interactions entre partenaires du réseau et la DRS, nombre de recommandations faites par la DRS qui ont été suivies, nombre d'initiatives, nombre de rapports envoyés à la DRS, nombre d'évènements organisés par les acteurs du réseau et auxquels la DRS à été invitée.

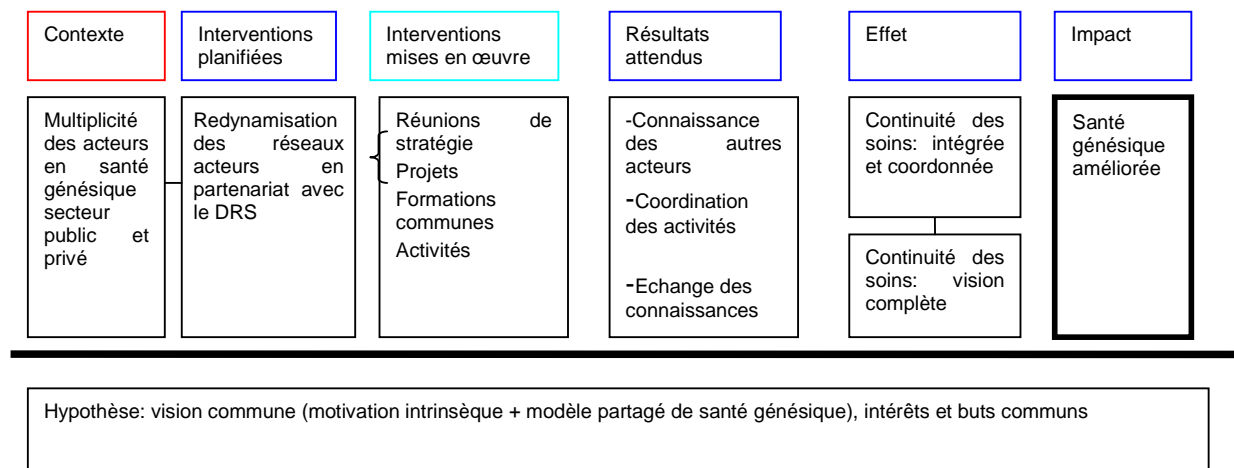
Les réseau(x) actifs (entre acteurs privés et acteurs publics; entre services curatifs et services à caractère social) au travers de l'organisation de réunions, d'évènements/activités communes, de formations.

- Indicateurs possibles: nombre de réunions (stratégique, coordination, planification, dissémination, etc.) organisées, évènements organisés en collaboration, écriture de proposition de projets communs, participation à des formations en commun

Chaines causales

- Entre effet-impact: des services SRAJ améliorés et fonctionnels contribuent à l'amélioration du statut de santé reproductif des jeunes et adolescents.
- Entre résultat-effet: une meilleure coordination entre acteurs impliqués en SRAJ améliore les services SRAJ et les rend plus fonctionnels.
- Entre mécanisme sous-jacente - résultat : l'échange de connaissances (réunions et formations communes, ...) et l'échange de stratégies (évènements organisés en commun,...) engendrent une meilleure coordination entre acteurs impliqués dans la SRAJ.

Figure 3 - Les éléments de la théorie de programme dans les documents du projet



Interview de la coordinatrice du projet

Après une analyse préliminaires des documents du projet, une interview en profondeur de la coordinatrice du projet a été réalisée afin d'approfondir la compréhension de la logique du projet.

Les résultats de cette interview associés à ceux de l'analyse des documents de projet ont été structurés sous forme d'hypothèses, d'interventions planifiées, de résultats attendus et de mécanismes.

- Le projet s'est construit autour de l'idée de l'existence d'un potentiel inexploité qui peut être stimulé si les acteurs peuvent plus échanger et mieux collaborer. On se réfère notamment ici à une des actions du programme pour établir des liens entre services publics et privés, et entre ONG/associations et services dans un effort pour augmenter le dialogue sur une vision commune de l'amélioration des services SRAJ.
- L'intervention consiste en la redynamisation des réseaux entre acteurs au sens large. Ceci est basé sur la constatation qu'il y a une pléthore d'acteurs intervenants dans le domaine de la SRAJ, mais que ces acteurs travaillent souvent de manière isolée. Ceci a pour conséquence que les acteurs ne se connaissent pas entre eux, ne savent pas comment les autres fonctionnent et qu'ils ne partagent pas une vision commune sur la manière d'organiser des soins SRAJ complets basés sur les besoins des patients. Ceci entraîne des redondances ou des déficits dans l'offre de service.
- Les résultats attendus de la mise en réseau sont le renforcement des liens entre services, prestataires publics et privé, décideurs et le partage d'une vision commune de ce que doivent être les soins SRAJ.
- La création de réseaux doit améliorer la continuité des soins, améliorer la qualité à travers des échanges de savoir faire entre prestataires et améliorer la participation des acteurs souvent ignorés.
- Les mécanismes à travers lesquels les réseaux contribuent à un meilleur accès aux services SRAJ consistent en une meilleure intégration des prestataires, qui connaissent mieux ce que fait chacun avec pour résultat l'offre de meilleurs conseils, un meilleur système de référence et donc un cheminement plus aisé des jeunes et adolescents dans leur recherche de soins en santé de la reproduction.
- Les conditions au succès des réseaux peuvent en partie être identifiées dans les documents du projet : la promotion de l'intégration des services nécessite la création de passerelles entre les différents services et prestataires (ONGs, maternités, services de planification familiale) ou entre les programmes de santé de la reproduction et les programmes VIH/sida. Pour que de tels réseaux soient effectifs, ces membres doivent avoir une capacité minimum dans la fourniture de services sociaux et de santé pour les groupes cibles, ils doivent partager l'analyse de situation et être d'accord sur une stratégie commune de coopération, de communication et de référence des jeunes.

Revue de la littérature : état de l'art sur le réseautage et le capital social

Pour comprendre comment les réseaux aboutissent, pourquoi les acteurs s'y engagent et comment ces réseaux fonctionnent, une revue de la littérature a été effectuée.

Les réseaux dans les discours actuels sur le développement

Dans la théorie de programme initiale, les fondements qui ont servis à construire le projet peuvent être mis en concordance avec certains concepts qui influencent les discours actuels dans le domaine du développement. Ces concepts concernent l'état, la société civile et la communauté.

Un des objets d'étude des chercheurs en sciences sociales concerne le phénomène de réseaux entre communautés. Les réseaux et leur influence au niveau des individus ont été étudiés par les sociologues depuis les années trente. Plus récemment, les réseaux et la mise en réseau ont été l'objet de plus d'attention encore depuis l'invention des concepts de '*networking society*' (Castells, 1996) et de '*network organisation*' sous l'influence de la révolution des technologies de l'information et l'émergence de nouveaux types de structures sociales moins rigides comme les cyber communautés, etc.

Les chercheurs en sciences sociales ont mis en évidence l'augmentation de la flexibilité dans les relations de travail et le remplacement des structures hiérarchiques des organisations par des réseaux moins rigides (Baker, 2000). Parmi les variables prises en considération dans l'étude des réseaux, on retrouve : l'homogénéité, l'intensité, la longévité, la stabilité, l'accès aux réseaux et la connexion avec d'autres réseaux (Swanborn in Jansen, W. et. Al., 1992).

Etzioni

L'étude des relations entre réseaux et mobilisation sociale est intéressante. Les réseaux sociaux sont partie intégrante des mouvements sociaux. A différentes phases, les réseaux émergent, changent de direction et s'inscrivent dans les mouvements sociaux. Etzioni a décrit les différentes phases de l'apparition des mouvements sociaux.

- Dans la phase émergente, une élite, stimulée par des impulsions externes, investi dans le mouvement en finançant ou installant des réseaux, etc. L'existence préalable de groupes entretenant des relations interpersonnelles fortes est importante dans cette phase d'émergence.
- Dans la phase de démarrage, les mouvements sociaux ne nécessitent plus d'impulsions externes pour se perpétuer. Le succès des premières actions collectives crée un enthousiasme qui permet de poursuivre l'expérience. Les membres du mouvement commencent à planifier des actions collectives à long terme autour d'objectifs spécifiques. De nouvelles fonctions sont créées et l'implication des membres du mouvement s'intensifie. De nouveaux réseaux apparaissent, etc.
- La phase suivante est celle de la prolifération du mouvement social. Le mouvement attire de nouveaux membres, attirés par le succès initial. Différentes catégories de membres émergent au sein du groupe des initiateurs, ce sont des membres très actifs ou de simples sympathisants du mouvement. Ceci est utile si le mouvement s'emploie à créer des liens entre anciens et nouveaux membres et entre nouveaux membres. Le mouvement commence à se structurer et cette structuration est appuyée par différentes élites (comme les professionnels de santé, les autorités publiques locales, les autorités religieuses,...). Cette organisation émergente devient graduellement plus importante que les simplex relations interpersonnelles dont dépendait le mouvement dans la phase d'émergence.

Granovetter

Selon la théorie des liens forts – liens faibles de Granovetter, des liens forts (p.ex. fortes relations interpersonnelles) sont important pendant la phase d'émergence, tandis que les liens faibles, exprimée par exemple par une définition d'objectifs assez globale pour servir les buts et les intérêts pour un grand nombre d'organisations, sont essentiels en phase de prolifération. Après la phase de prolifération, il y a une phase de consolidation pendant laquelle émerge une structure bureaucratique ou une certaine forme d'institutionnalisation. Après la phase de consolidation, les mouvements sociaux peuvent évoluer de diverses manières. Les mouvements peuvent innover, se consolider ou décliner. Le déclin se produit quand il n'existe plus de consensus sur les objectifs à atteindre entre la plus grande partie des membres de l'organisation (Aerts et. Al., in Jansen, W., et.al, 1992: 92-96).

Réseaux, acteurs de la société civile et gouvernance

Un débat intéressant concerne les relations entre l'état et la société civile. Les réflexions actuelles se concentrent sur la gouvernance, reflétant l'idée que les gouvernements ne sont plus les seuls parties-prenantes dans la gouvernance de la société.

Dans un contexte d'échec des politiques de développement centrées sur l'état et d'un agenda de développement libéral qui se penche sur la bonne gouvernance et la réduction de la pauvreté, la société civile est considérée comme la panacée aux problèmes de développement. Les donateurs et organisations internationales financent les organisations de la société civile pour court-circuiter les états souvent perçus comme trop faibles et corrompus. Les organisations de la société civiles sont considérées comme des vecteurs de la participation de groupes défavorisés (Van Rooy, 1997). Durant les 20 dernières années, les gouvernements des pays en développement se sont engagés dans un processus de décentralisation (p.ex. la réforme du secteur santé). Certaines responsabilités dans le domaine de la prestation de services publiques ont été dévolues à des niveaux plus périphériques et les donateurs ont tenté de trouver des moyens pour renforcer les gouvernements locaux à travers le renforcement des capacités et des compétences des institutions et communautés locales afin qu'elle puisse exercer leur nouveau rôle. Les stratégies de réseautage s'articulant autour des communautés locales, des institutions et des organisations sont une des manières de prendre en considération le renforcement des capacités et l'amélioration de la gouvernance locale.

La théorie du capital social

La théorie du capital social est une des théories les plus influente dans le développement du paradigme de la bonne gouvernance et de la réduction de la pauvreté. Dans cette théorie, se rejoignent les idées qui concernent les relations et les réseaux entre état, société civile et développement communautaire. Selon Putnam (1993), le capital social peut être décrit comme '(...) les caractéristiques de l'organisation sociale telle la confiance, les normes et les relations qui améliorent l'efficacité de la société par des actions coordonnées'.

Le capital social peut être vu comme une ressource individuelle ou collective. Au niveau collectif, le stock de capital social peut être une ressource d'apprentissage, un atout politique ou un moyen de résolution effective de problème d'actions collectives. Les réseaux peuvent donner à ses membres des informations importantes. Un réseau peut aussi exercer une influence sur les preneurs de décisions, donner à ses membres un référentiel social ou être la source de reconnaissance publique (Lin, 1999).

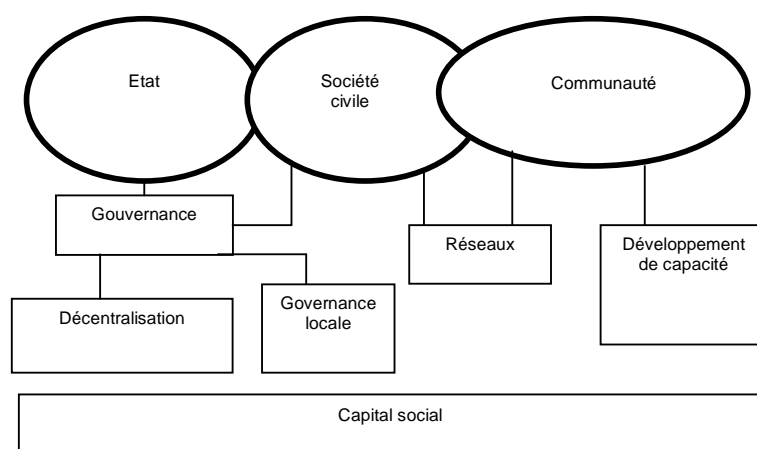
Différents types de capital social existent dans la communauté et ils se renforcent mutuellement. Selon Woolcock (1997), on discerne quatre types de capital social. Le *bonding social capital* réfère au renforcement des relations dans la communauté. Le *bridging social capital* réfère aux liens entre communautés (p.ex. entre élite et groupes défavorisés). Le *linking social capital* réfère aux relations entre la communauté et les autorités publiques. L'*organisational social capital* met en évidence les connections sociales dans et entre les organisations.

Le capital social a remplacé le focus sur les résultats macro-économiques, qui prévalait dans les discours sur le développement dans les années 80, pour s'intéresser aux changements institutionnels et de la société dont ces résultats dépendent. La Banque mondiale, partisane du capital social, a commencé à s'intéresser de plus en plus à la société civile et aux éléments du développement communautaire qui devraient être des prérequis du développement économique et social. Or, certains critiques ont jugé comme trop optimiste la vision de la Banque mondiale sur la société comme garantie d'une bonne gouvernance et la promesse que cela peut avoir un effet positif pour les groupes défavorisés. Les relations de pouvoir dans la communauté et l'hétérogénéité de la société civile ne sont pas prises en compte.

Bourdieu a soulevé les problèmes de représentativité des groupes défavorisés. Le *bridging social capital* - la formation des réseaux entre différents groupes de la communauté – n'est souvent pas bâti sur des normes communes, mais bien sur les normes de l'élite. Par conséquent, le pouvoir est concentré dans les mains d'un petit nombre de porte-paroles et les réseaux sont alors cause d'exclusion sociale encore plus grande des groupes défavorisés.

Une autre critique faite à l'interprétation du capital social par la Banque mondiale concerne le fait que la création de capacité au sein de la communauté via le réseautage est vu comme une alternative à l'investissement des états et pourrait alors plutôt affaiblir les institutions étatiques en faveur des organisations privées (Wakeland & Poland, 2005).

Figure 4 – La mise en carte des concepts de 'réseau' dans le discours de développement



Ce que la revue de la littérature sur les discours de développement apporte à la théorie de programme de PASSAGE

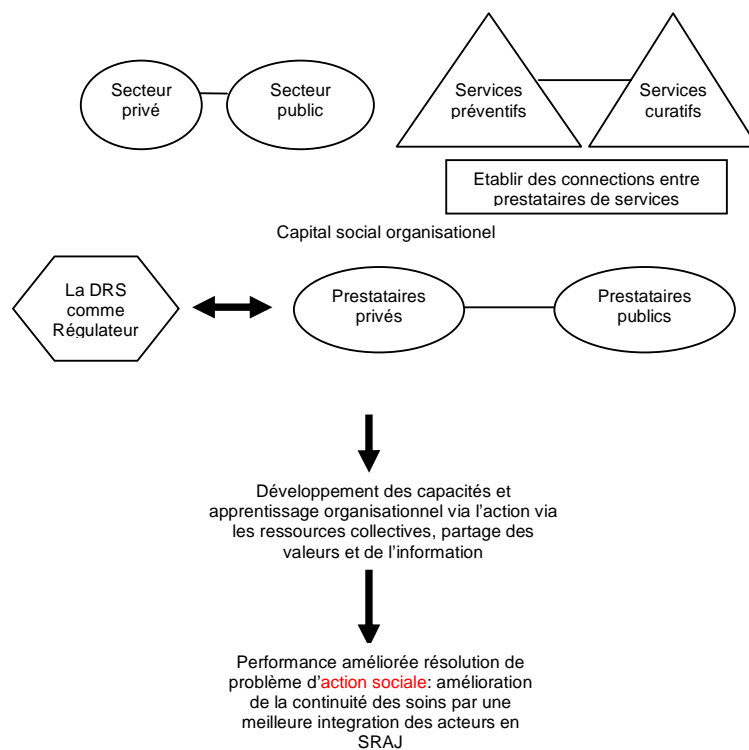
La stratégie de réseautage mis en œuvre par le projet PASSAGE peut être considérée comme une application de la théorie du capital social. En stimulant les activités des réseaux, en créant ou redynamisant des réseaux, le projet veut augmenter le stock de capital social sur chaque site.

L'objectif ultime de l'intervention est l'amélioration de l'offre de soins de santé de la reproduction pour les jeunes à travers une meilleure coordination. L'idée derrière la stimulation des réseaux dans le projet est de résoudre les problèmes par une action collective. Les activités de réseautage du projet peuvent être considérées comme des exemples d'organisationnel et linking social capital.

- L'intervention veut augmenter les connections entre différents acteurs impliqués dans la santé sexuelle et reproductive des adolescents, soit publics ou privés sans but lucratif (comme les ONG et les associations communautaires). C'est une manière d'apporter un stimulus au capital *organisationnel* sur les trois sites.
- L'intervention est aussi une forme de *linking* social capital: Les réseaux sont créés en partenariat avec les autorités publiques (dans ce projet, les Directions régionales de la santé) et servent donc à accroître les liens entre ces acteurs et le rôle régulateur des autorités sanitaires locales.

La capacité organisationnelle et institutionnelle serait donc renforcée par la mise en réseau. La capacité organisationnelle s'accroît à travers les échanges d'information, l'organisation de formations commune, la rédaction en commun de projets,... En plus, le réseau peut être considéré comme une opportunité d'apprentissage pour chaque organisation qui en fait partie.

Figure 5 – Le projet PASSAGE vu d'une perspective de capital social



La théorie de programme initiale

La revue des documents de projet, l'interview de la coordinatrice et la revue de la littérature ont permis de formuler la théorie de programme de PASSAGE.

En réunissant les acteurs impliqués dans le domaine de la SRAJ, l'accès aux soins et services sociaux et de santé peut être amélioré, ce qui contribue à un meilleur niveau de santé des jeunes

La mise en réseau contribue à :

(1) une meilleure connaissance des acteurs implique dans la SRAJ et plus spécifiquement améliorera l'information données aux jeunes et le système de référence, ce qui améliorera la continuité des soins

(2) la construction d'une vision partagée par les membres du réseau concernant SRJA, ce qui contribue à l'amélioration de l'offre de soins et des services et à des meilleurs liens entre prestataires de soins et les autorités politiques et régulateurs

(3) l'apprentissage organisationnel via lequel la coordination et la qualité de soins et des services peuvent être améliorés.

Les processus sous-jacents incluent l'augmentation du linking social capital, ce qui résulte en de meilleures relations entre organisations et autorités publiques, et du capital organisationnel, qui amène à de meilleures relations entre acteurs et autorités publiques. Ces processus constituent de facteurs de motivation pour les organisations de rester dans les réseaux.

A fin de constituer des réseaux efficaces, les organisations membres ont une capacité minimale de prestation de services sociaux ou de santé pour le public cible, ils acceptent des objectifs et une stratégie commune de coordination et de collaboration.

Résultats: Implantation d'une composante réseautage

Dans cette section, nous présenterons les principaux résultats de l'évaluation. Une première partie décrira l'implantation du projet dans les pays. Une seconde partie sera consacrée à l'implantation de la composante réseautage sur les trois sites du projet.

L'implantation du projet dans les pays

Nous comparons ici ce qui a été réellement mis en place dans les pays à ce qui avait été planifié lors de la rédaction du projet.

Sélection des sites d'intervention

Le projet voulait avoir une portée régionale en travaillant avec les Directions régionales de la santé et les ONGs qui travaillent au niveau régions ainsi qu'en s'appuyant sur un comité de pilotage dirigé par les gouverneurs de région.

Le programme a effectivement été implanté dans trois zones urbaines, Ouagadougou au Burkina Faso, la ville de Maroua au Cameroun et la ville de Mopti-Sévaré au Mali

La sélection de ces trois sites a été faite comme cela avait été prévu.

- Au Burkina Faso, les actions ont été mises en place dans deux districts, Bogodogo et Boulmiougou
- Au Mali, les activités ont été mises en œuvre dans la commune de Mopti-Sévaré en collaboration avec des partenaires qui sont impliqués dans toute la région
- Au Cameroun, les activités ont été mise en œuvre dans les deux districts de la ville de Maroua (Maroua urbain et Maroua rural)

Installation des équipes de projet

Les équipes locales

On attendait des équipes locales qu'elles adaptent les stratégies globales aux contextes. Les entretiens ont montré qu'en pratique, le chef de projet a en effet eu un très grand pouvoir de décision pour adapter les interventions au contexte. Le responsable de communication, en collaboration avec le chef de projet, s'est chargé des relations avec les partenaires locaux. L'anthropologue était responsable des études, il était le plus souvent un peu en retrait de la dyade chef de projet – responsable de communication, du fait qu'il n'était impliqué dans le projet qu'à 30%.

Sur les trois sites, l'équipe de projet était appuyé dans la mise en œuvre par la Direction régionale de la santé et une ONG partenaire (au Cameroun, le second partenaire était la Direction régionale de la promotion de la femme et de la famille).

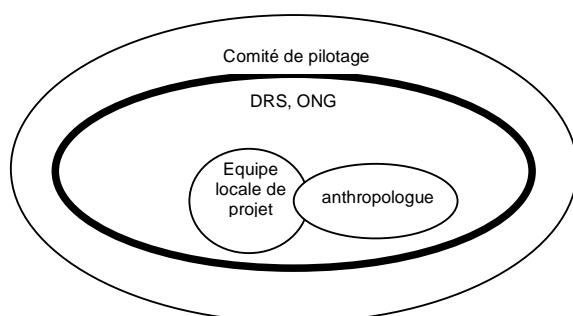
- L'équipe du Mali a vécu quelques problèmes du fait de l'absence partielle pour raisons de santé de l'anthropologue. Certaines des activités de l'anthropologue ont été réalisées par l'équipe du projet ou des partenaires.
- Bien qu'il y ait des avantages à avoir une équipe de projet restreinte, certains membres des équipes du Mali et du Burkina ont estimé que les équipes étaient trop petites et déploré le manque de ressources humaines pour les volets administratifs et logistiques.

Nous avons découvert que la force des équipes projet consistait dans leur multidisciplinarité (anthropologue, spécialiste de santé publique et spécialiste de mobilisation sociale/communication) ainsi que dans leur bonne capacité à offrir une expertise pour l'implantation des composantes principales du projet.

La liberté accordée aux équipes de projet a permis une contextualisation des stratégies. Ceci se retrouve aussi dans le processus de sélection des sites d'implantation des activités. Les équipes locales de projet, en collaboration avec la coordination générale du projet, ont focalisé leurs activités sur des zones d'intervention urbaines spécifiques.

De plus, la complémentarité des profils professionnels des trois chefs de projet (un ingénieur en action sociale au Mali, un médecin de santé publique ancien directeur régional de la santé au Burkina et un gynécologue-obstétricien au Cameroun) ont permis de construire des stratégies communes.

Figure 6 - Montage institutionnel niveau pays



Les comités de pilotage : un support institutionnel

Comme prévu dans le document technique du projet, un partenaire du Nord fait formellement partie du comité de pilotage, aux côtés du chef de projet, du représentant de l'ONG partenaire et du représentant du Ministère de la santé (ici, la Direction régionale de la santé).

Le rôle du comité de pilotage est de superviser l'équipe locale du projet et de guider cette équipe dans la planification et l'implantation des stratégies, ainsi que de suggérer des solutions aux problèmes qui peuvent se présenter.

Au Mali et au Burkina Faso, le comité de pilotage a été mis en place après une certaine période de consultation avec les partenaires institutionnels.

- Au Burkina Faso, le comité de pilotage s'est réuni trois fois. Ce comité est présidé par le gouverneur de région avec l'assistance des maires des communes où les activités sont mises en œuvre. Les autres membres de ce comité représentent les différents niveaux du système de santé, la Direction régionale de la santé, les médecins chefs de districts des sites d'intervention et les directeurs des maternités de ces sites. En font également partie, les représentants de la Direction de l'action sociale et de la Direction régionale de la promotion de la femme, ainsi que des représentants des cibles du projet : une représentante des femmes, une représentante des jeunes filles et un représentant des jeunes garçons.

- Nos interviews ont montré que la composition du comité de pilotage n'était pas adaptée à la guidance opérationnelle du projet car cette institution était trop éloignée du travail technique quotidien d'implantation des actions. Ce comité de pilotage a en conséquence plutôt joué un rôle de plaidoyer pour le projet et de relai avec les autres institutions influentes.
- Au Mali, le comité de pilotage était dirigé par le gouverneur et comprenait les représentants de plusieurs directions régionales impliquées dans la SRAJ, de membres de l'Assemblée régionale et du représentant de la mairie. L'institution partenaire du Nord était également membre de ce comité. Dix réunions ont eu lieu. Pendant ces réunions, les réalisations du projet ont été présentées et les blocages institutionnels potentiels ont été abordés. La guidance opérationnelle a été assurée à travers l'organisation mensuelle de réunions avec les acteurs clefs des directions régionales impliquées dans la SRAJ et des principaux partenaires (DRS, ONG). Il semble que ce comité ait été plus efficace pour ce qui concerne la guidance opérationnelle.
- Au Cameroun, le comité de pilotage était présidé par le gouverneur, assisté des maires des zones d'intervention. Le système local de santé était représenté par le directeur régional de la santé, le directeur de l'hôpital régional et le responsable de la maternité de cet hôpital. Ce comité comprenait aussi des leaders religieux. Les bénéficiaires étaient représentées par les accoucheuses des centres de santé des jeunes garçons et des jeunes filles et jeunes des écoles de formation.

Les partenaires institutionnels : Directions régionales de la santé

Les Directions régionales de la santé représentaient le Ministère de la santé dans le projet. Ces institutions étaient les partenaires étatiques privilégiés du projet. Les DRS ont été choisies sur la base de leur rôle potentiel pour assurer la pérennité des actions, leur capacité de dissémination des résultats et leur capacité à influencer sur les politiques nationales.

- Cela est effectivement le cas au Mali où la DRS est un médiateur entre le niveau central (Ministère de la santé) et le niveau périphérique (districts). La DRS a un rôle technique : elle monitoré les indicateurs de santé et s'assure de la collecte et de la transmission de l'information entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Les détenteurs d'enjeux du Mali ont diverses opinions quant au choix fait des DRS comme partenaire institutionnel. Certains pensent que la santé est le meilleur point d'entrée pour aborder le domaine de la santé de la reproduction des jeunes et adolescents, car celui-ci est un domaine assez sensible. De plus, la santé est une des administrations les plus décentralisées et donc à même de mobiliser les communautés. D'autres pensent que le projet aurait pu bénéficier d'un partenariat avec certaines autres institutions impliquées dans la SRAJ.
- Au Burkina Faso, la DRS est le leader traditionnel en termes de coordination technique des structures de santé du secteur public.

Les études de cas dans chaque pays ont montré que les DRS étaient très impliquées dans la mise en œuvre des activités du projet.

- Au Mali, un contrat a été signé avec la DRS. Ce contrat permettait à la DRS de superviser les activités du projet et d'en contrôler le budget. Malgré le remplacement du directeur régional et du point focal de la DRS pendant le projet, le projet au Mali a bénéficié d'un support très important de la DRS tout au long des trois années. La DRS a participé aux réunions semestrielles inter-pays ainsi qu'aux réunions de guidance. Le chef de projet Passage était également invité aux réunions hebdomadaires de la DRS
- Au Burkina Faso, la DRS a joué un rôle de facilitateur pour l'implantation des activités proposées et mise en œuvre par l'équipe du projet.

Les ONGs partenaires

Les équipes projet devaient travailler avec une association partenaire privilégiée qui servait de relais avec les autres ONGs et associations impliquées dans la SRAJ. Comme prévu dans le document technique du projet, ces ONGs servaient d'interface entre la communauté et le système de santé.

Avant le début du projet, des accords ont été signés avec l'ASMADE au Burkina Faso, et l'ASDAP au Mali. Au Cameroun, le partenaire privilégié était la Direction régionale de la promotion de la femme et de la famille, qui est une structure étatique et non une ONG.

D'autres ONGs/associations ont été impliquées dans les activités de sensibilisation et de plaidoyer.

- L'ONG ASDAP au Mali, initialement prévue comme partenaire principal, n'a pu remplir son contrat pour diverses raisons. L'équipe de Mali a donc choisi de remplacer cette ONG par l'antenne régionale de l'ONG AMPPF, l'association malienne pour la promotion et la protection de la famille. Cette ONG existe depuis longtemps et offre des services préventifs et curatifs dans le domaine de la santé de la reproduction. L'AMPPF a beaucoup apporté à l'équipe du Mali à travers son savoir faire dans l'implantation des activités dans le domaine SRAJ.
- L'équipe du Burkina Faso a aussi connu quelques problèmes dans son partenariat avec l'ASMADE. Ces difficultés relèvent d'une mauvaise compréhension dans l'allocation des budgets.

Les partenaires du Nord: support technique

Plusieurs missions ont été effectuées sur les différents sites afin d'apporter un soutien aux équipes locales pour l'implantation des activités

- L'équipe du Mali a reçu le soutien de l'IRD lors d'une mission, et de l'ULB et d'E&P lors de trois missions conjointes. Dans l'esprit d'un partenariat Nord-Sud, et compte tenu des grandes marges de manœuvre laissées aux équipes pays pour adapter les stratégies aux contextes locaux, le soutien apporté par les partenaires du Nord a été un backup technique de l'implantation des stratégies.
- Il n'y avait pas de processus de contrôle par les partenaires du Nord vis-à-vis des partenaires du Sud.

Réunions inter-pays: échange sur les stratégies d'implantation

Les réunions semestrielles inter pays ont eu lieu alternativement dans un des pays d'implantation du projet. Ces réunions ont permis des échanges et des comparaisons dans les stratégies d'implantation entre les trois équipes nationales et d'avoir un soutien par les partenaires privilégiés, les anthropologues et les partenaires du Nord.

Les progrès et difficultés ont été partagés et discutés, les études réalisées y ont également été présentées.

Grâce à ces réunions, des stratégies initiées par une équipe pays ont pu être répliquées sur d'autres sites, comme cela a été le cas pour la mise en place des réseaux de personnes référentes, activité développée d'abord au Burkina Faso et reprise avec succès au Cameroun.

Les Campagnes vacances constituent une autre activité mise en œuvre dans les trois sites. Ces actions consistent en des campagnes de mobilisation des communautés où tous les acteurs (impliqués dans le préventif ou le curatif, des services publics et privés), unissent leur effort pour sensibiliser les jeunes et les communautés pendant les périodes de vacances. Des idées novatrices dans le domaine IEC ont aussi été partagées et répliquées.

Ces réunions inter-pays ont aussi permis de réfléchir au réseautage et aux différentes manières dont les communautés sont, ou peuvent, être organisées.

Tous les chefs de projet confirment la valeur ajoutée de ce type de réunion pour l'échange des expériences et des stratégies d'implantation des activités dans leur contexte spécifique. Le background spécifique de chaque chef de projet a aidé à stimuler les échanges d'expériences dans le réseautage et à adapter en fonction de ces échanges les interventions aux différents contextes.

La mise en réseau dans les trois sites

Dans cette section, nous comparerons les stratégies de mise en réseau dans les trois sites

La marge de manœuvre laissée aux équipes projet pour l'adaptation des stratégies au contexte a été décrite plus haut. Comme nous allons le décrire ici, les équipes projet des trois sites ont mis en pratique de manière différente les initiatives visant à mettre en œuvre la composante mise en réseau du projet. Dans le but de ne recréer des choses existant déjà, les équipes projet ont fait une utilisation efficiente des réseaux préexistants.

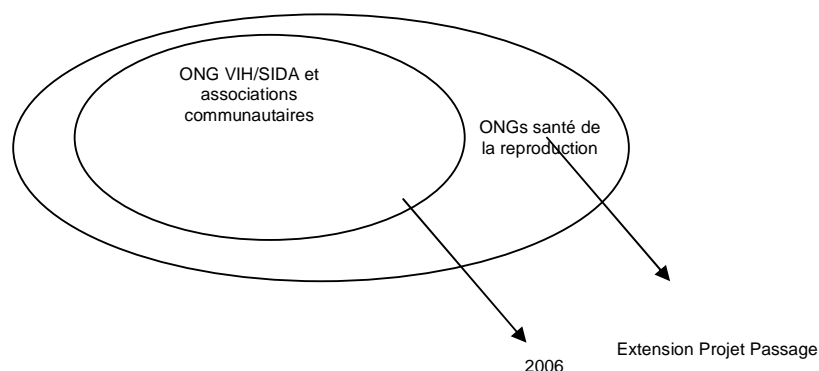
Modalité de mise en réseau

Mali: redynamisation des réseaux

Au Mali, deux réseaux existaient avant le projet Passage. L'un regroupe les ONGs de la région de Mopti, l'autre, le RONALS, réunit les ONG et associations œuvrant dans le domaine VIH/sida dans la région de Mopti.

L'équipe du projet a décidé de renforcer le réseau RONALS. Celui-ci est essentiellement un réseau d'associations privées à but non lucratif pour lesquelles les structures de santé du secteur public ont un rôle de structure de référence. Les structures publiques sont invitées aux réunions et associées à l'organisation des activités du réseau. Ce réseau a été créé en 2006 par le CESAC et il regroupe 20 ONG de la région de Mopti. L'idée, lors de la création de ce réseau, était de donner aux associations membre certaines capacités, d'optimiser la sensibilisation de la communauté pour le dépistage volontaire et le counselling et d'établir des liens entre les ONG urbaines et les associations communautaires de la région. Le réseau était assez fragile et souffrait de manque de budget et des conflits entre ONGs. Pour redynamiser le réseau, le projet a négocié avec ses leaders afin que le réseau s'ouvre à toutes les associations qui travaillent dans le domaine de la santé de la reproduction (comme par exemple l'AMPPF pour la planification familiale). Le réseau compte maintenant 40 membres.

Figure 7 - Réseau ONG RONALS (Mali)



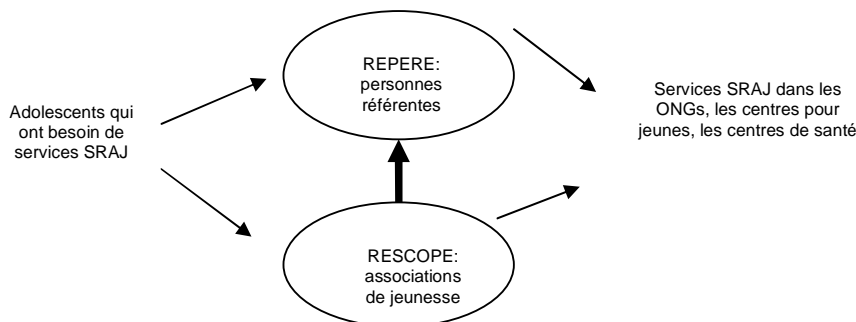
Burkina Faso: réseau pour pallier aux manques dans la chaîne de référence en SRAJ

Au Burkina Faso, le projet a voulu, via la mise en réseau, améliorer l'accès aux services SRAJ. Deux réseaux ont été créés, le REPERE (Réseau de personnes référentes) et le RESCOPE (Réseau des structures communautaires pour la promotion de la pair éducation).

Le REPERE réunit des individus, travaillant aussi bien dans des structures privées que publiques, qui sont volontaires pour agir comme personnes de contact pour donner aux jeunes les informations dont ils ont besoin dans le domaine de la santé de la reproduction. Ces volontaires ont fait connaître leur numéro de téléphone afin que les jeunes puissent facilement les contacter s'ils ont des questions.

Le REPERE et le RESCOPE travaillent en tandem : les pairs éducateurs des différentes associations de jeunes peuvent fournir eux-mêmes certaines informations ou peuvent référer les adolescents qui ont besoin de parler à des prestataires préparés à répondre aux questions spécifiques des jeunes. Les critères d'adhésion au réseau REPERE sont surtout l'expérience dans l'implantation de projet SRAJ, l'expérience de la pair éducation, l'expérience du travail dans des centres pour jeunes ou des centres SRAJ curatifs. Les critères d'adhésion au RESCOPE sont d'être officiellement reconnu comme association intervenant dans le domaine de la santé de la reproduction et de travailler avec des pairs éducateurs comme stratégie d'amélioration de la santé de la reproduction.

Figure 8 - Chaîne de référence réseau RESCOPE et REPERE (Burkina Faso)



Cameroun: trois réseaux

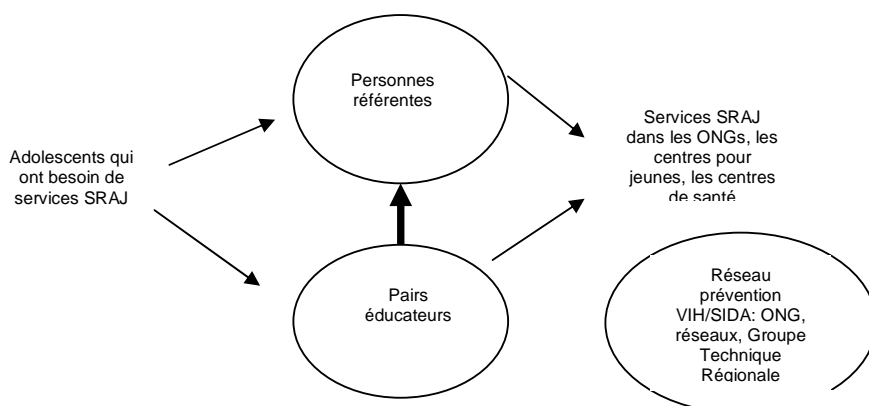
Au Cameroun, trois réseaux ont été créés. Le premier réunit les pairs éducateurs des clubs santé des écoles. Ces clubs santé existaient déjà et travaillaient dans le domaine de la santé de la reproduction et dans le domaine de la prévention VIH/sida. Les deux autres réseaux sont le réseau des personnes référentes et un réseau d'ONG/associations qui travaillent dans la prévention VIH/sida.

Une affiche reprenant les numéros de téléphone des personnes référentes a été affichée dans les centres pour jeunes, les centres de santé, les hôpitaux, certaines écoles et au bureau du projet. Ceci a permis d'améliorer l'accès des jeunes aux services de santé de la reproduction.

Un système de référence a été établi entre le réseau des personnes référentes et celui des pairs éducateurs. Ce réseau est fonctionnel.

Le réseau des acteurs en prévention VIH/sida a pour objectifs de renforcer les capacités des acteurs grâce à un échange de compétences, la planification d'actions communes et la mobilisation commune de ressources. Il veut aussi harmoniser et améliorer le contenu des messages IEC et les adapter aux besoins des groupes bénéficiaires.

Figure 9 - Chaîne de référence entre personnes référentes et réseau de pairs éducateurs + réseau des acteurs en prévention VIH/SIDA (Cameroun)



Installation des réseaux dans les trois sites

Les interventions planifiées ont bien sûr été adaptées aux différents contextes.

- Au Mali et au Burkina Faso, le processus de décentralisation administrative était un challenge spécial au regard de l'intention du projet de renforcer l'appropriation par les institutions locales. D'un côté, l'équipe projet devait s'associer avec des institutions locales fortes (comme les DRS) capables d'apporter un soutien institutionnel pour l'implantation des activités et de prendre le rôle de régulateur à la fin du projet. D'un autre côté, compte tenu de la stratégie de renforcement des capacités des institutions locales prévue par le projet, il fallait aussi impliquer des structures décentralisées moins prédominantes comme les communes urbaines (notamment les autorités politiques locales) qui, dans le contexte de la décentralisation administrative, ont une responsabilité directe vis-à-vis des communautés dont elles ont la charge.
- Des représentants de la mairie faisaient partie du comité de pilotage du Mali. Ce comité était présidé par le gouverneur de région.
- Il était nécessaire d'assurer un juste équilibre entre les différents acteurs institutionnels.

Les membres des réseaux: identités, motivation et attentes

Dans chaque pays, la composition des réseaux est assez différente. Les motivations et attentes des membres des réseaux doivent être bien comprises si l'on veut pouvoir expliquer comment ces réseaux se sont développés.

- Au Mali, un réseau préexistant réunissant des ONG travaillant dans le domaine VIH/sida a été élargi pour inclure les ONGs travaillant dans le domaine de la santé de la reproduction.
- Nous avons constaté que de nombreuses ONGs reconnaissent leur manque de connaissance dans le domaine de la santé de la reproduction des jeunes et adolescents et désirent accroître leur savoir faire via une collaboration avec d'autres acteurs. Ces ONGs sont souvent des antennes locales d'ONGs nationales présentes dans la capitale. Ce ne sont souvent pas les initiateurs des projets, mais plutôt les personnes chargées de l'implantation de projets négociés entre les bailleurs de fonds et le bureau national de l'ONG. Ils reconnaissent être souvent en situation de compétition avec d'autres ONGs pour le partage des faibles ressources disponibles et

que cela peut entraver le partage d'information entre ONGs travaillant dans le même domaine. En dépit de ces limitations, on observe que ces ONGs sont motivées à rejoindre le réseau afin d'accroître leur visibilité, d'être en liaison avec d'autres personnes ressources travaillant sur les mêmes sujets, d'avoir accès à l'information et à des formations, et de faire en commun de la mobilisation de ressources.

- Au Burkina Faso, le RESCOPE est né après constatation de l'existence de la nécessité d'établir des liens entre les associations utilisant la pair éducation. Le RESCOPE est composé d'associations de jeunes.
- Ceci s'applique aussi au réseau REPERE dans lequel des prestataires de services préventifs et curatifs, du secteur public et privé se sont portés volontaires pour agir en tant que personne ressource de confiance pour les jeunes en demande d'information, afin de les guider vers des services adaptés à leurs besoins. Ce réseau est composé de représentants des centres jeunes, d'un journaliste travaillant dans un magazine pour jeunes, de trois représentants d'ONGs travaillant dans le domaine SRAJ, d'un prestataire d'une structure publique de santé et d'un représentant du RAJS, un réseau d'ONGs/ associations œuvrant dans le domaine de la prévention VIH/sida.
- Au Cameroun, le réseau des pairs éducateurs regroupe 13 clubs santé d'écoles secondaires et de collèges. Ces clubs santé ont été créés avec l'appui de l'ACMS (Association Camerounaise pour le Marketing Social) affiliée à l'ONG Population Services International, 5 clubs scolaires d'écoles professionnelles pour jeunes filles, 9 clubs réglos (mis en place aussi par l'ACMS à travers le projet 'Yello Reglo' Programme de mise en réseau de téléphone mobile soutenu par MTN et UNAIDS) et 3 comités des centres jeunes créés par le projet.
- Le réseau des personnes référentes réunit un médecin, dix infirmières, un sociologue, un animateur radio, quatre animateurs communautaires, quatre jeunes animateurs de centre et six jeunes pairs éducateurs des écoles et clubs réglos. Ces personnes référentes travaillent dans le secteur public, des ONGs et des associations confessionnelles actives dans le domaine SRAJ pour les jeunes (inspection médico-scolaire, hôpital régional, centre de santé catholique, associations de lutte contre les violences faites aux femmes).
- Les entretiens montrent que tous sont concernés par les lacunes dans l'accessibilité aux services SRAJ et engagés à améliorer l'intégration des services SRAJ.
- Le réseau des acteurs de la prévention VIH/sida comprend des ONGs, le groupe technique régional sur le VIH/sida (GTR/sida) et le réseau des associations de femmes et des animateurs communautaires.

Le rôle des chefs de projet dans la mise en réseau

Les équipes projets ont, en fonction de leurs compétences professionnelles et de leur histoire personnelle, une vision différente du rôle que l'équipe de projet devait jouer dans le réseautage et les activités des réseaux.

- Au Mali, avec un chef de projet ingénieur social, l'équipe a eu un rôle assez neutre de facilitateur externe pour le lancement des réseaux. L'équipe a offert une assistance technique et financière. Ceci a été très apprécié des membres du réseau. L'équipe de projet a sensibilisé sur une approche commune en SRAJ à travers sa participation aux réunions mensuelles de l'équipe hospitalière et aux réunions des chefs de centres de santé communautaires. Le chef de projet a aussi participé à la réunion de revue de l'UNICEF et au comité régional du PRODESS.
- Au Burkina Faso, le chef de projet était l'ancien directeur régional de la santé de la région du centre. Il a soutenu le rôle de régulateur de la DRS en lui donnant un soutien lors des réunions de consultations entre secteur privé et public organisées par la DRS. Il a organisé des consultations annuelles entre les détenteurs d'enjeux du projet et a été lui-même invité aux réunions régionales de planification de la DRS.

- Parmi les trois pays, le projet au Cameroun a été celui qui a été le plus impliqué dans les réseaux. L'équipe du projet a participé activement comme membre des réseaux, et notamment comme personnes ressources dans le réseau des personnes référentes. Le chef de projet a pu utiliser sa longue réputation dans la région pour mettre en place les réseaux SRAJ.

Le rôle des DRS : lien entre le secteur publique et le secteur privé

Un des objectifs de Passage était de renforcer le rôle régulateur des DRS tant vis-à-vis du secteur public que du secteur privé dans les trois zones d'intervention et ceci dans le contexte d'une décentralisation administrative.

En effet, dès la mise en place du projet, les DRS ont été des partenaires privilégiés (avec par exemple au Mali, un contrat formel signé avec le Ministère de la santé pour la supervision des activités et du budget du projet). Le renforcement du rôle régulateur des DRS est un des résultats importants du projet. Comme ce rôle régulateur des DRS est un concept encore récent qui nécessite encore qu'il fasse son chemin dans les trois pays, le positionnement des DRS comme régulateur représente un challenge.

- Les entretiens montrent que le choix de travailler avec la DRS au Mali est basé sur certaines considérations. Premièrement, la santé est considérée comme une bonne porte d'entrée pour approcher un sujet aussi sensible que la santé sexuelle et reproductive des jeunes. Deuxièmement, une approche intersectorielle qui réunit les différentes directions concernées (Ministère de la jeunesse, Ministère de la femme et de la famille, Ministère des affaires sociales), est difficile à gérer dans le contexte de gouvernance au Mali. La DRS a des relations avec des acteurs non-étatiques via des réunions de consultations qui réunissent les équipes cadres de district, les ONGs et les acteurs du secteur privé et en invitant les ONGs à des formations. Les ONGs et les acteurs privés sont mensuellement invités à des réunions de planification et supervisent les structures de santé publiques. Les activités des réseaux sont intégrées au plan opérationnel des structures de santé
- Au Burkina Faso, l'équipe du projet a apporté son soutien au comité technique régional dans les réunions de coordination qui réunissent les acteurs qui travaillent aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.
- Au Cameroun, la DRS joue un rôle actif. Les acteurs du secteur public et privé se rencontrent lors de formation organisées par la DRS et à travers des réunions de consultation dans le domaine de la PTME. A part cette implication dans les formations, la DRS s'est cependant peu investie dans les réseaux créés par le projet.

En résumé, dans les trois sites d'intervention, les DRS se sont positionnées plus comme des facilitateurs capables de réunir les acteurs, permettant ainsi des échanges, que comme régulateurs coordonnant les activités des différents acteurs impliqués dans la SRAJ.

Activités des réseaux : un échange d'expériences

L'échange des expériences et des choses apprises était un des objectifs de la mise en réseau.

- L'équipe du Mali s'est beaucoup investie pour convaincre les membres des réseaux de la valeur ajoutée de la mise en réseau. C'est dans cet esprit que certaines des activités des ONGs et des structures de santé ont été financées même si elles n'étaient pas directement en relation avec la mise en réseau, mais plutôt nécessaire, comme élément intermédiaire, à la redynamisation des réseaux existants. Proposées lors d'échanges entre différentes ONGs durant les réunions des réseaux, plusieurs activités inter réseau et avec l'assistance des services techniques et des services de santé, ont été mises en place.

- Des experts santé ont été invités à des débats communautaires ou on été invités à intervenir dans les écoles ou lors d'émission radio.
 - Les ONGs ont utilisé les autres structures pour mettre en œuvre leurs actions de manière plus efficace.
 - Le nombre des collaborations entre ONG/association et services publiques a augmenté. C'est le cas par exemple de la couverture radio lors d'évènements organisés par les structures de santé. Les ONG/associations ont été invitées aux réunions mensuelles des districts de santé et pour certaines formations.
 - Le réseau a, en tant que structure, organisé les Campagnes vacances avec l'appui du projet. Ce sont des campagnes de mobilisation des jeunes et de la communauté autour de la santé de la reproduction des jeunes et adolescents organisée dans différents quartiers des villes avec le soutien des pairs éducateurs.
- Au Burkina Faso, l'équipe du projet a organisé des réunions lors desquelles les membres des deux réseaux étaient amenés à débattre de leur contribution respective à la référence vers les services SRAJ. Les deux réseaux ont eu accès à un site internet et ont reçu du matériel IEC pour promouvoir leur existence auprès des populations cibles. Trois réunions réunissant tous les acteurs des services publics et privés impliqués dans le projet ont aussi été organisés.
 - Au Cameroun le réseau des pairs éducateurs s'est concentré sur la sensibilisation des jeunes à travers le théâtre, des conférences éducatives et des projections vidéo. Ce réseau regroupe tous les jeunes volontaires actifs dans le domaine de la SRAJ qui ont été formés par différents projets dans les écoles et les quartiers. Ce réseau constitue une valeur ajoutée car des jeunes de différents horizons (jeunes de différents quartiers, d'écoles de formation ou d'alphabétisation, de collèges et lycées de différentes obédiences,..) se côtoient alors qu'ils n'en avaient pas l'habitude. Les personnes ressources de ce réseau offrent un counseling individuel mais organisent aussi des événements de sensibilisation de la communauté sur les SRAJ, ils apportent leur soutien aux jeunes et adolescents dont les droits sont bafoués (mariage forcés,...) et offre des traitements contre les MST. Le réseau de prévention VIH/sida travaille sur un projet commun d'organisation d'une mutuelle de santé. Le réseau a offert un support à une association communautaire pour la rédaction d'une proposition de projet qui devrait être financée par l'ONG Care.

Activités dans l'esprit du réseau

Passage voulait renforcer la mise en réseau comme processus pour rendre plus effective l'utilisation des ressources en SRAJ sur les trois sites.

En plus de la création des réseaux et des activités qu'ils ont réalisées, d'autres activités inspirées du réseautage ont été développées entre certains acteurs. Il s'agit notamment de l'organisation de campagne de mobilisation communautaire sur les trois sites. Ces campagnes réunissent des ONG/associations communautaires, des structures publiques, des pairs éducateurs, des enseignants, de animateurs radio et des prestataires de soins. Des rencontres, organisées par la DRS, ont réunis les acteurs du secteur privé et du secteur public de différents niveaux de la pyramide sanitaire.

- Au Mali, le projet a impliqué les médias en aidant une radio pour les jeunes et en organisant la collaboration entre les associations de planification familiale et les radios locales.
- Au Burkina Faso le projet a créé une nouvelle dynamique dans les centres de santé via la création d'un label de qualité 'Centre ami des jeunes'. Des campagnes médiatiques

à la radio et à la télévision ont été préparées par l'équipe de la DRS, des représentants des centres pour jeunes et des personnes ressources des ONGs. Le projet a installé et formé des comités de jeunes dans les centres pour jeunes. La promotion de la SRAJ a aussi été réalisée par des actions novatrices comme la collaboration avec les coiffeuses dans un objectif de sensibilisation des jeunes et adolescents en matière de santé de la reproduction.

- Au Cameroun, plusieurs rencontres réunissant les différents acteurs de la pyramide sanitaire ont été organisés.

Dans les trois pays, des rencontres entre utilisateurs et prestataires et entre prestataires ont été organisées, avec cependant des résultats limités.

Analyse et discussion

Dans une première partie nous comparerons le design du projet à d'autres projets de développement dans le domaine de la santé de la reproduction pour les jeunes et adolescents. La deuxième section analysera les hypothèses de départ du projet pour ce qui concerne le contexte de mise en œuvre par rapport au contexte effectif d'intervention. Une dernière partie sera dévolue à la discussion des résultats de la mise en réseau : implantation effective des stratégies comparée aux stratégies planifiées, résultats et effets observés comparés aux résultats et effets attendus, pérennité des résultats.

Design du projet

Le projet a été développé pour promouvoir le développement de services de santé reproductive de qualité, intégrés, adaptés aux besoins des populations cibles et accessibles.

La complémentarité dans les approches a été activement recherchée et est crucial dans le domaine de la SRAJ qui embrasse une pléthore d'acteurs et de thématiques.

Trop souvent, la santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents n'est envisagée que dans une perspective médicale. Nous avons constaté que l'organisation du projet Passage a réuni des spécialistes de santé publique, des anthropologues, des spécialistes de mobilisation sociale, des ONGs, des associations communautaires, des représentants des structures publiques de santé et des professionnels de santé. Les partenaires du Nord ont également apporté leur contribution en fonction de leur domaine d'expertise. La mise en œuvre des activités dans trois régions urbaines a permis des échanges sur les stratégies d'implantation et la comparaison des interventions d'un site à l'autre en prenant en considération les facteurs contextuels qui peuvent influencer la mise en œuvre des activités.

L'évaluation montre que les partenariats, et le renforcement des liens entre acteurs à travers la mise en réseau sur les sites du projet sont au cœur du projet.

Le design du projet est basé sur l'idée qu'il existe un potentiel inexploité qui peut être stimulé à travers le partage de connaissances et de compétences entre les acteurs impliqués dans l'offre de services en SARJ.

Les partenariats permettant une meilleure utilisation de ce qui existe déjà sont un aspect souvent ignorés des programmes de développement qui trop souvent réinventent la roue.

La mise en réseau des acteurs est une manière novatrice d'appréhender les lacunes dans l'accessibilité aux services et aux référencés dans l'offre de service SRAJ.

Le design peut être considéré comme ambitieux pour un projet de courte durée. Trois années ne sont peut être pas suffisantes pour s'assurer de la pérennisation des réseaux et du maintien de la synergie créée entre acteurs impulsée par le projet.

Comparaison des hypothèses de départ aux contextes des sites d'intervention

Comme cela a été décrit précédemment, le projet a identifié un certain nombre d'hypothèses sur lesquelles repose le choix des stratégies d'intervention. Nous comparerons ici ces hypothèses de départ avec les contextes des sites d'intervention.

Les services minimum dans le domaine de la SARJ fournis par le secteur public et par le secteur privé sont fonctionnels sur les sites du projet

La comparaison des trois sites montre que des services minimum de santé sexuelle et reproductive pour les jeunes et adolescents existent, mais que ces services ne sont pas toujours facilement accessibles pour les jeunes. Au Mali, la capacité à offrir un grand nombre de services est plus développée qu'au Burkina et au Cameroun, mais des barrières à l'accès existent.

- Au Mali, les services publics de première ligne offre en général des méthodes de planification familiale comme les contraceptifs injectables (Depo Provera) les pilules contraceptives et dans certains endroits, là où le personnel a été formé, les DIU et les implants ;
- Le secteur privé, pharmacies et vendeurs de rue, constitue une importante source d'approvisionnement en méthodes contraceptives. L'AMPPF offre une offre complète de méthodes contraceptives. Le centre de l'AMPPF est ouvert pendant la journée et les adolescents scolarisés peuvent y accéder pendant les pauses déjeuner et après les cours.
- Mais des problèmes ont cependant été mis en évidence
 - o Ruptures de stock fréquentes selon les dires
 - o Pas d'horaire particulier pour les jeunes, et donc confidentialité non assurée
 - o Les personnels des services publics sont considérés par les jeunes comme peu accueillant avec les jeunes filles non mariées en quête d'une méthode contraceptive
- Au Burkina Faso, les services de santé du secteur publique n'offrent pas de services de santé de la reproduction spécifiques pour les adolescents. L'ABBEF, Association Burkinabé pour le bien-être familial offrent des services SRAJ et a créé un centre pour jeunes. En plus des problèmes financiers d'autres barrières à l'accès aux soins et services ont été mises en évidence. L'attitude moralisante des prestataires vis-à-vis des jeunes a été citée comme un obstacle majeur par les personnes interviewées.
- Au Cameroun, les services de santé du secteur public souffrent d'un manque de ressources humaines. Le coût dans les services publics est très variable. Les attitudes moralisantes des prestataires sont un obstacle majeur à l'accès aux services SRAJ. La qualité des services est très variables et des ruptures de stock font que les méthodes de planification familiale ne sont pas toujours disponibles.

On peut conclure qu'il existe d'importantes lacunes dans l'offre de services de santé sexuelle et reproductive pour les jeunes et adolescents, plus spécialement dans le secteur public où les attitudes des prestataires sont un obstacle majeur à l'accès aux soins.

Les adolescents débrouillards peuvent trouver des moyens d'accéder aux méthodes de planification familiale en passant par les associations, les pharmaciens privés ou les vendeurs de rue. Mais, l'accès à des services complets et adéquats y compris counseling/information adéquate et référence n'est pourtant pas assuré.

Les liens entre les services curatifs et les services sociaux ainsi que les liens entre services publics et privés dans le domaine de la SARJ ne sont pas optimaux

Les sites d'intervention dans les trois pays sont principalement des sites urbains (ville de Mopti, Maroua et Ouagadougou). Il n'est donc pas surprenant d'y retrouver une multitude d'acteurs (ONGs, associations communautaires ou confessionnelles) qui travaillent dans le domaine de la santé des femmes et des adolescents. Peu de ces acteurs sont spécialisés dans la santé de la reproduction pour les adolescents, sinon ceux associés aux associations de planification familiale. Il n'est pas non plus surprenant de constater que la majorité de ces acteurs sont spécialisés en VIH/sida.

- Au Mali, beaucoup d'ONGs se concentrent sur le VIH/sida car la majorité des sources de financement proviennent de bailleurs de fonds travaillant dans ce domaine. Ces ONGs ne collaborent guère entre elles car elles se sentent en compétition pour obtenir le peu de ressources disponibles. Elles se connaissent cependant entre elles et savent ce que chacun fait. Des plateformes de collaboration ou des réseaux notamment d'ONGs travaillant dans le domaine VIH/sida existent. Il y a peu de liens entre les

ONGs au niveau local, le bureau central de l'ONG dans la capitale financé par les bailleurs de fonds international et les associations à base communautaires qui vivent de ressources locales.

- Au Burkina Faso, il existe plus de 600 ONGs qui travaillent dans le domaine VIH/sida. Il existe une plateforme nationale de ces ONGs (Le secrétariat permanent des ONGs, SPONG). Un réseau d'ONGs spécialisées dans le VIH/sida, le PAMAC, a été créé avec l'appui de l'UNDP. Le PAMAC est coordonné par le Conseil National de Lutte contre le SIDA.
- On observe une situation similaire au Cameroun où beaucoup d'ONGs dont les jeunes sont la population cible se concentrent exclusivement sur la prévention du VI/H/sida. Il existe aussi des ONGs travaillant dans le domaine de la lutte contre la violence faite aux femmes et les mariages forcés et qui défendent les droits des adolescents. Les ONGs qui défendent les droits des femmes travaillent entre elles mais ne collaborent pas toujours avec les ONGs spécialisées dans la prévention VIH/sida. Il y a également peu de liens avec les structures de santé tant du secteur public que privé.

Conclusions pour les trois sites d'intervention

- La coordination entre acteurs intervenant dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive pour les jeunes et adolescents n'est pas optimale et chaque acteur pourrait bénéficier d'une collaboration (apprentissage mutuel, mobilisation conjointe de ressources, spécialisation et complémentarité dans l'organisation de l'offre de soins et des services).
- En dehors du réseau Passage, il n'existe aucun autre réseau d'acteurs travaillant dans le domaine SRAJ. Les réseaux nationaux d'ONGs et les réseaux d'organisations qui interviennent dans les domaines du VIH/sida, de la nutrition, des droits des enfants ou des droits des femmes, ont fait leur apparition récemment.

Les acteurs impliqués dans le domaine de la SRAJ ont une même motivation intrinsèque mais ne partagent pas une vision commune des SRAJ complets et intégrés

Un des objectifs du projet Passage était de faire partager une vision commune sur les SRAJ par les différents acteurs, cette vision commune se réfère à une approche complète et intégrée des soins de santé de la reproduction pour les jeunes et adolescents, approche non seulement du point de vue santé mais aussi du point de vue social et des droits humains.

Ceci constituait un grand challenge sur les trois sites, car ni les politiques de santé, ni la structure du système de santé ou les pratiques des personnels de santé ne sont tournées vers une approche holistique ou vers l'amélioration des collaborations intersectorielles. Il existe quelques liens formels entre les services curatifs (centres de santé) et les services sociaux et de prévention (services pour jeunes), et pas de liens entre service publique et service privé dans le domaine de la SRAJ.

Les acteurs impliqués dans le domaine de la SRAJ peuvent être convaincus que la coordination des acteurs en SRAJ peut amener à améliorer les résultats de leurs activités

Comme précisé plus haut, nous avons constaté que de nombreux acteurs collaborent via des réseaux. Notre étude montre que les partenaires du projet Passage estiment que la mise en réseau est un mécanisme efficace pour améliorer leurs performances.

- Au Mali, les acteurs (publics et privés, curatif ou de prévention) ont tous vu la valeur ajoutée des échanges et de la collaboration

- Les acteurs non étatiques qui interviennent dans un même domaine échangent peu entre eux et voient le bénéfice à utiliser les moyens des autres acteurs (p.ex. . l'association de planification familiale qui utilise les ondes radio pour l'IEC). Ou à s'unir pour organiser des événements communs qui peuvent se faire à plus grande échelle et avoir une audience plus importante. Ils voient aussi un bénéfice en termes de visibilité et de potentialité dans la mobilisation des ressources.
- La collaboration avec le secteur public est considérée, tant par les ONGs que par le personnel des services publiques, comme une valeur ajoutée. La présence des prestataires de soins lors des campagnes de sensibilisation pour apporter une information sur les activités de leur service, ou la participation des ONGs aux réunions du district de santé en sont des exemples. Il faut cependant garder à l'esprit que les ONGs qui travaillent dans un monde de compétition où les ressources sont insuffisantes peuvent tenter de maximiser leurs gains financiers propres et que cela peut gêner les efforts de collaboration.
- Au Burkina, les ONGs voient la valeur ajoutée par la collaboration avec d'autres acteurs intervenant dans le domaine SRAJ. Pour la plupart de ces ONGs, la SRAJ n'est qu'une de leurs activités et ils admettent leur besoin d'approfondissement de leurs compétences dans ce domaine spécifique.
- Au Cameroun, les centres pour jeunes voient les avantages à collaborer, spécialement dans l'organisation d'activités de grande audience.

On peut conclure ici que tous les acteurs considèrent positivement la mise en réseau et que celle-ci représente une valeur ajoutée pour la performance de leur organisation. Cette mise en réseau peut améliorer leur savoir-faire, ils peuvent utiliser les ressources des autres acteurs ou organiser des actions communes, dans lesquelles chacun contribue selon ses compétences, et qui peuvent avoir une plus large audience

Il existe une volonté de la part des acteurs du privé et du public dans le domaine de la SRAJ de travailler sous le patronage de la DRS

Les acteurs non étatiques reconnaissent globalement l'importance de relations de travail mutuellement avantageuse avec la DRS, notamment pour les aspects d'assistance technique. Pour les aspects non médicaux la collaboration avec d'autres secteurs est considérée comme cruciale.

- Au Mali, les acteurs non étatiques voient le fait de collaborer sur des actions communes ou d'être invités à des formations avec les prestataires du secteur public comme une forme de reconnaissance de leur travail.
- Au Burkina Faso, les acteurs du secteur privé ont perçu les bénéfices du fait de travailler aux côtés de la DRS, particulièrement pour ce qui concerne l'assistance technique et la supervision. Ils ont cependant des difficultés à accepter le rôle régulateur de la DRS dans d'autres domaines non médicaux de la SRAJ comme la mobilisation sociale et communautaire.

Il existe une volonté de la part de la DRS de se jouer le rôle de régulateur dans le domaine de la SARJ

Dans la stratégie du projet Passage, les DRS jouent un rôle essentiel de régulateur du système de santé public et privé. Le projet avait l'ambition de renforcer les capacités des DRS dans leur rôle de régulateur dans un contexte de décentralisation dans les trois pays.

Il y a sur les trois sites, des indications que les DRS désirent prendre ce rôle de régulateur, même si les actions en ce sens sont encore embryonnaires. Les collaborations et échanges sont encore circonstanciels et certainement pas institutionnalisés.

- Au Burkina Faso et au Mali, les DRS ont été, à travers le projet, des promoteurs importants des activités de mise en réseau.
- Ceci est beaucoup moins visible au Cameroun.

La pérennité du projet sera assurée à travers la mise en réseau des acteurs intervenants dans le domaine de la SRAJ et à travers le renforcement du rôle régulateur de la DRS

Sur les trois sites il y a une volonté de continuer l'expérience de la mise en réseau.

- Au Burkina, les acteurs veulent perpétuer la dynamique de mise en réseau initié par le projet. Les activités de mise en réseau seront intégrées au plan d'action et au budget des organisations et de la DRS. Il reste la question du financement des réseaux eux-mêmes. Les activités communes pourront être supportées par les associations, mais les réseaux créés avec un soutien financier du projet Passage auront besoin de ressources financières pour continuer leurs activités.
- Au Cameroun, la volonté des acteurs de continuer l'expérience est très forte. Ils déplorent la courte durée du projet et ont déjà commencé à mener des actions communes pour la mobilisation des ressources. Le réseau de prévention VIH/sida sera subsidié par l'extension d'un programme ONG sur la prévention MST/VIH/sida. Le réseau de pair éducateurs a toutes les chances de recevoir le soutien du Conseil national des jeunes.

Tableau 2 - Comparaison des hypothèses de la théorie de programme aux contextes des sites d'intervention

Hypothèses de la théorie de programme	Mali	Burkina Faso	Cameroun
Paquet minimum d'activités SRAJ fonctionnel	pas confirmé	pas confirmé	pas confirmé
Coordination Acteurs en SRAJ pas optimale	confirmé	confirmé	confirmé
Manque de vision services SRAJ complets	confirmé	confirmé	confirmé
Acteurs convaincus qu'une meilleure coordination peut amener à une amélioration des résultats	confirmé	confirmé	confirmé
Volonté de la part de la DRS de jouer le rôle de régulateur	pas confirmé	pas confirmé	pas confirmé
Volonté des acteurs du secteur privé et public de travailler sous le patronage de la DRS	confirmé	confirmé	confirmé
Pérennité assurée à travers la mise en réseau et à travers le renforcement du rôle régulateur de la DRS	confirmé pour la mise en réseau	confirmé pour la mise en réseau	confirmé pour la mise en réseau

Résultats de la mise en réseau

Stratégies d'implantation mises en œuvre – stratégies planifiées

Type de réseaux

En fonction des différents contextes (existence de réseaux existants), les équipes projet ont créé ou redynamisé trois types de réseaux

Le premier type est constitué de réseaux d'ONGs et d'associations communautaires

- Au Cameroun le projet a créé le réseau d'ONGs/associations communautaires intervenant dans le domaine du VIH/sida.

- Au Mali, le projet à redynamiser le réseau RONALS qui est un réseau d'ONGs et d'associations offrant des services curatifs et de prévention dans le domaine du VIH/sida.
- Ces réseaux assurent une meilleure coordination des associations et ONGs qui exercent, parmi d'autres, des activités dans le domaine de la SRAJ.

Le second type de réseau, créé au Burkina Faso et au Cameroun est un réseau de personnes référentes dans lequel des professionnels (du secteur privé et public, exerçant des activités curatives ou préventives), des volontaires et des pairs éducateurs se sont réunis pour assurer une meilleure accessibilité aux services SRAJ.

Le troisième type de réseau réunit des associations de jeunes (au Burkina Faso) ou des pairs éducateurs (au Cameroun). Ces réseaux permettent des échanges de savoir faire et de compétences entre les associations de jeunes, les professionnels et les pairs éducateurs actifs dans les centres jeunes, les clubs scolaires, etc. Tant au Burkina qu'au Cameroun le projet a fait en sorte qu'un lien se crée entre les réseaux d'associations de jeunes/pairs éducateurs et les réseaux de personnes ressources afin d'améliorer la chaîne de référence pour les jeunes en nécessité de soins SRAJ.

Le réseau des ONG et le réseau des pairs éducateurs/ jeunes de centre jeunes améliorent la coordination entre acteurs intervenant dans les mêmes domaines : secteur privé pour les ONGs et secteur social / préventif pour le réseau de pair éducateurs.

Souvent les ONGs n'ont pas de collaboration car elles se sentent en compétition l'une avec l'autre. Les centres jeunes ignorent l'existence des autres centres et les pairs éducateurs d'une école n'ont pas de contact avec leurs collègues d'autres écoles. Les réseaux créés ou renforcés par le projet ont permis de développer des synergies par le développement de stratégies ou d'activités communes. Une seconde étape pour ces réseaux a été d'approcher les services de santé du secteur public, afin de stimuler la réflexion sur la manière dont les ONGs et les services de santé peuvent travailler ensemble pour améliorer la référence dans le domaine SRAJ dans une approche complète et globale de la santé sexuelle et reproductive des jeunes.

Le réseau des personnes ressources au Burkina Faso et au Cameroun, et les liens entre pair éducateurs et personnes ressources ont réunis des professionnels et des volontaires de divers secteurs. A travers les échanges individuels dans le réseau des personnes référentes, les professionnels sont mieux informés de la contribution offerte par les différents acteurs impliqués dans la SRAJ.

Ces réseaux répondent directement aux besoins des bénéficiaires qui ont des difficultés à accéder à des services SRAJ accueillants et adaptés pour eux. Les réseaux ont donc contribué à l'amélioration de la continuité des soins, un des résultats attendus du projet. Ils peuvent aussi grâce à la mise en commun des réflexions, induire des initiatives visant à améliorer la coordination entre secteurs.

Le rôle de régulateur des Directions régionales de la santé

En tant que partenaires institutionnels privilégiés, les DRS ont appuyé les activités des réseaux mis en place par le projet. Les DRS du Burkina Faso et du Mali ont sans conteste vu la valeur ajoutée de l'amélioration de la coordination et de la supervision du secteur privé dans leur rôle de responsables des activités de santé mise en œuvre dans leurs régions.

Ils ne disposent cependant pas de toutes les ressources financières et humaines nécessaires pour remplir pleinement leur rôle. L'exercice d'un rôle de régulation du secteur privé a des implications financières car cela conduit les acteurs privés à demander une aide financière pour des activités dont ils jugent que la DRS bénéficie.

Les DRS sont cependant sans conteste responsables de la coordination des activités relevant du domaine de la santé. Les autres structures décentralisées (dans le domaine de la jeunesse, de la famille ou du développement social) sont responsables d'activités dans d'autres domaines. Des approches intégrées, comme celles qui sont nécessaires à l'amélioration des services SRAJ, nécessitent que les collaborations intersectorielles entre structures décentralisées soient plus fortes. Ceci nécessite une implication politique et des initiatives en termes de politique au niveau central. Cette implication du niveau central n'est pas toujours facile à aborder depuis le niveau périphérique pendant des projets de courte durée.

Résultats et effets observés – résultats et effets attendus

Deux résultats attendus sont mentionnés dans le cadre logique du projet

- Des réseaux sont actifs (entre acteurs publics et privés, du secteur curatif et du secteur social/préventif) via l'organisation de réunions, la participation à des formations communes et l'organisation d'événements en commun.
- Les DRS interviennent comme régulateurs et ce rôle leur est reconnu.

Ceci doit conduire à une meilleure coordination entre acteurs et au final améliorer la continuité des soins.

Résultat 1: des réseaux actifs

Un des prérequis aux activités des réseaux était de changer la mentalité des acteurs impliqués.

Il fallait tout d'abord que les acteurs comprennent le manque d'intégration dans les approches SRAJ et qu'une approche plus intégrée pourrait améliorer le statut en santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents. Le manque d'intégration et de spécificité des approches sont en général connus et déplorés par les acteurs (c'est par exemple un des thèmes repris dans la politique nationale au Mali), mais ces acteurs ignorent en général que cela est dû à la prédominance des programmes verticaux. Le projet Passage a réussi grâce aux activités des réseaux à augmenter la prise de conscience de la nécessité d'une approche intégrée dans le domaine de la SRAJ.

Un autre aspect important était de présenter l'idée des réseaux aux associations et aux prestataires. Dans un environnement où les ressources sont limitées, les ONGs et associations sont en compétition pour les ressources et ne voient pas toujours le bénéfice potentiel du partage de l'information ou du travail en collaboration. Le projet a réussi à convaincre les associations et les prestataires du pouvoir des actions collectives pour le renforcement du fonctionnement de leurs organisations.

Le projet a réussi à créer ou à redynamiser des réseaux qui sont fonctionnels et à renforcer les capacités des membres de ces réseaux à travers un processus d'apprentissage en commune. On peut distinguer deux catégories de développement des capacités réalisées par le projet : l'apprentissage individuel et institutionnel.

Les réseaux ont réuni non seulement des organisations, mais aussi des personnes ressources de différents types de structures. Au niveau individuel, les membres des réseaux, comme les prestataires de soins, les pairs éducateurs, les membres d'ONG ou d'association ont pu approfondir leurs connaissances mutuelles par divers processus : en connaissant les autres acteurs, en partageant l'information et le savoir-faire, ainsi qu'en ayant accès à des formations. Une innovation importante au niveau individuel est constituée par le réseau des personnes référentes au Burkina et au Cameroun, réseaux dans lesquels les membres « adultes » ont des échanges avec les pairs éducateurs adolescents qui permettent de sensibiliser les professionnels aux besoins des jeunes et à la réalité dans laquelle ils évoluent.

Au niveau organisationnel, les capacités ont été renforcées via l'échange d'information et d'expertise, à l'acquisition de ressources matérielles, à l'accès à des formations qui permettent aux organisations d'utiliser de nouvelles stratégies, à l'organisation d'actions commune qui utilise la complémentarité des acteurs, la meilleure visibilité et la création d'opportunités pour la mobilisation de ressources.

Tableau 3 - Résultats des activités de la mise en réseau

Résultats des activités de la mise en réseau		
	Niveau individuel	Niveau organisationnel
Faire la connaissance des autres professionnels intervenant dans le domaine des services SRAJ	x	
Meilleure visibilité		x
Partage d'expertise	x	x
Partage d'information	x	x
Partage/échanges des ressources matérielles		x
Accès à des formations	x	x
Création d'opportunités pour la mobilisation des ressources		x
Organisation des activités sur plus grande échelle (complémentarité)		x

Tableau 4 - Résultats de la mise en réseau en termes de renforcement de capacités comparaison des projets pays

Résultats des activités de réseautage	Mali	Burkina Faso	Cameroun
Création des liens entre organisations, structures de santé, professionnels, volontaires œuvrant dans le domaine des services SRAJ			
Contribution à une vision de soins SRAJ complets	x	x	x
Faire la connaissance des autres professionnels intervenant dans le domaine des services SRAJ	x	x	x
Meilleure visibilité	x	x	x
Partage d'expertise	x	x	x
Partage d'information	x	x	x
Partage / échange de ressources matérielles	x	x	x
Organisation des activités sur plus grande échelle (complémentarité)	x	x	x
Créer des liens entre centres jeunes			
Faire la connaissance des pairs éducateurs (d'autres clubs, quartiers)		x	x
Echange d'expertise et des ressources matérielles		x	x
Organisation des activités sur plus grande échelle (complémentarité)		x	x

Résultat 2: Le rôle de régulateur des Directions régionales de la santé

Le projet voulait que la coordination des activités des réseaux soit faite par les DRS et ainsi renforcer leur rôle régulateur des actions des acteurs des services privés et publics pour ce qui concerne le domaine de la SRAJ au sens large. Les acteurs non étatiques ont en général perçu la valeur ajoutée de l'amélioration de la collaboration avec les DRS et ont été satisfait de la reconnaissance que cela implique pour eux. Ils ont apprécié d'être invités aux réunions mensuelles du district, aux formations et aux ateliers de planification. Les DRS ont fait le premier pas vers une amélioration du contrôle et du soutien aux acteurs non étatiques en organisant des réunions de consultations et en intégrant leurs activités au plan d'action, mais elles manquent de ressources et de capacité pour remplir leur rôle de régulateur surtout dans le domaine de la supervision des actions qui ne sont pas du pur domaine de la santé.

Effets observés – effets attendus

L'effet attendu était une amélioration de la continuité des soins dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive des adolescents.

On ne peut en pratique pas attribuer de manière certaine l'amélioration de la continuité des soins à la mise en réseau car nous n'avons pas eu la possibilité de documenter de manière satisfaisante l'utilisation réelle des services SRAJ par les jeunes. Nous avons cependant mis en évidence un certain nombre de fait qui peuvent nous éclairer sur cet indicateur.

- Au Mali, la continuité des soins a été améliorée à travers la sensibilisation des acteurs en SRAJ. Le projet a aussi redynamisé le centre jeune de l'AMPPF en apportant un soutien en matériel et ressources humaines et en offrant des formations. Un point focal supplémentaire pour le conseil et les soins en santé de la reproduction a été ouvert dans un des principaux lycées.
- Au Burkina Faso, le projet a créé deux centres jeunes et redynamisé un centre jeune du secteur public. Dans ces centres des comités de jeunes ont été créés. La création du label de qualité « Centre ami des jeunes » a permis d'améliorer l'accès de jeunes par l'adaptation des horaires de consultation, l'offre de consultations gratuites,... Le réseau REPERE et le réseau RESCOPE ont amélioré la référence en mettant en relation les jeunes des associations / pairs éducateurs et les personnes ressources et en améliorant les actions collectives des centres jeunes.
- Au Cameroun, le projet a créé quatre centres jeunes. Le projet a créé un système de référence entre le réseau de pairs éducateurs et le réseau de personnes ressources.

Pérennité des résultats

Il n'est pas, à ce moment précis, possible de dire si la dynamique des réseaux impulsée par le projet pourra persister dans le temps. Les réseaux sont développés depuis peu de temps et ont reçu une assistance extérieure et aurait pu être plus stabilisé si le soutien avait pu se faire sur une plus longue période de temps.

Pour tous les acteurs impliqués, le projet a montré l'importance qu'il y avait à améliorer les soins et services en SRAJ

Les DRS du Mali et du Burkina vont donner une importance plus grande à la SRAJ dans leur futur plan d'action.

- Au Mali, les acteurs ont compris la valeur ajoutée de la mise en réseau pour le renforcement des capacités organisationnelles et désirent continuer les activités du réseau. Certaines de ces activités seront financées dans le futur avec le soutien des autorités locales ou de bailleurs de fonds, ou seront intégrées dans les plans d'action de la DRS. La DRS admet cependant qu'elle ne dispose pas des fonds nécessaires pour reprendre le rôle de coordinateur du réseau.
- Les membres du REPERE et du RESCOPE considèrent que l'expérience de mise en réseau a été bénéfique pour l'amélioration des services SRAJ et se sont sentis soutenus par la DRS. Un plaidoyer a été fait auprès de la DRS pour que les activités du REPERE soient à l'agenda de la DRS. Il existe aussi des perspectives de financement d'autres activités par des ONGs locales. Les membres des réseaux estiment que la DRS pourrait assurer la supervision technique de la composante santé des services SRAJ. La DRS n'a cependant pas la capacité d'assurer la supervision pour les composantes SRAJ qui ne relèvent pas du domaine de la santé (comme la mobilisation communautaire).
- Au Cameroun, il y a une forte volonté des acteurs de faire vivre l'expérience des réseaux et la mobilisation locale de ressources a été un succès pour faire continuer le réseau prévention VIH/Sida et le réseau des pairs éducateurs.

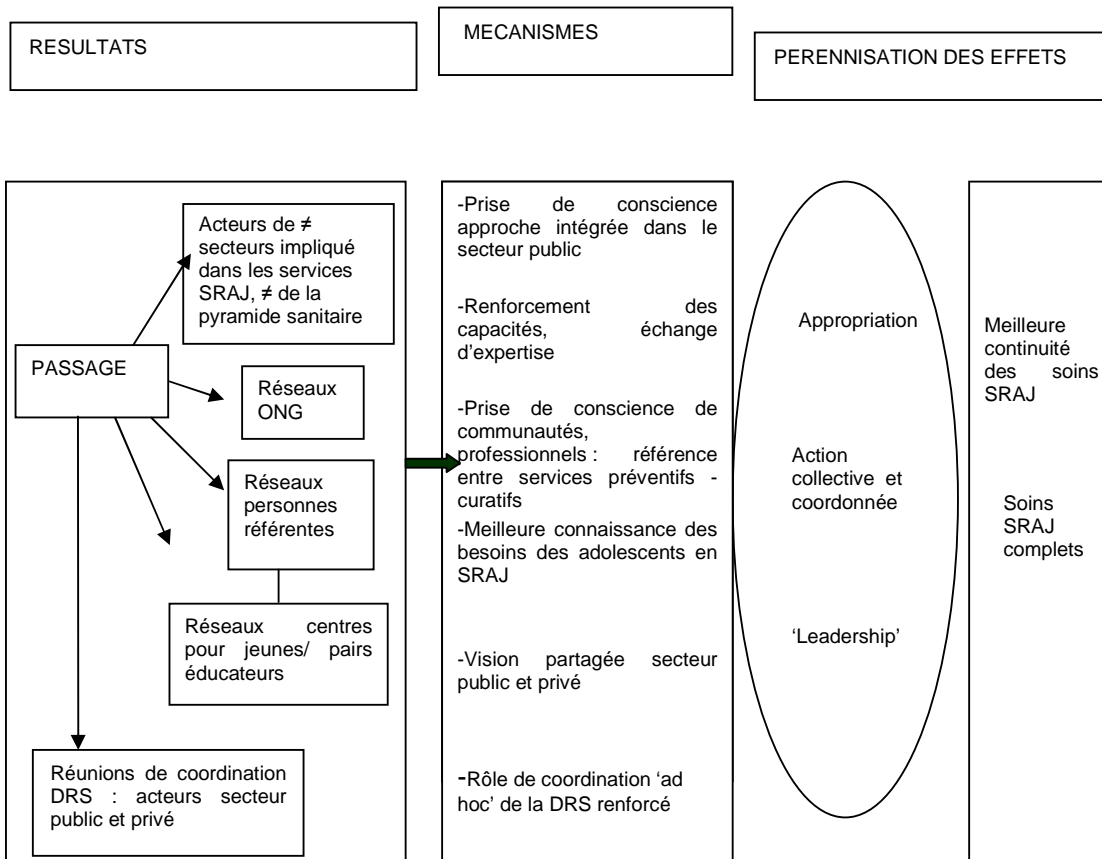
Synthèse : Théorie de programme approfondie (B)

En fonction des analyses décrites ci-dessus, nous avons pu mettre en évidence les *processus sous-jacents* qui explique les succès et les difficultés rencontrées dans l'implantation de la composante 'mise en réseau'.

- Le projet a apporté une impulsion externe (assistance technique et financière) pour réunir différentes communautés de professionnels impliqués dans la SRAJ (professionnels de différents niveaux de la pyramide sanitaire, ONG, secteur santé et secteur social) ayant de faibles relations autant dans une même communauté que entre communautés.
- Le projet a provoqué une prise de conscience autour de la non adaptation et de la non intégration des services de SRAJ et fait naître l'idée de la mise en réseau.
- Le projet a promu un renforcement du rôle des DRS comme régulateur chargé de coordonner les activités des réseaux entre différents secteurs (privé et public) et entre activités préventives et curatives.
- Avec le soutien du projet, les réseaux ont été créés et des activités conjointes ont été réalisées.
- A travers l'organisation d'activités conjointes, les acteurs ont compris la valeur ajoutée des réseaux tant pour les individus que pour l'organisation en termes de renforcement des capacités et d'apprentissage mutuel (*capital social organisationnel*).
- Les réunions entre acteurs impliqués à différents niveaux du système de santé ont provoqué une prise de conscience quant au besoin d'intégration des approches en SRAJ.
- Les réseaux ont engendré un processus d'apprentissage entre communautés d'experts (professionnels de santé) et le groupe cible (adolescents – pairs éducateurs), ce qui a donné aux communautés d'experts des éclairages sur les besoins des jeunes en SRAJ et les a informés de la nécessité d'améliorer la coordination pour améliorer la continuité des soins (*'bridging' capital social*).
- Les réseaux ont été créés et ont réalisé des actions collectives ponctuelles avec succès. Ils ont incité les acteurs à continuer la collaboration après la fin du projet.
- Les acteurs impliqués dans la SRAJ, ont, sous l'impulsion du projet, perçu le manque de services adaptés comme un problème qui peut être résolu par une action collective.
- Les membres des réseaux reconnaissent le rôle potentiel de la DRS comme coordinateur des activités des réseaux tant pour le secteur public que pour le secteur privé.
- La DRS a dans certaines circonstances joué son rôle de coordination, surtout à travers l'organisation de réunions de consultation avec les acteurs privés.
- Cependant, les politiques nationales ne prévoient pas que les DRS prennent ce rôle de régulateur et ne donnent pas aux DRS les ressources humaines et financières nécessaires pour le faire.
- Les acteurs se sont appropriés les réseaux dans l'objectif d'améliorer la coordination pour une approche plus intégrées de la SRAJ et désirent entreprendre des actions collectives dans le futur.
- Des conditions contextuelles peuvent gêner la pérennisation:
 - o Les acteurs n'ont perçu que peu d'opportunité pour la mobilisation de ressources
 - o Les acteurs attendent des autorités sanitaires (DRS) un soutien financier et matériel pour pouvoir continuer leurs actions, mais ce soutien par les autorités sanitaires ne peut être assuré.

En conclusion, à la fin du projet Passage, les réseaux sont actifs et la coordination entre acteurs s'améliore. Les acteurs comprennent les avantages des actions collectives et désirent continuer l'expérience. Ils cherchent des moyens qui leur permettront de continuer ces activités.

Figure 10 – Théorie de programme approfondie (B)



Conclusion: réponse à la question d'évaluation

La question d'évaluation principale était d'estimer dans quelle mesure la stratégie mise en œuvre qui consiste à renforcer des réseaux entre acteurs impliqués dans la santé sexuelle et reproductive des adolescents avait contribué à :

- Augmenter les capacités et améliorer le fonctionnement des acteurs impliqués.
- Créer une vision commune sur une approche intégrée des services de SRAJ.
- Améliorer l'intégration et la continuité des soins.
- Faciliter la collaboration entre les directions régionales de la santé et les réseaux créés ou redynamisés par le projet.
- Une autre question concerne la valeur ajoutée des réunions inter-pays : dans quelle mesure ont-elles été bénéfiques pour les équipes nationales pour l'adaptation des objectifs du projet aux différents contextes ?
- L'évaluation devrait aussi estimer la pérennité des réseaux.
- Les stratégies pour renforcer les réseaux ont contribué à une augmentation des capacités et à un meilleur fonctionnement des acteurs impliqués à travers un processus d'apprentissage partagé autant au niveau individuel qu'au niveau organisationnel.
 - Au niveau individuel, les capacités ont été renforcées via le partage d'information et d'expertise et à travers les opportunités de formation.
 - Au niveau organisationnel, les capacités ont été renforcées à travers les échanges d'informations et d'expertise, via l'octroi de ressources matérielles, par l'accès à des formations qui permettent aux organisations de tenter de nouvelles stratégies (innover), à l'organisation d'activités conjointes pour rendre plus effective l'utilisation d'acteurs complémentaires, l'augmentation de la visibilité au niveau local et la création d'opportunités de mobilisation de ressources.

Les stratégies de mise en réseau ont contribué à augmenter la prise de conscience des lacunes dans l'accessibilité aux services SRAJ. A travers les liens créés entre bénéficiaires (jeunes, pairs éducateurs) et professionnels de santé et personnes ressources, les professionnels de santé ont été confrontés avec les difficultés qu'éprouvent les adolescents quand ils recherchent des services de santé adaptés et à l'absence de circuits formels de référence entre services préventifs et services curatifs.

Les stratégies de mise en réseau ont amélioré l'accessibilité et la continuité des soins. Une des stratégies clefs de la mise en réseau est dans ce sens, la création d'un réseau de personnes ressources, dans lequel les pairs éducateurs, les animateurs de centres jeunes et des prestataires des services de santé offrent des conseils et guident les jeunes vers des services adaptés.

Une autre stratégie a été le développement d'un label de qualité services SRAJ pour les centres de santé du secteur public

La stratégie de mise en réseau a facilité la collaboration entre les DRS et les acteurs non étatiques. Les réseaux sont un premier point d'accès à la collaboration et à la coordination entre acteurs non étatiques impliqués dans la SRAJ.

Le projet a soutenu l'organisation des réunions de consultation. Les activités développées par les réseaux ont été intégrées au plan d'action des DRS et certaines activités des réseaux pourront être financées dans le futur.

Les réunions inter-pays ont permis de comparer et d'échanger sur les stratégies d'implantation. Cette activité a été particulièrement utile. Les échanges lors des réunions semestrielles ont permis de répliquer des interventions initiées sur un autre site. Ces réunions ont aussi provoqué un processus d'apprentissage mutuel sur la manière dont les communautés sont ou peuvent être organisées et sur la manière dont les contextes locaux peuvent influencer l'implantation des stratégies.

Le premier élément en faveur de la pérennisation des réseaux est le fait que les acteurs ont vu les avantages à faire partie d'un réseau et que ceci est perçu par les acteurs comme étant bénéfique d'un point de vue personnel et pour leur organisation. Les acteurs des réseaux ont vu dans ceux-ci l'avantage qui leur est donné de recevoir des informations complémentaires, d'avoir accès à des formations, etc.

Un second élément est que les acteurs ont, grâce aux réseaux, compris les lacunes qui existent dans l'offre de soins en SRAJ et désirent poursuivre des actions collectives et coordonnées pour aborder ce problème.

Les obstacles à la pérennisation sont la durée trop courte du projet, et le peu d'opportunités pour la mobilisation de nouvelles ressources pour assurer la coordination des réseaux.

Les réseaux sont actifs et des initiatives pour des actions coordonnées émergentes. Les membres des réseaux n'ont pas encore eu suffisamment de temps pour explorer toutes les possibilités d'action collective. Les membres des réseaux se tournent souvent vers les autorités sanitaires pour que celles-ci leur proposent un support financier et technique.

Les Directions régionales de la santé sont désireuses de financer certaines activités des réseaux mais n'ont pas de ressources financières pour faire fonctionner les réseaux.

Sources utilisées pour l'évaluation

Documents de programme Passage : description de programme, études pays, rapports pays (www.uonn.org)

Touré, Laurence, Evaluation du projet Passage Mali, Juillet 09; 38 p.

Yaogo, Maurice, Evaluation qualitative de la mise en œuvre au Burkina ; 62 p.

Tantchou, Josiane, Passage. Projet d'Approche Solidaire en Santé Génésique, Rapport d'évaluation (Cameroun), août 2009 ; 41 p.

Bibliographie

- Baker, W., (2000) *Achieving Success Through Social Capital*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Baum, F.E., Ziersch, A.M., (2003) Social Capital In *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol.57: 320-323.
- Blaise, P., Lefevre, P., Marchal, B., Hoeree, T., Kegels, G., (...) Realistic Evaluation: An Appropriate Paradigm to Study The Interaction Between Quality Management and Organizational Culture in Health Systems, *Unpublished Paper*, Department of Public Health, Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium; 15p.
- Borgatti, S.P., Foster, P.C., (2003) The Network Paradigm in Organizational Research: A Review and Typology, In *Journal of Management*, Vol.29, no.6:991-1013.
- Carvalho, S., White, H., (2004) Theory-Based Evaluation: The Case of Social Funds, In *American Journal of Evaluation*, Vol.25, No.2: 141-160. (Downloaded from <http://aje.sagepub.com> by Bruno Marchal on March, 18, 2009)
- Castells, M., (1996) *The Rise of the Network Society. The Information Age: Economy, Society and Culture*. Vol.1. Oxford: Blackwell Publishing.
- Charvet-Protat, S., Falcoff, H., Jarlier, A., Lairy, G., (1999) Principes d'évaluation des réseaux de santé. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), Juin : 133 p.
- Chen, H., (1989) The Conceptual Framework of the Theory-driven Perspective In *Evaluation and Program Planning*, Vol.12: 391-396.
- Cole, G.E., (1999) Advancing the Development and Application of Theory-based Evaluation in the Practice of Public Health, In *American Journal of Evaluation*, Vol.20, no.3: 453-470.
- Cropper, S.A., (2002) What contributions might ideas of social capital make to policy implementation for reducing health inequalities? *Paper to HDA Seminar Series 'Tackling Health Inequalities: turning policy into practice. Seminar 3: Organisational Change and Change Management*, 11 p.
- Decoster, K., (2001) Implicaties van een sociaal kapitaal-concept voor politieke sociologen, *PSW-paper*, 2001/5, 1 sept.; 59 p.
- Evans, P., (1996) Government Action, Social Capital and Development: Reviewing the Evidence on Synergy: 1119-1132.
- Evans, P., (1996) Introduction: Development Strategies across the Public-Private Divide In *World Development*, vol.24, no.6: 1033-1037.
- Geertz, C., (1973) *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books.
- Jansen, W., Van Den Wittenboer, G.L.H. (eds.) (1992), *Sociale netwerken en hun invloed*. Amsterdam: Boom Meppel; 211 p.
- Kernick, D., (2002) The Demise of Linearity in Managing Health Services: A Call for Post Normal Health Care, In *Journal of Health Services Research & Policy*, Vol.7, no.2: 121-124.

Lin, N., (1999) Building a Network Theory of Social Capital In *Connections*, Vol.22, no.1: 28-51.

McCarthy, F.D., Bader, W., Pleskovic, B., (2003) Creating Partnerships for Capacity Building in Developing Countries. The Experience of the World Bank, *World Bank Policy Research Policy Paper no.3099*; 37p.

Merton, R. K. (1968) *Social theory and social structure*. New York, The Free Press.

Nanninga, M., van den Heuvel, M., (2007) Sportief omgaan met onsportief gedrag. Over de betekenis van sportvelden in de strijd tegen criminaliteit en overlast, In *Vrijtijdsstudies*, jg. 25, nr. 2: 27-38.

Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G., Walshe, K., (2005) Realist Review. A New Method of Systematic Review for Complex Policy Interventions, In *Journal of Health Services Research & Policy*, Vol. 10 Suppl 1: 21-34.

Pawson, R., Tilly, (1997) *Realistic Evaluation*. London: Sage.

Piessens, A., (2009) Educational Networking. How to evaluate? What to evaluate? *Unpublished Presentation*. Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium; 8p.

Rogers, P.J., (2008) Using Programme Theory to Evaluate Complicated and Complex Aspects of Interventions, In *Evaluation*, vol.14, no.1: 29-48. (Downloaded from <http://evi.sagepub.com> by Bruno Marchal on March, 18, 2009.)

Rossi, F., Russo, M., (2009) Cooperation Networks and Innovation, In *Evaluation*, Vol.15, no.1: 75-100.

Szreter, S., Woolcock, M., (2004) Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health In *International Journal of Epidemiology*, Vol.33: 650-667.

Van Rooy, A., (1997) The Civil Society Agenda: Switching Gears in the Post Cold War Era. Toronto, 18-22 March 1997: 28 p.

Wakefield, S.E.L., Poland, B., (2005) Family, Friend or Foe ? Critical reflections on the relevance and role of social capital in health promotion and community development In *Social Science and Medicine*, vol.60: 2819-2832.

Annexes

- Termes de référence évaluation
- Rapport d'évaluation au Burkina Faso
- Rapport d'évaluation au Mali
- Rapport d'évaluation au Cameroun

Summary

The Passage Programme is a development cooperation programme in the area of reproductive health funded through EuropeAid / the European Union and had a programme duration of 3 years. The Programme was implemented in three urban regions in Mali, Burkina Faso and Cameroon. The Programme's main goal is to improve the offer of reproductive health services that should be integrated, of good quality, and adapted to the needs of the population.

The Programme's main strategies were 1. identifying together with the communities specific expectations and needs in sexual and reproductive health; 2. implement an improved health services and health care organisation, more adapted to population needs; 3. improve knowledge and information on reproductive health services and rights specifically regarding adolescents; 4. evaluate and exchange experiences between the three country project teams.

The evaluation study focuses on the networking component of the Programme, one of the Programme's outputs under the second Programme strategy. The main evaluation question asked was to what extent strategies implemented to strengthen networks between actors involved in adolescent sexual and reproductive health service delivery contributed to: 1. increased capacity and improved functioning of actors involved 2. a common vision on an integrated ASRH service delivery approach 3. improved integration and better continuity of care 4. facilitating the collaboration between the Regional Directorate of Health (DRS) and the networks created or redynamised by the Programme. In addition, the evaluation needs to consider conditions for sustainability.

The evaluation was conducted in 2 stages. In a first stage, qualitative country evaluation studies were conducted. In a second stage, a comparative analysis was carried out based on the methodology of realistic evaluation.

Strategies to strengthen networks contributed to an increased capacity and functioning of actors involved through a joint learning process both at individual and organisational level. At individual level, capacity was strengthened through the sharing of information and expertise and through opportunities for training. At organisational level capacity was strengthened through: exchange of information, expertise, and material resources, access to training allowing organizations to try on new strategies (to innovate), organize activities jointly to make effective use of other actor's complementarity, enhancing local visibility and creating opportunities for joint resource mobilization.

Network strategies contributed to an increased awareness of lacunae in accessibility of ASRH services. Through the network linkages between beneficiaries (youth / peer educators) and health professionals, health professionals were confronted with the difficulties of adolescents in seeking adapted ASRH services and the absence of a closed circuit in referral between preventive / social services and curative services.

Networks strategies improved accessibility and continuity of care. One of the commendable network strategies in this respect are the resource persons networks whereby peer educators, youth counselors, and youth friendly service providers provide counseling and guide adolescents to adapted services. Another notable strategy was the development of a quality label for youth friendly public health services.

Network strategies facilitated collaboration between the Regional Directorate of Health, the Programme's key institutional partner, and non-state actors involved in ASRH service delivery. Networks could function as a first point of access for the Regional Directorate of Health to align strategies and coordinate activities of non-state actors, if the Regional Directorate of Health foresees to strengthen its regulatory role towards the private sector.

The regional meetings allowed for comparison between intervention sites and exchange regarding implementation strategies. This resulted in strategies initiated in one intervention site to be replicated in the other sites. The regional meetings also triggered a mutual learning process on the way different communities are / can be organised and on the way local contextual conditions influence the implementation of programme strategies.

A first element that facilitates the sustainability of networks is that actors see the advantage of being part of a network: it must be of added value to their organisational functioning. Actors in the networks created or launched through Passage see the advantage of being part of a network as it provides them with increased local visibility, additional information, access to training, know how and expertise, material and financial resources, etc. A second element is that actors through networks have been made aware of lacunae in the offer and organisation of ASRH services and are willing to pursue collective and coordinated action to address this. In all three intervention sites, actors are aware of the fragmented organisation of ASRH services and are committed to address this through improved coordination.

Impeding factors for sustainability are the short programme duration (in relation to the Programme design) and few opportunities for resource mobilization to assure the coordination function of the networks. Networks are active, and initiatives for coordinated action are emergent. Actors in the network have not yet had sufficient time to fully explore the possibilities of collective action. The network members generally focus on the public health authorities to provide leadership and financial support. The Regional Health Directorate is willing to fund some of the networking activities but financial support for the coordination function of the networks is not assured.

Vue d'ensemble de l'implantation des autres activités de Programme

Le tableau suivant met en évidence l'implantation des autres activités de Programme.

Stratégies de Programme	Mali	Burkina Faso	Cameroun
1. Analyses de situationnelle/ recherche	9 études réalisées	12 études réalisées	9 études réalisées
Analyse de programmes nationaux et régionaux	Analyse de programmes nationaux et régionaux	Analyse de programmes nationaux et régionaux	Analyse de programmes nationaux
Revue de littérature	Revue de littérature grise	Revue de littérature grise	Revue de littérature grise
Leçons apprises		Étude leçons apprises Aquasou	Étude leçons apprises Aquasou
Mapping des acteurs	Mapping des acteurs	Mapping des acteurs	Mapping des acteurs (analyse des besoins, relations entre acteurs)
Analyse des besoins de la population		Analyse des besoins de la population	Analyse des besoins de la population
Itinéraires thérapeutiques	Etude itinéraires thérapeutiques	Etude itinéraires thérapeutiques	
Structures et services de santé	Recensement structures et services de santé	Recensement structures et services de santé (interviews chefs des structures de santé)	Etude structures de santé et accessibilité financière
Qualité des soins	Etude qualité des soins	Etude qualité des soins	
Autres	Etude rencontres prestataires-usagers	Mapping centres pour jeunes Etude référence et contre-référence Etude droits en santé de la reproduction	Étude accès aux services de planning familial Étude accès aux soins
2. Meilleure offre et organisation des services et des soins, impliquant tous les acteurs			
A. Centres pour les jeunes			
Centres pour les jeunes (mise en œuvre, réhabilitation)	-Réaménagement pharmacie et salle de conférence d'un lycée -Appui au Centre pour les jeunes de l'AMPPF (matériel, ressources humaines)	-Mise en œuvre des 2 nouveaux centres pour les jeunes (infrastructure, appui logistique); un centre pour les jeunes réhabilité	-Mise en œuvre des 4 centres pour les jeunes (infrastructure, appui logistique)
Formation	Formation pairs-éducateurs	Formation comités de jeunesse	Formation pairs-éducateurs
B. Services de santé: public et privé			
Appui financier et logistique	Equipement médical	Equipement médical	Equipement médical
Formation	Prestataires de services: SRAJ, SOU, évacuation et référence, santé de la reproduction	Prestataires de services : santé de la reproduction	Prestataires de services: planning familial, MST/VIH, SOU
Accessibilité financière			Mutuelle de santé Kits césariennes
Stratégies qualité des soins	Rencontres prestataires-usagers	Rencontres prestataires-usagers Label de qualité services SRAJ Activités 'culture de service' et 'contrats d'objectifs'	Rencontres prestataires-usagers
3. Meilleure information et connaissance des groupes cibles (pouvoir de décision amélioré)			
Equipement et matériel IEC	Equipement audiovisuel brochures, affiches ('passeport de santé)	Equipement audiovisuel brochures, Boîtes à images, ('passeport de santé)	Equipement audiovisuel brochures, affiches, t-shirts

Stratégies de Programme	Mali	Burkina Faso	Cameroun
1. Analyses de situationnelle/ recherche	9 études réalisées	12 études réalisées	9 études réalisées
Formation	Journalistes : IEC VIH/santé de la reproduction		
Mobilisation communautaire / événements IEC	Débats radio, théâtre, animations dans les quartiers, écoles, événements sportifs, Campagne Vacances	Débats, théâtre, émissions télé et radio, plaidoyer élus locaux, débats salon de thé, animation événements communautaires	Débats, conférences, théâtre, clubs santé écoles, Campagne Vacances

Summary

The Passage Programme is a development cooperation programme in the area of reproductive health funded through EuropeAid / the European Union and had a programme duration of 3 years. The Programme was implemented in three urban regions in Mali, Burkina Faso and Cameroon. The Programme's main goal is to improve the offer of reproductive health services that should be integrated, of good quality, and adapted to the needs of the population.

The Programme's main strategies were 1. identifying together with the communities specific expectations and needs in sexual and reproductive health; 2. implement an improved health services and health care organisation, more adapted to population needs; 3. improve knowledge and information on reproductive health services and rights specifically regarding adolescents; 4. evaluate and exchange experiences between the three country project teams.

The evaluation study focuses on the networking component of the Programme, one of the Programme's outputs under the second Programme strategy. The main evaluation question asked was to what extent strategies implemented to strengthen networks between actors involved in adolescent sexual and reproductive health service delivery contributed to: 1. increased capacity and improved functioning of actors involved 2. a common vision on an integrated ASRH service delivery approach 3. improved integration and better continuity of care 4. facilitating the collaboration between the Regional Directorate of Health (DRS) and the networks created or redynamised by the Programme. In addition, the evaluation needs to consider conditions for sustainability.

The evaluation was conducted in 2 stages. In a first stage, qualitative country evaluation studies were conducted. In a second stage, a comparative analysis was carried out based on the methodology of realistic evaluation.

Strategies to strengthen networks contributed to an increased capacity and functioning of actors involved through a joint learning process both at individual and organisational level. At individual level, capacity was strengthened through the sharing of information and expertise and through opportunities for training. At organisational level capacity was strengthened through: exchange of information, expertise, and material resources, access to training allowing organizations to try on new strategies (to innovate), organize activities jointly to make effective use of other actor's complementarity, enhancing local visibility and creating opportunities for joint resource mobilization.

Network strategies contributed to an increased awareness of lacunae in accessibility of ASRH services. Through the network linkages between beneficiaries (youth / peer educators) and health professionals, health professionals were confronted with the difficulties of adolescents in seeking adapted ASRH services and the absence of a closed circuit in referral between preventive / social services and curative services.

Networks strategies improved accessibility and continuity of care. One of the commendable network strategies in this respect are the resource persons networks whereby peer educators, youth counselors, and youth friendly service providers provide counseling and guide adolescents to adapted services. Another notable strategy was the development of a quality label for youth friendly public health services.

Network strategies facilitated collaboration between the Regional Directorate of Health, the Programme's key institutional partner, and non-state actors involved in ASRH service delivery. Networks could function as a first point of access for the Regional Directorate of Health to align strategies and coordinate activities of non-state actors, if the Regional Directorate of Health foresees to strengthen its regulatory role towards the private sector.

The regional meetings allowed for comparison between intervention sites and exchange regarding implementation strategies. This resulted in strategies initiated in one intervention site to be replicated in the other sites. The regional meetings also triggered a mutual learning process on the way different communities are / can be organised and on the way local contextual conditions influence the implementation of programme strategies.

A first element that facilitates the sustainability of networks is that actors see the advantage of being part of a network: it must be of added value to their organisational functioning. Actors in the networks created or launched through Passage see the advantage of being part of a network as it provides them with increased local visibility, additional information, access to training, know how and expertise, material and financial resources, etc. A second element is that actors through networks have been made aware of lacunae in the offer and organisation of ASRH services and are willing to pursue collective and coordinated action to address this. In all three intervention sites, actors are aware of the fragmented organisation of ASRH services and are committed to address this through improved coordination.

Impeding factors for sustainability are the short programme duration (in relation to the Programme design) and few opportunities for resource mobilization to assure the coordination function of the networks. Networks are active, and initiatives for coordinated action are emergent. Actors in the network have not yet had sufficient time to fully explore the possibilities of collective action. The network members generally focus on the public health authorities to provide leadership and financial support. The Regional Health Directorate is willing to fund some of the networking activities but financial support for the coordination function of the networks is not assured.