

Université de Montréal

Le partenariat des organisations engagées dans la planification familiale au
Sénégal : une étude de cas.

par

Cheikh Tidiane NIANG

Département d'Administration de la santé

Faculté de Médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maître es Science
en Administration des services de santé

Option Mémoire

Août, 2005

©, Cheikh Tidiane NIANG, 2005



WA

525

U58

2006

v. 003

Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

Le partenariat des organisations engagées dans la planification
familiale au Sénégal : une étude de cas

présenté par :

Cheikh Tidiane NIANG

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

André Pierre Contandriopoulos : Président-rapporteur

Benoît Gaumer : Directeur de recherche

Lucien Albert : Membre du jury

RESUME

Notre étude porte sur le partenariat entre différentes organisations impliquées dans la planification familiale au Sénégal. Avec l'opportunité offerte par ce domaine de santé, nous avons voulu voir comment les acteurs locaux vivent et construisent leurs relations de partenariat, et quelles sont les logiques qui sous-tendent ces relations. Nous avons placé notre recherche dans le courant de la recherche qualitative, qui par la méthode de l'étude de cas, nous a permis d'explorer un domaine encore peu documenté : le partenariat dans le domaine de la santé. Notre cas est constitué par les organisations d'envergure nationale (Ministère de la santé, ONG et Organisations internationales) dont les sièges sociaux sont situés à Dakar (capitale du Sénégal). Nous avons utilisé en plus des documents écrits, un questionnaire semi structuré avec des questions ouvertes et nous avons recueilli douze entretiens auprès des responsables de ces organisations.

L'analyse des résultats a montré que les acteurs partagent les mêmes buts et visions du partenariat qui est pour eux une opportunité de réaliser ce qu'ils n'auraient pas pu faire seuls. Le partenariat constitue pour eux une forme de collaboration efficace pour améliorer le taux de prévalence contraceptive au Sénégal. La construction de leurs relations passe par plusieurs étapes et implique une mise en commun des objectifs, ressources et stratégies grâce à des mécanismes de négociation. Dans ces relations, les acteurs développent des stratégies qui sont liées à leurs cultures organisationnelles, à leurs ressources et aux contraintes de leur milieu.

L'analyse des résultats a montré aussi l'existence de conflits entre certaines organisations. Ces conflits ont pour origines les relations de pouvoir entre les organisations détentrices de ressources financières suffisantes et celles qui sont sous la dépendance de ces financements. Ces dernières sont les organisations locales. Nous pouvons conclure que le partenariat est une collaboration permettant de maximiser les résultats grâce aux efforts de tous les acteurs, mais est le lieu de conflits et relations de pouvoir.

Mots clés : partenariat, planification familiale, acteurs, stratégie, négociation, conflit, pouvoir

SUMMARY

Our study concerns the partnership between various organizations involved in the family planning in Senegal. With the opportunity offered by this domain of health, we wanted to see how the local actors live their relations of partnership and which are the logics which underlie these relations. We placed our research in the course of the qualitative research which by the method of the case study allowed us to investigate a domain still little informed: the partnership in the field of the health. Our case is established by organizations national in scope (Ministry of Health, the NGO and International Organizations) registered offices of which are situated in Dakar (capital of Senegal). We used, besides the written documents, the semi questionnaire structured with opened questions and we collected twelve interviews with the people in charge of these organizations.

The analysis of the results demonstrated that the actors share the same purposes and the same visions of the partnership which is for them an opportunity to realize what they would not have been able to make only. The partnership establishes for them a shape of effective collaboration to improve the rate of contraceptive prevalence in Senegal. The construction of their relations passes by several stages and implies a pooling of the objectives, resources and strategies thanks to mechanisms of negotiation. In these relations, the actors develop strategies which are related to their organisational cultures, their resources and the constraints of their surroundings.

The analysis of the results also showed the existence of conflicts between some organizations. These conflicts originate in the relations of power between the organizations holders of sufficient financial resources and those which are under the dependence of these financings. These last are the local organizations. We can conclude that the partnership is a collaboration making it possible to maximize the results thanks to the efforts of all the actors, even if it is prone to conflicts and relations of power.

Key words: partnership, family planning, actors, strategy, negotiation, conflict, power.

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	I
TABLE DES MATIERES.....	III
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	V
LISTE DES TABLEAUX.....	VI
LISTE DES FIGURES.....	VII
DEDICACES ET REMERCIEMENTS.....	VIII
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : ORGANISATION CONCEPTUELLE.....	5
1.1. ETAT DES CONNAISSANCES.....	5
1.1.1. La notion de partenariat	5
1.1.2. Les interactions dans le partenariat	18
1.2. CADRE CONCEPTUEL.....	29
1.2.1. L'acteur avec sa stratégie et sa rationalité	29
1.2.2. Le système partenarial	34
1.2.3. Le pouvoir dans le partenariat.....	37
1.2.4. Le système partenarial et son environnement	39
1.3. HYPOTHESES DE RECHERCHE	42
CHAPITRE II : METHODOLOGIE	43
2.1. STRATEGIE ET DEVIS DE RECHERCHE.....	43
2.2. SELECTION DU CAS.....	45
2.3. SOURCES ET COLLECTE DES DONNEES	47
2.3.1. Sources des données	47
2.3.2. Collecte des données.....	48
2.4. ANALYSE ET TRAITEMENT DE DONNEES.....	57
2.4.1. Les entrevues.....	57
2.4.2. Les documents et la littérature.....	58
2.5. CRITERES DE RIGUEUR.....	59
2.5.1. La validité interne	59
2.5.2. La validité externe	60
2.5.3. La fiabilité	60

CHAPITRE III : LES RESULTATS	61
3.1. LE SECTEUR DE LA SANTE AU SENEGAL.....	61
3.1.1. Présentation générale du pays	61
3.1.2. Le système de santé au Sénégal.....	62
3.1.3. La planification familiale	67
3.2. LES ACTEURS EN PRESENCE	73
3.2.1. Les Organismes gouvernementaux.....	73
3.2.2. Les ONG	78
3.3.3. Les Organisations Internationales	82
3.3. LES REPRESENTATIONS DES ACTEURS SUR LE PARTENARIAT	87
3.3.1. Les différentes définitions du partenariat.....	87
3.3.2. Les origines du partenariat	90
3.3.3. Les avantages et inconvénients d'un partenariat	91
3.4. LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DES ACTEURS.....	93
3.4.1. Les intérêts et buts des acteurs	93
3.4.2. Les enjeux des acteurs	95
3.4.3. Les stratégies des acteurs	97
3.5. LES RELATIONS ENTRE LES ACTEURS	102
3.5.1. Le processus partenarial.....	102
3.5.2. Les rapports entre les partenaires	109
3.5.3. Les contraintes des relations partenariales.....	116
3.5.4. Les problèmes survenant dans les relations partenariales.....	118
3.5.5. Evaluation des relations partenariales.....	121
CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RESULTATS	123
4.1. LES STRATEGIES DES ACTEURS	123
4.2. LA DYNAMIQUE DES RAPPORTS ENTRE LES ACTEURS.....	127
4.2.1. La logique de collaboration.....	127
4.2.2. La logique de conflit.....	129
CONCLUSION.....	136
BIBLIOGRAPHIE	139
ANNEXES	IX

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ACDEV :	Action et développement
ASBEF :	Association Sénégalaise pour le Bien être familial
ASPF :	Association Sénégalaise pour la Promotion de la Famille
CAS/PN DS :	Cellule d'Appui et de Suivi au Plan National de Développement Sanitaire
CIPD :	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CONGAD :	Conseil des ONG du Sénégal
DSR :	Division de la santé de la reproduction
FNUAP :	Fonds des Nations Unies pour la Population
GTZ :	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
IE C :	Information, Education et Communication
IPPF :	International Planned Parenthood Federation
JICA :	Japan International Cooperation agency
MSH :	Management Science for Health
MSHP :	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
OMS :	Organisation Communautaire de Base
OCB :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PDDS :	Plan Départemental de Développement Sanitaire
PDIS :	Programme de Développement Intégré de la Santé
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire
PNPF :	Programme National de Planification Familiale
PPMA:	Pays pauvres les moins avancés
PRDS :	Plan Régional de Développement Sanitaire
RESSIP :	Réseau Santé Sida et Population
SAC :	Système d'Action Concret
SANFAM :	Santé de la Famille
SR :	Santé de la reproduction
USAID :	United States Agency for International Development

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Les types d'études de cas.....	44
Tableau II : La collecte des données selon les thèmes de recherche	48
Tableau III : Caractéristiques des interviewés.....	53
Tableau IV : Financement de la santé par sources (en milliards de F.CFA) entre 1998 et 2000	66

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : les différentes formes de collaboration	8
Figure 2: Cadre conceptuel d'analyse du partenariat.....	41
Figure 3: Evolution des relations entre acteurs de la planification familiale	115

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Ce travail est dédié tout d'abord à mes parents pour l'éducation, l'amour et le soutien qu'ils m'ont donné. Je prie Le Bon DIEU, de vous accorder longue vie et paix.

Ce travail est aussi dédié à toute ma famille et particulièrement à ma femme (pour son soutien moral et affectif), à Oumar (pour ses conseils et son soutien) et à mes enfants.

Mes remerciements vont à M. Benoît GAUMER (mon directeur de recherche), à toutes les personnes interviewées et spécialement à Ousmane Faye (MSH) pour ses conseils éclairés.

INTRODUCTION

Les systèmes de santé des pays en voie de développement, hérités du colonialisme, ont beaucoup changé. Au début des indépendances, ils étaient caractérisés par une bonne accessibilité financière sous forme de gratuité des soins. Cependant, avec les difficultés économiques des années soixante dix, les gouvernements ne pouvaient plus assurer cette offre de services (Perrot, 2004). En raison des difficultés de financement des services de santé, cette gratuité totale des soins était devenue impossible. A ces problèmes, il faut y ajouter les déficits d'ordre organisationnel. Les services de santé étaient trop centralisés et les programmes de type vertical (Prost, 2003), entraînant des blocages au niveau des structures périphériques.

Des organisations internationales (Organismes des Nations Unies et des Organismes de collaboration bilatérale) appuyaient les Ministères de la santé de ces pays dans la mise en place et la poursuite de programmes de lutte contre les maladies endémiques (Beyer, 2000). Bien que l'Etat constituait le principal organisateur des services et soins de santé, la présence du secteur privé (bénévole ou à but lucratif) était à noter. Des organisations privées de bienfaisance (missions religieuses) étaient présentes depuis la colonisation, mais leur collaboration avec les services étatiques n'était pas très développée (Berthoud, 2001).

Devant l'accentuation des problèmes économiques et organisationnels associés à l'avènement de nouvelles pandémies, il était devenu impossible à ces états d'assumer à eux seuls la gestion de leurs systèmes de santé. A cet effet, des réformes ont été engagées pour restructurer ces systèmes de santé : décentralisation, programmes nationaux de développement sanitaire entre autres. Ces réformes ouvraient la voie à l'arrivée de nouveaux acteurs de la santé.

Ces nouveaux acteurs (Société civile) sont, comme l'Etat, animés d'une volonté d'améliorer la santé des populations. Ces acteurs, de par leur forte présence à des niveaux décentralisés (proches des populations), représentent des opportunités pour l'Etat de résoudre les multiples inquiétudes des populations et le manque de

ressources humaines. Des relations de partenariat sont alors érigées comme mode de collaboration avec ces organisations de la société civile.

Avec la présence des Organisations internationales, émerge le concept de « multi-partenariat », c'est à dire la collaboration entre plusieurs entités ayant les mêmes buts dans un même réseau (Kérébel, 2003). Au Sénégal, les organisations de la société civile et les organisations internationales ont été impliquées dans la mise en œuvre du Plan national de développement sanitaire (PNDS). Pour appuyer cette politique, une Division du partenariat a été créée au sein du Ministère de la santé. Ses objectifs sont de renforcer et de coordonner l'action des ONG et celle des Organisations internationales.

Le partenariat est un concept récent, qui a été introduit dans les années quatre-vingt. Il désigne une forme de collaboration engageant deux ou plusieurs partenaires, ayant des buts communs, décidés à travailler ensemble, dans la complémentarité, pour la réalisation d'un projet commun qui découle d'une situation jugée problématique par tous (Frank et Smith, 2000 ; Domergues, 1998).

L'importance que prend cette nouvelle forme de collaboration, peut être mesurée au travers de son utilisation répétée dans les discours, les médias, les protocoles d'accord entre diverses organisations. Le concept fait partie intégrante de notre vocabulaire. Il est particulièrement utilisé dans les milieux sociaux tels que la santé, l'éducation et les milieux industriels. Cet usage très répandu, fait que le partenariat est devenu un « passe-partout » utilisé dans presque toutes les formes de collaboration. Il est souvent galvaudé (Roland, 1995) et « mal utilisé ou utilisé abusivement » (Ekos, 1998)

Dans notre étude nous avons choisi le cas de la planification familiale qui a été introduite au Sénégal dans les années soixante dix. Les activités consistent en des séances d'information sur les différentes méthodes contraceptives et sur les risques des grossesses multiples et rapprochées, et par la distribution de contraceptifs. La planification familiale constitue un des premiers domaines où

des collaborations entre divers acteurs sanitaires ont été développées et constitue une opportunité de rencontrer beaucoup d'acteurs sanitaires.

L'organisation des activités de planification familiale est soutenue (financièrement et matériellement) par les Organisations internationales (FNUAP, USAID, OMS...) (Nortman, 1988). Les pays en voie de développement sont caractérisés par une forte influence sociale. Les questions relatives à la sexualité ou à la famille (nombre d'enfants) sont tabous ou sont d'ordre religieux (Ndiaye, 1998; Karen et col., 1999; Hodonou et col., 1999). La sensibilisation n'est donc pas facile. C'est pourquoi l'implication des Organisations non gouvernementales est importante pour la réalisation des objectifs des programmes de planification familiale. Ces ONG, de par leur présence plus large, plus proche au niveau des populations joueraient un rôle intermédiaire très important. Au Sénégal des ONG nationales comme l'Association sénégalaise pour le bien-être familial (ASBEF), l'Association pour la santé familiale (SANFAM)... et d'autres ONG internationales sont présentes depuis plus d'une décennie.

Aujourd'hui, malgré ce partenariat impliquant ces multiples acteurs (avec leurs moyens financiers, humains et matériels), les résultats ne sont pas encore significatifs : le niveau de connaissances et de pratiques des méthodes contraceptives est encore faible (Stein et col., 1998) : l'indice synthétique de fécondité est égal à 5,7 enfants par femme et la mortalité maternelle à 510 pour 100 000 (Ministère de la santé, 1998).

Il est alors intéressant d'étudier ces partenariats, surtout dans la dynamique des interrelations entre les différents acteurs, car ces rapports sont un des facteurs de réussite des programmes de santé. Ces partenariats regroupent diverses organisations qui n'ont pas les mêmes cultures et moyens. Ces collaborations entre des organisations du Sud et des organisations du Nord sont souvent vues dans le sens d'une domination des premières par les dernières (Fall, 2002 ; Tijiani, et Faye, 2002 ; Lister, 2000).

Mais qu'en est-il réellement de ces partenariats aujourd'hui, dans un domaine aussi sensible que la gestion des programmes de planification familiale ?

Comment se déroulent-ils ? Comment sont-ils vécus par des acteurs aux identités et ressources différentes ? Quels sont les difficultés rencontrées et les succès obtenus ? Ces collaborations sont-elles de véritables partenariats : c'est-à-dire sont-elles des relations où les partenaires travaillent selon une équité des rapports ?

Autrement dit, un partenariat, dans un contexte d'inégalité des forces, efface-t-il les rapports de pouvoir ? Ce sont autant de questions qui nous ont poussés à vouloir analyser et évaluer le partenariat, non pas dans ses résultats mais, dans sa dynamique.

Pour répondre à nos objectifs de recherche, nous avons jugé utile de nous appuyer sur une méthodologie qualitative. Elle est d'autant plus intéressante qu'elle permet, grâce à l'étude de cas, d'étudier un phénomène peu documenté qu'est le partenariat dans le domaine de la santé. Nous avons procédé à une triangulation des sources de données. Ainsi, nous avons procédé d'une part à une enquête de terrain sous forme d'entretiens semi dirigés auprès de douze personnes, d'autre part à l'exploitation des documents officiels et des archives des organisations concernées ainsi que la littérature dans le domaine.

Les résultats de cette étude devraient permettre aux acteurs de la planification familiale (les gestionnaires du programme, les organisations internationales et les ONG) de mieux redéfinir leurs actions et leurs collaborations afin d'améliorer les services de planification familiale.

Notre mémoire est divisé en quatre chapitres. Dans le premier, nous exposons les différents concepts nécessaires à l'élucidation de nos hypothèses de travail. Dans le second nous développons la méthodologie adoptée ainsi que des différents procédés utilisés pour recueillir nos données. Les deux derniers chapitres présentent nos résultats, puis analysent et confrontent de manière critique les contenus des entretiens aux documents écrits et à la littérature sur le partenariat.

CHAPITRE I : ORGANISATION CONCEPTUELLE

1.1. ETAT DES CONNAISSANCES

1.1.1. La notion de partenariat

1.1.1.1. Les différents sens donnés au partenariat

Le partenariat est polysémique. Il a longtemps été utilisé pour désigner les différents types de relations entre différentes parties (Choukir, 1997 ; FCPPQ, 2000) et il est même « mal utilisé ou utilisé abusivement » (Ekos, 1998). En effet, il apparaît très souvent dans les discours des décideurs, dans les médias ... Il fait partie intégrante de notre vocabulaire.

Aujourd'hui, le terme de « partenariat » est utilisé dans beaucoup de domaines. Il englobe toutes les formes de relation ; ce qui fait qu'il devient « un passe-partout ». Il s'agit comme le souligne Obin (1997) « d'un aspect fonctionnel, indifférent, neutre ou aseptisé ». On parle partout de partenaire et de partenariat aussi bien dans les milieux banquier, politique, sportif, social, que dans les couples (Cattin et Schreiber, 2002; Obin, 1997). Cependant, il faut se garder de cette utilisation abusive (Broutin et Castellanet, 1999).

Etre partenaires, c'est être au moins deux dans une relation particulière avec quelque chose en commun. Le partenariat peut être défini comme une relation dans laquelle, au moins deux parties ayant des objectifs communs, s'entendent pour faire quelque chose ensemble (Flo et Smith, 2000). Le partenariat désigne donc une forme de relation particulière entre différentes parties qui ont jugé nécessaire de regrouper leurs forces dans un projet commun.

Le terme de collaboration ; « cum » : avec et « labore » : travailler (Philipot, 2001), est souvent utilisé pour désigner le partenariat. La collaboration traduit la relation de travail en commun et une action conjointe entre différentes parties.

Cependant, le terme « collaboration » est vague car il ne spécifie en rien la nature des relations entre ces différentes parties. C'est pourquoi, il faut se garder d'assimiler le partenariat à certaines formes de collaboration qui sont très nuancées telles que le maillage ou la concertation.

Le maillage a été utilisé au Japon pour décrire les différentes interrelations entre divers groupes du domaine industriel. C'est d'ailleurs, ce pourquoi on rattache à cette origine l'appellation de « maillage à la japonaise » (Mérini, 1999). Il est devenu une « philosophie de gestion » (Choukir, 1997) efficace ayant comme résultat la performance et l'avancement technologique.

Le maillage est un regroupement d'organisations de forces différentes en réseaux dans un but de solidarité et d'entraide (Choukir, 1997). Le maillage est une relation synergique qui permet de regrouper des organisations dans le but de la réalisation d'une action commune. C'est dans ce sens qu'il prête à confusion avec le partenariat, car tous deux regroupent diverses parties qui ont en commun la réalisation d'un projet commun.

Il se distingue du partenariat par le fait qu'il s'agit d'une relation ponctuelle. Dans le maillage, les diverses parties sont réunies pour résoudre un problème ponctuel. Elles ne prévoient pas, dans leur relation, une pérennisation de leurs activités communes. Il se distingue aussi du partenariat par le fait qu'il s'agit d'une relation informelle aux objectifs imprécis ou indéfinis.

Parmi les différentes formes de collaboration, plusieurs autres concepts prêtent à confusion avec le partenariat. La concertation a été beaucoup utilisée dans les années soixante et soixante-dix. Il s'agit d'un processus d'élaboration d'objectifs pour une action commune. La concertation permet aux différents acteurs sociaux d'arriver à un projet d'action et à une solution idéale, du point de vue de tous les acteurs en jeu, pour la résolution d'un problème commun (Ayeva, 2003). C'est dans ce sens qu'elle s'identifie au partenariat. Ils permettent de résoudre des problèmes reconnus communs par l'ensemble des acteurs ou partenaires de ces différentes relations. Ce sont des modèles relationnels, des processus d'identification et de résolution de problèmes. Ils permettent de réunir diverses parties ayant en commun la volonté de venir à bout d'une situation problématique, grâce à l'entente obtenue à la suite de consultations, de discussions et de négociations.

Il résulte de ces différentes formes de collaboration, que sont la concertation ou le partenariat, la mise en œuvre d'objectifs communs, de processus décisionnels et d'une méthode d'action c'est-à-dire d'une stratégie d'action. Ils dépassent par là, le simple cadre de la consultation qui se résume à la production d'informations sur la situation problématique (Choukir, 1997).

Cependant, la concertation se distingue aussi du partenariat. La concertation réunit diverses parties, dans le but d'arriver à un consensus pour la réalisation d'une action commune. Le partenariat ne s'inscrit pas seulement dans l'élaboration d'objectifs communs, il se base dans l'action c'est-à-dire dans l'application des décisions prises en commun. Dans la concertation, les parties arrivent à un « projet » commun alors que dans le partenariat elles arrivent à concrétiser leurs relations dans l'action (Ayeva, 2003). La concertation se fait par des rapports moins structurés, moins formels (René et Gervais, 2001) contrairement au partenariat où les rapports se font selon une base contractuelle et formelle (Choukir, 1997 ; Bourque, 2003) En fait, la concertation et le partenariat sont des notions très reliées. Ils ont les mêmes buts : arriver, grâce à un consensus, à la résolution d'un problème commun.

Le partenariat résulterait de la concertation. Il ne peut se dérouler d'action commune sans préalable de discussion et de négociation sur les modalités d'action. La relation concertation-partenariat est asymétrique (Choukir, 1997). Le partenariat est la continuité de la concertation (Ayeva, 2003). En somme, la concertation et le partenariat sont interdépendants car il n'y a pas de partenariat possible sans concertation. La concertation sans le partenariat, donc sans action perd son objet et son but.

En conclusion, nous pouvons dire que le partenariat est une forme de collaboration qui dépasse le maillage, la consultation et la concertation. Le partenariat est donc la continuité de ces formes de collaboration. Landry (1994, p. 14) présente une typologie de ces différentes collaborations (figure 1).

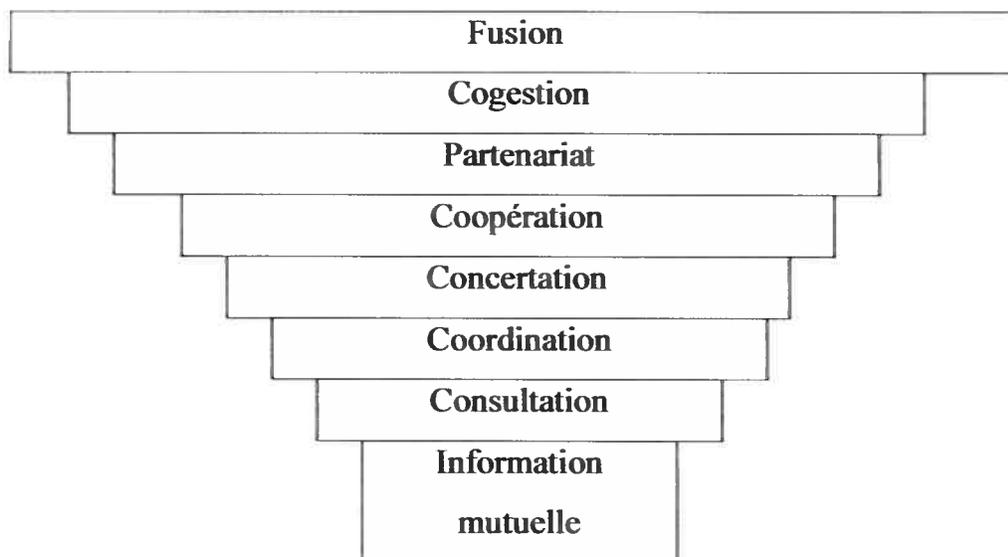


Figure 1 : les différentes formes de collaboration selon Landry (1994, p. 14)

Il s'agit d'une évolution des relations selon le degré d'interaction. Le bas de l'échelle est occupé par les collaborations peu formelles telles que les informations mutuelles et les consultations et le haut par des relations très formelles telles que la cogestion et la fusion. Le partenariat va au-delà de la concertation, de la consultation et du maillage. Il s'agit aussi d'une relation où les partenaires gardent leur autonomie et leur identité. Cela différencie le partenariat des relations très formelles telles que la fusion ou la cogestion.

Le partenariat peut alors se définir :

« comme une relation dans laquelle au moins deux parties ayant des objectifs compatibles, s'entendent pour faire quelque chose ensemble ... qui leur procure des avantages communs et qui leur permet de faire ensemble des choses qu'elles ne pourraient accomplir seules » (Frank et Smith, 2000, p. 05), ou bien

« Il s'agit d'un accord ... dans le cadre duquel il y a partage des pouvoirs et des responsabilités, investissement conjoint de ressources, responsabilités et risques partagés... » (Rodal et Mulder, 1993 p. 28 cités par Ekos (1998).

Ces différentes définitions nous révèlent quelques aspects du partenariat.

- ❖ Les objectifs et les buts communs : le partenariat permet de regrouper diverses parties qui se différencient tant aux plans des valeurs, des cultures que des moyens financiers et techniques. Ces parties sont guidées dans leur collaboration par des buts communs c'est-à-dire venir à bout d'une situation

jugée problématique par toutes les parties. Cela nous amène à parler des origines d'une relation partenariale. Le partenariat répond le plus souvent à une situation de crise. Il réunit des partenaires dont les moyens ne suffisent pas individuellement à réaliser un projet en réponse à une situation problématique. Par moyens : nous n'entendons pas seulement les moyens financiers. Il s'agit entre autres des ressources techniques, humaines, matérielles, des compétences et des informations dont disposent les différents partenaires. Le partenariat constitue donc un moyen de combler les écarts en matière de services (Ekos, 1998), de complémentarité (Domergues, 1998). Il peut devenir même dans certains cas une exigence, une voie de sortie pour les diverses parties. C'est le cas de certains gouvernements des pays en voie de développement. Ces derniers, devant la faiblesse des ressources humaines et financières, sont obligés d'avoir recours à des partenaires (Ekos, 1998).

Dès lors, le partenariat devient une relation de complémentarité. Cette relation suppose une prise de conscience de la part de tous les futurs partenaires (Ayeva, 2003). Pour cela, il faut tout d'abord reconnaître ses insuffisances et par la suite reconnaître les capacités des autres partenaires.

Cette reconnaissance de la complémentarité entre partenaires est un facteur déterminant dans la mise en route d'un partenariat c'est-à-dire : elle favorise la concertation pour l'élaboration d'objectifs communs.

- ❖ Le partage : la décision de collaboration exige et entraîne un partage entre partenaires des rôles, des avantages, des risques et des coûts, des contributions...
 - Le partage des risques, des coûts et des contributions : La définition économique du partenariat traduit bien cette notion. En effet, il s'agit d'un « partage des obligations et des risques » (Choukir, 1997). En fait, le partenariat a été utilisé très tôt dans le milieu industriel, pour remédier aux inconvénients de la concurrence déloyale. Certaines entreprises se sont regroupées en partenariat pour éviter les déficits énormes qu'elles auraient dû accumuler en restant isolées. Dans ce sens, le partenariat permet une rationalisation, un contrôle des profits et une minimisation des risques par la diminution des coûts.

Ce partage permet de produire plus d'activités avec un minimum d'investissements de la part de chacun des partenaires (Frank et Smith, 2000). Cette rationalisation des ressources, s'effectue grâce à la participation des différents partenaires qui contribuent selon l'importance de leurs ressources, du projet commun et selon leurs intérêts propres c'est-à-dire selon les avantages que peut leur procurer le partenariat. Ce partage exige l'implication, de loin ou de près, de tous les partenaires dans le projet commun.

La contribution dans ce projet d'action n'a de sens que si les partenaires sont conscients des avantages qu'ils en tirent. Cela rentre dans la logique du « gagnant-gagnant ». En effet, aucun partenaire ne doit se sentir perdant dans le partenariat. Les avantages tirés de cette relation doivent être supérieurs à ceux que chaque partenaire aurait eus en agissant seul (dans un rapport coût-bénéfice). Il s'agit donc, d'incitatifs pour attirer et potentialiser les contributions de chaque partenaire.

- Le partage du pouvoir : Le partenariat suppose un partage de l'autorité et de la prise de décisions (Frank et Smith, 2000 ; Ekos, 1998). En fait, la décision n'est pas à vrai dire partagée. Elle découle de la négociation : c'est pourquoi le partenariat est une relation de compromis (Mérini, 1997 ; Frank et Smith, 2000).

Le partenariat bien qu'il réunit différents partenaires aux valeurs, philosophies et ressources différentes et inégales (Choukir, 1997), doit être une relation basée sur l'égalité. Cette égalité n'est pas à chercher au sens propre du mot, mais au sens du droit commun. Donc, il ne s'agit pas d'avoir les mêmes contributions et avantages mais d'avoir une égalité des pouvoirs de décisions et d'actions.

Le partenariat est plutôt une relation équitable et horizontale (Buse et Walt, 2000; René et Gervais, 2001). Cette équité permet de maintenir un équilibre entre des partenaires aux ressources et capacités d'action

différentes. L'équité dans une relation partenariale n'aurait ni de sens et de constance sans la bonne volonté de chaque partenaire à vouloir travailler avec d'autres partenaires qui ont des valeurs et des capacités différentes. Il doit régner dans le partenariat un climat de confiance et de respect mutuel. Il faut accepter et respecter les valeurs et les visions des autres partenaires.

- ❖ La responsabilisation des partenaires : l'équité dans le partenariat, instaurant un partage des décisions et des pouvoirs entre partenaires, entraîne aussi un partage des responsabilités qui sont attribuées à chacun de ces derniers. Cette responsabilisation est devenue « un modèle de régulation » (René et Gervais, 2001) assurant l'implication et la cohésion des partenaires sociaux dans un projet commun. En effet, avec les crises de l'état providence dans bon nombre de pays, le partenariat est devenu un moyen de concilier les partenaires sociaux aux différents problèmes de la société. Le partenariat, par la multiplication des intervenants et par les responsabilités qui leur sont conférées, élargit et multiplie les champs d'action et donc les possibilités de résultats (Choukir, 1997).
- ❖ L'accord dans le partenariat : Le partenariat est tout d'abord une relation basée sur l'engagement de tous les partenaires. Il s'agit d'un accord obtenu grâce à un consensus qui fait suite à des négociations. Il traduit la responsabilité et donc l'engagement des partenaires. Il établit les places et rôles de chaque partenaire. Cet accord est une forme de « coopération contractuelle » (Perrot, 2004) qui est un outil de collaboration utilisé par divers partenaires, pour assoire et structurer leurs relations. L'accord peut être obtenu verbalement ou par écrit.

1.1.1.2. Les différents types de partenariats

Dans la littérature on fait référence à différentes typologies du partenariat.

- ❖ Ekos (1998) identifie les partenariats suivants :
 - Selon la structure : modèles contractuels, représentationnels et transactionnels

- Le type de partenaire qui les forme : le Gouvernement, le secteur privé, les groupes communautaires ...
 - Selon le degré de partage et les objectifs : simple consultation à une coopération parfaite où les décisions sont prises en commun.
- ❖ D'après Deshaies (1991), nous pouvons retrouver deux types de partenariat selon le niveau d'opérationnalisation :
- le partenariat institutionnel qui se réalise au niveau national entre le Gouvernement et d'autres structures non étatiques d'envergure nationale. Ce partenariat fut un modèle de gestion sociopolitique (Choukir, 1997). D'après ce dernier, il fut érigé en système et exigea de ses intervenants une vision globalisante.

Cette relation engage des intervenants de bonne volonté, de niveau national, qui définissent ensemble des buts communs et surtout des politiques de gestion et d'action pour la réalisation d'œuvres futures. Cette forme de collaboration est basée sur la nature de la relation et donc sur la pérennisation de cette relation. Elle se légalise grâce à la convention cadre de partenariat (Coté et Ziegler, 2002) qui est le document sur lequel tous les objectifs de l'action commune, les places et rôles de chaque partenaire figurent.

- le partenariat dit de projet réalisé au niveau local. Dans certains cas, il rentre dans les processus de décentralisation. Il regroupe des partenaires tels que des structures décentralisées de l'Etat et les partenaires sociaux. Ces partenariats locaux permettent de déconcentrer les structures centrales de l'Etat.

Cette forme de partenariat permet, grâce à la mise en place de services, de renforcer les capacités des structures locales dans le but de l'amélioration des conditions de vie des populations locales. Il se légalise par le contrat de partenariat ou de projet (Coté et Ziegler, 2002).

- ❖ Dans le domaine de la santé qui nous intéresse, Bourque (2003) a établi une typologie du partenariat basée sur trois critères :
 - Le contexte du partenariat national ou régional. Il rejoint par là, la typologie de Deshaies (1991).
 - Le statut des différents partenaires : les structures gouvernementales (Ministère de la santé et ses différentes structures), les Organisations communautaires...
 - Les objectifs du partenariat qui varient de la définition des politiques de santé jusqu'aux relations de prestations de services.

Bourque (2003) définit d'après ces critères deux types de partenariat :

- Le partenariat Etat/communautaire qui a un niveau national. Il regroupe les Ministères chargés des questions sociales et surtout le Ministère de la santé avec ses services et toutes les structures non étatiques d'envergure nationale ayant comme domaine d'action la santé des populations.
Ce partenariat permet de définir les politiques de santé ainsi que les modalités de financement de ces politiques.
- Le partenariat réseau public/communautaire qui regroupe deux formes selon les niveaux d'utilisation :
 - Le partenariat de niveau intermédiaire c'est-à-dire régional. Il regroupe les mêmes intervenants que précédemment mais à un niveau régional. Il s'agit des représentants régionaux des intervenants cités plus haut. Ce partenariat sert de relais entre les décideurs politiques émanant des structures nationales et les prestataires de services au niveau local. Il se base sur la planification et le suivi des politiques sanitaires nationales.
 - Le partenariat de niveau local : c'est le niveau opérationnel où les décisions prises au niveau central sont appliquées. Il regroupe en général les structures les plus décentralisées de l'Etat, les Organisations communautaires et toute autre organisation d'envergure locale. Il a deux niveaux d'application. : par programme (selon le problème de santé) et par territoire (selon une zone où sévit un problème de santé).

- ❖ Dans la littérature nous retrouvons une autre typologie de partenariat basée sur le nombre de partenaires :
 - Le partenariat entre deux partenaires : le plus souvent il s'agit d'une collaboration bilatérale entre deux acteurs qui sont les seuls présents dans une localité ou dans d'autres cas il s'agit des accords de coopération bilatérale entre deux états ou entre deux Organisations non étatiques.
 - Le partenariat peut regrouper deux ou plusieurs acteurs. Dans ce cas, on parle de « partenariat multi-acteurs ». Cette forme est récente et est peu documentée (Kérébérel, 2003 ; Ekos, 1998). Ces formes de collaboration permettent une meilleure distribution des « savoirs » (Kérébérel, 2003) et des ressources entre ces multiples acteurs émergents. De par leurs avantages, elles commencent à être adoptées comme nouvelle forme de relations entre différentes parties ayant des buts communs. Ces avantages se résument à l'augmentation des ressources, des connaissances et des compétences car le partenariat répond à la règle « un plus un égal trois ». Dans le domaine de la santé, nous retrouvons souvent ce type de partenariat. D'ailleurs, l'OMS le définit comme une série d'acteurs en vue d'atteindre un objectif commun qui est l'amélioration de la santé des populations (Kickbusch, 1998). Ce partenariat engage en général, l'Etat (Ministère de la santé), la Société civile, les Organisations internationales et le secteur privé (PNUD, 2002).

1.1.1.3. Les avantages, inconvénients et conditions d'un partenariat

- ❖ Les avantages d'un partenariat : il permet tout d'abord de regrouper des parties qui n'avaient pas l'habitude de travailler les unes avec les autres. Ce sont des partenaires qui étaient renfermés sur eux-mêmes et qui avaient une vision individuelle de la gestion.

Le partenariat crée des rencontres, des connexions (Mérini, 1999), des synergies d'objectifs et d'actions. Cette relation tire sa référence dans le fait

qu'elle associe des partenaires qui, même s'ils sont issus de domaines semblables, ont des valeurs, des visions et des ressources différentes. Le partenariat est donc un lieu où l'on privilégie la coopération par rapport à la concurrence (Coté et Ziegler, 2002), où l'on cherche le compromis plutôt que le conflit. Le partenariat améliore les relations d'information, de dialogue et d'échanges entre différentes parties.

La mise en commun des ressources dans le partenariat permet d'accroître les profits (Frank et Smith, 2000) d'une part en diminuant les risques par un partage des investissements et d'autre part par l'augmentation de la qualité et de la quantité des ressources. Le partenariat permet par une rationalisation des ressources, une optimisation des investissements et constituerait par là une solution aux problèmes de financement des programmes sociaux (Frank et Smith, 2000).

Dans le domaine de la santé, les profits ne se traduisent pas par des richesses mais par un gain en santé. Ce dernier peut se traduire par l'amélioration de la quantité et de la qualité des services et soins de santé, par la réduction des taux de morbidité et de mortalité. Les profits obtenus ne sont donc pas propres aux différents partenaires mais à leurs sociétés c'est-à-dire l'état de santé de leurs populations. Le partenariat est d'ailleurs vu comme une relation sociale pour le social c'est-à-dire entre différents partenaires sociaux qui oeuvrent pour résoudre des problèmes sociaux.

Le partenariat permet d'impliquer divers intervenants du monde social : que ce soit l'Etat, la société civile et le monde privé.

Le partenariat devrait effacer les disparités entre partenaires de ressources différentes, car étant basé sur l'équité dans les rapports, dans la distribution des rôles et des responsabilités. Il confère des responsabilités à des partenaires dont la faiblesse des ressources ne permettrait pas d'être représentatifs dans une autre forme de collaboration.

Nous voyons donc que le partenariat a beaucoup d'avantages et ce pour tous les partenaires car dans le partenariat nul n'est en principe perdant. Cependant,

comme toute relation sociale, le partenariat ne fait pas toujours l'objet d'un consensus. Il peut comporter aussi des inconvénients et des problèmes.

- ❖ Les inconvénients et problèmes d'un partenariat : les partenaires ont des valeurs, des intérêts et des ressources différents. Chaque partenaire est guidé dans ses relations par ses caractéristiques. Elles ont trait, lorsqu'il s'agit d'une organisation, à sa culture organisationnelle et à ses ressources. La différence de culture organisationnelle et de ressources, peut constituer un obstacle dans un partenariat.

Le partenariat peut faire peur aux différents partenaires. Cette peur s'explique par le fait de l'incompréhension par les partenaires, des limites en temps et en espace du partenariat. C'est une peur de perdre son identité, de se fondre dans l'autre (comme les relations très formelles telle que la fusion), son pouvoir... Cela va se traduire par un engagement moindre des partenaires dans leur projet d'action. La différence de culture organisationnelle peut entraîner des différences d'opinions et de visions. A la longue, elle peut aboutir à des conflits d'intérêts.

La différence des ressources peut aussi constituer un obstacle au bon déroulement d'un partenariat. Les ressources sont sources de pouvoir (Crozier et Friedberg, 1977). Cette relation de pouvoir peut se manifester dans le partenariat car il réunit des partenaires aux forces différentes. En fait, cette inégalité peut conférer à certains partenaires la capacité de s'imposer aux autres partenaires entraînant une relation inéquitable et asymétrique.

Le partenariat regroupant diverses organisations traduit une diversité et une complexité. Ces organisations n'ayant pas les mêmes ressources et compétences n'ont pas les mêmes procédures de gestion. Cela peut engendrer des lenteurs procédurales qui vont entraîner une mauvaise coordination des actions entreprises dans le partenariat.

Le partenariat est une relation qui, comme toute forme de collaboration, comporte des avantages et des inconvénients. Il ne peut être que bénéfique s'il est bien construit et entretenu. Cela nous amène à parler des conditions d'un bon partenariat.

❖ Les conditions d'un bon partenariat :

- Un intérêt commun et mutuel : tout partenariat doit découler d'une situation jugée problématique et partagée par les différents partenaires. Cet intérêt doit amener ces derniers à vouloir s'associer.
- Une connaissance mutuelle entre partenaires : cela permet de bien choisir ses partenaires, de cerner leurs caractéristiques, leurs intérêts et leurs ressources. Cette phase est très importante dans l'évolution future de la relation partenariale car permet de rassembler de « vrais » partenaires (dans le sens d'une vision commune).
- Une équité dans les rapports : il s'agit d'un gage de bon partenariat. Ce principe d'équité est complexe et difficile à poser, car dans tout partenariat il y a une différence de pouvoirs et de ressources. Cependant, une bonne relation partenariale tend à effacer ces disparités et à équilibrer les pouvoirs des différents partenaires.
- Une complémentarité des ressources et des compétences entre les différentes parties pour instaurer une réciprocité dans les échanges (Coté et Ziegler, 2002; Clémence, 2004).
- Un respect mutuel et une confiance réciproque.
- Une transparence dans la gestion des activités communes.
- Une répartition des rôles, des activités et des moyens d'action.
- Un partage du pouvoir et des décisions.
- Une coopération et une coordination des différentes activités.
- Une planification du partenariat dans la durée ; c'est-à-dire de ne pas le limiter à la simple résolution d'un problème ou à l'exécution d'un projet.

Le partenariat est, comme nous venons de le voir, une relation engageant plusieurs partenaires décidés à travailler ensemble, pour la résolution d'une situation jugée

problématique pour et par tous, sur la base d'un accord obtenu grâce à un consensus et traduisant les règles de la coopération.

Il s'agit d'une relation qui s'établit dans la durée et qui peut procurer des avantages et des inconvénients aux différents partenaires. La bonne réussite d'un partenariat réside sur les critères cités plus haut. Elle dépend donc de la bonne volonté des partenaires à travailler ensemble dans la résolution de projets communs.

Le partenariat est donc une relation complexe, entre plusieurs parties, qui se fait nécessairement dans un ensemble que certains appellent champ ou réseau ou système (Contandriopoulos et Souteyrand, 1996). Dans notre étude nous utiliserons le terme de système, conformément à notre approche interprétative (basée sur l'analyse stratégique), pour décrire cet ensemble de relations qu'est le partenariat. Dans ce partenariat les partenaires interagissent selon une certaine dynamique d'action. Le suffixe « aire » du mot partenaire désigne « celui qui est chargé de » donc d'une tâche, d'une action. Le suffixe « ariat » du mot partenariat désigne quant à lui « un système » (Mérini, 1999).

Le partenariat est souvent décrit dans ses résultats et rarement dans la dynamique des relations entre les acteurs (Choukir, 1997) (surtout dans le domaine de la santé). La réussite d'un partenariat dépend de cette dynamique d'action, de la nature des différents partenaires et de leurs stratégies d'action. C'est pourquoi il est nécessaire de décrire les différents partenaires qui sont les acteurs de cette relation partenariale pour comprendre la dynamique de cette action.

1.1.2. Les interactions dans le partenariat

1.1.2.1. Les acteurs du partenariat

1.1.2.1.1. La notion d'acteur

Un acteur peut être défini comme un individu ou un groupe d'individus, qui agit dans une action, en interaction avec d'autres acteurs (Contandriopoulos et

Souteyrand, 1996). L'acteur est celui qui prend une part active à une entreprise, à une action (Bilodeau et col., 2003).

Il est caractérisé par « sa culture, ses intentions et ... sa capacité à agir et les ressources qu'il mobilise ou qu'il contrôle. » (Contandrioploulos et Souteyrand, 1996, p. 85). Dans notre étude, nous nous intéressons aux acteurs collectifs tels que les organisations qui agissent au niveau national : c'est-à-dire à l'échelle macroscopique. Ce choix est guidé, comme nous le verrons plus loin dans la partie méthodologique de notre travail, par le caractère exploratoire de notre étude.

Un acteur individuel ou collectif détient des ressources qui vont lui permettre de se positionner par rapport aux autres acteurs dans un système d'interaction. Ces ressources constituent l'ensemble des moyens mobilisables par l'acteur pour atteindre ses objectifs (Coté et Ziegler, 2002).

Parmi ces ressources nous pouvons énoncer :

- ❖ Les ressources humaines qui sont à citer en premier lieu. Dans le cadre d'une organisation, nous retrouvons une certaine diversité dans ces ressources ; ce qui constitue une richesse pour cette organisation. La cohésion, la complémentarité et la coordination des acteurs organisationnels sont donc autant d'atouts pour cet acteur qu'est l'organisation.
- ❖ Les ressources financières dont le volume est déterminant dans la réalisation des objectifs de l'acteur et dans le positionnement de cet acteur dans son système.
- ❖ Les ressources matérielles qui, comme les ressources financières, sont des atouts dans le positionnement stratégique de l'acteur.
- ❖ Les ressources techniques, les compétences, les connaissances et les informations détenues par l'acteur.

L'organisation comme acteur, est caractérisé aussi par sa culture organisationnelle. L'organisation ne se résume pas à une structure matérielle. Elle est dotée d'une « structure symbolique, vivante, capable de produire et d'entretenir des règles régissant son fonctionnement » (Kandem, 2000, p. 13).

Rocher (1976) cité par (Monette, 2004, p. 22) affirme :

« la culture organisationnelle est un ensemble de manières de penser, de sentir et d'agir, plus ou moins formalisées qui, étant apprises et partagées par une pluralité de personnes, qui servent d'une manière à la fois objective et symbolique à constituer ces personnes en une collectivité particulière et distincte ».

Il s'agit de l'ensemble des « croyances, des attitudes et des comportements des employés » (Clémenté, 2003) et qui constitue la base de la personnalité de l'organisation. La culture organisationnelle résulte de l'interaction des différents employés (Hierle, 1996). En effet, elle découle du mélange et de la confrontation des valeurs, des normes des croyances et des connaissances des employés (Lafaye, 1996).

Lapointe (1999, p. 05) décrit deux concepts clés dans la culture organisationnelle :

- ❖ Les normes qui sont des règles de comportement acceptées, écrites ou non, par les employés de l'organisation. Ces comportements sont issus de compromis traduisant le bon vouloir de ces employés à adopter une même attitude d'action.

Ces normes sont renforcées par les missions de l'organisation qui sont le leitmotiv sur lequel doivent se baser les prises de décisions et les actions des employés et donc de l'organisation.

- ❖ Les postulats qui sont les « croyances » qui sous-tendent les normes et les autres aspects de la culture organisationnelle tels que les valeurs, les principes ... Les valeurs sont des critères de base, des principes qui orientent les gestes, les jugements, les motivations et les choix des acteurs (Coté et Ziegler, 2002; Monette, 2004).

D'après Lapointe (1999, p. 05) la culture organisationnelle est un

« phénomène social dynamique produit par, et produisant tour à tour, un ou des ensembles de significations auxquelles s'identifient, ou ne s'identifient pas les actrices et acteurs dans les organisations, et par lesquels elles et ils interprètent, parfois de manière conflictuelle, les actions et interactions objets et événements organisationnels guidant ainsi leurs attitudes et comportements, leurs actions et réactions. »

La culture organisationnelle traduit et permet d'expliquer les valeurs, les principes, missions et compréhensions des phénomènes des acteurs, qui dans le cadre de notre étude sont des organisations. En somme, l'organisation, comme acteur, est caractérisée par sa culture organisationnelle, ses ressources et sa capacité d'action.

1.1.2.1.2. Les acteurs dans le domaine de la santé

Dans le milieu de la santé, nous retrouvons plusieurs acteurs qui peuvent relever de structures étatiques ou non, publiques ou privées.

- ❖ L'Etat avec le Ministère de la santé : l'Etat est l'entité dotée d'une autorité, d'une souveraineté s'exerçant sur un peuple et un territoire donnés (Coté et Ziegler, 2002; Le Robert, 1987, p. 701). C'est la plus haute institution d'un pays qui s'appuie sur un attelage gouvernemental pour exercer ses fonctions.

Dans ce gouvernement existent différents ministères chargés dans notre cas de la santé des citoyens. Parmi ceux-ci, nous retrouvons le Ministère de la santé qui peut, selon les pays, être rattaché à d'autres secteurs d'activités telle que l'action sociale. Le Ministère de la santé véhicule à travers ses actions, les principes de tout Etat quant à la liberté, l'égalité et l'accessibilité de tous les citoyens à la bonne santé qui devient un droit pour tous. Le rôle de tout Etat est de s'assurer de la bonne santé de ses citoyens.

Le Ministère de la santé assure la direction et la coordination des activités de santé dans le schéma du système de santé national. Le Ministère de la santé a plusieurs missions qui sont (OMS, 1988) :

- Le développement des ressources sanitaires : personnels de santé, mise en place d'équipements sanitaires, production, achat et distribution de produits pharmaceutiques, ...
- La prestation de soins de santé à travers ses structures de soins que sont les hôpitaux, les districts de santé ou les cases de santé.
- L'appui économique de ces différentes structures de soins par la mobilisation des ressources financières
- La gestion des activités sanitaires par la planification, la coordination des programmes de santé, la préparation des législations sanitaires ...

Il utilise des ressources de l'Etat pour la mise en œuvre des missions de ce dernier. Dans les pays en voie de développement, ces ressources sont faibles (moins des 10% du budget national recommandés par l'OMS). Cela rend difficile la mission qui est assignée aux structures de santé. Devant faire face à des crises financières, les gouvernements dans les pays en voie de développement qui étaient caractérisés par la bureaucratie (Kandem, 2000), changent de modèle de gestion en optant pour la décentralisation. La décentralisation permet de mieux améliorer la santé des populations en impliquant de nouveaux acteurs locaux (Perrot, 2004). Malgré cette incapacité d'assurer pleinement ses missions, c'est-à-dire de donner à tout citoyen les moyens d'accéder à une bonne santé, et suite à l'ouverture du système sanitaire à d'autres acteurs, les gouvernements continuent de jouer leur rôle de régulateur. Ce contrôle, qui se fait grâce aux différentes législations sanitaires, est plus que nécessaire car il y va de la souveraineté de l'Etat.

- ❖ Les Organisations non gouvernementales (ONG) : elles sont définies différemment selon les pays et les contextes. Ce sont des organisations, regroupant plusieurs membres volontaires et bénévoles, à but lucratif ou non (OCDE, 1988 ; Maradeix, 1990). Bien que le terme puisse englober n'importe quelle organisation non gouvernementale, il est souvent réservé aux

organisations à but non lucratif engagées dans le développement des communautés (Maradeix, 1990).

L'histoire des ONG montre qu'elles sont des organisations qui véhiculent certaines idéologies. Elles ont développé un esprit de solidarité, tout au cours de leur évolution, allant du développement à l'humanitaire (Deler et col., 1988 ; Beigbéder, 1992). Les ONG du dix-neuvième siècle avaient pour but des activités de charité et de bienfaisance avec les missions religieuses (Beigbéder, 1992). Ce dernier nous dit qu'avec l'avènement des deux guerres mondiales, beaucoup d'ONG ont vu jour et se sont orientées vers l'aide humanitaire pour venir à bout des famines, des épidémies et autres fléaux d'après guerres. Par la suite avec la reconstruction des pays occidentaux, elles se sont dirigées vers l'aide au développement dans les pays en voie de développement qui présentaient pour elles de nouveaux terrains d'action.

Cependant, des ONG incarnent toujours cette double dimension d'ONG humanitaire et de développement. En effet, dans les pays en voie de développement avec les guerres civiles, les catastrophes naturelles et les crises administratives et financières, elles sont obligées de combiner ces deux idéologies.

Les ONG ont toujours été au chevet des populations. Leurs personnels sont des volontaires, des bénévoles qui sont animés par des sentiments altruistes, de solidarité et de désintéressement du profit. Elles prônent la défense des causes publiques : « droits de l'homme » (Beigbeder, 1992), la lutte contre les discriminations raciales, ethniques, de genre... Les ONG sont des associations qui favorisent « le bénévolat, le volontariat... la solidarité, la protection des faibles et des minorités » (Beigbéder, 1992), « l'esprit d'innovation » (OCDE, 1988), « le leadership et l'action » (Maradeix, 1990).

Dans le secteur de la santé nous retrouvons plusieurs types d'ONG qui sont à caractère humanitaire (Prost, 2003, p. 04) :

➤ Les ONG de professionnels de santé ;

- Les ONG à objectif social, qui luttent contre les pandémies (SIDA) et autres grands problèmes de santé ;
- Les ONG religieuses.

Toutes ces ONG, malgré leurs appartenances identitaires différentes, concourent à la bonne santé des populations par la mise en place de services de santé accessibles et de qualité.

A cette typologie des ONG, nous pouvons rajouter une autre selon le niveau d'intervention :

- Les ONG locales qui ont un territoire bien déterminé (villages, communautés locales et régions ;
- Les ONG nationales qui relèvent du droit du pays où elles sont enregistrées et où elles exercent leurs activités à un niveau national c'est-à-dire sur plusieurs localités et régions d'un pays ;
- Les ONG internationales qui relèvent du droit d'un pays autre que celui où elles exercent leurs activités.

Les ONG tirent leurs ressources des cotisations de leurs membres, des subventions allouées par les gouvernements, les fondations, les œuvres de charité et de prestations directes de services (à un prix acceptable pour les populations) (OCDE, 1998 ; Maradeix, 1990). L'importance des ressources d'une ONG dépend de sa capacité à créer des réseaux de soutien, à attirer l'attention des pouvoirs publics et autres bienfaiteurs, de sa capacité d'action et donc de sa position stratégique sur l'échiquier local ou national ou international. Les ONG ont la capacité de mobiliser des ressources humaines opérationnelles sur des terrains où ne peuvent opérer efficacement les structures gouvernementales (Stewart et col, 1999).

Les ONG, malgré leur position stratégique, leur engouement et leur déterminisme dans l'action en faveur des populations locales, ont des faiblesses. Elles sont souvent tentées de s'isoler dans leurs zones d'activités (Beigbeider, 1992 ; Maradeix, 1990) et ne favorisent pas toujours l'idée de la coopération et du partenariat. Elles ont aussi souvent des visées locales,

ponctuelles et temporelles. Elles résument leurs actions à la résolution d'un problème plutôt qu'à la pérennisation de ces actions. Elles font parfois preuve d'amateurisme, de manque de transparence dans la gestion ou de manque de coordination dans leurs activités (Maradeix, 1990).

- ❖ Les Institutions internationales : elles peuvent être définies comme des structures de coopération entre des Etats indépendants et volontaires, sous la base d'un accord international. Elles sont dotées d'un organe permanent chargé de coordonner et de réaliser des objectifs communs (Virally, 1995 ; Diez de velasco Vallejo, 2002 ; Weiss, 1998).

Elles sont chargées, à travers leurs organes permanents, de définir « les politiques et les comportements » de leurs membres (Virally, 1995 ; Weiss, 1998), de planifier et de mettre sur pied des actions de collaboration avec et pour les Etats membres.

Dans le domaine de la santé, nous retrouvons les organismes du système des Nations Unies : l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP, ... Elles toutes pour missions (Prost, 2003)

- La gestion des risques épidémiologiques ;
- La réduction des écarts mondiaux de santé dans une perspective de développement ;
- L'accompagnement de la mondialisation.

Ces organisations, bien qu'émanant d'une même entité (Nation Unies), ont des structures, des procédures et des moyens différents.

Elles vont de structures centralisées à des structures décentralisées. Elles agissent soit par des programmes verticaux, soit par des programmes horizontaux en apportant un appui technique ou technico-financier aux pays bénéficiaires. Ces organisations ne sont pas toujours à la hauteur de leurs nobles ambitions et objectifs (Prost, 2003). En effet, certaines d'entre elles sont confrontées à des problèmes de budget du fait du non versement de certains gouvernements de leurs cotisations annuelles. A côté de ces problèmes financiers, il faut ajouter des objectifs souvent généraux c'est-à-dire

non opérationnels, des problèmes d'ordre organisationnel avec une organisation centralisée, rigide, basée sur la bureaucratie (Prost, 2003).

- ❖ Les agences de développement bilatérales : ce sont des représentants des Gouvernements des pays développés qui sont mis à la disposition de la coopération bilatérale qu'entretiennent ces pays riches avec des pays en voie de développement. Ce sont des démembrements placés le plus souvent sous la tutelle directe des Ministères des affaires étrangères de leurs pays.

Cette aide est orientée par les rapports diplomatiques entretenus entre les gouvernements de ces pays. Ces agences ont souvent travaillé suivant la politique étrangère de leurs pays c'est-à-dire selon la vision de leurs gouvernements sur la manière d'opérer des actions d'aide. Cependant, ces agences travaillent en collaboration étroite avec les services des gouvernements bénéficiaires. Ces agences utilisent aussi les relais constitués par leurs ONG nationales ou des ONG des pays bénéficiaires pour réaliser des actions de développement.

- ❖ A côté de ces acteurs traditionnels, nous retrouvons d'autres acteurs de la santé tels que les professionnels de santé, les syndicats, les organisations à but lucratif, les médias, les organisations communautaires de base...

Cependant, comme nous l'avions écrit plus haut, nous nous intéressons seulement aux précédentes catégories d'acteurs. Dans l'organisation et la gestion, à un niveau national, des activités de santé et surtout de planification familiale dans les pays en voie de développement, nous retrouvons les organisations étatiques, les ONG et les Organisations internationales (Biaye, 1994 ; Thiam, 1990 ; Coté et Ziegler, 2002).

1.1.2.2. Les relations entre les acteurs

Dans le cadre de ces partenariats, nous retrouvons des relations bilatérales et des multilatérales.

Les relations entre les Gouvernements et les agences de coopération des pays donateurs se font le plus souvent dans l'élaboration et la gestion de certains projets ou programmes de santé (Prost, 2003 ; Perrot, 2004).

Ces agences avec leurs appuis techniques, aident les pays en voie développement dans l'équipement des structures sanitaires, assurent la formation du personnel de santé afin que ces derniers soient en mesure d'assurer la fourniture des soins aux populations.

Au niveau des programmes de planification familiale, l'agence spécialisée des Etats Unis intervient depuis longtemps dans les pays en voie de développement. D'ailleurs dans ces pays, il est rare de parler de planning familial sans citer l'USAID (Stewart et col., 1999; Maradeix, 1990) ; c'est dire donc qu'elle occupe une place incontournable dans ces programmes.

Ces agences agissent dans le cadre de l'aide au développement qui a beaucoup évolué, allant d'une approche humanitaire à une approche de solidarité internationale (Navarro et Flores, 2004). De par le passé, cette collaboration était vue sous l'angle de la domination, d'assistance « néo-colonialiste et paternaliste » (Collombat, 2004) avec l'imposition par les pays bailleurs de fonds des règles de gestion et de conditionnalité des dons. Maintenant, il s'agit d'une véritable responsabilisation des pays bénéficiaires, à qui il revient d'élaborer les plans de développement. Maintenant, le terme de « partenariat nord-sud » est préféré à ces différentes formes de collaborations.

Cependant, malgré cette tendance actuelle au partenariat et donc à la responsabilisation des pays partenaires, le caractère unilatéral des ressources financières, fait que les partenaires du Nord détiennent plus de pouvoirs dans ces

relations que ceux du Sud (Cattin et Schreiber, 2002 ; Tjiani et Faye, 2002; Flores, 2004, Lister, 2000).

Les relations entre les ONG et les Gouvernements sont très documentées dans la littérature (Bouget et Prouteau, 2002 ; Pfeiffer, 2003 ; Jacques, 1991 ; Brinkerhoff, 2002). Ces relations vont de la dépendance à la coopération. Elles sont relatives au statut et aux ressources de ces ONG. Plus elles sont indépendantes, autonomes, dotées de moyens financiers considérables, plus elles entretiennent avec les Gouvernements des relations de coopération ou de tensions (Bouget et Prouteau, 20002). En fait, ce sont le plus souvent les ONG internationales qui rentrent dans ce cadre. Même dans les pays riches, elles influencent les politiques d'aide au développement (Maradeix, 1990).

Elles sont dotées de notoriété internationale, de pouvoir de pression et de ce fait elles furent longtemps considérées comme des lobbies (Jacques, 1991; Buse et Walt, 2000). Ces derniers nous disent que les relations entre les ONG et les gouvernements ont évolué. Il ne s'agit plus, selon eux, de groupes de pressions mais d'appui des gouvernements dans leurs objectifs. Ces ONG internationales auront des missions d'appuis techniques (logistique, formation du personnel de santé) et financiers (Perrot, 2004). Elles jouent un rôle de relais important entre les gouvernements des pays riches et ceux des pays bénéficiaires de l'aide (HCCI, 2002 ; Maradeix, 1990 ; Beigbéder, 1992).

Les ONG nationales, avec leurs faibles ressources, sont sous la dépendance financière des gouvernements et de leurs donateurs (Prost, 2003 ; Lister, 2000). Cependant, elles sont des intermédiaires précieux de par leur présence plus rapprochée auprès des populations (Deler et col., 1998).

Les ONG représentent donc des maillons indispensables dans l'élaboration de certains programmes de santé des pays en voie de développement (Benotsch, 2004). Avec le manque criant de ressources humaines, elles constituent la cheville ouvrière des programmes de santé et même des programmes de développement (OCDE, 1988 ; Deler et col., 1998). A ce titre, les relations les liant avec les

gouvernements sont d'ordre contractuel (Perrot, 2004). C'est la logique du « faire-faire » qui permet la réalisation d'activités de prestations de service à des niveaux décentralisés. Ces relations sont aussi entretenues avec les autres acteurs de la santé (ONG internationales et agences de coopération bilatérale). Elles sont souvent appuyées par les agences de coopération bilatérale et les Institutions des Nations Unies qui ont compris le rôle primordial et incontournable de ces ONG dans les processus de développement durable.

Les institutions internationales ont durant longtemps appuyé les Ministères de la santé dans le but d'améliorer la santé des populations (Diez de velasco Vallejo, 2002). Nous retrouvons, dans ce secteur de la santé, les Institutions spécialisées des Nations Unies telles que l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP, la Banque mondiale. Elles se sont impliquées dans divers programmes de santé dans les pays en voie de développement. Ces programmes, de type vertical, ont regroupé ces organisations et les pays bénéficiaires. Ces organisations ont par la suite changé d'attitude en optant pour des politiques de réorganisation des systèmes de santé des pays en voie de développement (Prost, 2003). Nous pouvons citer à ce titre les stratégies de « la santé pour tous en l'an 2000 », de l'initiative de Bamako et les politiques de décentralisation. Elles participent à la définition et à la structuration des systèmes de santé de ces pays en voie de développement.

Ces organisations internationales collaborent aussi avec les Organisations non gouvernementales dans des programmes internationaux et nationaux (OMS, 2002, OMS, 2001; Buse et Walt, 2000 ; Brinkerhoff et Brinkerhoff, 2004). Des partenariats internationaux engageant plusieurs acteurs peuvent être cités : Initiatives « Roll back malaria », GAVI ou la lutte contre le VIH sida pour ne citer que ceux-là.

1.2. CADRE CONCEPTUEL

1.2.1. L'acteur avec sa stratégie et sa rationalité

Le partenariat est, comme nous venons de le voir, une forme particulière de collaboration, qui permet à des acteurs, individus ou organisations, de mieux atteindre leurs objectifs avec une minimalisation des risques. C'est une forme de

relation basée sur l'interaction entre ces acteurs et donc sur ce qu'ils ont de commun c'est à dire leur projet de partenariat.

Le partenariat est une relation qui procure beaucoup plus d'avantages que d'inconvénients s'il est bien mené. Il permet aux acteurs concernés, dans une logique économique, de maximiser leurs profits en termes de bénéfice pour la société.

Le partenariat est un processus dynamique qui s'inscrit dans le temps. C'est une relation qui n'est pas figée. Il subit les influences des acteurs et de leur milieu. Il évolue en fonction des stratégies des acteurs et de leurs interactions (Coté et Ziegler, 2002; Fall, 2002). Le partenariat est un système de relations entre divers acteurs, basé sur la dynamique de l'action émanant d'un consensus issu de négociations (Mérini, 1999) entre divers acteurs aux stratégies différentes.

C'est cette logique d'action qui permet de comprendre le partenariat en tant que système de relation complexe. D'après Crozier et Friedberg (1977), Boudon et Bourricaud (1982), l'acteur dispose d'une certaine rationalité. De cette dernière découle une stratégie. Une stratégie constitue l'ensemble des voies, des modes d'action à adopter pour arriver à la réalisation d'objectifs. La stratégie dépend comme nous l'avons dit de la rationalité de l'acteur et cette dernière dépend des caractéristiques de l'acteur. Par caractéristiques nous entendons ses valeurs, sa culture, ses croyances, les ressources dont il dispose, ses objectifs, ses enjeux dans une relation et des contraintes dont il fait l'objet (Coté et Ziegler, 2002).

Les valeurs et les croyances vont déterminer la façon dont l'acteur va percevoir les phénomènes sociaux et constituent une sorte de réceptacle des influences de son environnement et du comportement des autres acteurs avec lesquels il est engagé dans une relation.

Les ressources constituent le pendant de toute stratégie. En effet, toute démarche stratégique nécessite l'emploi de ressources par l'acteur. La stratégie constitue l'harmonisation des objectifs avec les moyens de l'acteur. De ce fait, les ressources deviennent une condition nécessaire à la réalisation de la stratégie de

l'acteur. La nature et l'ampleur de ces ressources vont permettre à l'acteur d'ajuster sa stratégie.

La stratégie dépend aussi de la vision de l'acteur sur l'action dans laquelle il va s'engager. Ainsi, dans un partenariat, l'acteur définira sa stratégie en fonction des idées, des représentations qu'il se fait de cette relation. Cet ajustement peut se faire de pair avec ses enjeux dans ce partenariat. Un enjeu représente ce que l'on peut gagner ou perdre dans une action ou une relation (Crozier et Friedberg, 1977). La stratégie dépend des idées que l'acteur se fait sur son projet d'action et dépend donc de la valeur qu'il attribue à cette action. L'acteur, engagé dans un partenariat, mesure donc les gains et les risques qui peuvent découler de sa participation à l'action partenariale. Pour l'acteur impliqué dans cette relation, le partenariat doit comporter plus d'enjeux positifs que d'enjeux négatifs. Ces enjeux, différents selon les acteurs, dépendent des caractéristiques des acteurs et surtout des valeurs, des buts, de la compréhension des phénomènes, de la qualité de l'information reçue et des connaissances de ces derniers. Ces enjeux sont déterminants dans la formation d'un partenariat car aucun acteur ne se déciderait à rentrer dans cette relation s'il avait beaucoup plus à perdre qu'à gagner.

Nous voyons donc que l'acteur engagé dans un partenariat est doté d'une stratégie. Cet aspect du partenariat est élucidé par deux courants de pensée sociologiques : l'individualisme méthodologique et l'analyse stratégique. Ces deux courants ont en commun leur intérêt premier pour l'acteur (ou l'individu).

Ils diffèrent du holisme qui néglige la place de l'acteur dans l'action sociale (Boudon et Bourricaud, 1982). Ce postulat sociologique se définit par l'importance donnée

« à des entités supra individuelles dont le rapport à la nature reste tout à fait mystérieux et selon lequel les phénomènes sociaux ne peuvent s'expliquer qu'en invoquant le comportement ou les propriétés d'entités irréductiblement supra individuelles telles que la culture ou les institutions » (Speber, 1997, p. 124).

L'individualisme méthodologique est plus marqué dans cette opposition avec l'holisme. En effet, il permet non pas d'expliquer le comportement de l'acteur comme l'effet des causes sociales mais d'être à l'origine des effets sociaux Boudon (1979). Cette approche prônée par Raymond Boudon explique le social à partir de l'individu. Les phénomènes sociaux sont la conséquence, le produit des actions individuelles agrégées des acteurs (Boudon, 1979 et 1986 ; Speber, 1997 ; Chagnollaud, 1999).

L'individualisme méthodologique réfute l'idée d'un sujet passif qui ne serait que le produit des causes sociales. L'action sociale découle d'après cette approche des interactions entre les acteurs aux conduites individuelles. Pour Boudon (1986) « il est indispensable de reconstruire les motivations des individus concernés » afin d'expliquer les phénomènes sociaux. Les actions des acteurs dépendraient donc de ses motivations propres. Dans ce sens il rejoint l'analyse de Marx Weber qui a centré sa sociologie sur les motivations des acteurs (Chagnollaud, 1999).

L'étude des motivations de cet acteur aboutirait à l'explication de sa rationalité comme nous l'avons vu plus haut. L'acteur agit en fonction de ses motivations. Il adopte une stratégie en fonction de sa situation, de ses intérêts conscients (Boudon, 1986). Ses motivations ne sont pas seulement fonction d'un calcul coûts-avantages comme le pensent les économistes comme Pareto.

L'individualisme méthodologique, même s'il reconnaît la présence dans certains cas de contraintes sur l'action des acteurs, les relativise ou les efface. Cette approche efface toute contrainte, toute action de l'environnement sur l'acteur (Chagnollaud, 1999). D'ailleurs, c'est l'une des critiques que l'on peut faire à cette approche. L'individualisme méthodologique place l'individu ou l'acteur dans un espace qui lui préexiste. Cet espace ne sera donc pas sans influence sur les actions de ces individus. De plus, l'individu a un passé et une histoire (socialisation des acteurs). L'individualisme méthodologique ignore donc les logiques qui permettent de comprendre les intentions des acteurs.

L'autre courant de pensée de la rationalité de l'acteur sur laquelle nous nous appuyerons dans notre étude est celui de l'analyse stratégique et qui est illustré par

les travaux de Crozier et Friedberg (1977). Selon ces derniers, l'acteur est rationnel mais d'une manière limitée. De ce fait, Crozier et Friedberg se démarquent de l'individualisme méthodologique qui veut que l'acteur ait une rationalité illimitée, indépendante de tout autre facteur.

Cette rationalité de l'acteur est très complexe. Les logiques économiques (au sens de Pareto) et de l'individualisme méthodologique (de Boudon) ne permettent pas d'expliquer la logique d'action des acteurs. L'analyse stratégique ne va pas dans le même sens que l'individualisme méthodologique qui considère l'individu ou l'acteur comme un élément isolé, libre de toute influence et disposant d'une rationalité illimitée. Elle accorde une bonne place à l'acteur qui est doté d'une rationalité non absolue, relative et limitée.

L'analyse stratégique s'écarte des théories précédentes qui

« en isolant les acteurs, conduisent à imputer à ceux-ci une liberté et une rationalité illimitées, à les traiter en fait comme des acteurs souverains et rationnels négociant librement entre eux les conditions de leur coopération » (Crozier et Friedberg, 1977, p. 53).

Mach et Simon (1958) cités par Crozier et Friedberg (1977) et Lafaye (1996) pensent que l'acteur devant une situation problématique est incapable d'appréhender tous les choix possibles. Il choisit selon sa rationalité les premières solutions répondant à cette dernière. L'acteur ne cherche pas à exploiter, à optimiser toutes les solutions possibles à une situation problématique. Il est contraint et limité par les possibilités qui lui sont offertes c'est-à-dire celles qui sont disponibles. C'est dire donc, que cet acteur est contraint dans sa démarche, sa rationalité. Devant une situation problématique, il n'utilise pas toutes les solutions possibles. Il est limité, il est contraint par son environnement, son système.

Ces contraintes sont liées d'une part à la quantité de ressources (financières, techniques, humaines, informationnelles...) et d'autre part à la liberté dont disposent les acteurs. Cette liberté dépend de la marge de manœuvre qu'ont ces acteurs et qui constitue la latitude qu'ils ont à agir selon leurs propres visions dans une relation.

Dans une zone d'interaction, donc de système d'action, l'action des acteurs est contrainte par les règles édictées par leur système. Devant ces contraintes, les acteurs développent et ajustent leurs stratégies en fonction des ressources disponibles, des règles édictées par leur système et en réponse aux stratégies des autres acteurs.

Aussi importantes que soient les contraintes auxquelles ils seront exposés, les acteurs disposent toujours d'un minimum de marge de manœuvre, de liberté (Crozier et Friedberg, 1977 ; Chagnollaud, 1999).

Nous avons vu que toute collaboration, donc tout partenariat, engage des partenaires, des acteurs aux cultures, ressources, enjeux et objectifs qui vont élaborer des stratégies différentes qui traduisent leurs rationalités mais limités par des contraintes liées à leurs caractéristiques ou à leur environnement.

1.2.2. Le système partenarial

Le partenariat est un ensemble, un système, une entité regroupant divers partenaires aux caractéristiques différents mais aux objectifs communs. Le partenariat est d'abord un concept avant de devenir pratique c'est-à-dire mode de travail. En effet, il traduit la volonté des acteurs de mettre en commun leurs ressources et compétences dans une même action. Le partenariat est un système qui permet de définir l'ensemble des pratiques à adopter.

Le système désigne « l'ensemble d'institutions, de pratiques, de méthodes formant à la fois une construction théorique et une méthode pratique... » (Le Grand Robert, 1987). Le système partenarial est l'ensemble des règles et des pratiques que se sont édifiés des partenaires interdépendants pour résoudre une situation problématique. Le système désigne donc un ensemble regroupant des partenaires interdépendants avec une certaine structuration des relations (Crozier et Friedberg, 1977 ; Friedberg, 1993). Chez ces derniers, le système constitue l'interdépendance des différentes parties d'un ensemble. Dans le partenariat, cette interdépendance se traduit par le fait qu'aucune des parties n'a à elle seule les moyens de réaliser le projet de partenariat. Cette incapacité en ressources et en compétences favorise le

regroupement en partenariat : d'où la notion de système. L'interdépendance dans le système partenarial constitue le lien entre les partenaires, la situation problématique et le contexte environnemental (Mérini, 1999). De cette interdépendance, va découler une interaction entre les partenaires et acteurs d'un projet commun, et de cette dernière va découler l'action commune.

Le partenariat, comme tout système, est en évolution. Il se transforme en s'adaptant à son contexte. Cette adaptation et ce maintien se réalisent grâce à la bonne volonté des partenaires qui doivent adopter, à cet effet, un code de bonne conduite. Ce système est maintenu et fonctionne aussi grâce à une structuration, c'est-à-dire l'ensemble des règles adoptées par ces acteurs. Ces règles, dans un partenariat regroupant divers partenaires aux valeurs, missions, ressources et stratégies différentes, ne découleraient que d'une entente obtenue grâce à une négociation.

La négociation est un ensemble de démarches, un processus qui regroupe divers acteurs aux stratégies différentes, dans le but de trouver un accord.

La négociation est un espace, où seront confrontées les stratégies des divers acteurs (Bernatchez, 2003). La négociation, dans le cadre d'un partenariat, répond à la logique du « gagnant-gagnant » (Coté et Ziegler, 2002). C'est donc, un jeu à somme positive ; c'est-à-dire où aucun des partenaires n'est perdant. La négociation engage des partenaires en interdépendance car elle permet de trouver ce dont on ne dispose pas. Cela exige donc, que dans cette négociation toutes les parties disposent d'un minimum de ressources à échanger.

La négociation est une concertation qui permet de définir les objectifs communs voire partagés car de cette négociation doit sortir un compromis et un consensus. La négociation permet de structurer les relations entre les différents partenaires, les différentes stratégies à adopter et enfin les places et rôles de chacun de ses partenaires dans la gestion des activités du projet commun.

Cette négociation est un processus perpétuel de gestion des relations dans ce système partenarial. Elle permet donc, à ce système de s'adapter aux variations des caractéristiques des acteurs et de leurs stratégies. Elle permet aussi de

résoudre les divergences et conflits qui peuvent exister dans les relations de partenariat.

En somme, la négociation constitue le processus qui permet de trouver les solutions idéales à une situation problématique et permet aussi de définir les règles des interactions entre les divers partenaires engagés dans un projet de partenariat.

De cette négociation, le partenariat devient concret. En effet, le partenariat est constitué « du minimum commun d'action négociée, visible et donc objectivable, ... un ensemble d'actions et de décisions conjointes... » (Mérini, 1999, p. 23).

Le partenariat comme système peut être défini par ce que Crozier et Friedberg (1977, p.286) appelaient le système d'action concret (SAC) qui est :

« un ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeux relativement stables et qui maintient sa structure, c'est-à-dire la stabilité de ses jeux et les rapports entre ceux-ci, par des mécanismes de régulation qui constituent d'autres jeux ».

Le SAC n'est pas une donnée naturelle découverte par les acteurs. Il s'agit d'un construit concret qui découle de l'interaction des divers acteurs. Ce système est différent donc d'une simple agrégation d'acteurs comme le prône l'individualisme méthodologique ; il s'agit d'un phénomène évolutif et contingent (Crozier et Friedberg, 1977). Le SAC est en évolution permanente. Il subit les changements de ses acteurs et ceux de son environnement ; c'est pourquoi il est dit humain et non physique (Crozier et Friedberg, 1977 ; Roggero, 2000).

Le SAC est une structuration des actions des acteurs par des mécanismes de coordination et de régulation. La coordination passe par les mécanismes des jeux qui sont offerts aux acteurs. Ces jeux représentent l'ensemble des règles formelles et informelles qui permettent de structurer les stratégies et les actions des acteurs. Le SAC régule ces jeux, qui à leur tour coordonnent et régulent les stratégies des acteurs. C'est donc une contrainte qui s'oppose aux stratégies des acteurs mais tout en leur laissant une marge de liberté, car « le jeu concilie la liberté et la contrainte » (Crozier et Friedberg, 1977, p. 133).

Le partenariat comme tout système d'action concret, est constitué d'un ensemble de jeux. Ces jeux constituent en partie les règles de bonne conduite et d'autre part les procédures de gestion et de coopération que se sont fixés les divers acteurs. Ces jeux vont tourner autour des objectifs que se sont fixés les partenaires.

1.2.3. Le pouvoir dans le partenariat

Le partenariat en tant qu'action collective, action sociale, fait appel à des phénomènes de pouvoir (Choukir, 1997). Le pouvoir « implique toujours la possibilité par certains individus ou groupes d'agir sur d'autres individus ou groupes » (Crozier et Friedberg, 1977, p. 65). Cette définition de ces derniers suit en la modifiant celle donnée par Dahl (1968) qui traduit le pouvoir en terme relationnel. Cette approche relationnelle du pouvoir est à dissocier des approches institutionnaliste et substantialiste du pouvoir. Ces dernières approches traduisent le pouvoir respectivement comme résultante d'une position hiérarchique et comme une valeur ou un attribut que l'on peut posséder.

Le pouvoir ne se traduit pas en termes d'attribut, mais en termes relationnel c'est-à-dire dans l'échange. Il ne se manifeste qu'à travers une relation entre deux ou plusieurs acteurs impliqués dans une interaction dans un contexte donné.

Ainsi le partenariat, comme système mettant en relation plusieurs partenaires ayant des buts précis et se confrontant dans une logique de complémentarité, d'échange et donc de négociation, constitue un système de pouvoir.

Le pouvoir est une relation instrumentale basée sur la négociation à partir de buts dont la réalisation implique un engagement des ressources des acteurs. Le pouvoir est aussi une relation non transitive mais surtout une relation réciproque et déséquilibrée (Boudon et Bourricaud, 1982) du fait de la différence des ressources dont disposent les acteurs.

En croisant Mintzberg (1986) et Crozier et Friedberg (1977) le pouvoir tirerait ses sources :

- Du contrôle d'une ressource
- De la compétence et de l'expertise dans un domaine

- De la maîtrise des relations avec l'environnement
- De la maîtrise de la circulation des informations
- De la connaissance des règles de fonctionnement du système
- De la capacité à définir des normes de fonctionnement (pouvoir symbolique)

Ainsi, le pouvoir d'un acteur est lié à la maîtrise de ces différentes sources que Crozier et Friedberg (1977) ont nommées les zones d'incertitudes. La grandeur d'un pouvoir passerait donc par l'ampleur de ces zones d'incertitudes mais pas n'importe lesquelles. Mintzberg (1986) et Crozier et Friedberg (1977) disent que l'essentiel dans un pouvoir est la richesse de ces zones d'incertitudes. Ainsi, le pouvoir d'un acteur dans une relation sera d'autant plus grand qu'il contrôle des zones d'incertitudes riches et pertinentes par rapport au problème à résoudre et « dont l'existence et la conduite conditionnent la capacité d'action des autres » (Crozier et Friedberg, 1977). Ces sources de pouvoir sont donc incontournables ; c'est pourquoi elles vont influencer la capacité d'action de chacun des acteurs dans le partenariat.

Mintzberg (1986), Crozier et Friedberg (1977) placent la compétence et l'expertise dans un domaine au premier plan, des sources de pouvoir. Cela peut se comprendre dans une organisation, mais quand on élargit le champ d'action à un domaine plus vaste tel qu'un partenariat entre plusieurs organisations, cette source critique se déplace vers la maîtrise des ressources. Ces ressources peuvent être d'ordre financier ou matériel.

Dans le contexte d'un partenariat impliquant plusieurs acteurs aux ressources multiples et variées, les moyens financiers deviennent une source critique de pouvoir qui est le plus souvent détenue par les organisations étatiques et les organisations internationales. Dans le contexte des pays en voie de développement, ce sont souvent les Institutions internationales et les agences de coopération bilatérale qui sont les principaux bailleurs de fonds des systèmes de santé (Flores, 2004). Cette manne financière, leur procurerait une certaine position stratégique et un pouvoir dans le cadre de leurs échanges avec d'autres

partenaires. C'est dire donc, que ce sont les structures étatiques et les Organisations non gouvernementales qui sont désavantagées dans cette relation.

Dans toute action collective existent différentes sources de pouvoir qui vont s'agencer à travers des jeux et des stratégies des acteurs pour constituer le système d'action concret. Ce dernier doit, pour maintenir sa structure, réguler ces jeux donc ces pouvoirs. Un partenariat authentique doit effacer ces jeux de pouvoir afin de permettre aux acteurs de coopérer efficacement à leur projet commun (Jimenez, 2002). Cette régulation passera par une distribution des pouvoirs, des responsabilités et de l'autorité. La régulation constitue une contrainte qui est imposée par les règles de jeu du partenariat à tous les acteurs.

1.2.4. Le système partenarial et son environnement

Les relations de partenariat, bien que constituant un SAC, ne se font pas dans le vide (Contandriopoulos et Souteyrand, 1996). Elles sont ancrées dans une société dont les caractéristiques vont influencer leur déroulement. La structuration de cette société, de l'environnement immédiat ou même lointain, constitue ce que Contandriopoulos et Souteyrand (1996) appellent les modalités organisationnelles.

« Celles-ci constituent l'ensemble des procédures (lois, conventions, accords formels et informels) qui définissent la répartition des ressources, de l'autorité et du pouvoir formel des différents groupes d'acteurs. » (Contandriopoulos et Souteyrand, 1996, p.92).

Ce sont autant de contraintes ou d'incitatifs au fonctionnement du partenariat. Ces modalités organisationnelles dans le cadre des systèmes de santé sont des mécanismes de régulation de la position de tous les acteurs ainsi que de leurs relations, voire des partenariats qu'ils forment.

Dans la figure 2, sont schématisés les différents acteurs (allant de 01 jusqu'à N). Ces organisations, acteurs collectifs, sont caractérisées entre autres par leurs cultures organisationnelles et leurs ressources. Chaque acteur va développer sa stratégie à partir de ses représentations sur le partenariat, de ses objectifs, de ses enjeux, des incitatifs et contraintes (reliés à ses ressources et à l'influence de son environnement).

Les acteurs, en construisant leur projet commun, sont obligés de se rencontrer dans des espaces de négociation où les différentes étapes et conditions du partenariat sont évoquées et élaborées. La négociation est donc un espace, où les stratégies individuelles des acteurs sont confrontées afin d'aboutir à une vision et une stratégie communes, qui permettrait de réaliser les objectifs communs.

Les acteurs sont caractérisés par des ressources et des cultures différentes. Cette différence peut être liée aussi à l'influence de l'environnement. Cela peut se traduire par des stratégies très différentes voire opposées par endroits. Au niveau des espaces de négociation, cela peut entraîner l'apparition de conflits.

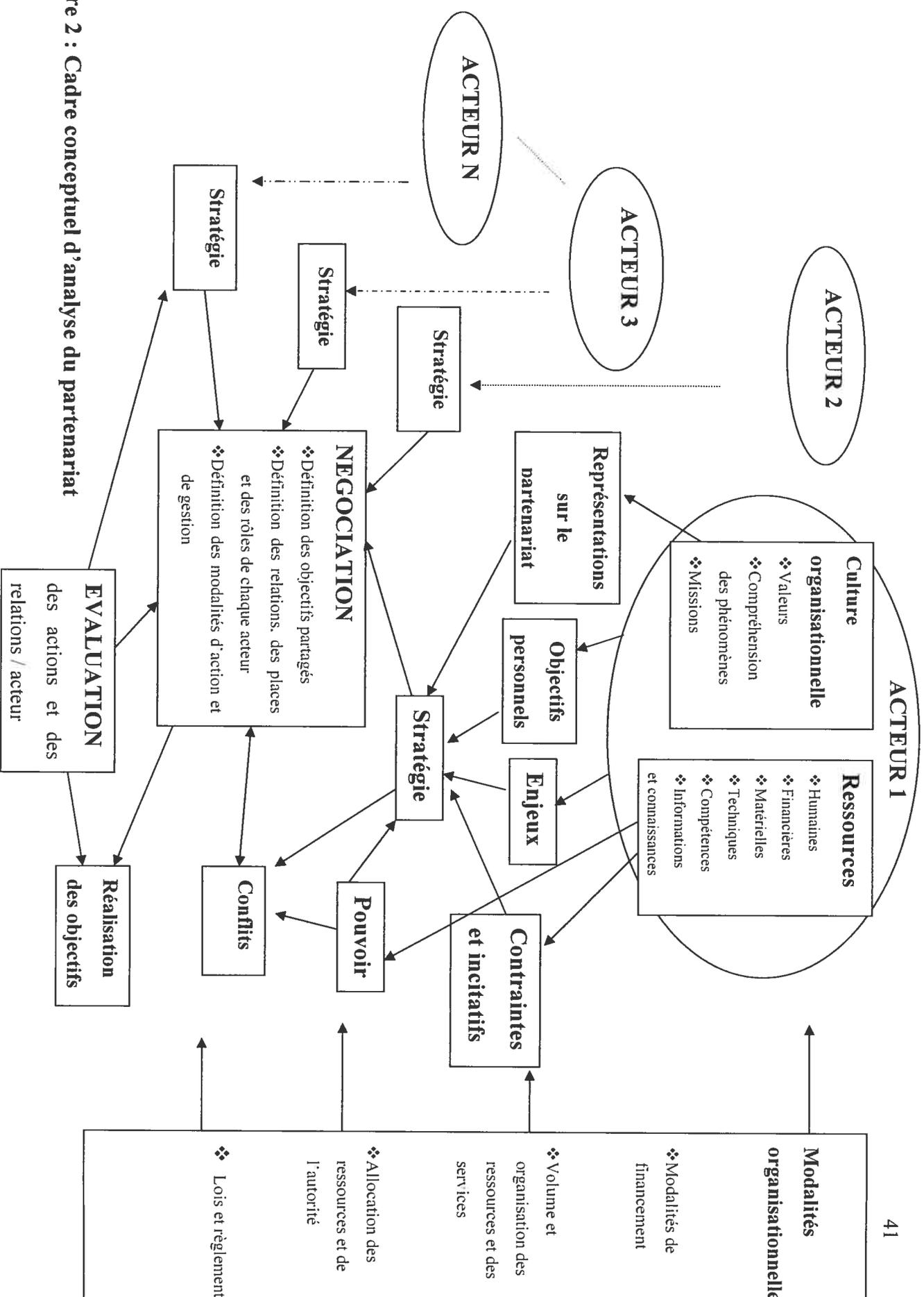


Figure 2 : Cadre conceptuel d'analyse du partenariat

1.3. HYPOTHESES DE RECHERCHE

Notre objectif général est d'explorer et d'analyser la dynamique de partenariat entre différentes organisations impliquées dans l'organisation des activités de planification familiale au Sénégal. Cet objectif, s'appuie sur le constat des faibles taux de pratiques contraceptives et sur le fait que ces relations, engageant des acteurs aux caractéristiques différentes, sont souvent perçues dans le sens de relations de pouvoir.

Ces constats, nous ont amenés à nous poser les questions suivantes : qui sont les acteurs impliqués dans ces relations ? Comment perçoivent-ils le partenariat ? Comment construisent-ils leurs relations ? Quels sont les succès, les problèmes et conflits rencontrés dans ces relations ?

Pour répondre à ces questions, nous avons utilisé la littérature sur le partenariat et sur l'action collective, ce qui nous a permis de modéliser le processus d'action dans le partenariat (figure 2). Cela nous a amenés, dans une logique hypothético-déductive à formuler les hypothèses de recherche suivantes :

- la stratégie adoptée par chaque acteur est en rapport avec ses valeurs, ses ressources, ses enjeux, ses incitatifs et ses contraintes.
- la négociation est un préalable et une condition nécessaire pour la mise en œuvre et la régulation d'un partenariat.
- les différences profondes de valeurs, d'objectifs et de ressources sont des sources de pouvoirs qui à leur tour entraînent des conflits et d'autres problèmes.

CHAPITRE II : METHODOLOGIE

2.1. STRATEGIE ET DEVIS DE RECHERCHE

Le partenariat en santé, phénomène complexe encore peu analysé, nécessite d'être étudié d'abord selon une démarche exploratoire.

Dans notre cas, du fait de nos questions de recherche et plaçant le partenariat sous l'angle d'une action collective, nous avons opté pour une étude analytique. La recherche analytique permet de comprendre et d'expliquer un phénomène à partir d'une théorie, et aussi de faire une évaluation d'une action. Notre but étant de comprendre, d'interpréter et d'évaluer la dynamique partenariale, ce type de recherche nous convient bien. Ce type d'étude est préconisé par Crozier et Friedberg (1977) d'après lesquels toute démarche d'analyse stratégique doit se faire avec une logique hypothético-inductive.

Le partenariat comme produit de l'action collective et sociale est un processus complexe. Dans notre étude nous nous référons à l'étude de cas qui selon Yin (1989, p. 23) est

« une investigation empirique qui étudie un phénomène contemporain au sein de son contexte réel lorsque les frontières entre phénomène et contexte ne sont pas clairement évidentes et pour laquelle de multiples sources de données sont utilisées »

De cette définition, nous pouvons retenir que l'étude de cas est une investigation reposant sur la collecte de données empiriques visant à mener une analyse profonde d'un phénomène complexe (Stake, 1995). L'étude de cas est un moyen de vérifier ou de tester des hypothèses émises à partir d'une théorie, sur le terrain afin de mieux connaître le cas à l'étude.

L'étude de cas permet de décrire un phénomène contemporain et évolutif (Yin, 1989 ; Stake, 1995). Le partenariat, étant un phénomène complexe et peu développé sur le plan théorique, répond à ce critère.

La complexité du cas à étudier nécessite selon Yin (1989) l'utilisation de plusieurs sources de données : c'est pourquoi nous avons logé notre étude dans le courant de la recherche qualitative. Cette dernière est caractérisée par la variété des sources de données, ce qui permet d'opérer une triangulation. La triangulation par la cueillette de données à partir d'entrevues, de documents et de la littérature, permet d'étayer des relations complexes entre plusieurs variables dépendantes et indépendantes (Contandriopoulos et col., 1990 ; Eisenhardt, 1989) et d'analyser des phénomènes organisationnels (Stake, 1995 ; Yin, 1989). L'étude de cas étudie aussi bien le cas que son contexte (Yin, 1989).

L'étude de cas permet, non pas d'apporter une solution à un problème mais dans une perspective heuristique, de produire des données susceptibles d'améliorer notre cadre conceptuel esquissé et d'éclairer notre problématique : nous suivons donc par là une démarche hypothético-inductive.

Yin (1989) a classé les études de cas selon deux critères : le nombre de cas et d'unités d'analyses (voir tableau I).

Nombre de cas Nombre d'unités d'analyse	Cas unique	Cas multiples
Une unité d'analyse	Type 1	Type 3
Plusieurs unités d'analyse	Type 2	Type 4

Tableau I : Les types d'études de cas (Yin, 1989, p. 48)

Nous avons opté comme devis de recherche le type 1 c'est-à-dire l'étude de cas unique avec une seule unité d'analyse. Le cas à l'étude est représenté par l'ensemble des organisations intervenant en collaboration dans l'offre de services de planification familiale au Sénégal. Nous avons choisi cette stratégie de recherche aux dépens des autres types de stratégies, car elle permet d'explorer une situation complexe en la confrontant à la théorie, tandis que les autres (comme l'étude de cas

multiples) vont dans le sens d'une comparaison de résultats et d'une réplique d'une théorie à plusieurs contextes.

Stake (1995) pour sa part, définit trois types d'études de cas :

- L'étude de cas intrinsèque dont le but est de comprendre le cas. Ce dernier est choisi parce qu'il est intéressant et non pas pour sa représentativité d'une théorie.
- L'étude de cas instrumentale dont le but est de comprendre une problématique et de tester une théorie à partir du cas choisi. Le cas est ici d'un intérêt second, il donne l'occasion au chercheur de comprendre une théorie ou un phénomène à travers cette dernière.
- L'étude de cas collective ou générique dont le but est d'étudier plusieurs cas afin de comprendre un phénomène ou de généraliser une théorie.

Notre devis de recherche pourrait donc se ranger dans le lot des études de cas instrumentales car notre objectif est de comprendre et d'analyser en profondeur la dynamique partenariale et donc les interactions entre diverses organisations de santé en usant de l'occasion que nous offre la planification familiale.

2.2. SELECTION DU CAS

Les partenariats dans le domaine de la santé étant nombreux, nous avons choisi celui impliquant diverses organisations partenaires dans le cadre de la planification familiale au Sénégal.

Ce cas été choisi selon les critères de Yin (1989) selon qui, le cas doit être critique, révélateur et unique. Notre cas répond au premier critère de Yin (cas critique). En effet, le cas doit offrir toutes les conditions pour tester une théorie.

Le partenariat en planification familiale est une relation qui regroupe diverses organisations de natures et forces différentes. Sa richesse réside en outre dans son ancienneté. Ainsi, avec ces nombreuses et diverses organisations nous aurons l'occasion d'utiliser la théorie de l'action collective avec l'exemple du partenariat.

Notre cas répond aussi aux deux derniers critères de Yin car le partenariat dans le domaine de la santé est un phénomène peu étudié (sous l'angle des interactions entre les acteurs).

Stake (1995) préconise de déterminer les limites du cas par rapport à son contexte. Notre cas est le partenariat entre les différentes organisations étatiques ou non, travaillant ensemble dans l'élaboration des politiques et dans l'offre de services de planification familiale au Sénégal. Il est nécessaire, pour nous, de déterminer les organisations impliquées dans ce cas de partenariat. Une organisation est une entité formelle ou non d'un groupement de personnes poursuivant des objectifs précis (Kandem, 2000 ; Chaumont, 1971). Ces organisations doivent être établies sur le territoire sénégalais et reconnues par le Gouvernement du Sénégal.

Toute organisation ne coopérant pas avec le Ministère de la santé est exclue de cette étude. Ce choix est guidé par le fait que le Ministère de la santé constitue l'organe central, doté de la légitimité d'organisation des activités de santé (MSAS, 1997b). Les Organisations communautaires de base (qui agissent à un niveau local) et les organisations intervenant dans le cadre général des politiques de population sont aussi exclues de notre cas.

Notre étude s'est focalisée sur les organisations d'envergure nationale (Ministère de la santé, ONG et Organisations internationales) établies dans la région de Dakar (capitale du Sénégal). Le choix de ces organisations se justifie pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il faut rappeler que notre étude se veut exploratoire dans un domaine peu étudié : donc nous ne pouvions pas inclure tous les niveaux d'études (macro, méso, micro...). Ensuite, nous évoquons le fait que nous ne disposions pas de subvention de recherche pour réaliser cette étude. Au départ, nous avons pu trouver l'accord des autorités compétentes, mais pour des raisons de restructuration budgétaire, nous ne bénéficiâmes pas de cette subvention. Cela entraîna la réduction de notre population cible. Enfin, en nous basant sur la littérature relative à l'offre de services de planification familiale dans les pays en voie de développement, nous sommes limités à ces organisations précitées.

Le choix de la région de Dakar n'est pas lié à des critères géographiques. Il est lié au fait que nous voulons étudier le partenariat sous l'angle de la collaboration entre

les décideurs des diverses organisations (dont les sièges sociaux sont basés à Dakar) intervenant dans la planification familiale.

Nous avons choisi la planification familiale comme problématique de santé du fait de son importance dans les pays en voie de développement comme le Sénégal.

La planification familiale est un moyen pour lutter contre les grossesses rapprochées et multiples qui sont un des co-facteurs de l'augmentation de la mortalité maternelle (510 femmes pour 100 000 naissances) (Ministère de la santé, 1998) et de la morbidité et mortalité maternelle et infantile.

Beaucoup d'organisations se sont investies très tôt dans la planification familiale. Cela donne à notre cas une richesse historique. En effet, les collaborations inter-organisationnelles sont nombreuses et fructueuses dans l'offre de planification familiale.

2.3. SOURCES ET COLLECTE DES DONNEES

2.3.1. Sources des données

Dans notre étude, nous avons choisi la méthode qualitative car elle présente à nos yeux la meilleure solution pour comprendre la dynamique partenariale. Le partenariat est tout d'abord une collaboration entre différents partenaires. Les relations entre ces derniers sont complexes car liées à de nombreuses variables qu'une logique hypothético-déductive ne saurait expliquer à elle seule.

A ce titre, la recherche qualitative doit procéder à l'utilisation de sources diverses de données (Yin, 1989 ; Eisenhardt, 1989 ; Van Der Maren, 1996). Cette stratégie de collecte ou triangulation peut concerner des données qualitatives, ou des données qualitatives et quantitatives. La triangulation de données qualitatives (utilisée dans cette étude) peut se baser sur l'observation directe, l'observation participante, les entretiens, la documentation, les archives et la simulation (Yin, 1989). La triangulation est donc une stratégie qui permet de tirer profit de différentes sources de données. Elle confère, de ce fait, une plus grande robustesse et validité à notre étude (Van Der Maren, 1996 ; Hamel, 2000).

Dans notre étude nous avons collecté nos données à partir d'entrevues, de documents et de la littérature. Cette collecte s'est déroulée entre le 29 septembre 2004 et le 12 mars 2005.

2.3.2. Collecte des données

2.3.2.1. Les thèmes de la collecte des données

Lors de la collecte des données nous nous sommes appuyés sur six thèmes d'analyses qui sont présentées dans le tableau suivant :

	Entrevues	Documents	Littérature
Les acteurs en présence	X	X	X
L'origine et les représentations des acteurs sur le partenariat	X		
Le contexte du partenariat	X	X	X
Les orientations stratégiques des acteurs	X	X	
Les relations entre acteurs dans le cadre du partenariat	X	X	
Les résultats du partenariat	X	X	

Tableau II : La collecte des données selon les thèmes de recherche

- ❖ Les acteurs en présence : nous avons voulu à travers ce thème répertorier les différentes organisations intervenant dans la planification et l'offre de services de planification familiale au Sénégal. Ce listing nous a permis de décrire ces différents acteurs tant au point de vue de leurs cultures organisationnelles (valeurs, missions, ...) que de leurs moyens.

- ❖ L'origine du partenariat, les représentations et les attentes de acteurs sur le partenariat : nous avons pensé dès le départ de notre étude qu'une bonne compréhension des motivations ou attentes des partenaires sur leurs relations constituait un préalable pour analyser les stratégies de ces acteurs. C'est à partir de ce thème que les définitions ou sens donnés au partenariat, les objectifs et enjeux de chaque acteur ont été identifiés. Ce thème nous a aussi donné l'occasion de remonter à l'origine du partenariat c'est-à-dire de comprendre ce qui a motivé les acteurs à collaborer dans la planification familiale.
- ❖ Le contexte du partenariat : notre but était de circonscrire le système dans lequel se déroule le partenariat à l'étude. Il s'agissait de décrire les modalités organisationnelles (lois, règlements, ...) qui représentent des incitatifs ou des contraintes à l'action de partenariat ou à l'intervention des acteurs dans la planification familiale. Ce thème représente une condition nécessaire pour comprendre la dynamique partenariale.
- ❖ Les orientations stratégiques des acteurs : ce repérage a permis de comprendre la manière par laquelle chaque acteur a voulu mener les activités communes de partenariat. Cela nous a donc permis de savoir comment chaque acteur concilie ses objectifs, enjeux et ressources. C'était aussi l'occasion d'avoir une idée sur la manière dont les acteurs percevaient les stratégies des autres.
- ❖ Les relations entre acteurs dans le cadre du partenariat : ce thème constitue le cœur de notre étude. Notre principale préoccupation à travers ce thème était de comprendre comment par des mécanismes de négociation, étaient définis les objectifs partagés, les stratégies communes, les places et rôles de chaque acteur, la mise en commun des ressources et les modalités de gestion des activités communes. Ce thème nous a permis en outre d'identifier et de comprendre les problèmes et conflits qui surviennent dans ces relations ainsi que leurs mécanismes de résolution.
- ❖ Les résultats du partenariat : il s'agissait de réaliser une évaluation des activités menées grâce au partenariat. Ce thème a donc exploré les évaluations des

acteurs sur le partenariat en ce qui a trait à leurs interrelations et à leurs résultats communs.

2.3.2.2. Les entrevues

- **Le type d'entrevue**

L'entrevue est une forme d'entretien qui est très utilisée dans les sciences sociales (Loubet del Bayle, 2000; Savoie-Zajc, 1997). L'entrevue permet de recueillir des informations sur le vécu des interviewés, sur leurs expériences et sur le sens qu'ils donnent au phénomène à l'étude.

La valeur de l'utilisation de l'entrevue dans notre étude est d'autant plus prouvée que le partenariat est un phénomène social basé sur les acteurs et leurs vécus.

Nos entrevues sont de type semi-structuré. Cette méthode permet de recueillir des informations sur la base de questions préétablies par le chercheur (Loubet del Bayle, 2000 ; Van der Maren, 1997 ; Beauman et col., 1991; Ouellet, 1994 ; Quivy et Van Campenhoudt, 1995 ; Grawitz, 1990).

Nous avons utilisé des questions ouvertes qui, contrairement aux questions fermées, donnent aux interviewés plus de latitude de s'exprimer sur la question posée. Ces questions ouvertes permettent de ce fait d'enrichir les connaissances recueillies sur le phénomène à l'étude.

Notre guide d'entrevue comprend vingt et deux questions et présente les six rubriques suivantes (annexe 1):

- ❖ Les acteurs du partenariat
- ❖ Les représentations des acteurs sur le partenariat
- ❖ Les objectifs et les enjeux des acteurs
- ❖ Les stratégies des acteurs
- ❖ Les relations entre les acteurs et leur dynamique
- ❖ L'évaluation du partenariat par les acteurs

- **La sélection des interviewés**

L'échantillon utilisé est de type raisonné par choix délibéré dit de «boule de neige». Nous avons procédé à la construction d'un modèle type de l'informateur-clé (Van Der Maren, 1997) ensuite nous y avons ajouté d'autres informateurs-clés en relation avec ces derniers (Van Der Maren, 1997 ; Contandriopoulos et col., 1990).

Nous entendons par modèle d'informateur clé, toute personne ayant une expérience avérée dans la gestion de la planification familiale au Sénégal. Nous entendons, par là, toute personne ayant une connaissance suffisante de l'organisation des activités de planification familiale et des rapports inter-organisationnels au Sénégal. Il ne s'agit pas seulement de choisir le plus haut placé dans une organisation. Il faut chercher, dans ces organisations, les personnes qui ont une plus grande expertise dans les relations de partenariat dans notre domaine d'étude. Ces personnes doivent être celles qui gèrent les volets planification familiale au sein de leurs organisations. Il faut éviter de tomber dans le piège des biais de sélection en prenant la plus haute autorité d'une organisation, alors qu'elle ne maîtrise pas toujours les différents dossiers de son organisation. En effet, dans certaines organisations choisies, différents volets de la santé de la reproduction voire de la santé sont gérés par des chargés de programmes qui maîtrisent mieux leurs domaines d'intervention. Ces personnes gèrent, très souvent, tout le volet des relations inter organisationnelles tout en rendant compte à la hiérarchie.

A partir du noyau constitué des techniciens de la Division de la santé de la reproduction (organe du Ministère de la santé chargée de la planification familiale), nous avons élargi notre échantillonnage à d'autres contacts qui nous ont été révélés par ces techniciens comme étant les responsables des organisations avec lesquelles ils collaborent dans l'offre de services de planification familiale. Cela a permis d'augmenter la validité de notre recherche. En effet, ces trois personnes de la Division de la santé de la reproduction nous ont toutes désigné les mêmes organisations ainsi que les mêmes personnes qui pourraient constituer les informateurs-clés dans ces organisations. Au fil des entrevues, cela se confirma par la désignation de ces mêmes informateurs-clés par leurs autres partenaires interviewés.

L'échantillon «boule de neige» nous a aussi amenés à interviewer des personnes s'impliquant dans la consolidation de partenariats entre les différents partenaires de santé. Il s'agit des entrevues 08, 10 et 12.

Le choix de l'informateur-clé est d'autant plus crucial qu'il détermine la validité interne de l'étude. Ainsi, nous avons usé, outre des recommandations des techniciens de la Division de la santé de la reproduction, de nos connaissances et des conseils de quelques experts dans l'organisation des services de santé au Sénégal.

Cette technique est adaptée à l'étude des systèmes de relations (Contandriopoulos et col., 1990). Avec cette technique la taille dépend du type d'étude, de la saturation en information et des circonstances de la collecte (moyens financiers et difficultés rencontrées sur le terrain). Ainsi au vu de ces critères, nous avons réalisé douze entrevues avec divers intervenants (tableau III).

ENTREVUES	FORMATION	ORGANISATION	FONCTION
01	Non déterminée	ASBEF	Chargée de programmes de SR
02	Sociologue	Division santé de la reproduction (MSHP)	Responsable du volet IEC et SR
03	Non déterminée	Division santé de la reproduction (MSHP)	Collaboration avec les OCB
04	Médecin	Management science for health	Coordonnateur de programme
05	Médecin	FNUAP	Chargée de programmes de SR
06	Médecin	OMS	Chargée de programmes de SR
07	Médecin	Division santé de la reproduction (MSHP)	Chef de Division
08	Médecin	Division du partenariat (MSHP)	Chef de Division
09	Médecin	ACDEV	Président
10	Médecin	CAS/PNDS (MSHP)	Chargé de programme PNDS
11	Médecin	USAID	Chargée de programme de SR
12	Médecin	Direction de la santé (MSHP)	Ancien directeur de la santé

Tableau III : Caractéristiques des interviewés

- **Démarche d'enquête**

Après avoir construit notre guide d'entrevue, à partir de notre base théorique, nous l'avons soumis à un pré-test auprès de quelques contacts (au nombre de trois). Cela nous a permis dans un premier temps d'identifier d'autres contacts et dans un deuxième temps d'ajuster notre guide d'entrevue. A cet effet, la reformulation simple de certaines questions a été faite.

Concomitamment à cette phase nous avons consulté la littérature pour nous familiariser au domaine à l'étude, aux terminologies et aux aspects de l'organisation des services de santé. Cette étape est d'autant plus importante, qu'au vu de notre faible expérience de terrain, il fallait montrer aux interviewés que nous maîtrisions notre domaine d'étude et ainsi faciliter nos échanges avec ces derniers.

Les premiers contacts avec les répondants se sont bien déroulés. Au cours de ces contacts, nous nous sommes présentés. Nous avons parlé de notre étude : ses buts, ses retombées et ses limites. Nous avons profité de ces moments pour expliquer aux différents interlocuteurs leurs places dans notre étude : c'est-à-dire les raisons qui nous poussés à les choisir. Cette méthode permet de mettre plus en confiance ces derniers. Nous leur avons présenté les thèmes de notre guide d'entrevue. Dans certains cas, tels les contacts téléphoniques, nous avons adjoint un document portant le titre de notre étude, ses objectifs, ses attentes, ses retombées, ses limites, les thèmes du guide d'entrevue et les considérations d'ordre éthique par courrier électronique. Dans certains cas, nous avons formulé des demandes d'autorisation d'entrevues.

Lors de ces premiers contacts, nous avons expliqué aux informateurs les procédures des entrevues qui devaient être enregistrées sur des bandes magnétiques. La quasi-totalité des informateurs avait accepté ce principe. Les autres répondants voulaient que cela se fasse sous forme de questionnaire avec des questions fermées ou que le guide d'entrevue leur soit envoyé afin d'y répondre directement par écrit. Après leur avoir expliqué les raisons qui ont poussé le choix de cette méthode de collecte, tous ont accepté ce principe. Dans l'ensemble tous nos premiers contacts se sont bien déroulés. De là des rendez-vous ont été pris.

- **Déroulement des entrevues**

Nous nous sommes préparés aux entrevues en consultant la littérature sur les techniques d'entrevues. Nous avons fait des essais avec notre matériel d'enregistrement (un dictaphone avec deux micros) pour vérifier la qualité de ce dernier.

Le jour des rendez-vous (qui ont eu lieu chez les répondants), nous arrivions quelques minutes avant l'heure exacte des rendez-vous et essayions autant que possible de soigner notre apparence par rapport aux contextes des informateurs (Savoie-Zajc, 1977).

Au début de chaque entrevue, nous rappelions les principes de notre étude (buts, attentes, ...). Les questions d'ordre éthique étaient soulevées au même moment. De ce fait nous garantissions la confidentialité des propos, qui devaient être recueillis auprès des informateurs, en leur assurant que leurs propos allaient être rapidement codés. Nos questions se basaient sur le guide d'entrevue. Nous avons procédé de manière holistique (du général au spécifique), en commençant par les questions relatives au répondant pour le mettre en confiance et en terminant par les questions les plus pointues relatives au fonctionnement du partenariat. Les questions posées dépendaient de la fonction des répondants. Ainsi, certaines questions n'ont pas été posées aux répondants n'entrant pas directement dans le cadre de la planification familiale mais qui interviennent dans le cadre du partenariat entre les différents acteurs de la santé de manière plus vaste (entrevues 08 et 10).

L'ordre des questions n'était pas fixe. Usant de la technique d'entrevue semi-structurée, nous avons posé nos questions selon les réponses des répondants. Il faut rappeler que d'autres questions ont été ajoutées au cours des entrevues pour apporter des éclaircissements sur certains points avancés par les répondants.

Au cours des entrevues, nous avons pris des notes concernant les propos des répondants. Cette prise de notes, nous a permis de constituer un premier résumé de l'entrevue. Elle nous a beaucoup aidés aussi dans la transcription d'une entrevue qui s'était déroulée dans des conditions où il y avait beaucoup de bruit environnant. A la fin de chaque entrevue, nous rappelions à nos répondants les différents thèmes abordés.

Les entretiens ont duré entre quarante cinq minutes et quatre vingt minutes. Cet écart peut s'expliquer par deux raisons :

- Certains répondants n'ont pas eu droit à toutes les questions du guide d'entretien (entretiens 08 et 10) car ne sont pas impliqués dans l'offre de services de planification familiale.
- Certaines questions sensibles ont fait l'objet de réponses courtes et oisives : ce sont les questions relatives aux problèmes qui surviennent dans le partenariat et leurs origines.

Nous avons utilisé un journal de bord où étaient consignés nos constats sur les répondants, sur le déroulement de l'entretien, les premières esquisses d'interprétation et les remarques à faire pour améliorer notre guide d'entretien et notre cadre conceptuel.

2.3.2.3. Consultation des documents

Nous avons utilisé des documents écrits officiels, publiés ou non. Ces documents ont concerné les rapports d'évaluation, les mémoires, les publications officielles et les rapports annuels des organisations œuvrant dans la planification familiale au Sénégal. Ce sont des documents ayant trait aux caractéristiques des organisations impliquées dans cette étude, à l'organisation et à la gestion des activités de planification familiale, aux conventions de partenariat et aux protocoles d'accord.

La collecte des documents s'est faite le plus souvent lors des entretiens, où nous avons demandé à nos répondants de nous fournir les documents relatifs aux thèmes abordés dans les entretiens. Cette collecte s'est faite aussi en consultant les bibliothèques disponibles sur place afin de recueillir les types de documents décrits plus haut.

2.3.2.4. Consultation de la littérature

La littérature consultée a trait aux aspects de l'organisation des services et programmes de planification familiale et aussi aux caractéristiques des acteurs impliqués dans ces activités.

Elle fait appel aussi aux aspects qui permettent de situer le partenariat dans son contexte de manière globale c'est-à-dire la littérature sur les systèmes et politiques de santé des pays en voie de développement et particulièrement au Sénégal.

2.3.2.5. Difficultés rencontrées lors de la collecte des données

- La principale difficulté de notre cueillette était due au manque de disponibilité des répondants. En effet, nos entrevues ont coïncidé avec la période de septembre à décembre qui est, en général, une période de congé au Sénégal. Dans certains cas nous n'avons pas pu déterminer rapidement la personne clé car à chaque fois, on nous renvoyait d'une personne à autre personne (sous prétexte que le responsable n'était pas disponible).
- Une autre difficulté était liée à la réticence de certaines personnes contacts, qui au vu de leur position dans leurs organisations, n'ont pas voulu du premier coup accepter de répondre à nos questions. Fort heureusement ces personnes ont fini par accepter notre invitation.
- La dernière difficulté a concerné la documentation. Dans certaines organisations nous avons obtenu difficilement des informations documentaires. Nous étions invités à consulter les archives de leur centre documentaire, qui concernaient plus la littérature sur les aspects cliniques de la planification familiale que ceux sur les aspects organisationnels. Dans certains cas, les documents dont nous avons besoin étaient à la disposition des répondants, mais ils ne savaient plus où ils les avaient rangés.

2.4. ANALYSE ET TRAITEMENT DE DONNEES

2.4.1. Les entrevues

La première étape a consisté à transcrire le verbatim des entrevues en vue de créer une base de données exploitable. La transcription s'est faite donc, mot à mot afin de respecter les propos des interviewés et sans tri préalable du matériel enregistré (Savoie-Zajc, 1997). La transcription de chaque entrevue s'est faite dans les jours suivant son enregistrement et les bandes magnétiques ont été soigneusement

gardées. Il faut rappeler que les noms des interviewés ont été codés, et le singulier était utilisé lors de la présentation des résultats.

Après la transcription, nous avons procédé à la création des codes. Nous avons relu notre code conceptuel et à partir des thèmes cités précédemment nous avons dressé une liste de codes provisoires. Le codage utilisé est de type mixte : c'est-à-dire fermé au départ (avec une liste de codes préétablis) puis ouvert (rajout d'autres codes après lecture des entrevues). Ce type de codage est plus pratique (Van Der Maren, 1996). Le logiciel « Atlas-ti » a été utilisé pour coder nos entrevues. Nous avons choisi comme unité d'analyse, les propositions qui ont du sens.

Après le codage de trois entrevues nous avons fait appel à un autre codeur à qui nous avons donné les questions de recherche, le cadre conceptuel, les entrevues codées, la liste de codes et les unités d'analyses choisies. Après confrontation de résultats (avec une similitude de plus de 80%), nous avons continué la codification des autres entrevues à partir de la liste définitive de codes (annexe 2).

Nous avons opté pour un traitement qualificatif de nos données d'analyse. Nous avons procédé à la catégorisation des codes qui sont classées en thèmes. Cette catégorisation a permis d'établir une hiérarchisation qui elle même a permis la connexion en réseaux des codes et catégories. Ces réseaux nous ont permis d'établir des liens entre les codes, entre les catégories, et entre les codes et les catégories.

A cette étape la conceptualisation et la modélisation des relations ont été intéressantes. Elles ont permis de coller des hypothèses de sens sur ces différentes relations. Ces dernières ont entraîné la naissance des premières hypothèses qui ont été consignées sous forme de mémos. Dans l'interprétation des résultats, nous avons utilisé une méthode d'analyse transversale en nous appuyant sur les différents thèmes énumérés plus haut.

2.4.2. Les documents et la littérature

Dans chaque document nous avons identifié l'auteur, les destinataires du document, le message véhiculé et sa qualité, la méthode et les buts de l'auteur, le contexte du document. L'analyse des documents a été faite en complément des entrevues afin de consolider les résultats des entrevues. Ainsi, nos objectifs dans cette analyse étaient

de recueillir des informations sur les organisations (caractéristiques, stratégies, ...), sur les actions de partenariat ainsi que l'évaluation de ces dernières.

2.5. CRITERES DE RIGUEUR

2.5.1. La validité interne

La validité interne d'une recherche synthétique de cas dépend de la richesse du cadre théorique (Contandriopoulos et col., 1990). C'est ce qui fait la richesse et l'utilité des recherches qualitatives dans les phénomènes complexes (Stake, 1995).

La validité interne d'une recherche réside dans sa capacité à comparer les concepts théoriques à la réalité empirique (Van Der Maren, 1996 ; Contandriopoulos et col., 1990). L'interprétation des résultats s'appuyant sur les théories développées au préalable, la validité interne est reliée à la mise en rapport entre les interprétations des résultats et les données empiriques (Lapierre, 1997).

Notre cadre conceptuel, prenant en compte plusieurs variables relatives aux acteurs et à leur contexte, consolide la validité interne de notre étude. Pour augmenter cette validité, nous avons, comme le suggère Lapierre (1997), procédé aux démarches suivantes :

- Utilisation de plusieurs méthodes de collecte de données qui ont été comparées afin d'en tirer une compréhension du phénomène à l'étude.
- Choix des informateurs-clés par la méthode d'échantillonnage par boule de neige et par les conseils d'autres experts du domaine de l'organisation des services de santé au Sénégal.
- Non implication dans la collecte des données : au cours des entrevues, nous avons autant que possible essayé de rester neutres par rapport aux propos des répondants ; c'est-à-dire de ne pas développer des jugements sur les propos avancés par ces répondants.
- Analyse des données en les confrontant aux théories sur le partenariat.
- Consultation de certains répondants sur les résultats de l'analyse des données, ce qui a permis de réajuster certaines interprétations ou analyses afin de mieux comprendre notre cas.
- Validation de notre codage grâce au double codage.

2.5.2. La validité externe

La validité externe d'une recherche est relative à sa capacité à généraliser, à transférer ses résultats à d'autres populations ou cas, d'autres lieux ou à d'autres périodes (Van Der Maren, 1996 ; Contandriopoulos et col., 1990 ; Lapierre, 1997).

Une des principales critiques des détracteurs de l'étude de cas a trait à sa validité externe. En effet, ces derniers reprochent à l'étude de cas, son manque de représentativité (selon la taille de l'échantillon). Nous répondons à ces détracteurs de l'étude de cas, à l'instar de Yin (1984) et de Contandriopoulos et col. (1990), que la représentativité de l'étude de cas se situe dans la richesse et la similitude du cas par rapport à la population générale.

Notre étude prenant en compte plusieurs organisations intervenant en même temps dans d'autres programmes de santé, est généralisable à d'autres cas. Cependant, nous reconnaissons à notre étude une certaine faiblesse qui consiste au manque de robustesse dû au choix de notre devis de recherche (analyse de cas unique avec un seul niveau d'analyse) qui ne nous permet pas de vérifier nos résultats dans d'autres niveaux différents (intermédiaire et périphérique de la pyramide de santé du Sénégal).

2.5.3. La fiabilité

Elle traduit la capacité de reproduction des résultats d'une recherche par d'autres chercheurs dans d'autres contextes semblables. Elle traduit aussi la stabilité, la cohérence et vraisemblance des résultats de cette recherche (Lapierre, 1997).

Dans l'optique de renforcer la fiabilité de nos résultats, nous nous sommes impliqués aussi longtemps que possible sur le terrain, nous avons procédé à la triangulation des sources, nous avons tenu un journal de bord dans lequel ont été consignés les différentes étapes de notre démarche, nous avons requis l'avis de certains répondants sur nos résultats afin d'attester que les résultats ne sont pas seulement le fruit de notre compréhension de l'étude.

CHAPITRE III : LES RESULTATS

3.1. LE SECTEUR DE LA SANTE AU SENEGAL

3.1.1. Présentation générale du pays

3.1.1.1. Géographie

Le Sénégal est situé en Afrique de l'Ouest. Il s'étend sur une superficie de 196 722 km². Il est limité au Nord par la Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la Guinée et à l'Ouest par l'océan atlantique. Il partage aussi des frontières avec la Gambie qui est une enclave de terre dans le pays.

Le relief est généralement plat. Le climat est de type tropical avec deux saisons : une sèche et une humide.

Le pays est découpé, sur le plan administratif, en onze régions, trente quatre départements, soixante sept communes, cent trois arrondissements et trois cent vingt six communautés rurales. La capitale est Dakar.

3.1.1.2. Population

La population sénégalaise est estimée à 10 127 809 d'habitants en 2003 (Gouvernement du Sénégal, 2005). Elle est caractérisée par une forte croissance. Le taux d'accroissement moyen annuel était de 2,5% entre 1988 et 2003. L'indice synthétique de fécondité était de 5,7 enfants/femme. La population est majoritairement jeune avec plus de 57% de jeunes âgés de moins de 20 ans. Les femmes représentent 52% de la population.

La population est majoritairement musulmane à 94% et est composée de 20 ethnies dont les majoritaires sont les Wolofs (43%), les Poulars (24%), les Sérers (15%).

La densité de la population est de 51habitants au km². Cependant, la population est inégalement répartie sur le territoire. En effet, Dakar concentre les 22% de la population totale alors qu'elle ne représente que les 0,3% de la superficie totale du pays. Cette inégalité de répartition traduit la forte urbanisation qui est de 41% (OMS, 2002).

3.1.1.3. L'économie

Le Sénégal est classé parmi les pays pauvres les moins avancés (PPMA). Le produit national brut par habitant est d'environ 650 dollars US qui est inférieur de 39% au niveau seuil d'inclusion de 900 dollars US pour sortir de cette zone de PPMA (Ministère des Finances, 2005). Le taux de croissance du produit intérieur brut était de 06 % en 2004 selon cette même source.

A l'instar de beaucoup de pays de la sous-région, le Sénégal est sujet à des difficultés économiques. Cela lui a valu d'adopter des politiques d'ajustement structurel qui n'ont pas produit les résultats escomptés. Des secteurs comme la santé et l'éducation en ont souffert.

Après la dévaluation du Franc CFA, l'économie a commencé à se redresser avec un taux d'accroissement de 5,6% jusqu'en 2000 (OMS, 2002). Cette relance de l'économie nationale, n'a pas encore d'effets visibles sur le train de vie des populations. En effet, le taux de chômage est maintenu élevé, les conditions de vie des populations sont encore précaires. Selon l'enquête sénégalaise auprès des ménages (ESAM), la population pauvre est estimée à 48,5% (Ministère de l'économie et des finances, 2004). Cette situation est une priorité du Gouvernement qui s'est engagé dans des politiques de lutte contre la pauvreté.

Depuis l'an 2000, avec l'avènement de l'alternance politique, le pays jouit d'une plus grande notoriété internationale ce qui lui a valu un effacement d'une partie de sa dette par le Groupe des huit pays les plus industrialisés.

3.1.2. Le système de santé au Sénégal

3.1.2.1. Le profil sanitaire

La situation sanitaire est plus que précaire. Le système santé a été classé à la 151^{ème} place sur un total de 191 pays par le rapport 2000 sur les systèmes de santé de l'OMS (OMS, 2000).

L'amélioration de la qualité des soins a été certainement un des facteurs déterminants de la bonne évolution de l'espérance de vie à la naissance (OMS, 2002). Elle est passée de 47 ans en 1988 à 54 ans en 2003 pour les hommes et de 49

ans en 1988 à 57 ans en 2003 pour les femmes (Ministère de la Santé, 2004). Cependant, malgré cette bonne évolution, la mortalité infantile est toujours préoccupante 137/1 000 en 2003 pour les enfants de moins de cinq ans (OMS, 2005). Cela est lié aux infections respiratoires, au paludisme et à la malnutrition. La mortalité maternelle est très élevée. Elle est estimée à 510 décès pour 100 000 naissances vivantes (Wilson, 1998). Elle atteint des chiffres records en zone rurale : 950/100 000 dans les régions comme Kolda et Tambacounda (OMS, 2002). Les causes les plus retrouvées sont les hémorragies, les infections et les états hypertensifs. Ces pathologies sont certainement en rapport avec le manque de qualité et la faiblesse des soins et suivi pré et post-nataux. D'après l'OMS, 14% des femmes n'ont aucun suivi maternel et 51% des femmes accouchent à domicile.

Dans ce lot d'indicateurs de santé, il faut rajouter d'autres maladies qui constituent un lourd fardeau pour le système de santé du pays. Le paludisme qui sévit à l'état endémo-épidémique entraîne une morbidité et une mortalité estimées respectivement à 600 000 cas/ an et 5 000 décès/ an. Il représente 35% des motifs de consultation chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans (MSHP, 2005).

Le VIH SIDA, bien que constituant une crainte des populations et des autorités est moins élevé au Sénégal que dans les pays limitrophes. Le taux de prévalence est estimé à 0,7 % (Diaw, 2005). D'autres maladies sont à signaler telles que la tuberculose, la bilharziose et le choléra qui s'est révélé à l'état épidémique ces derniers mois.

3.1.2.2. La politique de santé

Le Gouvernement conscient de la précarité du système de soins, de la mauvaise qualité des indicateurs de santé et de l'importance de la santé dans l'économie nationale, s'est engagé dans une série de réformes.

Ces réformes ont été initiées par la déclaration de Politique de santé et d'action sociale (Ministère des Finances, 1989). Cette déclaration avait posé les jalons de la future Politique nationale de développement sanitaire (PNDS). Ce plan préconisait l'approche sectorielle. Il a débuté par l'élaboration au niveau des districts de PDDS

et des régions de PRDS. C'était avec les conclusions de ces plans qu'a été mis en place le PNDS qui s'étend de 1998 à 2007. Il a impliqué la participation de tous les acteurs de la santé : le Gouvernement, les bailleurs de fonds et les acteurs de la Société civile (ONG et OCB). Il est en effet, l'aboutissement d'une longue concertation entre ces acteurs, entamée depuis 1995.

Le PNDS s'est fixé quatre objectifs majeurs (MSAS, 1997a) :

- La réduction de la mortalité infanto-juvénile
- La réduction de la mortalité maternelle
- La baisse de l'indice synthétique de fécondité
- L'accès accru aux services de base pour les populations

Le PNDS s'est appuyé sur le PDIS (1998-2002) pour asseoir ses stratégies en vue de réaliser ses objectifs. Le PDIS a permis de mettre en œuvre des réformes institutionnelles et législatives de santé. Nous pouvons citer la réforme hospitalière, la réforme du médicament et des pharmacies. Ces réformes ont permis de restructurer le Ministère de la santé avec la création de nouvelles directions de la prévention, des ressources humaines, des établissements publics de santé. Grâce au PDIS, le Gouvernement a amélioré ses capacités en ressources humaines, les infrastructures sanitaires et ses sources de financement. Les activités du PDIS étaient menées sur la base de plans opérationnels élaborés par tous les acteurs de la base au niveau central. La gestion du PDIS était assurée par la CAS/PNDS. Le PDIS a accordé une grande priorité à la santé de la reproduction, aux maladies sexuellement transmissibles et aux maladies endémiques.

3.1.2.3. L'organisation du système de santé

L'offre de soins de santé est mixte au Sénégal. Elle repose sur deux systèmes : un public et un autre privé. Elle a été classée 59^{ème} mondial par l'OMS sur le plan de la performance (OMS, 2000).

Le système soutenu par le Gouvernement et les collectivités locales assure la quasi-totalité des soins. Il se présente sous la forme d'une pyramide sanitaire à trois niveaux (MSHP, 2005) :

- Le niveau central constitué du Ministère de la santé et des ses directions nationales. Il faut rattacher à ce niveau les hôpitaux nationaux qui sont au nombre de 07 dont 03 hôpitaux universitaires. Ces structures connaissent un tournant dans leur évolution avec la réforme hospitalière qui a instauré le concept d'établissements publics de santé dotés d'une certaine autonomie de gestion financière et administrative. Ces structures se dotent de plus en plus de plateaux techniques de qualité et offrent des soins de meilleure qualité. Le niveau central, à travers le Ministère de la santé et ses directions, définit les politiques et directives de santé.
- Le niveau intermédiaire est composé des Régions médicales et des hôpitaux régionaux (10) et hôpitaux départementaux (2). Il est chargé de faire appliquer les directives du niveau central. Les hôpitaux de ce niveau constituent donc un relais entre les districts de santé et les hôpitaux nationaux.
- Le niveau périphérique ou opérationnel comprend 50 districts de santé avec 54 centres de santé, 768 postes de santé, 551 maternités rurales et 1384 cases de santé. Ce niveau jouit de la mise en place de la Politique de décentralisation. Même s'il ne cadre pas toujours avec le découpage administratif, le District de santé, implique la participation des acteurs locaux et des populations. Il est sous la gestion des comités de santé. Le District de santé offre des services et soins de santé primaires aux populations les plus défavorisées situées en général dans le monde rural. Cependant, malgré les multiples efforts du Gouvernement, ces structures ne répondent pas aux normes de l'OMS :
 - 1 poste de santé pour 11 500 habitants (Norme OMS : 1 pour 10 000 habitants)
 - 1 centre de santé pour 175 000 habitants (Norme OMS : 1 pour 50 000 habitants)
 - 1 hôpital pour 545 800 habitants (Norme OMS : 1 pour 50 000 habitants).

Le secteur privé est quasi concentré au niveau de Dakar. Il y a un hôpital, 24 cliniques et 414 cabinets médicaux privés (OMS, 2002). Bien que contribuant à l'offre de services santé, le secteur privé reste généralement inaccessible à la population. Il faut rajouter à ce secteur la médecine traditionnelle qui occupe, de plus en plus, une place importante dans l'offre de soins. Elle s'est structurée au fil des années avec l'appui du Gouvernement et de l'OMS.

Les ressources humaines constituent un des maillons faibles du système de santé sénégalais. Malgré les récentes phases de recrutement, le personnel médical ne répond pas aux critères de l'OMS (MHSP, 2004):

- 1 médecin pour 17 000 habitants (Norme OMS : 1 pour 5000 à 10 000 habitants)
- 1 infirmier pour 8 700 habitants (Norme OMS : 1 pour 300 habitants)
- 1 sage femme pour 4 600 Femmes en âge de reproduction (FAR) (Norme OMS : 1 pour 300 Femmes en âge de reproduction)

Ce déficit est lié aux difficultés économiques du pays, au manque de politique efficace de recrutement, de formation adaptée aux besoins du pays, d'incitation du personnel (qui est regroupé le plus souvent dans les capitales régionales et surtout dans la ville de Dakar).

3.1.2.4. Le financement de la santé

Il est assuré grâce à quatre sources : l'Etat qui constitue la principale source (OMS, 2002), les collectivités locales, les populations et les bailleurs de fonds (tableau IV).

	1998	%	1999	%	2000	%
Etat	22,2	42,7	28,3	42,5	30,9	40,3
Collectivités	1,8	3,4	1,6	2,4	1,6	2,1
Comités de santé	5,8	11,2	6,2	9,3	7,8	10,2
Assurance et mutuelles	13,2	25,3	13,2	19,3	13,2	17,1
Aide extérieure	9,0	17,4	17,4	26,1	23,2	30,3
Total	51,907	100,0	66,696	100,0	76,745	100,0

Tableau IV : Financement de la santé par sources (en milliards de F.CFA) entre 1998 et 2000 : source OMS (2002).

Il faut noter que la participation de l'Etat n'a pas beaucoup évolué. Elle est en deçà des normes de l'OMS. L'Etat consacre moins de 10% du budget national à la santé (OMS, 1997 et Ministère des Finances, 1997). L'aide internationale a presque triplé en passant de 9 milliards de F CFA en 1998 à 23,2 milliards en 2000. La participation des collectivités locales n'a presque pas changé et reste faible. Les autres secteurs aussi n'ont pas connu une évolution notable.

Le Sénégal, à l'instar des pays en voie de développement, connaît des problèmes de financement de son système de santé. Les sommes allouées à la santé sont faibles. Elles s'élevaient à quelques 100 millions de dollars US/an en 1999 et ne représentaient 0,71% du PIB (OMS, 2002).

3.1.3. La planification familiale

3.1.3.1. Les politiques de population

❖ Les thèses populationnelles et les conférences internationales sur la population

La démographie a toujours occupé une place importante dans l'évolution de l'humanité (Thiam, 1990). Même si le terme n'est apparu que vers le 19^{ème} siècle, les questions de population ont toujours préoccupé les générations anciennes. La démographie qui est l'étude des populations humaines sous l'aspect du nombre, bénéficie de l'apport de plusieurs disciplines scientifiques. L'influence de l'accroissement des populations sur l'économie et l'environnement mondiaux a toujours suscité l'intérêt des démographes, des économistes et des décideurs.

De nombreux travaux et thèses ont été effectués sur ce domaine. Nous parlerons d'abord de la thèse de Malthus (1798) qui publia «un essai sur le principe de la population». Malthus se posait la question de savoir si une augmentation de la population était bénéfique pour la société? Selon lui, «la tendance qui se manifeste dans les êtres vivants est d'accroître leurs espèces plus que ne le comporte la quantité de nourriture qui est à leur portée». Pour lui population et économie évoluent à des vitesses différentes. La population croît selon une progression géométrique ($\rightarrow 1 \rightarrow 2 \rightarrow 4 \rightarrow 8 \rightarrow 16 \rightarrow 32 \dots$) alors que l'économie elle, croît selon une progression arithmétique ($1 \rightarrow 2 \rightarrow 3 \rightarrow 4 \rightarrow 5 \rightarrow 6 \rightarrow \dots$)

Pour Malthus, si rien n'est fait, s'il n'y a pas d'obstacles à la croissance démographique, l'économie ne pourra pas répondre aux besoins de la population.

Etant Pasteur, Malthus préconisait pour la limitation des naissances, à ceux qui n'avaient pas les moyens de s'occuper de leurs familles, de retarder leurs mariages et d'observer une abstinence sexuelle. Il était contre le vice, l'avortement et les pratiques contraceptives.

Le malthusianisme visait les populations pauvres. Il se basait sur le fait que le développement de l'économie entraînait un développement de la population dans le sens d'une augmentation du nombre de naissances et que l'inverse n'était pas possible. Cette thèse fut démentie dans les pays développés. En effet, avec la croissance économique du 19^{ème} siècle en Europe, il s'en suivit une diminution des naissances (Thiam, 1990).

Marx et les courants socialistes s'étaient opposés farouchement à la thèse de Malthus. Marx réfute l'idée selon laquelle la souffrance de la classe ouvrière était liée à l'accroissement de la population. Selon lui, la misère de cette frange de la population était liée au capitalisme. La condition sociale est le fruit des rapports sociaux entre une classe ouvrière démunie et une classe capitaliste qui ne peut plus répondre aux besoins de la classe ouvrière. Le salut viendrait selon Marx d'une révolution des systèmes et non pas de l'interdiction aux pauvres de se marier.

Cette thèse marxiste, même si elle a été soutenue par les pays communistes, sera progressivement délaissée au profit du nèo-malthusianisme.

Les tenants de ce nouveau courant s'opposèrent aux thèses marxistes et relativisèrent la thèse malthusienne. Pour eux, l'individu est libre de choisir la taille de sa famille en fonction de ses moyens. Pour limiter l'expansion démographique ils ne s'accordèrent pas avec Malthus sur les moyens proposés. Pour eux, l'individu est libre d'avoir une activité sexuelle et de choisir les moyens contraceptifs de son choix.

Le seul point commun entre ces deux courants malthusien et néo-malthusien repose sur la nécessité de limiter l'accroissement de la population. Les néo-malthusianistes rejettent l'idée de la contrainte morale de Malthus. Ce mouvement s'appuya sur tout un courant féministe militant pour un droit de la femme à la contraception. A ce titre, nous pouvons citer les œuvres de Margaret Sanger (1916) qui créa la première clinique de planification familiale dans le monde (Gueye, 1994).

Après la deuxième guerre mondiale, avec le "baby boom", de nombreux mouvements de réduction des naissances virent le jour. (Gauthier, 2002). A travers les années se déroulèrent des conférences internationales sur la population, le développement et l'environnement. La conférence de Belgrade (1965) présenta la planification familiale comme une créneau d'aide au développement à l'endroit des nouveaux pays du tiers-monde. Avec la conférence de Bucarest (1974), les participants reconnurent que le développement des pays en voie de développement ne devait pas seulement passer par des politiques anti-natalistes (Locoh, 1992 ; Bouzidi, 1992). Il fallait adjoindre des politiques éducatives et sanitaires (Gueye, 1994).

Après cela il y eu d'autres rencontres et conférences :

- Kilimandjaro (1974) développement de stratégies africaines de planification familiale
- Arusha (1984) préparation de la stratégie africaine pour la conférence de Mexico

Après ces deux rencontres, la planification familiale était perçue des africains comme une source de bien être pour les populations et était intégrée dans les politiques de santé.

- Mexico (1984) population et développement
- Nairobi (1985) contribution de la planification familiale à l'amélioration de la santé des femmes
- Caire (1994) population et développement. Elle a apporté une vision beaucoup plus large de la santé de la femme en intégrant le concept de santé de la reproduction qui englobe la planification familiale. Il y a eu d'autres

dates d'anniversaire de la CIPD : CIPD + 5 ans et CIPD + 10 ans. Ces rencontres ont permis de procéder à un suivi et une évaluation des progrès réalisés grâce au CIPD.

❖ Les politiques de population au Sénégal

Les autorités sénégalaises se sont toujours intéressées aux questions de population. Après l'indépendance (en 1960), la population sénégalaise était caractérisée par un taux d'accroissement naturel avoisinant les 3% (Adjamagbo et Antoine, 2002). Selon ces derniers, la croissance économique ne suivait pas l'évolution de la population. Devant les contraintes économiques et avec la pression des pays industrialisés, le Gouvernement se devait de mettre en place des politiques de population (Thiam, 1990).

La loi du 12 juin 1972 promulgua le code de la famille et celle du 24 décembre 1980 abrogea la loi française de 1920 sur la propagande anticonceptionnelle (Adjamagbo et Antoine, 2002). Cependant, la loi de 1980 se plaçait entre les courants mathusien et néo-malthusien. Le Gouvernement était pour la liberté des individus dans leurs choix natalistes, dans leur liberté sexuelle mais était et reste toujours opposé à l'avortement.

En 1988, la politique de population fut adoptée. Ses principes sont (MEFP, 1988) :

- La préservation de la famille ;
- Le respect du droit des individus ;
- Le respect du droit des enfants ;
- Le respect du droit à l'accès à l'éducation, à l'information en matière de population ;
- La considération des questions de population dans les stratégies de développement national.

Sur le plan de la planification familiale, la présente politique avait comme stratégies :

- le renforcement et l'amélioration des programmes d'information et de communication ;
- l'amélioration et l'extension des services de planification familiale ;

- le renforcement des capacités des prestataires de services.

Cette loi posa les jalons du futur Programme national de planification familiale qui fut mis en place en 1991 avec l'aide des bailleurs de fonds comme l'USAID et le FNUAP.

Avec la Conférence du Caire de 1994, ce fut un tournant dans les politiques de population au Sénégal comme dans la plupart des pays en voie de développement. De nouvelles orientations furent prises avec une vision plus large : la santé de la reproduction. Les recommandations de la CIPD permirent de mettre en place une Division de la santé de la reproduction au Ministère de la santé.

3.1.3.2. La planification familiale proprement dite

❖ les intérêts

La nécessité de mettre en place des programmes et services de planification familiale peut se comprendre à plusieurs niveaux : populationnel et sanitaire.

L'augmentation de la fécondité peut être liée à plusieurs facteurs socioculturels et économiques (Gueye, 1994). Les pays en voie de développement sont caractérisés par une forte démographie. Cela est lié entre autres aux mariages précoces, à la diminution du temps d'allaitement maternel, à la diminution des pratiques contraceptives, à l'analphabétisme des femmes : 250‰ (Ministère de la santé, 1990), aux facteurs culturels et religieux. Ces divers facteurs conjugués aux difficultés économiques du pays, font que les politiques de population basées en partie sur le néo-malthusianisme sont plus que nécessaires pour ralentir la croissance de la population.

La nécessité de planification familiale répond aussi à des critères de santé publique (Thiam, 1990). La mortalité maternelle est très élevée au Sénégal 510/ 100 000 naissances en vie et représente plus de 20% des décès chez la femme. Plus de 14% des enfants décèdent avant l'âge d'un an (Gueye, 1994) et cela est en rapport avec les grossesses multiples et rapprochées. La planification familiale devient, dès lors, un moyen pour lutter contre ces fléaux.

La planification familiale a un autre intérêt. Il s'agit du bien être familial. Elle permet d'augmenter la qualité de vie des populations (Banque Mondiale, 1994). Elle permet la maîtrise des naissances par leur espacement. Elle confère aux parents du temps pour se consacrer à leurs enfants.

❖ Les méthodes contraceptives

Différentes méthodes existent : traditionnelles et modernes (MSAS, 1996)

Parmi les méthodes anciennes nous avons :

- Les gris-gris
- Les décoctions de plantes
- La séparation des couples

Parmi les méthodes modernes nous avons :

- Les méthodes temporaires
 - Les méthodes naturelles
 - Les méthodes de barrière physiques (préservatifs)
 - Les spermicides
 - La pilule
 - Les méthodes injectables
 - Les implants
 - Les dispositifs intra-utérins
- Les méthodes permanentes
 - La ligature des trompes
 - La vasectomie

❖ Les pratiques contraceptives

Au Sénégal, malgré les efforts du Gouvernement et de ses partenaires, le recours à la contraception reste faible. Bien que le taux d'utilisation des contraceptifs ait augmenté, il reste inférieur à 10,5% en 1999. Parmi ces 10,5%, seulement 8,2% utilisent des méthodes modernes et 2,3% utilisent des méthodes anciennes (Adjamagbo et Antoine, 2002). Ces derniers nous disent que cette utilisation varie en fonction du milieu et du niveau de scolarisation. En effet, dans les villes 19,3% des femmes utilisent la contraception alors que dans le monde rural, seules 2,1%

des femmes l'utilisent. La région de Dakar a un taux plus élevé qui est de 21% alors que dans les régions comme Tambacouda et Kolda les taux sont faibles de l'ordre de 2%. La pratique contraceptive est aussi liée à l'instruction : 34,4% des femmes instruites utilisent au moins une méthode contraceptive contre 4% seulement chez les femmes non instruites (MSHP, 2000).

3.2. LES ACTEURS EN PRESENCE

3.2.1. Les Organismes gouvernementaux

3.2.1.1. La Division de la santé de la reproduction (DSR)

La Division de la santé de la reproduction est l'entité administrative chargée, comme son nom l'indique, de la santé reproductive au Sénégal. Elle a été bâtie sur les fondements du Programme national de planification familiale (PNPF). En 1998, suite aux recommandations de la conférence du Caire de 1994, le PNPF était devenu Programme National de Santé de la Reproduction. C'est en 2001, suite à des restructurations du Ministère de la santé basées sur les recommandations de l'OMS que le dit programme a été érigé en Division de santé de la reproduction.

La Division de la santé de la reproduction étant une entité du Ministère de la santé se doit d'incarner les valeurs de l'Etat. Elle doit assurer à tout citoyen l'accès à des services de santé de la reproduction de qualité (MSAS, 1997b). A ce titre un répondant de la DSR disait :

"Nos valeurs peuvent se résumer au respect strict de la volonté des individus par rapport à la santé de la reproduction. En ce qui concerne la planification familiale, nous devons apporter des informations les plus précises aux populations afin qu'elles puissent faire un choix éclairé, indépendant et volontaire de services de planification familiale."

La DSR doit donc apporter toutes les informations nécessaires à ce choix. Elle doit respecter les principes d'équité : la Constitution du Sénégal en son article 14 dit : "l'Etat et les collectivités publiques ont le devoir social de veiller à la santé physique, et morale et mentale de la famille " (MSAS, 1997b). L'Etat donne donc une part importante à la santé de la famille et à la planification familiale.

La DSR comprend plusieurs volets : (MSHP, 2004)

- La santé maternelle
- La survie de l'enfant
- La lutte contre les IST/SIDA
- La planification familiale

L'objectif général est de promouvoir la santé de la reproduction des populations par la réduction de la morbidité et de la mortalité, et l'amélioration de leur bien être.

Les objectifs généraux en ce qui concerne la planification familiale sont d'accroître :

- L'accès à des services de qualité
- La demande de services à 20%
- Le financement

La DSR a pour mission en ce qui concerne la planification familiale de planifier, d'organiser, de coordonner et d'évaluer les activités de planification familiale.

Pour réaliser ses missions et objectifs la DSR dispose des ressources diverses.

Les ressources humaines ont été jugées satisfaisantes par l'ensemble des répondants de cette Division. Le personnel est composé de médecins de santé publique, de gynécologues, des spécialistes des sciences sociales, juristes, d'économistes, de sages femmes, des spécialistes en IEC (information, éducation et communication) et du personnel auxiliaire.

La DSR s'appuie sur l'organisation du système sanitaire avec les Régions médicales et les Districts sanitaires. La multidisciplinarité de ce personnel constitue, selon un répondant d'une ONG, la richesse et la force de cette DSR. C'est une structure qui détient des compétences en planification familiale, en gestion de programmes de santé. Cette expérience a été acquise au fil du temps et au contact des autres partenaires.

« Le MSHP connaît ses besoins. Il a des techniciens avérés qui ont l'expérience de la gestion des programmes de santé. Ce sont des techniciens qui travaillent de façon ouverte et qui acceptent l'assistance technique. Ils sont ouverts

au dialogue et donc perméables à l'innovation pour atteindre leurs résultats. Ils sont proactifs dans le sens qu'ils ne se contentent pas seulement de recevoir des ressources ou de l'assistance technique. Ils exigent le transfert des compétences qu'ils utilisent dans d'autres domaines et zones géographiques.» (Un répondant d'une ONG à propos de MSHP).

Les ressources financières et les moyens techniques sont les maillons faibles de cette Division. La Division s'appuie sur son budget de fonctionnement et sur l'apport des bailleurs de fonds. Le budget permet d'assurer les dépenses courantes. L'Etat a continué d'augmenter sa participation dans le financement des divers projets pilotés par la DSR. Cependant, cet apport reste faible vis-à-vis de celui des bailleurs de fonds: à titre d'exemple, dans le projet d'offre de services intégrés de santé de la reproduction de qualité dans les régions de Tambacounda et de Kolda, l'Etat apporte 133 Millions de F CFA alors que le FNUAP donne 890 Millions (FNUAP, 2004). Le financement des diverses activités de santé de la reproduction reste tributaire des bailleurs de fonds. D'ailleurs tous les répondants de la DSR ont reconnu cet aspect et jugent que cela constitue un point faible dans leur relation avec les bailleurs de fonds.

Les financements concernent l'achat de contraceptifs, la formation des prestataires de services, les fournitures d'équipements... Les principaux bailleurs de fonds sont l'USAID (qui est selon tous, l'organisation qui aide le plus le Gouvernement en matière de planification familiale), le FNUAP, la Banque Mondiale, la JICA, la GTZ.

Les partenaires peuvent apporter ainsi leur soutien en matière de logistique, de compétences. A ce titre, en dehors des organisations, il faut citer l'OMS qui aide la DSR dans l'élaboration des politiques et normes de planification familiale.

3.2.1.2. La Division du Partenariat

C'est une Division de la Direction de la prévention et de l'hygiène médicale. Cette Division a été créée en 2001. Cette création fit suite au constat fait dans l'élaboration du Programme National de Développement Sanitaire. En effet, dans

cette élaboration, on a noté la participation aux cotés de l'Etat des bailleurs de fonds mais surtout celle des ONG et OCB (MSHP, 2002).

L'organisation et la gestion du secteur sanitaire ne pouvaient être du seul ressort de l'Etat. Il était devenu impérieux d'associer ces différents intervenants de la santé. C'est donc dans ce sens que cette Division a été créée.

La Direction du partenariat est chargée du développement du partenariat entre le MSHP et les collectivités locales, les Organisations non gouvernementales, les Mutuelles de santé et les Organismes de prévoyance (MSHP, 2002). La Direction a pour missions :

- D'instruire les projets de convention entre le MSHP et ses partenaires
- De recevoir, d'enregistrer et de transmettre pour études et validation à la direction technique concernée les requêtes des ONG, OCB et secteurs privés
- D'assurer une bonne information des partenaires sur les modalités et les mécanismes d'accès aux financements du PNDS.
- De veiller à la régularité des rapports d'activités périodiques des partenaires.
- D'assurer le suivi et l'évaluation des projets des partenaires bénéficiaires d'un financement du PNDS

La Division est organisée en quatre bureaux :

- Un bureau d'appui à la décentralisation
- Un bureau de coopération
- Un bureau chargé des ONG et des OCB
- Un bureau du financement alternatif

La Division est composée de trois médecins de santé publique. Il s'agit donc d'un plateau technique réduit qui est en lien avec le caractère récent de cette structure.

La Division tire ses dépenses de fonctionnement de la Direction de l'hygiène et de la Prévention. Elle est appuyée ainsi par des organisations telles que l'OMS et la Banque Mondiale.

La Division est en étroite collaboration avec le RESSIP du CONGAD qui est une structure renfermant les différentes organisations ONG et OCB oeuvrant dans le domaine de la santé. Elle est chargée de promouvoir la concertation entre les ONG et OCB, de promouvoir les échanges et le partenariat Etat/ONG/OCB/Bailleurs de fonds sur la politique de santé au Sénégal (MSHP, 2002).

3.2.1.2. La Cellule d'appui et de suivi du PNDS (CAS/PNDS)

La CAS/PNDS a été installée avec le PNDS de 1997 (MSPAS, 1997a). Elle était rattachée au cabinet du Ministère de la santé jusqu'en 2001. Avec la restructuration du Ministère ou elle fut érigée en une entité indépendante (comme une direction nationale).

Elle est chargée : (MSHP, 2004)

- De coordonner les interventions des partenaires au développement
- De préparer les négociations avec les bailleurs de fonds et autres intervenants de la santé
- De suivre l'exécution des engagements de toutes les parties
- D'assurer le suivi de l'exécution du PNDS

Elle est chargée de négocier et de gérer les différents projets des bailleurs de fonds tels que la Banque Mondiale, le FNUAP, la JICA et autres. C'est une structure qui sert de relais et d'interface aux bailleurs de fonds. Elle est à la recherche perpétuelle de consensus, de transparence dans la gestion des fonds alloués par les bailleurs de fonds. Cette transparence est selon notre interlocuteur de la CAS/PNDS, fondamentale car il y a obligation de rendre compte des différentes activités. Pour assurer cette tâche la CAS/PNDS doit avoir un leadership, selon lui, car c'est ce qui leur a permis de mériter toujours la confiance des bailleurs de fonds.

La cellule est peu pléthorique. Elle est formée d'un personnel composé de médecins de santé publique, d'économiste de la santé entre autres, Ce personnel possède une bonne expertise dans le domaine de la santé publique et de la gestion des programmes de santé. Elle s'appuie sur son budget fonctionnel et un appui des bailleurs de fonds tel que la Banque Mondiale

3.2.2. Les ONG

3.2.2.1. L'Association sénégalaise pour le bien être familial (ASBEF)

C'est une ONG Sénégalaise à but non lucratif créée en 1974 par des sénégalais soucieux de l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. Elle fut reconnue par les autorités en 1975 et devint donc opérationnelle. Elle n'a commencé à démarrer ses activités en s'affirmant comme structure notoire que vers les années quatre-vingt (Thiam, 1990).

Elle est membre de plusieurs associations et fédérations dont l'IPPF dont elle est membre à part entière. Elle est animée « d'un désir d'arriver à une société où tout le monde peut jouir de ses droits : en matière de santé de la reproduction » (ASBEF, 1999). Elle est caractérisée par des actions de bénévolat en faveur des populations (Thiam, 1990)

Ses missions sont :

- De promouvoir la santé de la reproduction
- D'offrir des services de qualité de santé de la reproduction
- De mener des activités de plaidoyer
- De promouvoir le statut socio économique des femmes et des jeunes

Ses domaines d'intervention

- La planification familiale
- Les consultations prénatales
- Le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles
- Le suivi gynécologique et obstétrical
- L'IEC à la planification familiale
- Des analyses biologiques

L'ASBEF est composée de deux corps :

- Le staff qui est sous la responsabilité du Directeur exécutif. Le personnel au nombre de cinquante agents, est composé de médecins, de gestionnaires de programmes, d'infirmiers, de sages-femmes.
Ce staff est chargé d'élaborer et de gérer les programmes de la structure.

- Les volontaires qui sont des hommes et des femmes de bonne volonté animés chacun dans son domaine d'expertise, du désir d'œuvrer dans l'amélioration de la santé des populations.

L'ASBEF est composée de structures qui sont : l'assemblée générale, le Conseil national, le Comité Exécutif entre autres. L'ASBEF possède dix antennes et cliniques et deux centres de la santé de la reproduction des jeunes.

L'ASBEF tire ses ressources principalement de l'IPPF dont elle est membre. Cette organisation lui alloue une subvention annuelle d'environ 400.000 dollars/US. Cette subvention, qui représente 30% de ses revenus (ASBEF, 2004), permet d'assurer les dépenses de fonctionnement et d'activités de SR. Les autres sources de revenus sont dans l'ordre, Vision 2000 (24%), les revenus internes (activités cliniques 24%) l'USAID (4%), le FNUAP et le Gouvernement.

Les appuis de ces organismes peuvent être en nature ; c'est-à-dire en produits contraceptifs. En effet l'USAID et le FNUAP appuient l'ASBEF, soit directement où soit indirectement par le canal du MSHP. Le Gouvernement finance l'ASBEF en produits contraceptifs à hauteur de 200 millions de F CFA. Les ressources ne suffisent jamais disant notre répondant car selon lui, vu les nobles ambitions et dimensions de l'ASBEF comme ONG d'envergure nationale, les moyens ne suffisent pas.

3.3.2.2. Action et développement (ACDEV)

C'est une ONG Sénégalaise créée en 1991, active dans le bien être de l'enfant et de la promotion des femmes. C'est une ONG à caractère humanitaire. Elle a pour mission de participer au développement socio-économique et sanitaire des populations Sénégalaises à travers la formation, la sensibilisation et des actions au niveau de la base. Elle a pour objectifs (Athié, 2005)

- D'améliorer les conditions de vie des populations à travers des activités de développement.

- Porter une assistance aux populations démunies et aux enfants dans les domaines de la nutrition, de la lutte contre les MST et la santé de la reproduction.
- Promouvoir un partenariat entre les ONG, les institutions nationales et les Organisations internationales.

L'ONG s'appuie en dehors du bureau national sur quatre structures permanentes qui sont situées dans les régions de Dakar, Fatick, Louga et Kaolack.

La structure centrale est constituée d'un médecin de santé publique, de gestionnaires et de personnel auxiliaire.

Le fonctionnement de l'ACDEV se base sur des activités de sensibilisation et de soins grâce à des structures sanitaires qui sont des polycliniques de santé où sont dispensés des soins généraux de santé et surtout des soins de santé de la reproduction. Dans ces polycliniques on trouve des médecins, des sages-femmes et autres personnels soignants.

Pour mener à bien ses activités l'ACDEV a très tôt compris qu'elle devait impliquer les populations dans ses activités. Cette implication se fait sur la base de l'épargne crédit. Elle trouve ses ressources financières à travers des activités génératrices de revenus. Ces activités permettent à l'ACDEV d'avoir une certaine indépendance par rapport aux bailleurs de fonds nous dit notre interlocuteur de l'ACDEV.

Cela n'empêche pas que la structure s'associe à d'autres organisations telles que la DSR, la GTZ, l'USAID, le CONGAD.

3.3.2.2. Management Science for Health (MSH)

MSH est une ONG internationale, à but non lucratif, dont le siège social est à Boston (Etats-Unis). Elle intervient de façon globale dans le domaine de la santé de la reproduction et spécifiquement dans la planification familiale depuis une quarantaine d'années. MSH œuvre dans la gestion des programmes de planification familiale. Au Sénégal elle est une agence d'exécution de l'USAID. Elle assure la gestion du projet Santé Maternelle/Planification Familiale en faveur du Ministère de la santé.

Au sein de l'équipe pays de MSH, règnent des valeurs de solidarité de respect de confiance ...nous dit notre interlocuteur. Selon toujours ce dernier l'équipe est animée d'une volonté d'atteinte des objectifs fixés à l'agence qui ont trait à l'amélioration de la santé des populations. «Ce résultat exige que le staff de MSH soit imbu des valeurs de solidarité, de vertu de respect, de confiance, de dialogue, de partage d'informations et de résultats, de compréhension réciproque entre membres de MSH et entre MSH et ses partenaires extérieurs». C'est dire donc que MSH Sénégal est une organisation animée d'un sens d'ouverture, de partage et de dialogue en vue d'améliorer la santé de la reproduction des populations. Les objectifs de MSH sont tous d'abord d'œuvrer à une société meilleure, où les populations peuvent bénéficier d'une meilleure santé reproductive.

L'autre objectif de MSH en tant qu'agence d'exécution et non pas en tant qu'ONG est de remplir les missions qui lui ont été assignés par l'USAID.

Ses missions rejoignent l'objectif stratégique n° 03 de l'USAID c'est-à-dire l'utilisation accrue et durable des services de santé de la reproduction dans le cadre de la décentralisation : ces missions spécifiques

- L'accès à des services de qualité
- L'augmentation de la demande de services de qualité
- Le financement accru des services de santé sur fonds propres

Le projet actuel démarra ses activités en Mai 2000 grâce à un financement de l'USAID. Le MSHP et ses partenaires travaillent pour améliorer la gestion spécifique des programmes concernant l'offre et la demande en services de santé de la reproduction et assister le développement des points de prestation de services. Ce projet rentre dans le cadre des objectifs de l'USAID en ce qui concerne la décentralisation des services et soins de santé. C'est dans ce sens que le Ministère de la santé collabore avec des ONG locales et autres OCB afin de les aider dans la planification et la gestion des programmes de santé de la reproduction. MSH travaille, en dehors de l'USAID et du Ministère de la santé avec d'autres organisations telles que l'ASBEF, SANFAM, ACDEV, ASPF (planification naturelle) et d'autres OCB. MSH mène ses activités à travers des campagnes d'éducation, de sensibilisation et de formation des gestionnaires et autres agents de prestations cliniques.

L'équipe de MSH est composée de spécialistes de santé publique, de médecins gynécologues, de sages-femmes entre autres. La force de MSH a toujours été la qualité de ses ressources humaines selon notre interlocuteur. En effet MSH regroupe différents spécialistes de terrain qui ont une longue et avérée expérience en matière de planification familiale au Sénégal. Il s'agit d'anciens membres du PNPf ou d'ONG reconnues en matière de planification familiale. Cette force de MSH lui a permis de bénéficier de la confiance des bailleurs de fonds et autres partenaires.

MSH tire ses ressources principalement des projets qui lui sont confiés. MSH a bénéficié de la part de l'USAID, pour la gestion du projet santé maternelle /Planification Familiale, d'une allocation de 7,5 millions de dollars US (Pollock et col., 2003). MSH tire aussi ses ressources de la collaboration avec certaines fondations telles que la fondation GATES. MSH bénéficie donc de suffisamment de ressources. D'ailleurs notre interlocuteur dit que MSH, en tant qu'organe de gestion, a pu maîtriser ses ressources au fil des années. C'est ce qui lui a valu d'être indépendant et de pouvoir assurer ses dépenses de fonctionnement.

3.3.3. Les Organisations Internationales

3.3.3.1. L'United States Agency for International Development (USAID)

L'USAID est l'agence principale du gouvernement Américain, chargée du développement économique et l'assistance humanitaire aux peuples du monde entier (USAID, 2004).

Au Sénégal, l'USAID constitue un partenaire stratégique de longue date et ce depuis l'indépendance du pays. Elle a investi plus d'un milliard de dollars US dans divers projets. Elle essaye d'aider les populations locales en recevant leurs préoccupations et priorités locales et en mettant en œuvre les projets destinés à ces populations. Elle oeuvre dans la promotion économique, la bonne gouvernance, la décentralisation, la santé, la prévention des conflits ...

Le volet santé de l'USAID appuie le MSHP dans ses efforts de lutte contre la mortalité maternelle, les maladies de l'enfance entre autres. D'ailleurs le bureau pays de l'USAID attribue 38% de son budget annuel au secteur de la santé et de la population au Sénégal (USAID, 2000). La planification familiale occupe une part très importante dans les activités de l'USAID. Elle s'est donnée comme objectif (Objectif stratégique 3) l'utilisation accrue et durable des services de santé de la reproduction dans le cadre de la décentralisation : cet objectif passe par 3 objectifs spécifiques :

- Accès accru à des services de qualité de survie de l'enfant, santé maternelle, PF, et ISI /SIDA.
- Demande accrue de services de qualité de survie
- Financement accru par des sources internes.

Ces différents objectifs ciblent les Districts de santé. C'est dire que l'USAID a la volonté de se rapprocher encore plus des populations locales. L'USAID concentre ses activités dans six régions (sur les onze que compte le pays).

L'équipe de l'USAID est composée à 90% de Sénégalais (USAID, 2005) qui ont été recrutés sur la base de leurs expériences dans les divers domaines d'activités de l'USAID. Ce personnel travaille en étroite collaboration avec les partenaires de l'agence, dans la planification, l'exécution et l'évaluation des différents projets de l'USAID.

Les projets de l'USAID sont exécutés en général par des agences d'exécution qui sont des ONG étrangères. Dans le cadre de la planification familiale, c'est MSH qui gère actuellement le projet Santé Maternelle/Planification Familiale de l'USAID. Cette équipe de l'USAID identifie les objectifs tout leur laissant une certaine marge de manœuvre (d'après un répondant d'une organisation partenaire de l'USAID).

Le bureau pays s'appuie sur le budget voté par le Congrès américain. Le secteur de la santé bénéficie de quelques 9 millions de dollars/an. De l'avis de tous nos interlocuteurs, l'USAID est le premier bailleur de fonds en matière de santé de la reproduction, pour ces derniers on ne peut parler de planification familiale au Sénégal sans citer son nom. Le volet planification familiale occupe les 45% du budget consacré à la santé de la reproduction (USAID, 2005). L'USAID bénéficie

de suffisamment de moyens financiers pour mener à bien ses activités au Sénégal. L'USAID contribue à plus de la moitié du financement des produits contraceptifs.

L'USAID, en dehors du Ministère de la santé, collabore avec les ONG qu'elle finance directement ou indirectement (à travers les agences d'exécution) et avec les autres bailleurs de fonds à travers des organes regroupant les différents bailleurs de fonds installés dans le pays.

3.3.3.2. Le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP)

Le FNUAP est l'organe des Nations Unies chargée des questions de population. Il assiste les pays en voie de développement à venir à bout de leurs problèmes de population et de santé de la reproduction (FNUAP, 2002).

Il partage les principes de la Conférence du Caire de 1994 qui sont d'arriver à «un monde où tous les individus auraient accès à une information et à des services complets en matière de santé de la reproduction durant tout le cycle de vie» (FNUAP, 1999 et 2002). Le FNUAP s'attache au respect des droits des populations surtout des femmes et des jeunes filles en matière de santé de la reproduction et de conditions féminines. Le FNUAP estime que la personne est libre de décider de sa santé reproductive, de sa sexualité et doit bénéficier d'une large gamme d'information (FNUAP, 2003).

Au Sénégal, le FNUAP a démarré ses activités depuis 1971 (FNUAP, 2004). Ses activités se basent sur des cycles quinquennaux. Actuellement on est au 5^e programme dont les objectifs sont :

- La réduction de la morbidité et des taux de mortalité maternelle et infantile ;
- Abaisser les taux de fécondité et d'accroissement de la population ;
- Lutter contre les formes de discrimination, de violence et de pratique dangereuses à l'égard des femmes et des jeunes filles.

Ce programme s'appuie sur un ensemble de projets qui sont confiés au MSHP. Le programme santé de la reproduction comporte 3 projets :

- Offre de services intégrés de santé de la reproduction de qualité dans les régions de Tambacounda et de Kolda ;

- IEC en appui à la santé de la reproduction ;
- Amélioration du management des programmes de santé de la reproduction.

Ces trois projets sont financés à hauteur de quelques 3 millions de dollars US. Ce financement est supporté à hauteur de plus de 80% par le FNUAP et le reste par le gouvernement (FNUAP, 2004).

Les activités du programme s'activent autour des activités suivantes :

- L'amélioration des compétences des institutions de santé de la reproduction
- La promotion de la participation des hommes dans la planification familiale
- L'amélioration de la gestion des programmes de santé de la reproduction
- L'intégration des services de santé de la reproduction
- Le renforcement des circuits de distribution des produits contraceptifs.

Le programme est géré par une équipe composée de trois chargés de programmes qui s'appuient sur des équipes régionales au niveau des régions bénéficiaires.

Le bureau du FNUAP au Sénégal tire ses ressources de son budget qui s'étend à hauteur de quelques onze millions de dollars US. Les 8 millions proviennent des fonds propres du FNUAP et le reste des subventions d'organismes partenaires telle que les fondations ou ONG internationales. Au Sénégal, le bureau pays consacre 75% de son budget au financement de la santé de la reproduction selon notre interlocuteur.

Le FNUAP collabore avec le MSHP, le Ministère de la famille, les Institutions législatives, les organes permanents du système des Nations Unies : l'OMS, le PNUD, les agences de coopération bilatérale, l'USAID, JICA, GTZ et l'Union Européenne, les ONG nationales telles que l'ASBEF et SANFAM, les réseaux de journalistes, de parlementaires et de religieux.

3.3.3.3. L'OMS

L'OMS est l'agence des Nations Unies chargée de la santé des populations. La mission qui lui est assignée est «d'amener tous les peuples au niveau de santé le

plus élevé possible» (OMS, 2002). Elle s'attelle à l'amélioration de la santé des populations nous dit notre interlocuteur.

Le mandat de l'OMS en matière de santé de la reproduction est le même que son mandat général de santé. L'OMS doit définir une politique et une action de sensibilisation cohérentes, fondées sur des bases éthiques et des données probantes (OMS 2002).

- Gérer l'information en évaluant les tendances et en comparant les performances des systèmes de santé
- Collaborer avec les Etats dans la recherche, la formation et le développement grâce à un appui technique et théorique.
- Fixer et valider les normes et critères de santé, veiller à leur application et à leur évaluation
- Négocier des partenariats nationaux et internationaux.

Au niveau du bureau pays, le personnel est constitué de médecins de santé publique, d'ingénieurs sanitaires chargés de la promotion de la santé de la reproduction au niveau des communautés, d'une sage femme et des consultants qui viennent du siège régional ou du siège mondial pour appuyer l'équipe pays dans ses différentes tâches.

L'équipe pays bénéficie de deux budgets : un budget régulier attribué à tous les Etats pour assurer les différentes interventions qui ont été identifiées comme prioritaires. Il y a ensuite des fonds stratégiques qui viennent des donateurs dans le cadre des grands partenariats mondiaux. A titre d'exemple, le budget total pour le «biennium» 2002-2003 était de 7. 892. 439 dollars US dont les 31% viennent du siège et les 65% de fond extra budgétaires. Cependant, l'appui technique et financier est jugé insuffisant par notre interlocuteur au vu des immenses ambitions du bureau. Il est aussi à déplorer les lenteurs administratives par rapport à la gestion des dossiers et aux procédures de financement (OMS, 2001).

En dehors de l'appui apporté au MSHP, l'OMS soutient les ONG et OCB mais cela se fait sous l'égide du MSHP.

L'OMS assure aussi la coordination des bailleurs de fonds du secteur de la santé au Sénégal. Elle participe aussi aux réunions périodiques des chefs d'agences du système des Nations Unies et au groupe thématique ONUSIDA.

3.3. LES REPRESENTATIONS DES ACTEURS SUR LE PARTENARIAT

3.3.1. Les différentes définitions du partenariat

Le partenariat a été abordé d'emblée, par plus de la moitié des répondants, sous l'angle d'une action opérationnelle. En effet, la plupart d'entre eux, ont abordé le partenariat comme une forme de relation assise dans l'action. Pour ces répondants, le partenariat ne peut se comprendre, ni trouver son essence, que lorsqu'il est inscrit dans les pratiques quotidiennes des différents acteurs. Le partenariat est pour eux, une forme de collaboration qui permet à plusieurs partenaires de concrétiser leurs objectifs et stratégies. D'ailleurs un répondant du MSHP disait «certains ... ont une définition théorique du partenariat alors qu'à notre niveau, nous le vivons, nous l'intégrons à nos pratiques».

Nous proposons maintenant trois définitions du partenariat données par certains répondants.

«Le partenariat commence quand diverses parties mettent en commun leurs ressources pour un but précis. C'est une forme de collaboration assise et fondée sur le respect mutuel des missions dévolues de chaque organisation, de la souveraineté nationale, des conventions et consensus d'intervention par rapport aux priorités définies en commun» (un répondant du MSHP)

«Le partenariat est à mon sens une collaboration entre plusieurs institutions qui travaillent dans le même domaine, qui poursuivent les mêmes buts, qui mettent en commun leurs ressources et stratégies et dont la synergie d'action maximise l'atteinte des objectifs dans un domaine précis» (un répondant d'une ONG)

«Le partenariat constitue l'ensemble des stratégies entre plusieurs intervenants pour essayer d'aboutir à des résultats escomptés c'est-à-dire mettre en commun

l'ensemble de nos ressources, de nos compétences pour un but commun» (un répondant d'une Organisation internationale).

Tous ces répondants ont parlé du partenariat comme une forme particulière de collaboration. Il est vu comme une méthode de travail, d'échange entre plusieurs partenaires. Ils insistent sur le caractère relationnel de cette collaboration.

D'après ces trois définitions, nous pouvons voir le partenariat sous deux angles :

- Une démarche collective et contingente: le partenariat est selon ces répondants une forme spécifique de collaboration dans le sens où l'on y privilégie la coopération plutôt que la compétition ou le conflit (un répondant d'une ONG). Dans certaines définitions, nous avons retrouvé les termes suivants : coopération, intégration, co-action, co-gestion, co-évaluation. Ces termes témoignent du caractère collectif du partenariat. Il s'agit d'une œuvre commune selon nos répondants.

Il s'agit d'une relation dynamique qui est inscrite dans le temps et non dans la résolution d'un problème ponctuel (un répondant du MSHP). Il poursuit en disant «lorsque l'on sollicite un partenariat, c'est pour une relation durable dans le temps». Ce répondant fait la différence entre le partenariat et toutes les autres formes de collaboration qui se limitent à la résolution d'un problème ponctuel.

Le partenariat est, pour certains répondants, une stratégie qui permet de se doter de plus de ressources pour réaliser une action commune. Cette stratégie se base sur le principe de « l'union fait la force » (un répondant du MSHP). Nous retrouvons la démarche d'action commune qui nécessite que les partenaires partagent les mêmes buts. Cela est un impératif selon un répondant du MSHP.

La stratégie collective s'appuie sur les ressources des divers partenaires. Cette mise en commun des ressources est plus que nécessaire pour le déroulement d'un partenariat. Nous retrouvons cette notion dans la quasi-totalité des définitions données par les répondants. C'est dire l'importance

qu'elle revêt dans le processus partenarial. Elle permet à tout un chacun de bénéficier des atouts des uns et autres. Il ressort de là, l'aspect complémentaire du partenariat qui permet aux partenaires de réaliser une action qu'ils n'auraient pu faire en restant séparés (un répondant d'une ONG).

Le partenariat est un accord basé, sur une participation libre et contractuelle, un engagement de tout un chacun et sur un respect mutuel. Etre partenaires, c'est être d'accord sur les modalités d'action. « Le partenariat regroupe des acteurs libres, souverains, volontaires qui s'entendent pour faire quelque chose ensemble » (un répondant d'une Organisation internationale). «Cet accord est un préalable» poursuit un répondant du MSHP. Il définit selon lui, les règles de la collaboration. Elles doivent être clairement définies. L'accord se structure grâce à des contrats de partenariats qui définissent la place et le rôle de chaque acteur (un répondant d'une ONG).

L'engagement mutuel est aussi une composante de la démarche collective. Les partenaires décident à travers leurs accords de travailler ensemble à l'élaboration et à la réalisation de leurs projets de partenariat comme le disait un répondant d'une ONG «dans un partenariat nous devons nous engager à être ensemble du début à la fin».

- Les acteurs dans le partenariat : ils doivent partager les mêmes buts et objectifs. Les partenaires ont en commun la même motivation qui est de venir à bout d'une situation jugée problématique par tous. Certes, les partenaires ont des intérêts individuels mais ils se rejoignent à travers ce concept de buts communs.

Ils doivent être de compétences différentes pour éviter d'avoir des doublons (un répondant d'une ONG) et des situations de concurrence. Le partenariat, se basant sur la complémentarité, par la mise en commun des ressources, nécessite une diversité des acteurs. Cela en fait la richesse même du partenariat (un répondant d'une ONG). Elle permet de faire émerger une stratégie multisectorielle qui émane de la différence de compétences des

partenaires. Cette différence est à maintenir selon certains partenaires mais ces derniers poursuivent, qu'il faut que les partenaires soient du même domaine pour éviter les cacophonies.

La préservation de l'identité des partenaires est primordiale et passe par une confiance réciproque et un respect des uns et autres. Dans ce sens, il est à noter les propos soulevés par un répondant du MSHP : il faut «le respect mutuel des missions dévolues de chaque organisation, de la souveraineté nationale» Pour lui, c'est plus qu'important. Le partenariat doit conserver les valeurs et missions de chaque partenaire et surtout de l'Etat. Cela traduit l'importante place que doit occuper l'Etat en tant que partenaire et organisme régulateur. C'est autour de lui que doivent graviter tous les autres partenaires car il est le seul garant des droits des citoyens (un répondant d'une ONG).

3.3.2. Les origines du partenariat

Certaines origines ont été identifiées : le manque de moyens, le manque d'efficacité et les exigences.

Parmi celles-ci, c'est le manque de moyens qui a été le plus souvent identifié par les acteurs, suivi du manque d'efficacité. Les moyens cités sont les moyens financiers, techniques et matériels. «Un Etat en voie de développement, avec énormément de problèmes socioéconomiques à satisfaire surtout dans le domaine de la santé, est obligé de faire appel à des partenaires» (un répondant du MSHP). En effet, la planification familiale nécessite beaucoup de moyens financiers et techniques qui ne sont pas à portée de main des Gouvernements des pays en voie de développement. Ces ressources sont apportées par les partenaires au développement. Ces gouvernements, pour assurer leurs missions, sont obligés de former des partenariats avec tout acteur susceptible de les aider à remplir leur devoir (un répondant d'une Organisation internationale).

Les partenariats sont donc plus dirigés vers les partenaires au développement qui apportent beaucoup de financements. Cet aspect de recherche de ressources a été

aussi signalé par les répondants des ONG qui sont dans la même situation de manque de ressources que les gouvernements.

L'autre aspect à souligner est la recherche de technicité et de spécialisation. Les organisations nationales ont très souvent besoin de ces ressources. Le partenariat leur permet de mettre à leur profit, l'expérience et la technicité des autres partenaires.

La seconde raison citée par les répondants est le manque d'efficacité. La majeure partie des répondants l'ont signalé. Le partenariat peut naître selon eux du fait de la reconnaissance par tous les partenaires de l'idée qu'en agissant seuls ils sont moins efficaces qu'en fonctionnant en groupe. C'est le constat commun d'inefficacité qui pousse les partenaires à former un partenariat en vue de maximiser leurs actions.

Dans les principes même du PNDS, il est clair que le secteur public étatique ne pouvait pas assurer seul la gestion efficace de la santé des populations. Il a été noté que seule une intégration des ressources et compétences de tous les acteurs sanitaires, grâce à des partenariats, pouvait permettre d'améliorer la santé des populations (un répondant d'une ONG). Il faut donc une coordination des activités pour parvenir à de meilleurs résultats.

Le partenariat peut devenir une obligation selon certains répondants : « il est une des stratégies prioritaires recommandées par la CIPD » (un répondant d'une Organisation internationale). Le PNDS, qui favorise l'implication des ONG nationales, spécifie que ces dernières, pour être financées se doivent de collaborer avec le MSHP. Cela devient donc une exigence pour elles. Les ONG internationales et les organisations internationales, disposent de ressources financières suffisantes et de la technicité. Cependant, elles ne sont pas assez proches des populations ou sont contraintes par leurs mandats et missions de collaborer avec les organisations nationales telles que le MSHP ou les ONG nationales.

3.3.3. Les avantages et inconvénients d'un partenariat

Les répondants ont reconnu qu'un partenariat procure plus d'avantages que d'inconvénients. Pour eux, un partenariat bien structuré et géré, ne peut produire que des avantages.

- Les avantages relatés tournent autour des notions de gains et de bénéfices en termes de ressources. Les avantages d'un partenariat sont « tout d'abord l'accroissement des ressources » (un répondant d'une organisation internationale). Un autre répondant du MSHP corrobore ces propos en disant que le partenariat permet à tous les partenaires de bénéficier des ressources des autres et ce quelque soit la nature de ces ressources. Pour celui-ci, même les organisations les plus riches en ressources financières peuvent retirer des avantages dans un partenariat avec des organisations disposant de ressources financières plus faibles. Un partenaire étant un acteur doté de plusieurs ressources, les partage avec ses partenaires grâce à la mise en commun des ressources. Par ressources, il faut entendre, les ressources financières, humaines, techniques, les compétences, ... Un seul acteur ne peut maîtriser toutes ces ressources. Dans un partenariat, comme nous l'avions soulevé plus haut, les partenaires sont différents et chacun apporte sa contribution (un répondant d'une ONG). Cette diversité permet de rationaliser ces ressources par un investissement commun et adéquat.

Le partenariat permet aussi selon un répondant d'une Organisation internationale de rapprocher des acteurs qui n'avaient pas l'habitude de collaborer ou du moins avaient un degré moindre d'intégration. Cette implication de certains acteurs permet, d'après un répondant d'une ONG une responsabilisation de tous et surtout des acteurs les plus faibles en ressources. Cela permet aussi, poursuit ce dernier, de travailler dans un esprit d'équité sans distinction de représentativité.

- Selon les répondants les inconvénients sont moindres, mais quelques uns méritent d'être cités. Selon un répondant d'une ONG « quand on est en partenariat, il faut supporter les autres dans leurs différences. Il ne faut pas être plus pressé qu'eux. Cela peut amener des problèmes d'exécution. On ne peut plus agir de sa propre volonté, on est obligé de se référer toujours aux autres... ». Le partenariat peut devenir selon ce dernier source de contraintes car il abolit toute tentative individuelle et peut ralentir les activités de certains acteurs du fait de la lenteur de quelques acteurs.

Un autre répondant d'une Organisation internationale dit qu'un partenariat entre plusieurs acteurs peut limiter les champs de libertés et d'exécution de certains de ces acteurs. Pour lui, il y a dans le partenariat une obligation de consultation et de concertation sur toutes les décisions engageant l'ensemble des partenaires. Cependant, cette obligation n'est pas vue de la même façon par tous. En effet, les répondants du MSHP pensent qu'elle constitue un mécanisme de contrôle et de régulation des actions dans le cadre du partenariat. D'autres inconvénients ont été soulevés et ont trait aux problèmes d'exécution, de gestion ou de visions différentes en rapport à la nature différente des partenaires.

3.4. LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DES ACTEURS

3.4.1. Les intérêts et buts des acteurs

3.4.1.1. Les intérêts et buts du MSHP

Dans le cadre de l'organisation des services et soins de santé des pays en voie de développement, les gouvernements ne sont pas les seuls acteurs. Les soins sont organisés ou dispensés par plusieurs acteurs qui agissent soit seuls, soit dans des collaborations restreintes. Dans un souci de réorganiser, de coordonner et donc de réguler toutes ces interventions, le Gouvernement par l'entremise du MSHP a développé des partenariats pour améliorer l'organisation des services de planification familiale. Ces divers partenariats consistent à « initier, renforcer et encourager des actions conjointes » (MSHP, 2002).

Les partenariats permettent, dans une perspective intersectorielle d'induire l'implication de plusieurs acteurs. Le partenariat est une opportunité de diversifier les acteurs intervenant dans la planification familiale. En effet, à travers le partenariat, le Gouvernement subventionne les ONG grâce aux financements reçus des bailleurs de fonds (un répondant du MSHP). Cette approche se prolonge dans le cadre de la décentralisation des services de santé. L'Etat se déresponsabilise un peu, en intégrant les autres acteurs sanitaires locaux. Il cherche à ne plus être le seul responsable de la santé des populations. Les partenariats dans le cadre de la décentralisation (par un élargissement à d'autres acteurs) renforcent la santé communautaire dans un esprit d'autodétermination, d'auto-responsabilisation et de

participation de la communauté nationale et internationale aux différentes étapes de la planification sanitaire (MSHP, 2002).

L'organisation des activités de planification familiale nécessite beaucoup de ressources et d'expertise « qui sont détenues par les bailleurs de fonds » (un répondant du MSHP). Les ONG contribuent en apportant leurs ressources humaines et leurs expertises locales. Le MSHP a comme but d'inciter la participation des acteurs qui peuvent apporter avec eux leurs diverses ressources dont il pourra bénéficier. Ces partenariats permettent au MSHP de bénéficier de l'appui et de la collaboration des bailleurs de fonds et des ONG dans l'élaboration, la mise en place et le suivi des programmes de planification familiale. Tous les répondants de la DSR, reconnaissent que ces partenariats leur permettent d'assurer la formation du personnel et l'achat des contraceptifs entre autres. Les intérêts du MSHP sont importants : ils sont d'ordre organisationnel, financier et technique.

3.4.1.2. Les intérêts et buts des ONG

Les répondants des ONG nationales interviewés nous ont parlé de la volonté de leurs organisations de venir à bout des problèmes des populations en matière de santé de la reproduction. C'est fortes des ses principes et valeurs, qu'elles se sont impliquées activement dans l'offre de services de santé de la reproduction. Conscientes de leurs faiblesses surtout en ressources financières, elles ont sollicité ou répondu aux invitations de partenariat du Gouvernement et des Organisations internationales. Ces partenariats leur donnent, selon un répondant d'une ONG, l'occasion de bénéficier du financement de ces organisations. « Nous sommes obligés pour avoir des financements de collaborer avec ces entités » nous dit un répondant d'une ONG. Elles ont tout intérêt, pour mener à bien leurs activités, à collaborer avec le MSHP et les Organisations internationales. D'ailleurs elles sont contraintes à collaborer avec le MSHP pour bénéficier de l'appui de certaines Organisations internationales.

Les ONG internationales, qui sont en général plus dotées en ressources financières et techniques, ne sont pas dans cette situation de recherche de financements. Elles s'associent au MSHP parce qu'il est le partenaire incontournable (un répondant d'une ONG). Elles bénéficient d'une reconnaissance du Gouvernement quand elles

s'associent avec le MSHP. Elles gagnent en notoriété dans ces partenariats avec le MSHP. Un répondant d'une ONG disait « si on veut être reconnu par tous les acteurs sanitaires, nous devons nous associer au MSHP et aux Organisations internationales présentes sur le territoire sénégalais ».

Les ONG sont des partenaires incontournables dans la mise en œuvre des politiques de développement. Cet atout est lié à leur grande expertise locale qui devient de plus en plus grandissante et reconnue par tous les autres acteurs sanitaires. Elles sont des compléments du MSHP, « en allant avec lui sur le terrain jusqu'à des niveaux très décentralisés » (un répondant d'une ONG). Leurs objectifs, à travers ces partenariats, sont guidés par l'esprit de partage, de travail et de synergie avec le MSHP pour développer des stratégies afin d'améliorer la santé des populations (un répondant du MSHP). Leur but et objectifs sont d'aider le MSHP à atteindre ses objectifs et missions de santé (un répondant d'une ONG).

3.4.1.3. Les intérêts et buts des Organisations internationales

Ils sont à relier avec leurs missions spécifiques. Elles collaborent avec le MSHP pour l'aider à réaliser ses objectifs de santé (un répondant d'une Organisation internationale). Ces appuis sont de nature technique et financière. Elles aident le MSHP dans la définition des normes et objectifs de santé, la conception, la mise en place et le suivi des programmes de santé.

Les Organisations internationales sont conscientes du rôle que peuvent jouer les ONG à leurs côtés et à ceux du MSHP. C'est pourquoi elles cherchent à former des partenariats avec des ONG et des réseaux locaux de journalistes, de religieux qui sont, selon un répondant d'une Organisation internationale, plus opérationnels.

Le partenariat est, selon un répondant d'une Organisation internationale, un moyen de regrouper les divers acteurs de la planification familiale, en vue d'harmoniser les efforts de tous.

3.4.2. Les enjeux des acteurs

Les répondants ont tous répondu que leurs enjeux positifs dans ces partenariats sont supérieurs aux enjeux négatifs. « Je ne pense pas que l'on peut perdre dans cette

relation parce que quand on établit un partenariat, on cherche d'abord ce qui peut amener des blocages et les négociations se font dans ce sens » (un répondant d'une ONG). Cet autre répondant d'une ONG relativise les propos de ce dernier en disant qu'« dans le partenariat on a presque tout à gagner et peu à perdre. Si le partenariat est bien mené, bien pensé, en appliquant les valeurs et objectifs d'un partenariat, il ne peut être que bénéfique ». Selon ces répondants les enjeux positifs sont à chercher dans les origines du partenariat ; c'est-à-dire dans la volonté de venir à bout des maux des populations en matière de planification familiale. Leurs enjeux positifs consistent en la réalisation des objectifs qu'ils s'étaient fixés en formant ces partenariats. Cela se traduit par l'augmentation de la pratique contraceptive qui permettra un espacement des naissances.

Dans ces enjeux positifs, il faut souligner ceux des ONG qui tout en voulant aider les populations, veulent augmenter leur crédibilité. Un répondant d'une ONG disait à cet effet « nous avons beaucoup à gagner dans ces relations, car si on obtient de bons résultats, les bailleurs vont nous confier de nouveaux projets ». Ces partenariats leur procure une certaine notoriété et une confiance vis-à-vis des autres acteurs.

Des enjeux négatifs ont été aussi abordés par les répondants en rapport avec les objectifs et missions de chaque acteur. Beaucoup ont parlé de la non réalisation de ces objectifs et missions comme enjeu négatif. De ces divers partenariats, il ressort la présence d'un partenaire central qui est le MSHP. Ce dernier qui a ses propres objectifs de santé, développe des partenariats qui lui permettent d'atteindre ses objectifs. Il peut arriver que certaines organisations soient déviées de leurs objectifs spécifiques pour suivre ceux du MSHP (un répondant d'une ONG). Cela peut constituer une perte pour eux, car ils ne réalisent pas leurs objectifs spécifiques.

Certains responsables d'ONG ont parlé de la perte de leur autonomie dans ces partenariats. Le fait d'avoir plusieurs acteurs aux ressources inégales peut entraîner selon eux la réduction des marges de libertés des acteurs faibles en ressources. Cela entraînerait une réduction de leur participation à la simple consultation dans ces collaborations.

3.4.3. Les stratégies des acteurs

3.4.3.1. Les stratégies du MSHP

Guidé par sa mission de protection de la santé des populations et conscient de ses limites, le MSHP a instauré depuis longtemps des dialogues avec les autres acteurs sanitaires. Son objectif principal en matière de planification familiale est l'augmentation de la pratique contraceptive. Il passe par plusieurs stratégies : formation du personnel, amélioration de la qualité de l'offre, de la qualité et de l'accessibilité des services de santé de reproduction. « Cela coûte cher, l'Etat ne peut pas tout prendre en charge » (un répondant du MSHP) Pour cela il cherche des partenaires pour l'aider à assurer ses missions et objectifs.

Selon un répondant du MSHP deux cas de figures peuvent se présenter : dans le premier c'est le MSHP qui sollicite un partenaire et dans l'autre c'est l'inverse. Dans le premier cas, le MSHP essaye de convaincre des acteurs d'aller avec lui sur le terrain c'est-à-dire dans une localité où existent des problèmes de santé publique. Dans l'autre cas, un partenaire peut solliciter le MSHP à intervenir avec lui dans certains domaines qui sont conformes à ses missions et objectifs.

Dans les deux situations, il élabore avec ses partenaires les éléments de base de leur collaboration. Un répondant du MSHP soulignait que dans ce cadre, le MSHP veille au respect des règles de la souveraineté nationale c'est-à-dire au respect des droits des citoyens en matière de santé.

Le MSHP, lorsqu'il est en partenariat avec des organisations qui disposent de ressources financières suffisantes, adopte des stratégies d'ouverture, de négociation. Il établit cette stratégie pour convaincre ces Organisations internationales à investir dans ses programmes de santé de planification familiale. Ce sont des demandes d'appui que formule le MSHP envers ces organisations. Ces demandes sont fonction des missions et statuts des Organisations internationales. Lorsque le MSHP sollicite l'USAID ou le FNUAP c'est pour un appui financier, matériel et financier alors que lorsque c'est l'OMS qui est sollicité c'est pour un appui technique le plus souvent.

Il arrive que le MSHP sollicite les ONG ou que ce soit l'inverse. Dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS, le MSHP avait sollicité l'implication active des ONG et OCB dans l'élaboration des besoins et objectifs de santé. Cette stratégie de coopération consiste à impliquer ces organisations dans la politique de décentralisation des services de santé. Il s'agit de coordonner l'intervention des ONG, de financer en partie leurs activités et de leur apporter un soutien en matière de gestion des projets.

Dans les partenariats entre le MSHP, les ONG et les Organisations internationales, le MSHP a adopté une stratégie qui consiste à la cogestion des subventions allouées par les Organisations internationales (deux répondeurs d'une ONG et du MSHP). C'est une méthode qui permet non seulement de bénéficier de ces financements mais en plus de réguler l'action des ONG en contrôlant leurs subventions.

La collaboration avec les ONG nationales est souvent influencée par la volonté de former des partenariats purement sénégalais (un répondeur du MSHP). D'après ce dernier, ces partenariats permettent d'asseoir la demande de services de planification familiale et d'étendre les pratiques grâce à des réseaux sociaux, de religieux, de journalistes et de parlementaires. Ces collaborations sont utilisées pour atteindre la cible masculine dans la planification familiale.

Le MSHP, grâce à la Division du partenariat et à la CAS/PNDS, développe des cadres de concertation et de partenariat entre les différents acteurs sanitaires. Ces deux structures initient ces relations et servent de cadre de référence entre le MSHP et ses partenaires. Elles n'interviennent pas directement dans l'exécution des programmes et projets de santé, mais interviennent dans la structuration des cadres de collaboration en servant d'interface entre les bailleurs de fonds et le MSHP et en aidant les ONG à répondre aux critères du MSHP.

3.4.3.2. Les stratégies des ONG

Les ONG, qu'elles soient nationales ou internationales, ont des stratégies quasi similaires. Ces stratégies consistent d'abord à appuyer le MSHP dans l'atteinte de ses objectifs de santé. Elles sollicitent à cet effet, la collaboration de MSHP dans

l'élaboration de ses différents programmes. Cette méthode leur a permis dans le temps de bénéficier des subventions du Gouvernement et des bailleurs de fonds.

Elles cherchent à travers ces collaborations, comme nous l'avons dit plus haut, une reconnaissance au niveau national. Elles font connaître aux divers acteurs sanitaires ce qu'elles peuvent apporter (un répondant d'une ONG). Un autre répondant d'une ONG poursuit en disant « il faut leur montrer nos capacités d'action et ensuite relever les défis en étant à la hauteur en terme d'exécution de projets ». Ces ONG jouent le jeu de leurs partenaires en exécutant les projets définis par ces derniers. Elles s'alignent sur les objectifs, les attentes et stratégies définis par les partenaires bailleurs de fonds. Les dires de cet autre répondant d'une ONG corroborent les propos de ce dernier : « si nos objectifs diffèrent de ceux du partenaire, il ne retiendra pas notre projet ». Les relations entre ONG et MSHP ou Organisations internationales sont souvent de nature contractuelle. Les ONG sont obligées de remplir « à la lettre » les consignes de leurs partenaires bailleurs.

Certaines ONG nationales commencent depuis quelques années à chercher des alternatives de financement. Cette nouvelle stratégie consiste à se départir de cette dépendance financière nous dit un répondant d'une ONG. Elles mènent des activités de soins qui permettent un recouvrement partiel des coûts grâce à des tarifs supportables par les populations. Des ONG comme l'ACDEV ont mis en place des mutuelles d'épargne et de crédit qui constituent des solutions alternatives au financement de leurs activités. Cela permet donc, comme nous le dit un répondant du MSHP, aux ONG d'être moins dépendantes des autres partenaires.

L'autre stratégie des ONG est de se regrouper au sein d'alliances comme le CONGAD et particulièrement le RESSIP qui regroupe l'ensemble des ONG et OCB oeuvrant dans le domaine de la santé et de la population. Ces instances permettent de coordonner les objectifs et stratégies des ONG. Ces dernières participent à la définition des politiques nationales et aux grandes instances sanitaires (Comité de lutte contre le VIH/SIDA, Commission nationale sur la population...). Les collaborations entre ONG, entre ONG et autres partenaires de santé, y sont discutées. Les ONG, à travers le RESSIP, se donnent plus

d'importance, de poids et se positionnent bien ainsi dans le schéma des acteurs potentiels de la santé au Sénégal.

3.4.3.3. Les stratégies des Organisations internationales

Elles ont, comme leurs partenaires précédents, certaines stratégies communes entre elles. En effet, avec les Organisations des Nations Unies ou avec les Organisations de la coopération bilatérale, nous notons une démarche de collaboration étroite avec le MSHP. Elles élaborent avec le MSHP les plans d'action pour relever le taux d'utilisation de la planification familiale (deux répondants d'une Organisation internationale et du MSHP).

Le traitement des données nous a révélé des stratégies spécifiques en rapport avec les missions différentes de ces Organisations internationales.

Le FNUAP est à l'écoute des acteurs locaux. Il répond aux demandes d'assistance du MSHP avec qui il collabore pour l'aider à définir les besoins de santé, à mettre en place des projets et programmes de planification familiale. Il apporte son expertise en matière de gestion de programmes, de conception d'outils d'information sur la planification familiale et dans le financement des contraceptifs et de la formation du personnel (un répondant d'une Organisation internationale).

Le FNUAP a adopté aussi une autre démarche : celle de la collaboration avec les ONG et autres réseaux de santé. « Nous attendons des réseaux et ONG qu'ils soient des relais au niveau des communautés car ils ont une assise locale plus importante, une expertise avérée en matière de planification familiale. Nous les appuyons pour qu'ils fassent au mieux leur travail de terrain » (un répondant d'une Organisation internationale). La démarche du FNUAP consiste à chercher et à exploiter les opportunités de coopération qui peuvent lui permettre d'étendre les pratiques contraceptives au Sénégal. Cette stratégie consiste à développer des partenariats avec tous les acteurs potentiels. Il ne s'agit plus maintenant d'une collaboration limitée au MSHP ou à quelques grandes ONG nationales. Le bureau régional développe des partenariats avec les ONG, les réseaux de parlementaires, de religieux, de journalistes pour mettre en place des politiques de population et

améliorer la sensibilisation des populations surtout la population masculine qui n'était pas trop ciblée dans les anciens programmes.

Une autre stratégie du FNUAP qui est commune aux Organisations internationales est de se retrouver au sein d'entités de coordination des bailleurs de fonds ou des instances du système des Nations Unies dont nous parlerons plus loin.

L'OMS s'attelle à la définition des normes en matière de planification familiale « car elle constitue la référence en matière de normes de santé » (un répondant d'une Organisation internationale). Elle apporte son appui technique dans la définition et l'utilisation de ces normes dans les services de planification familiale (OMS, 1998).

La stratégie de l'OMS est aussi d'ordre organisationnel. Elle s'attelle à l'implication de tous les acteurs aux divers programmes de santé. Elle facilite la mise en place de divers partenariats entre le MSHP, les bailleurs de fonds et les ONG. Elle joue donc un rôle de facilitateur. Elle s'inscrit dans une démarche d'intermédiaire entre le MSHP et les partenaires extérieurs. Elle plaide en faveur des Organisations nationales surtout du MSHP auprès des bailleurs de fonds qui veulent s'impliquer dans le domaine sanitaire au Sénégal et qui lui demandent des renseignements sur le pays (un répondant d'une Organisation internationale). Elle aide, dans ce sens, les organisations locales à définir leurs objectifs et stratégies afin de répondre aux sollicitations de ces bailleurs de fonds. Elle assure la coordination des actions et la mobilisation des ressources pour aider le MSHP (OMS, 2002).

Elle assure actuellement la coordination des bailleurs de fonds au Sénégal. C'est une démarche qui vise à rationaliser et à coordonner les ressources et les interventions des ces organisations.

L'USAID a une stratégie toute particulière. Elle mène des consultations avec tous les partenaires de santé au Sénégal (USAID, 2005). Elle tire de ces discussions des plans d'assistance du pays. Ce qui rend spécifique sa stratégie de coopération en santé, est l'utilisation d'ONG comme agences d'exécution de ces projets. L'USAID soumet à ces agences, qui sont des ONG américaines, un cahier de charges. Elle

définit les critères de base d'acceptation des projets des partenaires (USAID, 2000). Ce sont des relations d'ordre contractuel qu'elle utilise pour exécuter les projets qu'elle finance. Ces projets sont mis en place pour aider le MSHP à atteindre ses objectifs. Cette stratégie permet de diminuer les lenteurs administratives afin d'accélérer les résultats (un répondant d'une Organisation internationale)

Le bureau pays intervient directement dans la conception des projets et programmes de planification familiale. Elle finance les activités et surtout la logistique (produits contraceptifs), mais ne participe pas aux activités de terrain. Cette tâche est laissée aux soins des agences d'exécution. Cependant, elle assure un suivi de ces activités. D'ailleurs elle a mis en place des instances de coordination et de suivi de ses projets. Cela ne veut pas dire qu'elle ne collabore pas directement avec le MSHP ou les ONG. Elle se limite dans ces partenariats à la mise en place des projets tout en continuant à suivre leur évolution.

Elle collabore avec les ONG qu'elle approvisionne en produits contraceptifs. Elle est la première organisation dans ce domaine (un répondant d'une ONG). Elle participe aussi aux instances de coordination externe avec l'ensemble des bailleurs de fonds.

3.5. LES RELATIONS ENTRE LES ACTEURS

Elles constituent le cœur même du partenariat. Il est donc plus que nécessaire d'analyser comment ces acteurs les vivent. Dans cette optique nous essayerons de décrire le processus partenarial, les rapports entre acteurs, les contraintes des acteurs, les problèmes rencontrés et l'évaluation faite par les partenaires de leurs relations.

3.5.1. Le processus partenarial

Dans cette partie nous décrivons comment les partenaires construisent leurs différentes relations. Après analyse et traitement des données nous avons retrouvé deux étapes.

3.5.1.1. La phase de conceptualisation

Cette phase de début, qui est certes la plus importante, n'a pas été identifiée explicitement dans tous les discours. Seuls trois répondants l'ont fait. Les autres en ont parlé mais sous l'angle de ses éléments constitutifs.

Dans les divers discours, nous avons pu noter la nécessité de visions et de buts communs. Cette étape est essentielle dans la suite des événements nous répond un répondant d'une ONG. Pour ce dernier, le partenariat débute à ce niveau. Ils développent d'abord avec leurs futurs partenaires une vision commune du partenariat. « La vision doit être partagée pour que l'on s'ache ce que chacun cherche » relate un répondant d'une ONG. Les différents acteurs s'assoient ensemble, partagent des informations mutuelles. Ils échangent sur l'idée qu'ils se font du partenariat (un répondant du MSHP).

Il s'agit pour ces acteurs de se donner une idée sur les avantages que pourrait leur procurer leur collaboration future. Dans ces discussions, les acteurs annoncent leurs objectifs et buts personnels.

Ces moments sont des occasions pour tous les acteurs de se connaître et de s'apprécier voire davantage. Ils permettent aux acteurs d'avoir une connaissance sur les valeurs, missions, buts et visions des autres acteurs (un répondant d'une ONG).

Après cette étape, les acteurs échangent sur ce qui devrait être leur point commun. C'est une étape laborieuse car nous dit un répondant d'une ONG : « tout le monde veut montrer qu'il a des connaissances et compétences diverses ». Chaque acteur veut montrer ses capacités d'action et donc le rôle qu'il pourrait jouer dans les relations futures. Après de multiples échanges, une entente est obtenue, dès lors que les acteurs sont en accord sur une vision et des objectifs communs. Ces accords n'auraient pas pu être obtenus sans la volonté de tout un chacun à travailler côte à côte (un répondant d'une Organisation internationale). Un partenariat ne peut voir jour sans cette volonté d'aller vers l'autre pour chercher ce que l'on n'a pas.

Dans ces relations, les acteurs choisissent leurs partenaires. Ils vont vers ceux avec qui ils partagent les mêmes objectifs : « ce sont des partenaires potentiels » (un répondant d'une ONG). Ces acteurs, en se mettant ensemble, sont guidés par une problématique commune : les faibles taux de prévalence contraceptive et les conséquences qui peuvent en suivre au Sénégal. Ils évaluent ensemble la situation actuelle, l'état des collaborations antérieures. Cette analyse permet aux futurs partenaires d'établir un listing des forces, des faiblesses et problèmes pouvant survenir et enfin des possibilités qui leur sont offertes (un répondant d'une ONG).

Après ces différentes étapes, les acteurs s'engagent à devenir des partenaires. Il s'agit d'un engagement mutuel qui est verbal (un répondant d'une ONG) ou écrit (un répondant du MSHP). Ce qui est important aux yeux de certains répondants : c'est la communication, l'ouverture et la confiance qui règnent entre partenaires. Il faut que toutes les bases conceptuelles soient dégagées. Les partenaires s'assoient pour passer à l'étape stratégique c'est-à-dire l'élaboration du partenariat.

3.5.1.2. La phase d'élaboration

Cette étape constitue, selon nos répondants, la partie la plus ardue et la plus délicate. Elle nécessite beaucoup de ressources en temps et en disponibilité. Elle constitue la clé de la réussite du partenariat nous dit un répondant du MSHP. Elle détermine les règles qui érigent les différentes collaborations dans le partenariat. Elle établit les différentes stratégies à adopter, les ressources à utiliser, la responsabilité de chaque partenaire et les méthodes d'évaluation et de régulation.

Tous ces résultats sont obtenus après plusieurs séances de négociations où les partenaires échangent leur point de vue sur la manière de conduire le partenariat. De l'avis de la totalité des répondants, ces négociations sont facilitées par les expériences de collaborations antérieures. Ces relations, même si elles ne constituaient pas de véritables partenariats, ont posé les jalons des collaborations actuelles (un répondant d'une Organisation internationale).

Les partenaires se connaissent en général. Ils évoluent ensemble depuis des dizaines d'années dans la mise en place de services de planification familiale au Sénégal. Dans ces nouvelles collaborations, les partenaires savent à quoi s'en tenir. Il s'agit

soit de continuer ou d'améliorer un projet terminé, ou soit de mettre en place un nouveau projet basé sur l'évaluation de la situation actuelle. Ces négociations sont facilitées par les relations interpersonnelles, la sympathie, le leadership, l'ouverture d'esprit... Ce sont autant de qualités qui ont été énoncées par les répondants à l'égard de leurs partenaires.

« Dans ces rapports, on a certes des organisations aux missions différentes, mais ce sont des personnes qui se frottent, se parlent et non des organisations taillées sur mesure » (un répondant d'une Organisation internationale). Dans ce contexte du Sénégal, les relations entre diverses organisations sont facilitées par ces dimensions personnelles. Les organisations internationales et les ONG étrangères emploient de plus en plus des spécialistes locaux et surtout d'anciens employés du MSHP. Cela peut constituer un atout dans ces négociations d'autant plus que lorsque le MSHP négocie avec une autre organisation, ce sont d'anciens collègues de travail qui se rencontrent.

Dans ces rapports, chaque partie élabore un plan d'action qui sera étudié par les autres partenaires et à la fin un consensus est obtenu sur les différentes stratégies à mettre en place.

Après l'élaboration des stratégies, les partenaires s'attellent à la création d'un plan des ressources nécessaires pour le bon déroulement du partenariat. Ils définissent les ressources humaines, financières, techniques, matérielles, temporelles... nécessaires et cela en fonction de la faisabilité des objectifs.

Dans un contexte d'instabilité économique, avec une augmentation de la demande de santé jumelée à des déficits budgétaires, la mise en commun des ressources s'avère plus que nécessaire. Cette incapacité, à agir seul, pousse tous les différents acteurs locaux de la santé à agir en partenariat en mettant en commun les différentes ressources. Le partenariat constitue, comme le dit un répondant d'une ONG, « une synergie d'actions qui aboutit à la maximisation des ressources ». La mise en commun des ressources permet d'après les répondants, de rationaliser les ressources. Elle évite les doublons et les cafouillages. Elle passe par une

coordination des investissements et des efforts de tous les partenaires et tout cela pour le bien-être des populations qui sont les bénéficiaires de ces partenariats.

Tous les partenaires s'investissent dans la réalisation des objectifs et stratégies identifiés. Pour cela, chacun contribue selon ses possibilités, ses moyens, sa volonté et ses ententes, dans le partenariat.

Des diverses ressources présentes, les ressources financières ont été identifiées par tous les acteurs comme les plus importantes. « Les besoins en planification familiale sont tels qu'il faut beaucoup de ressources financières pour les réaliser » (un répondant du MSHP). C'est dire donc l'importance que revêtent ces ressources aux yeux des différents partenaires. Ensuite les répondants ont cité dans l'ordre de fréquence des ressources humaines, des ressources techniques, et les compétences.

Le MSHP apporte diverses ressources. La première à être citée par certains répondants du MSHP et des organisations partenaires est la légitimité. En effet, pour ces répondants, travailler avec le MSHP, permet de se doter d'une « légalité » au vu de l'Etat, une reconnaissance au niveau national et international. Le MSHP est l'organe de l'Etat chargé d'organiser la planification familiale, donc collaborer avec lui est une obligation pour tout acteur de la santé et confère à ces acteurs une notoriété.

Le MSHP apporte aussi sa contribution financière dans les projets de planification familiale. Certes, le financement de ses activités de planification familiale était presque entièrement assuré par les bailleurs de fonds (Janowitz et col., 1999), mais l'Etat a augmenté sa contribution (Wilson, 1998).

Le MSHP contribue aux dépenses relatives au fonctionnement des services de planification familiale (salaires, frais de gestion et d'équipement) et commence à inscrire une ligne de financement des produits contraceptifs dans son budget. En dehors des ressources financières, le MSHP trouve d'autres moyens pour contribuer à l'offre de services de planification famille. La richesse, les compétences et l'expertise des agents du MSHP, sont reconnues par l'ensemble des répondants. Selon un répondant d'une Organisation internationale, cela a fait progresser l'offre

de planification familiale vers une dimension plus intégrée qui est la santé de la reproduction (avec les recommandations de la conférence du Caire). Cependant, les représentants du MSHP, bien que partageant cet avis sur la qualité de leur personnel, déplorent le manque de ressources. Le MSHP, avec les difficultés économiques de l'Etat sénégalais, n'est pas pourvu en ressources humaines suffisantes pour l'offre de services de planification familiale.

Les contributions des Organisations internationales sont importantes, mais diffèrent dans leurs natures. Quand on parle de bailleurs de fonds au Sénégal en matière de planification familiale, on cite tout d'abord l'USAID et ensuite le FNUAP. D'ailleurs, « on ne peut pas parler de planification familiale sans citer ces deux organisations » (un répondant du MSHP). L'USAID est le principal bailleur de fonds qui finance l'achat de produits contraceptifs. D'après Janowitz et collaborateurs (1999), les bailleurs de fonds contribuent jusqu'à 85 % aux dépenses en planification familiale dans les pays en voie de développement comme le Sénégal. C'est dire donc, l'importance qu'occupent ces bailleurs de fonds dans la planification familiale. Les bailleurs comme l'USAID et le FNUAP ont mis en place et soutenu un PNPf au Sénégal. Les bailleurs de fonds financent aussi d'autres activités comme les prestations d'IEC, la formation des prestataires de services et la mise en place de politiques de population.

Dans la liste des bailleurs de fonds, il faut rajouter l'OMS qui a une approche d'intégration sectorielle de la santé de la reproduction. Elle met ses efforts dans le développement de stratégies et de normes en santé de la reproduction. Elle apporte son expérience et ses compétences en matière de nouvelles pratiques de planification familiale avec des données probantes. Elle contribue aussi à la formation du personnel de santé par l'intermédiaire de consultants. Il faut citer aussi d'autres bailleurs de fonds qui ne font pas partie de notre échantillonnage tels que la Banque mondiale la JICA et la GTZ qui apportent leurs contributions dans l'achat de produits contraceptifs.

Les ONG apportent une contribution financière plus faible que les autres. Cela s'explique selon un répondant d'une ONG par le mode de financement des ONG. Les ressources sont tirées de la cotisation des membres, des subventions et des

prestations de services. Les ONG bénéficient des subventions de l'Etat à travers le PNDS et de celles des bailleurs de fonds. Malgré ces subventionnements de leurs projets, les ONG tiennent à apporter leur part dans le financement des activités. La ressource la plus importante et la plus reconnue par les autres partenaires est leur expertise locale. Ainsi au Sénégal, des ONG comme l'ASBEF, SANFAM et l'ACDEV offrent leur disponibilité, leur expertise technique et leur présence locale dans les divers partenariats qu'elles forment. (Wilson, 1998). Les ONG jouent un rôle de plus en plus important dans la fixation des normes et permettent la réalisation des programmes de la santé de la reproduction. Les ONG sont «incontournables et sont des partenaires potentiels dans le système de santé au Sénégal » (un répondant d'une ONG).

La définition des rôles et des responsabilités se fait conjointement avec l'élaboration des stratégies. Les partenaires arrivent à un consensus qui est obtenu après plusieurs séances des négociations (un répondant du MSHP). La répartition est fonction des capacités, des compétences et des ressources de chaque acteur. Il s'agit de distribuer des rôles selon le domaine de spécialisation des acteurs. Cela se fait de manière à ce qu'il ait un engagement et une responsabilisation de tout un chacun (un répondant d'une ONG).

Les partenaires agissent presque conjointement dans toutes les phases d'offre de services de planification familiale. Ils sont chargés de sensibiliser les populations sur la planification familiale grâce à des séances d'IEC, de fournir les différents points de prestations des services en produits contraceptifs. Cependant, il existe quelques différences. L'USAID n'offre de services de planification familiale que par l'intermédiaire de son agence d'exécution qui est MSH qui exécute pour elle les activités de terrain. Elle a comme rôle de financer les activités de planification familiale et de suivre leur évolution.

L'OMS n'offre pas de services de planification familiale. Elle se limite dans la définition des stratégies et normes en matière de planification familiale. Elle participe à l'élaboration des politiques et programmes de population qui comporte un important volet de planification familiale. Elle a comme rôle principal de créer

de nouveaux partenariats et de coordonner les actions des Organisations internationales.

Le FNUAP suit le MSHP et les ONG locales dans la mise en place, le suivi et l'évaluation des projets de planification familiale. Elle intervient donc à tous les niveaux : de la conception des politiques de population à l'offre de services de planification familiale grâce à des projets mis à la disposition du MSHP et des ONG locales.

Le MSHP est quant à lui aussi à tous les niveaux d'exécution. Il est chargé de coordonner et de conduire toutes les activités de planification familiale.

Après ces différentes étapes, les partenaires définissent les règles du jeu c'est-à-dire les règles de base qui doivent structurer leurs relations. Ils s'entendent sur un agenda de réunion, sur les formes de prise de décision. Ces réunions permettent d'avoir un suivi et une évaluation des actions conjointes : « c'est le moment de régler les différents » (un répondant d'une ONG) et aussi de consolider et réorienter les stratégies.

3.5.2. Les rapports entre les partenaires

Les collaborations entre les acteurs de la planification familiale sont riches. Au cours de l'histoire de la planification familiale au Sénégal, diverses collaborations se sont formées. C'est donc dans cette perspective historique que nous allons d'abord aborder ces relations de partenariat pour suivre leur évolution.

La société sénégalaise est à forte connotation religieuse. Elle n'était pas ouverte aux pratiques nouvelles de planification familiale. Des méthodes traditionnelles (séparation des couples, gris-gris, usage de plantes) étaient pratiquées pour espacer les naissances (MSAPS, 1990 ; Gueye, 1994 et Biaye, 1994).

La forme actuelle de planification familiale est apparue en 1970. En effet, la clinique privée « Croix-bleue » bénéficia de l'autorisation du Gouvernement de mener des activités cliniques modernes de planification familiale. Ces activités

consistaient « à de la formation et à des prestations de services sur la contraception » (MSPAS, 1990).

En 1975, l'ASBEF prit le relais avec l'ouverture d'un centre de planification familiale à Dakar. Dans la même année, le Ministère de la santé ouvrit un centre public de prestations de services de planification familiale (centre de Bel-air) (MSPAS, 1990) qui fut dans l'année suivante déplacé au coeur de la capitale et ce près des populations qui en avaient le plus besoin (centre de Médina qui abrite jusqu'à présent les locaux de la Division de la santé de la reproduction).

De 1970 à 1980, les activités de planification familiale étaient assurées par des privés ou des O.N.G. telles que l'ASBEF et l'ASPF (planification naturelle) entre autres et une structure publique (le centre de Médina). Ces actions étaient menées de manière unilatérale : « il n'y avait pas de collaboration entre ces différentes structures » selon un répondant du MSHP.

Vers la fin des années 70, le Ministère de la santé, sous dans le cadre des relations bilatérales avec le Gouvernement américain, mit en place un projet de planification familiale intitulée : « projet de santé familiale et population » qui était financé par l'USAID (Gueye, 1994 et MSPAS, 1990). Le projet était établi dans six régions sur dix et dura de 1979 à 1992. Il consistait à développer des activités de prestations de services et d'IEC. Il s'appuyait sur le personnel du Ministère de la santé qui bénéficia de formation en planification familiale et en gestion (Aceto, 1995). Dans cette collaboration le Ministère de la santé apportait le personnel et l'USAID finançait les activités.

Il y eu un autre projet du FNUAP qui était établi dans les régions non couvertes par le précédent projet. Il s'agissait du projet « bien-être familial » qui s'étendait dans sa phase opérationnelle de 1988 à 1992. Ces deux projets avaient des activités similaires c'est-à-dire des prestations de services cliniques, de formation du personnel et d'activités d'IEC.

Par le biais de ces projets, le Gouvernement avec l'aide de ses partenaires impliqua par la suite la participation des secteurs parapublic et privé dans ses activités de

planification familiale. Des ONG comme l'ASBEF commençaient à étendre leurs activités au niveau des régions. L'ASBEF ouvrit un nouveau centre en 1985. « C'était une occasion pour le Ministère de la santé et ses partenaires d'appuyer ces initiatives » (un répondant d'une O.N.G.). Ils ciblerent aussi les travailleurs dans les entreprises publiques. Ces O.N.G. et entreprises étaient surtout appuyées par le projet de l'USAID (MSPAS, 1990).

Dans le cercle des acteurs impliqués en planification familiale, apparurent d'autres organisations telles que la banque mondiale, l'OMS, l'IPPF, MSH et le John Hopkins University qui menaient des activités de financement mais surtout de formation du personnel (MSPAS, 1990)

Il existait donc un nombre important d'acteurs intervenant dans la prestation familiale. La situation était caractérisée par des actions parcellaires, individuelles et incoordonnées qui entraînaient des doublons au niveau de certaines zones (un répondant du MSPH et un autre d'une Organisation internationale). Conscient de cette situation, le Gouvernement dans une optique de coordonner toutes ces actions, de rationaliser les ressources, a mis en place un Programme national de planification familiale en 1991. Il fut aidé en cela par l'USAID et le FNUAP. En effet, avec les deux projets mis en place par ces bailleurs de fonds, les bases de ce programme étaient jetées. La planification familiale était devenue importante aux yeux des autorités sénégalaises. Le programme national fut d'ailleurs sous la tutelle directe du Ministère de la santé, mais cela entraîna de nombreux problèmes car le personnel médical relevait de la Direction de la santé publique (Wilson, 1998).

Le PNPF avait pour mission de coordonner toutes les interventions des acteurs, de créer des activités décentralisées de planification familiale. Cette structure bénéficiait toujours de l'appui de ses partenaires. L'USAID mit en place un nouveau projet intitulé « Survie de l'enfant/planification familiale » (1992 à 1998). Avec ce projet, l'USAID changea de stratégie de coopération avec le Ministère de la santé. Suite à des malversations financières décelées dans la gestion du projet précédent, le staff vit la nécessité de recourir aux services d'agences d'exécution comme MSH (Aceto, 1995). Les relations entre le Ministère de la santé et l'USAID venaient de prendre un nouvel élan. Il s'agissait dès lors d'une cogestion du projet

entre le Programme national de planification familiale et MSH (un répondant d'une O.N.G.). Ce répondant pense que le Ministère de la santé était capable de gérer les fonds qui lui étaient destinés, mais en passant par une agence d'exécution on supprime les lourdeurs administratives et les erreurs de gestion. Les missions du projet étaient de rénover et de mettre en place de nouvelles structures de planification familiale en milieu urbain, de promouvoir au près des populations les nouvelles techniques de planification familiale, de former les agents prestataires de service. En plus de cela, un appui en gestion des services de planification familiale était offert aux responsables des services publics de santé. Les ONG n'étaient pas en rade dans ce projet. Elles furent impliquées dans la fourniture de produits contraceptifs et dans l'appui en gestion de programme. Parmi ces ONG nous pouvons citer l'ASBEF et SANFAM.

Le FNUAP s'était investi en cette période dans l'élaboration des politiques de population. Elle appuyait le Gouvernement à mettre en place un système de données sociodémographiques avec les recensements nationaux, à élaborer et à mettre en œuvre des politiques et programmes de population (un répondant d'une Organisation internationale).

Avec les recommandations de la CIPD, le programme national fut transformé en 1998 en Service national de santé de la reproduction. Cet avènement fut possible avec le PNDS qui proposa une restructuration du ministère de la santé. L'élaboration du PNDS fut l'occasion, pour tous les acteurs de la santé, de collaborer intensément afin de maximiser leurs efforts, leurs stratégies, leurs moyens au service de la santé des populations. Dans l'avènement du Service de santé de la reproduction, les ONG furent impliquées dans l'élaboration des programmes et politique de santé de la reproduction (Wilson, 1998). D'après cet auteur, cette indication venait de la reconnaissance du Ministère de la santé de ces incapacités à organiser tout seul les activités de santé et de la forte pression des bailleurs de fonds. Les ONG étaient acceptées par le Ministère de la santé et bénéficiaient des subventions des bailleurs de fonds.

En 2001, à la suite d'une restructuration interne influencée par les recommandations de l'OMS, le Service national de santé de la reproduction puis est érigé en Division

de santé de la reproduction. Avec cette nouvelle structure, les interventions étaient devenues plus intégrées. Il s'agissait dès lors, d'offrir un paquet de services de santé de la reproduction. Les actions se tournaient vers la santé maternelle, la planification familiale, la santé des enfants et les maladies sexuellement transmissibles. La Division de la santé de la reproduction tire ses ressources des allocations budgétaires, des subventions que ses principaux bailleurs (USAID, FNUAP, JICA, Banque Mondiale, GTZ entre autres) lui accordent.

L'USAID avait mis en place un projet intitulé « Santé Maternelle et Infantile/Planification Familiale ». Ce projet était encore confié à MSH qui l'exécute en appui au Ministère de la santé. MSH sert de lien entre le Ministère de la santé et l'USAID pour ce qui est des activités de terrain. Les objectifs sont restés les mêmes que ceux du projet précédent : augmentation de l'utilisation des contraceptifs, mise en place de normes et de protocoles, appui à la gestion des services de planification familiale. Ce projet arrive d'ailleurs à terme.

Les bailleurs de fonds sont réunis dans une structure de coordination qui leur permet d'échanger et de coordonner leurs actions au Sénégal. Cette structure n'est pas spécifique de la planification familiale mais lui accorde une bonne place. Cette collaboration est plus que nécessaire car permet d'éviter des doublons dans les rôles et places dans les zones d'intervention (un répondant d'une Organisation internationale). Un autre répondant nous dit que dans cette structure ils revoient les différentes stratégies et méthodes de planification familiale.

Les ONG se retrouvent dans le RESSIP. Cette structure leur a permis de se tailler une place dans l'environnement des acteurs de la santé (un répondant du MSHP). Elles y discutent des différentes stratégies à adopter vis à vis des autres partenaires. Elles utilisent leur présence plus qu'incontournable pour s'opposer à leurs partenaires (répondant d'une Organisation internationale). Lorsqu'elles sont ensemble, elles ont plus de poids. Elles participent aux plans d'élaboration des politiques de santé. Elles se heurtent au Ministère de la santé quant à la distribution des subventions reçues des bailleurs de fonds (Wilson, 1998). D'après cet auteur, dans ces cas, le Ministère de la santé cherche à limiter sa collaboration avec les ONG à l'élaboration des politiques, mais ne veut pas partager les ressources. En fait

ces situations ont évolué. Un consensus a été trouvé sur les modes de financement. En effet, le Ministère de la santé apporte sa contribution financière, matérielle dans divers projets des ONG. Ces dernières peuvent bénéficier aussi de l'appui direct des bailleurs de fonds. Les relations entre les ONG et le Ministère de la santé sont soutenues par l'avènement de la Direction du partenariat qui est l'organe chargé de développer et de structurer les partenariats entre le ministère de la santé, les ONG et les OCB. Cette structure travaille de concert avec le RESSIP avec qui elle amène les ONG à présenter des dossiers de financement qui répondent aux critères du Ministère de la santé et des bailleurs de fonds. Cependant la présence de cette structure n'a pas été ressentie par les acteurs directs de la planification familiale. Un répondant du ministère de la santé disait qu'ils ont une conception théorique du partenariat tandis qu'eux, le vivent au jour le jour.

Le FNUAP, par son cinquième programme d'assistance (2000 à 2006) a mis en place plusieurs projets avec deux volets : un relatif à la population et au développement et un autre relatif à la santé de la reproduction. Ce dernier volet qui nous intéresse, comporte trois projets de santé de la production :

- Offre de services intégrés de santé de la reproduction dans les régions de Tambacounda et de Kolda.
- IEC en appui à la santé de la reproduction

Le FNUAP n'a pas la même démarche que l'USAID en ce qui concerne ses relations avec le Ministère de la santé. Il a confié ses projets à la Division de la santé de la reproduction avec qui il travaille sur le terrain.

Les relations entre les divers acteurs de la planification ont beaucoup évolué comme le montre la figure 3.

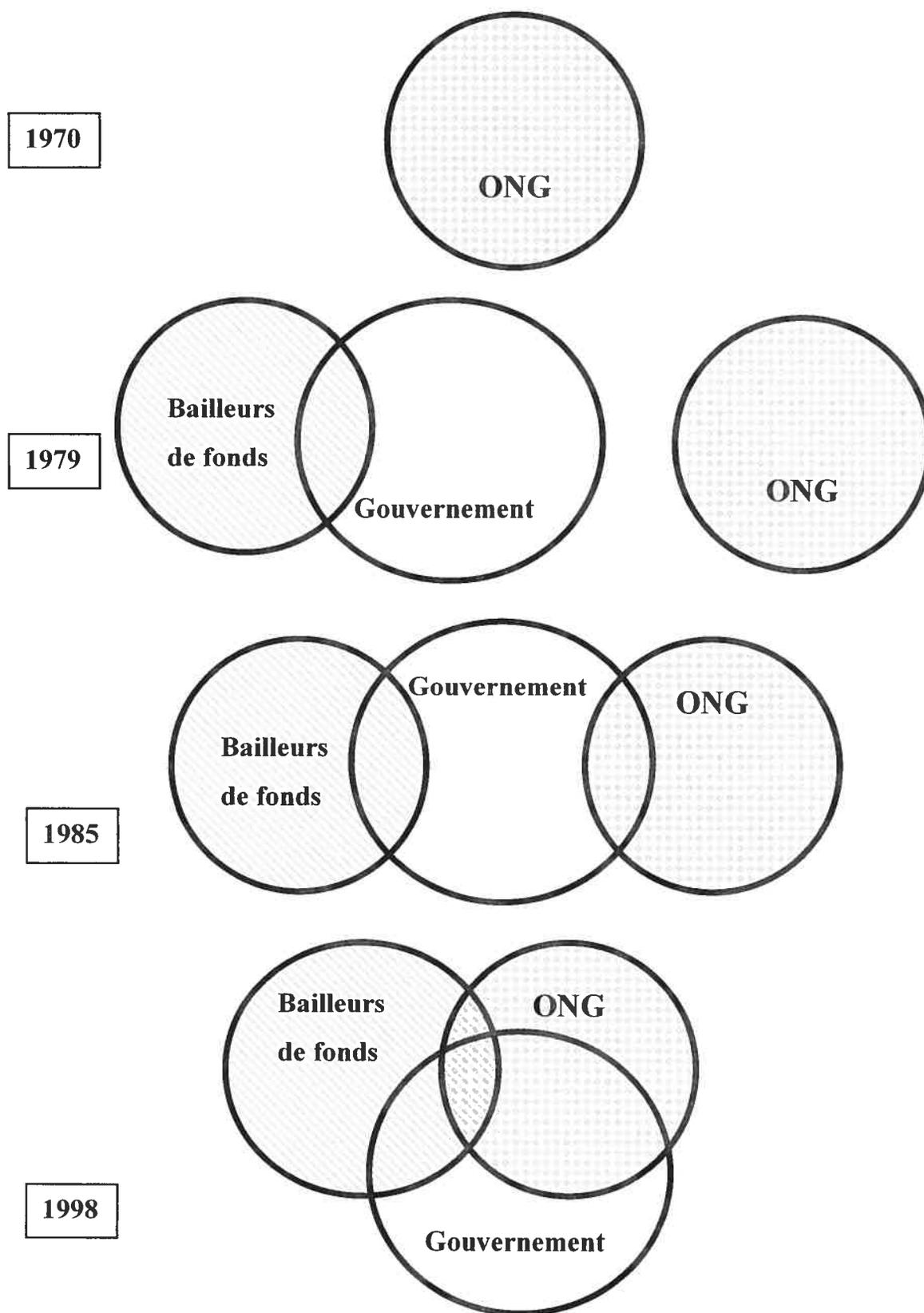


Figure 3 : évolution des relations entre les acteurs

3.5.3. Les contraintes des relations partenariales

Des acteurs qui interagissent dans un milieu ne sont pas indifférents à leur contexte. Ils sont soumis à des contraintes qui sont, selon les répondants, de deux ordres : les contraintes générales et les contraintes spécifiques.

3.5.3.1. Les contraintes générales

- Les contraintes socio-économiques

Les pays en voie de développement sont sous le poids d'une croissance économique faible. Les gouvernements n'arrivent pas à satisfaire tous les besoins des citoyens. Les secteurs sociaux tels que la santé et l'éducation ne sont pas bien financés. Les programmes de santé ne donnent pas des résultats satisfaisants du fait du manque de moyens (selon un répondant d'une Organisation internationale). En effet, le financement n'est pas à la hauteur des nobles ambitions des gouvernements. Les ressources humaines sont faibles et ce loin des normes fixées par l'OMS (OMS, 2002).

Aucun acteur de la santé, aussi bien le Gouvernement, les Organisations internationales ou les ONG, ne peut assurer seul les activités de santé. Cette situation conjoncturelle impose aux acteurs de s'ouvrir aux autres pour former des partenariats qui sont, selon nos répondants la voie de salut pour répondre aux besoins des populations. Un répondant du MSHP disait « vu la situation actuelle, nous sommes conscients que nous ne pouvons tout faire seuls, c'est pourquoi nous nous sommes ouverts aux ONG et OCB ». Le Ministère de la santé était habitué à assurer tout seul la responsabilité de la santé des populations sous le titre de l'état providence. Il s'est rendu compte que les moyens lui faisaient défaut et qu'il fallait qu'il s'ouvre beaucoup plus aux autres acteurs tels que les ONG. Cette situation n'est pas seulement attribuable au Ministère de la santé. Les Organisations internationales qui sont les principaux bailleurs de fonds du Gouvernement se sont rendues compte de cette impossibilité à vouloir tout faire seul. Les ONG qui étaient habituées à évoluer individuellement sont aussi contraintes à s'engager dans des partenariats.

- Les Lois et règlements

Les répondants ont rajouté d'autres contraintes générales telles que les exigences des législations et réglementations sur la santé au Sénégal. La Constitution du pays donne au Ministère de la santé et aux collectivités locales le soin de l'organisation des soins de santé (article 14). Tout acteur de la santé est obligé de s'associer à ces entités de l'Etat pour offrir des services de santé. L'Etat joue donc un rôle de régulateur en reconnaissant ces acteurs qui doivent se conformer à la politique sanitaire nationale (un répondant d'une ONG). Ce répondant poursuit en disant que tous les textes sont élaborés en plaçant le Ministère de la santé en avant dans l'organisation des soins. Pour ce dernier, cela influence les rapports avec certains bailleurs de fonds qui sont obligés de passer par le Ministère de la santé pour financer les ONG. Selon un répondant du MSHP, les textes et programmes comme le PNDS ont été élaborés avec l'aide des bailleurs de fonds. Ces derniers ont exigé la participation des ONG dans les programmes de santé.

- La diversification des acteurs

L'évolution des systèmes de santé des pays en voie de développement est marquée par l'ouverture des gouvernements aux acteurs locaux de la santé. Comme nous l'avons cité plus haut, cela a pour origine entre autres les situations de précarité économique et les réformes institutionnelles. Il s'en suivit, selon un répondant d'une Organisation internationale, l'émergence de nouveaux acteurs. Ces derniers se sont diversifiés et multipliés d'une manière croissante (un répondant d'une ONG). Il arrive qu'on retrouve plusieurs ONG ou OCB dans une même localité. Dans certaines collaborations, « on ne sait plus qui fait quoi » (un répondant d'une Organisation internationale). De nombreuses ONG et OCB sollicitent les bailleurs de fonds qui, selon un répondant d'une Organisation internationale, ne peuvent pas satisfaire à toutes les demandes. C'est à cause de cette situation que certaines Organisations étrangères sont obligées de se limiter à certaines ONG d'envergure nationale, qui sont plus compétentes pour répondre à leurs attentes.

En rapport avec la diversité des acteurs, un répondant d'une ONG a notifié l'avènement de la pandémie du VIH Sida. Selon lui, une multitude d'ONG et autres associations virent jour avec cette problématique de santé. Elles veulent bénéficier des importantes subventions octroyées par les bailleurs de fonds dans ce domaine

(un répondant du MSHP). De ce fait, les autres secteurs sanitaires en pâtissent. En effet, les programmes de lutte contre le VIH sida intéressent beaucoup plus les bailleurs de fonds au détriment des autres programmes de santé de la reproduction et surtout de la planification familiale.

3.5.3.2. Les contraintes spécifiques

Les répondants ont soulevé deux types de contraintes spécifiques :

- les contraintes organisationnelles : la totalité des répondants a convenu que le partenariat regroupant des acteurs aux objectifs et missions différents, peut devenir un frein au bon déroulement de leurs activités. Un répondant d'une Organisation internationale disait « travailler avec des organisations qui n'ont pas les mêmes visions ou qui ont des capacités d'action et de gestion insuffisantes, nous freine dans notre travail ». Pour lui, des organisations comme les ONG, qui n'ont pas beaucoup de ressources disponibles à temps, peuvent ralentir les processus d'action. Dans de telles relations, il survient un retard dans la mise en commun des ressources pouvant entraîner une diminution du pôle d'exécution.
- Le partenariat exige qu'on supporte les autres, qu'on ne soit pas plus pressé qu'eux (un répondant d'une Organisation internationale). Toutes les décisions doivent faire l'objet d'une concertation. Cela peut constituer des freins à l'expansion et à l'initiative personnelle d'un acteur selon ce dernier. Cela diminue les capacités d'exécution des acteurs, car constitue des lourdeurs administratives. Selon un répondant du MSHP, cela entraîne une réduction des marges de manœuvre.

3.5.4. Les problèmes survenant dans les relations partenariales

Cette partie de notre enquête constitue celle où nous avons noté le plus de propositions opposées entre les répondants. Certains pensent qu'il n'y a pas de problèmes alors que d'autres pensent le contraire même si disent-ils, ce sont les problèmes qui connaissent des fins heureuses.

Un répondant d'une Organisation internationale disait « au Sénégal, il n'y a pas de problèmes de divergences, ni de conflits d'intérêts. Tout le monde vient en appui

au Ministère de la santé pour l'aider à remplir ses missions ». Cet autre répondant du MSHP rajoutait « je n'ai jamais vécu de problèmes dans nos collaborations avec nos partenaires ». Ces propos sont en porte à faux avec ceux de répondants de la même entité, qui en relativisant, citent la présence de certains problèmes.

Le problème que nous citerons en premier est relatif à des conflits d'intérêts qui surviennent dans les partenariats. Contrairement aux répondants de l'Organisation internationale et du Ministère de la santé, d'autres répondants citent la survenue de ce genre de problème.

Un répondant du MSHP cite qu'à un moment l'USAID avait voulu diminuer sa part de contributions à l'achat de contraceptifs et avait demandé que l'Etat inscrive une ligne d'achat de ces produits dans son budget. Le Gouvernement n'avait pas accepté car les produits contraceptifs coûtent cher. D'après ce dernier « cela avait entraîné des différences de visions et donc un conflit d'intérêts ». Il poursuit en disant que « dans ce genre de conflit c'est la décision de l'USAID qui prime ». Un autre répondant du MSHP confirme les dires de son collègue : « lors de certaines négociations avec l'USAID, nous étions en position de faiblesse. Le représentant de l'USAID nous disait : voilà ce que nous pouvons vous donner, c'est à prendre ou à laisser ». Un autre répondant du MSHP disait que dans certains projets, les bailleurs de fonds leur imposaient des experts étrangers dont ils n'avaient pas besoin.

D'après ces derniers, malgré l'esprit de collaboration, de partenariat qui existe entre les deux entités, il arrive que l'USAID impose ses décisions sans que ce soit une décision partagée. Ces problèmes sont moins rencontrés avec les Organisations des Nations unies (un répondant du MSHP).

Un répondant d'une ONG relativise. Selon lui, ces conflits ont pour origine un défaut de communication, de capitalisation des cultures organisationnelles différentes entre le MSHP et ses bailleurs de fonds. Ces conflits ont pour conséquence le blocage des interventions. Il est arrivé même que des programmes soient retardés à cause de ces situations d'incompréhension, de non respect des valeurs fondamentales d'un partenariat dynamique. Un autre répondant d'une ONG situe l'origine des conflits dans le camp de certains responsables du MSHP qui selon lui « ne jouent pas franc jeu car ils veulent préserver des intérêts personnels ».

D'autres problèmes ont été soulevés par des répondants. Il existe des problèmes lors de la mise en commun des ressources. Il peut arriver que certains partenaires ne disposent pas à temps de leurs ressources. Tous les acteurs n'ont pas les mêmes capacités d'exécution. Il est arrivé très souvent dans les projets du FNUAP (qui dispose d'un budget régulier et d'un autre venant de ses partenaires extérieurs) un manque de disponibilité continue de fonds (deux répondants du MSHP et d'une Organisation internationale). Cela se traduit, selon ces derniers, par un manque d'évaluation du projet voire un arrêt avant terme.

Les problèmes reliés aux ONG ont trait à leurs capacités de gestion. Il est arrivé dans le temps, que certaines ONG n'arrivaient pas à gérer convenablement les fonds qui leur ont été alloués. Cela était dû, selon un répondant d'une Organisation internationale, à des déficits en management. Il leur a été difficile de faire des évaluations, des rapports d'activités poursuit ce répondant. Il arrive qu'à long terme, « les bailleurs de fonds se découragent et que les financements soient arrêtés » (un répondant d'une ONG).

Il arrive que des ONG et le MSHP ne soient pas en accord sur certains points. Les questions qui les opposent le plus souvent sont relatives au financement de certaines activités. Ce financement venant le plus souvent des bailleurs de fonds, les ONG jugent qu'elles y ont droit, ce que le MSHP ne voit pas souvent du même œil. Selon un répondant d'une ONG, le MSHP veut tout garder pour lui ou bien veut gérer ces fonds malgré qu'ils soient destinés aux ONG. C'est une situation qui les oppose.

Malgré ces divers problèmes, des solutions sont toujours apportées de l'avis de la majeure partie des répondants qui croient que la résolution de ces problèmes dépend de la bonne volonté de tout un chacun. La résolution des conflits se fait de manière « courtoise » (un répondant du MSHP), en usant des relations personnelles, en revoyant les différentes positions par rapport aux valeurs, missions et objectifs de chaque partenaire. En général, un consensus est trouvé même si cela doit prendre beaucoup de temps en réunion et négociation (un répondant d'une ONG). Si des solutions ne sont pas trouvées, les protagonistes se réfèrent aux autorités compétentes que sont la Direction de la santé ou le Ministère des finances pour ce qui est des relations de coopération bilatérale ou multilatérale (un répondant du

MSHP). A ce niveau, les textes en vigueur qui régissent ces collaborations sont utilisés afin de résoudre ces problèmes.

Pour prévenir ces conflits, « des garde-fous » sont pris dès le début des collaborations (un répondant du MSHP). Cela permet selon ce dernier de réduire les différences de cultures organisationnelles et de détourner les obstacles pouvant survenir. Les ONG améliorent leurs capacités de gestion, de suivi et d'évaluation pour être performantes afin de mieux répondre aux priorités des bailleurs de fonds et du Gouvernement (un répondant d'une ONG). D'ailleurs, elles sont aidées dans cette tâche par leurs partenaires qui leur offrent des prestations dans ce domaine.

La résolution des problèmes et conflits passe par des instances.

- Il y a les instances de coordination nationale comme la revue annuelle de coordination (RAC) qui regroupe tous les partenaires de santé et qui est organisée deux fois par an. Dans cette instance, il est fait un bilan des différentes stratégies et actions. Les problèmes sont soulevés et des solutions sont proposées.
- La revue de programmes de l'USAID entre le MSHP et les programmes de l'USAID.
- Le RESSIP qui permet aux ONG de partager les informations, de renforcer leurs capacités.
- La Direction du partenariat
- La CAS/PNDS

3.5.5. Evaluation des relations partenariales

Dans cette section nous traduirons le bilan du processus partenarial et des actions menées grâce au partenariat. Il faut rappeler que cette évaluation n'est pas la nôtre : elle est celle des répondants.

La totalité des répondants a parlé de bilan positif. Les qualificatifs vont d'assez positif à très positif. Selon plusieurs répondants, le partenariat a permis d'arriver à des résultats croissants en matière de planification familiale. Avec les ressources (surtout le financement) des partenaires, l'offre de services de qualité et la sensibilisation des populations ont été bonifiées. Cela a permis de faire évoluer les

taux d'utilisation de planification familiale qui ne sont passées de « presque rien en 1980, à 10,5 % en 1999 » selon un répondant du MSHP.

Le partenariat a amélioré les capacités de certains acteurs de la santé en leur permettant de bénéficier d'infrastructures de qualité, de compétences en matière de gestion et de prestation de services. Il a aussi permis aux Organisations internationales d'harmoniser leurs stratégies afin de venir en aide au Ministère de la santé. D'ailleurs, une consultation en 2004 entre les différents acteurs impliqués dans l'offre de planification familiale a permis de mettre en place de nouvelles stratégies pour relancer l'utilisation de la planification familiale au Sénégal.

CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RESULTATS

4.1. LES STRATEGIES DES ACTEURS

La stratégie des acteurs est au centre de l'analyse stratégique. La stratégie comme nous l'avons vu, constitue une attitude prise par l'acteur pour atteindre ses objectifs. Pour cela, l'acteur fait « un calcul rationnel » entre ses objectifs et les ressources dont il dispose. Comme nous l'avons vu plus haut, les acteurs de la planification familiale au Sénégal adoptent des stratégies diverses, bien que partageant certains buts communs (augmentation de la prévalence contraceptive, amélioration de la santé des populations). Ces différents objectifs sont liés aux mandats et missions des diverses organisations. Le Ministère de la santé est chargé de l'organisation des soins, les Organisations internationales sont chargées d'assister le Gouvernement du Sénégal dans l'accomplissement de ses missions, les ONG sont motivées par l'amélioration de la santé des populations.

Ces acteurs disposent de ressources diverses, allant des ressources financières, techniques aux ressources humaines... Ils adoptent des stratégies en fonction de leurs cultures organisationnelles, de leurs ressources. Cependant, analyser la stratégie de l'acteur sans la placer dans un contexte systémique ne serait que pure erreur. La stratégie d'un acteur doit être placée dans un système, un environnement. Ce système permet à l'acteur, de développer sa stratégie mais en même temps il le contraint.

- Les stratégies du Ministère de la santé

Il adopte diverses stratégies de partenariat selon ses partenaires. Analyser des stratégies d'un acteur, revient à voir comment dans une certaine marge de manœuvre, il associe ses objectifs avec ses ressources. Le Ministère de la santé bénéficie de certaines ressources qui sont la légitimité d'action, les ressources humaines et des compétences techniques grâce à un personnel de plus en plus performant en matière de gestion et d'offre de services de planification familiale. Les missions et objectifs du Ministère de la santé devraient le conduire à vouloir mener des activités de planification familiale en dehors de tout autre partenaire. Cependant, la marge de manœuvre du Ministère la santé n'est pas assez grande. L'Etat ne dispose pas de suffisamment de ressources pour offrir des services de

santé. Comme nous l'avons vu, l'État sénégalais à l'instar de la majeure partie des états des pays en voie de développement ne dispose pas d'un budget de santé supérieur à 10 % du budget total. Les ressources humaines font aussi défaut, les normes de l'OMS en matière de personnel de santé ne sont pas remplies. Ce faisant, le Ministère de la santé est contraint de s'ouvrir à d'autres partenaires pour remplir ses missions et objectifs.

Nous voyons donc, par là, les effets du système sur les stratégies du Ministère de la santé. Il est obligé de faire avec ses contraintes. C'est ce que Crozier et Friedberg (1977) appelaient la rationalité limitée de l'acteur. En effet, le Ministère de la santé bien qu'imbu d'une volonté d'offrir une gratuité des soins de santé, est obligé de faire appel à d'autres acteurs pour l'aider dans cette tâche.

Il développe dans ses rapports avec les Organisations internationales des stratégies d'ouverture, de dialogue, de négociation, de recherche de financement. Il est contraint par ses déficits en ressources que nous avons citées plus haut. De ce fait, il est obligé de chercher les partenaires qui sont capables de lui donner ce dont il manque pour accomplir à bien ses missions. Cette démarche s'établit sous forme de demande de financement de projets. Pour cela, il favorise l'implication de ses partenaires au dialogue et à la concertation sur les différents problèmes de la population en matière de planification familiale. Il cherche à convaincre ses partenaires à investir dans ses projets.

Cette même stratégie est adoptée envers les ONG qui sont de véritables chevilles ouvrières en matière de santé dans les pays en voie de développement. En effet, ces dernières sont dotées d'une grande opérationnalité. Elles atteignent plus facilement les populations. Le Ministère de la santé, soucieux de ses incapacités dans ce sens et du rôle que pourrait jouer ces ONG dans l'offre de soins, les appuie dans leurs projets. Ce financement peut se faire sur fonds propres de l'Etat ou en se basant sur les fonds alloués par les bailleurs de fonds. Cette ouverture aux ONG ne s'est pas construite à partir de la volonté propre du Ministère de la santé. Il a été contraint par les bailleurs de fonds qui avaient exigé l'implication de ces ONG aux différents processus d'élaboration de mise en œuvre des programmes de santé.

Une stratégie se développe certes en tenant compte des objectifs, ressources et contraintes, mais aussi en réponse aux stratégies des autres acteurs. C'est ainsi que le Ministère de la santé use de la légitimité que lui confère l'Etat (la constitution). Cela lui permet d'élargir ces ressources et donc sa marge de manœuvre. En effet, toutes les organisations désireuses d'intervenir en matière de santé, sont obligées de passer par lui. Ainsi, il peut s'opposer à certains acteurs en défendant les valeurs de l'Etat. À ce titre, il faut signaler que le Ministère de la santé et donc l'Etat, s'oppose à toute tentative de la légalisation de l'avortement qui est contraire à ses valeurs et principes. Il s'oppose aussi à toute organisation dont les objectifs et stratégies constitue une menace à l'intégrité nationale.

Cette légitimité lui permet de contrôler l'action de certains acteurs. Il négocie toute entrée en action de tout nouvel acteur. Il régule grâce à des instances de coordination que sont la Direction du partenariat, la CAS/PNDS et les instances de coordination des bailleurs de fonds, l'action des acteurs sanitaires.

- Les stratégies des ONG

Ce sont des organisations proches des populations avec des objectifs et buts étendus. Elles s'inquiètent de la santé des populations. Ainsi, elles s'impliquent au niveau local dans la sensibilisation et la dispensation de services de planification familiale aux populations. Elles sont guidées par des valeurs d'équité, de solidarité et de volontariat. Cela fait que la stratégie première de partenariat pour ces organisations consiste à chercher des moyens pour accomplir leurs nobles ambitions. Ces ONG, avec les besoins grandissants des populations, ne peuvent plus se contenter de cotisations et dons. Elles s'ouvrent donc aux autorités (Ministère de la santé) et aux bailleurs de fonds.

Cette ouverture se conçoit à deux niveaux. Le premier est guidé par les valeurs de solidarité des ONG. Elles doivent appuyer les organisations étatiques dans l'offre de services. Refuser de collaborer avec le Ministère de la santé serait une atteinte à ce principe. Cette collaboration est basée sur l'opportunité que leur offre le PNDS à s'impliquer plus dans l'élaboration et la gestion des services de santé.

L'autre plan a trait à la pénurie de ressources. En effet, les ONG, surtout nationales, sont dépourvues de ressources. Les ressources financières font défaut. La marge de manœuvre des ONG est très faible. Elles sont obligées d'aller vers les autres acteurs. Cette quête accrue de ressources financières ou matérielles (pour l'achat de contraceptifs) met souvent les ONG dans une position de dépendance. Les ressources financières constituent, pour eux, ce que Crozier et Friedberg (1977) appellent les zones d'incertitude. Elles sont obligées de jouer le jeu de leurs partenaires comme disait un répondant d'une O.N.G. « nous sommes obligés de suivre les directives des bailleurs de fonds, sinon nous n'aurons pas de financement ». Dans ces relations, il s'agit souvent de contractualisation qui permet au MSHP et aux bailleurs de fonds de financer les activités des ONG.

La stratégie des ONG n'est pas rationnelle par rapport à leurs objectifs et valeurs, mais elle l'est par rapport aux opportunités qui leur sont offertes. Selon Crozier et Friedberg (1977), cette stratégie a deux aspects : « un aspect offensif » et « un aspect défensif ». L'aspect offensif de la stratégie consiste à la saisie des opportunités de financement, d'appui technique et matériel pour réaliser leurs activités et donc élargir leurs marges de liberté : ce qui constitue l'aspect défensif.

- Les stratégies des Organisations internationales

Elles ont des stratégies quasi similaires. Elles sont chargées, chacune en ce qui la concerne, d'appuyer le pays par l'intermédiaire du Ministère de la santé dans ses objectifs de santé. Leurs stratégies sont rationnelles car guidées par les missions et valeurs de ces organisations.

Elles sont bien pourvues en ressources financières, ce qui leur permet d'avoir une marge de manœuvre large. Cependant, comme les autres organisations, elles sont soumises à des contraintes. En effet, les Organisations internationales sont riches en ressources financières, techniques, matérielles, mais ne disposent pas de suffisamment de ressources humaines pour offrir des services de planification familiale. Cette contrainte associée à celle les obligeant à travailler avec les autorités locales, les poussent à chercher d'autres partenaires qui sont dotés de ressources humaines suffisantes et opérationnelles.

Les Organisations internationales à l'exception de l'USAID et de l'OMS, mènent des activités de terrain avec la Division de la santé de la reproduction. La stratégie de l'USAID qui consiste à passer par des agences d'exécution peut se comprendre dans le sens d'une socialisation (vécu). En effet, l'USAID, à une période, avait soupçonné des malversations financières dans la gestion de certains projets confiés au Ministère de la santé. Cela avait entraîné une nouvelle prise de position qui consistait à traiter avec des agences d'exécution qui sont plus souples à gérer des projets de planification familiale. Ces agences étaient liées à l'USAID de manière contractuelle. C'est donc un vécu qui a dû entraîner une nouvelle perception des partenariats. Cela a amené l'USAID à adopter cette stratégie unique dans le paysage des Organisations internationales au Sénégal. En fait, l'USAID en tant qu'agence de coopération bilatérale est plus souple à adopter cette position que les Organisations du système des Nations Unies. Ces dernières sont tenues de collaborer directement avec le Gouvernement donc de ne pas se trouver des intermédiaires dans l'exécution des projets communs avec le Ministère de la santé ou avec les ONG.

L'USAID en adoptant cette stratégie, se dote d'un nouveau statut dans le paysage des acteurs sanitaires au Sénégal. Elle devient, dès lors, un "super acteur". Elle se démarque des autres tout en restant présent. Elle s'élève de rang et laisse la Division de la santé de la reproduction et MSH gérer ses projets. Elle devient un superviseur et un régulateur de ses projets de santé de la reproduction.

4.2. LA DYNAMIQUE DES RAPPORTS ENTRE LES ACTEURS

Nous tenterons dans les lignes qui suivent d'analyser notre cas de partenariat dans une double logique de collaboration et de conflit.

4.2.1. La logique de collaboration

En partant de l'interdépendance des acteurs, nous renvoyons le partenariat à la notion de système d'action concret qui d'après Crozier et Friedberg (1977, p. 243) « est un ensemble dont toutes les parties sont interdépendantes ».

Les acteurs de la planification familiale au Sénégal sont tous dotés de certaines ressources. Cependant, leurs ressources, aussi diverses qu'elles soient, ne

permettent pas de mener une action individuelle en matière d'offre de services de planification familiale. Les acteurs, bien qu'ils aient des missions, valeurs, ressources différentes ont en commun la volonté d'améliorer la santé des populations. Dans le partenariat, il existe toujours des objectifs personnels et des objectifs communs ou partagés. La particularité de notre cas est la similitude des objectifs. Toutes les organisations ne cherchent pas directement des actions, qui au sens économique, leur rapporteraient des bénéfices en terme de productivité. Le bénéfice recherché, est l'amélioration de la santé des populations par une augmentation de la pratique contraceptive. Cela constitue l'un des avantages de ces relations. Il permet d'éviter les compétitions, mais ne les efface pas car il peut arriver que des organisations telles que des ONG rentrent en compétition, pour gagner la confiance des bailleurs de fonds pour la gestion d'un projet.

Les acteurs sont donc conscients de leurs forces et faiblesses et vont s'engager dans des relations de partenariat qui constituent une stratégie d'augmentation des capacités et marge de manœuvre des différents acteurs. C'est cette incapacité qui entraîne la situation d'interdépendance qui à son tour entraîne la nécessité d'une collaboration sous forme de partenariat.

La différence entre les acteurs réside dans leurs objectifs personnels. Cela n'est que normal, car les cultures organisationnelles sont différentes. La collaboration entre ces acteurs dans un partenariat nécessite un consensus sur les méthodes d'actions, le rôle et la contribution de chaque organisation. Ce consensus s'est d'abord opéré dans la reconnaissance de la situation problématique. Les acteurs sont tous conscients des faibles taux de prévalence contraceptive et des multiples conséquences qui peuvent en suivre. La nécessité d'agir ensemble pour améliorer ces indicateurs de santé fait l'objet d'une préoccupation commune.

Les acteurs sont conscients aussi de leurs expériences antérieures. Comme nous l'avons écrit précédemment, l'organisation des services de planification familiale se faisait de manière unilatérale sous forme de projets isolés et similaires dans des zones souvent identiques. Les acteurs sont conscients de cette situation. Même s'il existe maintenant différents partenariats sous forme de projets, la situation a

changé. Des partenariats entre le Ministère de la santé et l'USAID, le FNUAP, l'OMS, l'ASBEF, l'ACDEV ou avec d'autres organisations sont formés. Ce qui est plus intéressant, ce sont les partenariats qui se forment entre tous les acteurs dans la définition des priorités d'action, des stratégies et dans l'évaluation des actions entreprises. C'est ainsi, que les partenaires s'accordent à agir dans des zones différentes. Les projets appuyés par le FNUAP et l'USAID ne se chevauchent plus. Cela témoigne d'une grande volonté des acteurs d'être plus efficaces en rationalisant les ressources et en évitant les doublons. Ces consensus obtenus traduisent les stratégies d'actions communes. Ils identifient et structurent les mécanismes des différentes collaborations.

Ils définissent aussi les rôles, places, ressources à investir et les mécanismes de régulation. Ils structurent ce que Crozier et Friedberg (1977) appellent les règles et mécanismes du jeu qui permettent aux acteurs de réguler et de gérer leurs dépendances mutuelles (Friedberg, 1993). Ces règles interviennent à tous les niveaux du processus partenarial : de l'identification des objectifs et stratégies à leur réalisation. Ils permettent au partenariat, comme système d'action concret, de se maintenir et de se réguler. Les règles sont la confiance réciproque, la complémentarité des ressources, le respect mutuel, le consensus et l'ouverture au dialogue... Les mécanismes s'articulent autour de la négociation qui selon nos répondants constitue la base de toutes leurs relations. Ces espaces de négociations sont les lieux où se confrontent les cultures, les atouts et les stratégies des acteurs. C'est pourquoi les acteurs de la planification familiale leur accordent beaucoup de temps.

Nous voyons donc que la logique de collaboration dans un partenariat, qui est système d'action concret, est sous-tendue par la négociation qui structure les mécanismes des règles de jeux nécessaires au bon déroulement du partenariat.

4.2.2. La logique de conflit

Le partenariat n'est pas seulement un terrain de planification de stratégies, en faveur d'une collaboration parfaite. Il est l'objet de problèmes qui peuvent être des conflits. Le partenariat est une action collective et il est le terrain de divergences,

entre des acteurs, qui peuvent entraîner des conflits. Comme relation sociale le partenariat ne peut exclure le conflit. Ce dernier fait partie intégrante de l'action sociale et donc du partenariat.

Dans notre étude nous avons relevé quelques problèmes qui s'apparentaient à des conflits. Le terme n'a été explicitement mentionné que par certains répondants. Cependant, sa présence est significative. Cette situation peut s'analyser selon deux cas de figures.

Le premier est la volonté de certains répondants de ne pas parler de certains problèmes gênants dans leurs relations. En effet, nous sommes confrontés à une bureaucratie où souvent l'administration oblige les travailleurs à ne pas divulguer les «secrets» de leurs organisations. Ce sont donc des employés qui sont tenus au secret. Certains responsables locaux d'Organisations Internationales ou de programme de santé, voulant conserver leurs postes, ne s'engagent pas dans certains discours gênants. D'autres responsables ne veulent pas, paraître aux yeux de leurs partenaires, comme des frustrés. Ce refus de reconnaître la présence de problèmes, est décelable dans les discours. En effet, une discordance de certains propos a été notée. Certains responsables, bien que réfutant la présence de conflits, se contredisent ou le sont par d'autres répondants.

Au Sénégal, les études portant sur les logiques inter-organisationnelles sont rares dans le domaine de la santé. La majorité des études porte sur l'épidémiologie entre autres et elles utilisent des recueils de données basées sur des questionnaires fermés. Nous rappelons que certains répondants avaient préféré que nous leur donnions cette forme de questionnaire plutôt que des questions ouvertes. Cela peut s'expliquer par le fait qu'ils sont moins habitués à de telles études. Cela explique le fait qu'ils soient moins ouverts à certaines questions ouvertes qui sont sensibles.

L'autre cas de figure a trait à la mauvaise compréhension du conflit. Il est souvent vu dans le sens négatif. Parler du conflit, se rapporte souvent à parler de choc, de combat ou de guerre. Le conflit est une relation antagonique entre deux ou plusieurs unités, voulant faire triompher leurs volontés contre celle des autres. Le

conflit représente la manifestation d'opposition entre deux ou plusieurs acteurs dont les intérêts et les stratégies sont incompatibles. Il peut aller de la manifestation d'une simple divergence au combat. Dans notre domaine du partenariat il s'agit plutôt de conflits latents ou ouverts qui à l'extrême se terminent par la rupture entre partenaires. Nous voyons donc, que le partenariat comme action social, unissant divers acteurs, peut être la source de multiples conflits. Dire qu'il n'existe pas de conflit, ne révélerait pour nous que d'une volonté de cacher la vérité ou d'une méconnaissance du sens. Dans les réponses, nous avons relevé deux zones de conflit : entre le Ministère de la santé et l'USAID et entre le Ministère de la santé et les ONG.

Le conflit qui eut à opposer le MSHP et l'USAID était lié à l'achat des produits contraceptifs. Cela avait entraîné des mésententes, des divergences de vision et de stratégies. Ces désaccords étaient des conflits d'intérêts car l'USAID voulait diminuer sa charge en produits contraceptifs pour l'investir ailleurs alors que le MSHP voulait que le financement se fasse comme d'habitude c'est-à-dire pris en charge par l'USAID et les autres bailleurs de fonds. Ce conflit se termina par l'inscription de cette ligne d'achat dans le budget de l'état. En fait, ce sont les autres Organisations internationales qui vont suppléer le MSHP dans sa tâche. L'USAID s'était finalement imposée après de multiples heurts. Dans ce genre de situation, l'USAID obtient toujours gain de cause d'après certains répondants du MSHP.

Il est reproché à certaines Organisations internationales telles que l'USAID de ne laisser aucune place aux organisations nationales. Dans les négociations, il ne s'agit pas d'échanger des propos, des expériences et des stratégies. Il s'agit plutôt d'une situation, entre une organisation qui recherche un financement et une autre qui peut accorder ce financement. Les organisations nationales sortent en général de ces négociations avec des financements, mais pas sans injonctions et directives des bailleurs de fonds. Elles sont obligées de s'infléchir devant les pressions de l'USAID.

L'autre conflit qui oppose cette fois ci le MSHP et les ONG est quasi similaire au précédent à part qu'il oppose des organisations nationales. Il y a une organisation

qui dispose de la légitimité d'action et de plus de ressources financières et matérielles octroyées en général par des bailleurs de fonds, et d'autres qui sont obligées de passer souvent par cette première organisation pour bénéficier de financements. Les conflits s'articulent autour de ces ressources. Le Gouvernement, dans une logique de rationalisation et de contrôle, n'est pas souvent disposé à partager ses ressources. Cela a amené beaucoup de frustrations du côté des ONG qui voient en cette démarche une volonté de la part de l'Etat de conserver ses ressources. Pour certains répondants, l'Etat riche de cette position, les oblige à adopter certains profils et stratégies pour bénéficier de ses ressources. C'est une situation que certains responsables d'ONG vivent mal ou rattachent à des intérêts personnels de certains dirigeants du Ministère de la santé qui en voulant sauvegarder leurs intérêts personnels s'opposent à eux.

Les conflits que nous venons de décrire sont le plus souvent liés à des différences de valeurs, de points de vue, de ressources. Ils sont la manifestation de la volonté d'acteurs d'imposer leurs visions et stratégies, à accroître donc leurs influences sur les autres et de triompher contre la résistance des autres (Weber, 1920).

Parler de conflit revient à parler de pouvoir. Il s'agit d'une situation opposant deux ou plusieurs acteurs aux caractéristiques différentes, désireux d'élargir leurs ressources et leurs influences. Cela se déroule dans une zone composée d'un acteur faible en ressources et d'un autre riche en ressources. Cette analyse du conflit par le pouvoir est empruntée à l'analyse stratégique. En effet, cette méthode nous permet par l'analyse des sources de pouvoir, d'expliquer les conflits dans notre étude.

Affirmer une interaction entre les conflits et le pouvoir dans des relations partenariales exige d'expliquer la nature de la présence du pouvoir dans ces relations.

Toute action collective regroupant différents acteurs est susceptible de développer des relations de pouvoir. Nos partenariats regroupent des acteurs différents au sens des valeurs, des objectifs spécifiques et des ressources, qui sont en interrelations pour aboutir à un résultat commun. Dans cette logique de coopération et d'échange

les acteurs profitent des ressources des autres. Cet aspect, fait que le pouvoir est relié à la négociation.

La négociation est un espace de forte interaction où chaque acteur manifeste son désir d'élargir ses ressources et capacités (Bourque et Thuderoz, 2002). Dans nos relations de partenariat, les acteurs ne disposent pas de toutes les ressources nécessaires et sont obligés de négocier leur participation. La négociation est comme le pouvoir : bilatérale ou multilatérale mais asymétrique. Le pouvoir dans ces négociations est lié à la capacité d'un acteur à pousser les autres acteurs à faire des concessions.

Nos divers acteurs possèdent des ressources et des capacités différentes. Chacun, en ce qui le concerne, dispose d'une ressource qui lui permet de participer au partenariat. Cependant, dans ces échanges il faut se demander si cette ressource est capitale pour le déroulement du partenariat ; c'est-à-dire si elle constitue une zone d'incertitude. De toutes les sources d'incertitudes présentées dans le chapitre I, ce sont les ressources financières qui constituent la ressource critique dans ces partenariats. En effet, dans les pays en voie de développement, ce sont ces ressources qui font défaut. Les organisations locales ont de faibles ressources financières et matérielles. Ce sont les Organisations internationales qui en sont détentrices. Dans la planification familiale, c'est l'USAID qui apporte beaucoup plus de subventions que les autres acteurs. Elle contrôle, de par le financement lourd des contraceptifs, la principale zone d'incertitude. L'adage dit « l'argent constitue le nerf de la guerre ». Dans ces relations de partenariat, celui qui contrôle le financement contrôle les rênes du pouvoir. L'USAID se voit octroyer une place capitale dans l'organisation de la planification familiale au Sénégal voire dans les pays en voie de développement.

La richesse de la zone d'incertitude qu'elle contrôle, lui a permis de mettre en place et d'influencer la gestion des programmes de planification familiale. Cette incertitude lui permet de bien se placer dans les négociations avec ses partenaires. Cela lui permet d'imposer à ces derniers sa stratégie. En effet, cette zone d'incertitude qui constitue une contrainte pour les autres, élargit sa marge de liberté

au détriment de celles de ses partenaires plus faibles. Ils deviennent dépendants malgré l'interdépendance dans le partenariat. Cette dépendance financière vis-à-vis de l'USAID, fait plier le MSHP et les autres organisations telles que les ONG devant les décisions de l'USAID.

Les conflits opposant le MSHP et les ONG peuvent s'analyser de la même manière. Les sources du pouvoir dans ces relations qui sont les ressources financières, matérielles et techniques mais surtout ce que nous avons appelé la légitimité d'action. Cette dernière ressource, qui est un bien du Ministère de la santé, lui permet de se placer au centre des relations partenariales et des activités sanitaires. Le Ministère bénéficie de ce privilège qui lui permet d'édicter les règles et mécanismes de collaboration entre les partenaires de la santé. Un répondant d'une ONG disait, nous le rappelons, que les textes sont faits en plaçant le MSHP à la première place. Cela fait que certains financements octroyés par les bailleurs de fonds sont dirigés vers lui.

Il s'enrichit en ressources critiques et élargit donc sa marge de manœuvre et de liberté. Les ONG, impuissantes devant cette légitimité conférée au Ministère de la santé, subissent les conséquences de cette asymétrie de ressources. Elles sont dépendantes du Ministère de la santé, non pas pour ses ressources financières mais pour sa légitimité. Elle leur permet d'être reconnues et de bénéficier des ressources des bailleurs de fonds.

Cependant, la relation de pouvoir n'est pas un jeu à somme nulle (c'est-à-dire avec un gagnant et un perdant) (Crozier et Friedberg, 1977 ; Boudon et Bourricaud, 1982). Les autres acteurs, même s'ils sont désavantagés, ne sont pas des perdants dans cette relation car le pouvoir est une relation de négociation où chacune des parties dispose d'une marge de liberté qui lui permet d'échanger et de marchander ce qu'il possède pour obtenir ce que les autres parties détiennent.

Dans le partenariat, comme dans toute autre action collective, les sources de pouvoir (les zones d'incertitudes) ne peuvent être détenues par un seul acteur ou un groupe d'acteurs : sinon le partenariat n'aurait pas sa raison d'être car basé sur la

complémentarité des ressources. Cela nous amène à dire que les acteurs les plus dépourvus en ressources financières et matérielles telles que les ONG ne sont pas complètement démunis, car possèdent une expertise avérée sur le terrain qui est essentielle au devenir des partenariats locaux (René et Gervais, 2001). Cette ressource est utilisée par les ONG qui se retrouvent au sein du RESSIP. C'est donc une stratégie en réponse aux stratégies des autres acteurs.

CONCLUSION

Notre recherche s'était fixée comme objectif de voir comment les acteurs sanitaires de la planification familiale au Sénégal vivaient leurs relations de partenariat. Nous avons essayé de décrire et d'analyser comment les acteurs conçoivent le partenariat, comment se déroule le processus partenarial et comment se structurent les rapports de conflits et de pouvoir.

L'analyse de nos résultats nous a permis de voir que les acteurs partagent les mêmes buts qui sont d'améliorer la santé reproductive des populations. Il s'agit, pour ces acteurs, de relever les taux d'utilisation des pratiques contraceptives afin d'espacer les naissances et de réduire les multiples pathologies liées aux grossesses multiples et rapprochées. C'est cette vision commune qui est à l'origine des perceptions similaires du partenariat. En effet, les acteurs partagent la même idée sur le partenariat. Il s'agit pour eux d'une relation qui permet de réunir tous les efforts, d'harmoniser les actions en vue de réaliser une action commune. Le partenariat est pour eux une méthode quotidienne de collaboration basée sur la complémentarité, le respect des uns et autres. Les différentes personnes rencontrées ont jugé que le partenariat était bénéfique. En effet, pour elles, ces relations leur ont permis de réaliser beaucoup plus d'activités de planification familiale, qu'elles ne pouvaient le faire avant.

En voulant analyser les relations dans ces partenariats, nous avons vu comment les acteurs construisaient leurs relations. La construction des partenariats passe par plusieurs étapes où les acteurs échangent leurs objectifs, visions et stratégies. Cette élaboration constitue pour eux la clé de réussite de leurs relations. Elle s'appuie autour des zones de négociation où les stratégies individuelles sont harmonisées afin de produire une stratégie commune. Les mécanismes de négociation structurent les règles du jeu c'est-à-dire les rôles, places, mécanismes d'action et de régulation. La négociation est donc comme nous l'avions supposé le cœur des relations partenariales. Sa réussite détermine l'avenir de ces relations.

L'analyse stratégique nous a permis aussi d'analyser les différentes stratégies des acteurs. Pour cela nous avons décrit les acteurs (culture organisationnelle et

ressources). Cela nous a permis de voir qu'ils avaient des cultures organisationnelles et ressources différentes. Leurs stratégies sont rationnelles mais limitées. En effet, les acteurs adoptent des stratégies en fonction de leurs ressources et de leurs cultures. Cependant, malgré leur détermination à réaliser leurs objectifs, ils sont soumis à des contraintes externes (de leur environnement) et à des contraintes internes (manque de ressources, présence des autres acteurs...).

Cette différence de stratégies et de ressources nous a permis d'interpréter les relations conflictuelles qui sont survenues au cours de ces partenariats. L'analyse des conflits nous a permis de déceler les zones d'incertitude qui sont sources de pouvoir. Ces zones sont utilisées par certains acteurs pour s'imposer à d'autres. Elles sont le plus souvent liées aux ressources financières qui constituent la ressource critique, « l'arme » utilisée par certains acteurs pour influencer les actions des autres acteurs partenaires. En effet, les Organisations nationales sont sous la dépendance financière des Organisations étrangères. Cette dépendance fait qu'elles sont contraintes de « jouer le jeu » des bailleurs de fonds. Cela nous fait dire qu'un partenariat, impliquant diverses organisations de forces différentes, ne peut être « équitable ».

Nous reprendrons, comme recommandation, les propos d'un de nos répondants qui disait :

« dans le cadre d'un partenariat il faut avoir un leadership comme le Ministère de la santé. Ce dernier doit être un « driver-sit » mais pas n'importe lequel. Un driver-sit d'un véhicule personnel peut conduire ce dernier là où il veut : alors qu'un « driver-sit » d'un taxi se dirige là où les clients désirent aller ».

Tout cela pour dire que les Organisations locales et surtout le Ministère de la santé, vu leur rôle déterminant en matière de santé, doivent prendre en compte leur grande et importante expertise locale pour bien se positionner dans leurs rapports avec leurs partenaires.

Notre étude, bien que traitant les différentes phases des partenariats en planification familiale, connaît des limites. Nous nous sommes intéressés aux partenariats formés au niveau central c'est-à-dire au niveau des décideurs. Il serait intéressant, dans de

prochaines études de voir comment les principaux acteurs locaux vivent leurs partenariats c'est-à-dire comment dans des zones décentralisées les partenariats sont mis en place. Il serait utile aussi, dans ces études futures d'étendre la population cible à tous les autres acteurs sanitaires impliqués dans l'offre de service de planification. Dans le cadre du Sénégal, il faudra s'intéresser aux Organisations communautaires de base, aux réseaux de journalistes, aux réseaux de parlementaires, aux collectivités locales et aux entreprises privées fournisseuses de produits contraceptifs.

Dans notre étude nous avons noté des relations de pouvoir entre des Organisations internationales et les Organisations locales. Il serait utile de creuser davantage dans de futures recherches dans ce sens pour analyser l'influence de ces relations de pouvoir sur la gestion des programmes et projets de santé. D'autres avenues de recherche, non moins intéressantes, seraient à explorer : les déterminants d'une bonne et équitable relation de partenariat, les effets de ces relations sur l'offre de services et l'utilisation de la planification familiale au Sénégal.

BIBLIOGRAPHIE

Acéto, A. (1995), *Histoire de l'USAID au Sénégal*, Dakar, USAID / Sénégal

Adjamagbo, A. et Antoine, P. (2002), Le Sénégal face au défi démographique dans sous la dir. Diop, *La société sénégalaise entre le local et le global*, Paris, Editions Karthala, pages 51-547.

ASBEF (1999), *Document de présentation de l'ASBEF*, Dakar, ASBEF, 12 pages.

Athié C.T. (2005), Présentation de l'ACDEV, Séminaire *Développement: 10 ans après Pékin, Relever le défi de l'égalité Homme Femme*, Paris, 24 mars 2005, 7 pages.

Ayeva, T. (2003), *La concertation et le partenariat en milieu rural : l'exemple des sociétés d'aide au développement des collectivités (SADC)*. En ligne. 54 pages. http://nre.concordia.ca/ftp2004/gouvernance_2004/Rapport_Gouvernance_2_Ayeva_SADC.pdf. (page consultée le 17 décembre 2004).

Banque Mondiale (1994), *Planification familiale : une réussite du développement*, Washington DC, Banque Mondiale, 22 pages.

Bauman, M. et col. (1991), *Projets de recherche et mémoires en santé publique et communautaire, guide pratique*, Nancy, Centre international de l'enfance, 159 pages.

Beigbeder, Y. (1992), *Le rôle international des Organisations non gouvernementales*, Bruxelles, Editions Emile Bruylan, 195 pages.

Bélier, I. (2002), Le concept de partenariat et le dialogue politique, *Anthropologie et Sociétés*, 26 (01), 139-157.

- Benotsch, E. G.** (2004), HIV Prevention in Africa: Programs and Populations Served by Non-Governmental Organizations, *Journal of Community Health*, Volume 29, (4), 319 – 336.
- Bernatchez, J. C.** (2003), La négociation : spirale conflictuelle et stratégies, *Revue internationale des relations de travail*, 01 (04), 1-22.
- Berthoud, O.** (2001), *La nouvelle place de l'église a t-elle rapproché les organisations non gouvernementales de la sécurité sociale*, Bulletin Médecus. En ligne. Vol. 80. <http://www.edinter.net/docs/ONGBOLFR0102.pdf> . (page consultée le 17 décembre 2004).
- Beyer, J. A.** (2000), The role of the Bank in international health: renewed commitment and partnership, *Social science and medicine*, 50 (02), 169-176.
- Biaye, M.** (1994), *L'accessibilité des femmes en âge de reproduction vivant à la Médina aux services du Centre de Planification familiale de la PMI de Médina (Dakar)*, rapport de stage, Université Lumière, Lyon, 104 pages.
- Bilodeau, A., Lapierre S. et Marchand Y.** (2003), *Le partenariat : comment ça marche ? Mieux s'outiller pour réussir*. En ligne. 30 pages. www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdfautre/guidepartenariat.pdf - .(page consultée le 14 Mai 2003).
- Boudon, R.** (1979), *La logique du social*, Paris, Editions Hachette, 275 pages.
- Boudon, R.** (1986), *L'idéologie ou l'origine des idées reçues*, Paris, Editions Fayard, 330 pages.
- Boudon R. Bourricaud F.** (1982), *Dictionnaire critique de la sociologie*, Paris, éditions PUF, 651 pages.

- Bouget D. et Prouteau L.** (2002), National and Supranational Government-NGO Relations : Anti-Discrimination Policy Formation in the European Union , *Public Administration and Development*, vol. 22, 31-37.
- Bourque D.** (2003), *Essai de typologie du partenariat dans le secteur de santé et des services sociaux au Québec*. En ligne.
<http://www.uqo.ca/observer/RegionalQuebec/Gouvernance/typologie%20partenariat.pdf>. (page consultée le 21 septembre 2004).
- Bourque, R et Thuderoz, C.** (2002), *Sociologie de la négociation*, Paris, Editions La Découverte, 124 pages.
- Bouzidi, M.** (sous la dir.) (1992), *Approches de planification familiale en Afrique : bilan et perspectives*, Londres, IPPF, 123 pages.
- Brinkerhoff J. M.** (2002), Assessing and improving partnership relationship and outcomes : a proposed framework, *Evaluation and program planning*, 25 (3), 215-231.
- Broutin, C. et Castellanet, C.** (1999), *Partenariat et contractualisation entre organisations de solidarité du Nord et du Sud*. En ligne. 35 pages,
<http://www.wassos.utc.fr/isf/IMG/doc-44.pdf>. (page consultée le 27 Octobre 2004).
- Buse, K. et Walt, G.** (2000), Partenariats mondiaux public-privé: partie I - Un nouveau développement dans le domaine de la santé, *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, Vol. 78 (04), 549-561.
- Cattin, D. et Schreiber, M.** (2002), *Le partenariat entre désir et réalité*. En ligne. 19 pages.
www.unite-ch.org/Partenariat/ Presse%20resume%20français.PDF. (page consultée le 14 Mai 2004).

- Chagnollaud, D.** (1999), *Science politique*, Paris, Editions Dalloz, 2ème édition, 312 pages.
- Chaumont, M.** (sous la dir.) (1971), *Les organisations modernes*, Bembloux, Duculot, 221 pages.
- Choukir, J.** (1997), *Le partenariat dans le domaine de la formation professionnelle*, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Montréal, Montréal, 255 pages.
- Clémenté, M.** (2003), Culture organisationnelle et succès stratégique. *Le trimestriel*, En ligne, Vol. 40 (printemps 2003), 04 pages.
www.epr.ca/news/springsummer%202003/spr03fr.pdf . (page consultée le 24 juin 2004).
- Collombat, T.** (2004), *Le point sur l'aide au développement*. En ligne. 33 pages
http://www.csq.qc.net/recherc/aide_develop.pdf. (page consultée le 21 septembre 2004).
- Contandriopoulos, A. P. et Souteyrand, Y.** (1996), La construction de l'offre locale de soins, (Chap. 04) dans *L'hôpital stratège*, Paris, Editions John Libbey Eurotext, 83-111.
- Contandriopoulos, A. P. et col.** (1990), *Savoir préparer une recherche*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 197 pages.
- Coté, A. et Ziegler, S.** (2002) *Le partenariat - Comprendre le partenariat pour mieux construire nos collaborations*, Handicap International. En ligne 88p.
http://www.handicapinternational.de/images/pdfs_multimedia/partenariat_fr.pdf. (page consultée le 21 septembre 2004).

- Crozier M. et Friedberg E.**, (1977), *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Paris, Seuil, 436 p.
- Dahl, R. A.** (1968), *Power*, Encyclopedia of the social science, vol. 12, 405-415.
- Deler, J. P., Fauré, Y. et Piveteau, A.** (1988), *ONG et développement*, Paris, Editions Khartala, 1-141.
- Denis, J. L. et col.** (1990), Les échanges interorganisationnels : un état des connaissances, *Ruptures*, 90 (09).
- De-Romefort, A.** (1988), *Promouvoir l'emploi : convivialité et partenariat*, Paris, Editions L'harmattan, 183 pages.
- Deshaies, L.** (1991), La pertinence du partenariat : un débat à suivre, *Cahiers de géographie du Québec*, 35 (95), 435-441.
- Diaw, F.** (2005) *Baisse de la séroprévalence du VIH du 1,5 A 0,7% : Une enquête conforte la crédibilité des efforts du Sénégal contre le SIDA*, Le Soleil 11 août 2005, page consultée le 12 août 2005,
- Diez de velasco vallejo, M.** (2002), *Les organisations internationales*, Paris, Editions Economixa, 3-21.
- Dommergues, P. et col.** (1988), *La société du partenariat*, Paris, Editions Afnor Anthropos, 439 pages.
- Dhume, F.** (2001), *Du travail social au travail ensemble : le partenariat dans le champ des politiques sociales*, Paris, Editions ASH, 206 pages.
- Eisenhardt, K.** (1989), Building theories from case study research, *Academy of Management Journal*, 14 (4), 532 – 550.

- Ekos** (1998), *Leçons tirés des partenariats*, Table ronde du secteur bénévole, Ottawa, En ligne. <http://www.vsr-trsb.net/publications/ekosoc98-f/tm.html>. (page consultée le 14 Mai 2004).
- Fall, S. A.** (2002), *Relations de partenariat Nord-Sud*, En ligne, http://www.astm.lu/article.php3?id_article=474&astm_lang=de . (page consultée le 14 mai 2004).
- FCPPQ** (2000), *Le partenariat, document de réflexion et d'animation*. En ligne. <http://www.fcqq.ca/docrelexion.html>. (page consultée le 14 Mai 2004).
- Flo, F. et Smith, A.** (2000), *Guide du partenariat*, En ligne. 90 pages. <http://www.dsp-psd.commication.gc.ca/collection/MP43-373-1-1-2000F.pdf> (page consultée le 17 mars 2004).
- Frank, F. et Smith, A.** (2000), *Guide du partenariat*. En ligne. 132 pages. http://www.rhdcc.gc.ca/fr/dgpe/dis/cia/partenariats/partnerfac_f.pdf. (page consultée le 14 Mai 2004).
- Friedberg, E.** (1993), *Le pouvoir et la règle*, Paris, Editions du Seuil, 422 pages.
- FNUAP** (2003), *Rapport annuel 2002*, New York, UNFPA, 36 pages.
- FNUAP** (2004), Site du FNUAP/Sénégal, En ligne, <http://www.unfpa.sn/>, page consultée le 18 juin 2004.
- Gauthier, A.** (2002), Les politiques de planification familiale dans les pays en développement : du malthusianisme au féminisme? *Liens social et politiques*, (47), 67-81.
- Gueye, M.** (1994). , *La planification familiale au niveau du District sanitaire de Bambey : bilan et perspectives*, Thèse de doctorat en médecine, Université de Dakar, Dakar, 98 pages.

Gouvernement du Sénégal (2005), Site du Gouvernement du Sénégal, En ligne, <http://www.gouv.sn/>, page consultée le 18 juin 2005.

Grawitz, M. (1990), *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Editions Dalloz, 8^{ème} édition, 741-902.

Hamel, M. (2000), *Les réseaux des services de santé de première ligne : le cas des services dispensés aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque dans le sud-ouest de Montréal*. Mémoire de maîtrise en d'administration des services de santé Université de Montréal, Montréal, 111 pages.

HCCI (2002), *La coopération dans le secteur de la santé avec les pays en développement*. En ligne.64 pages.
www.ladocfrancaise.gouv.fr/BRP/024000459/0000.pdf. (page consultée le 30 Octobre 2004).

Hierle, J. P. (1996), *Culture d'entreprise ou culture d'entreprise ?* DEES. En ligne. 106 (Décembre 1996), 23-34,
<http://www.cndp.fr/RevueDEES/pdf/106/02303311.pdf>. (page consultée le 14 Mai 2004).

Hodonou, K. A. S. (1999), Connaissances, attitudes et pratiques des enseignants mariés de la commune de Lomé (Togo) en matière de contraception, *Médecine d'Afrique Noire*, 46 (8/9) 410-415.

Jacques, M. (1991), *L'influence des organisations non gouvernementales sur la politique canadienne de coopération au développement internationale*, Mémoire de maîtrise en sciences politiques Montréal, Université de Montréal, 144 pages.

Janowitz, B. et col., (1999), *Aspects du financement des services de planification familiale en Afrique subsaharienne*, NC, Research Triangle Park, 90 pages.

- Jimenez, A.** (2002), Changements dans la gestion stratégique et éthique du contexte sociopolitique : un cas colombien, *Les cahiers de la chaire économie et humanisme-collection recherche*, UQAM, vol. 06, 32 pages.
- Kamdem, E.** (2000), L'analyse des organisations en Afrique: un champ de recherche émergent, *Revue africaine de sociologie*, 04 (02).
- Karen, R.** (1999), Accroissement de l'accès aux services de planning familial dans les régions rurales du Mali grâce à la distribution communautaire, *The international family planning perspectives*, numéro spécial, 4 -10 et 25.
- Kérébel, C.** (2003), *Partenariat multi-acteurs comme nouvel outil de coopération : le cas de l'énergie*. Colloque valeurs et pratiques du développement durable, Paris, 2-3 octobre 2003. En ligne. <http://www.cceri-sciencespo.com/archive/sept03/artck.pdf>. (page consultée le 14 Avril 2004).
- Kickbusch, I. et Quick, J.** (1998), Partenariat pour la santé au XXI e siècle, *Rapport trimestriel des statistiques sanitaires mondiales*, 51 (01), 68-74.
- Lafaye, C.** (1996), *Sociologie des organisations*, Saint Germain-du-puy, Editions Nathan, 128 pages.
- Landry, C.** (1994), Emergence et développement du partenariat en Amérique du Nord, dans Landry C. et F. Serre (sous la dir.), *Ecole et Entreprise: vers quel partenariat?* Presses de l'Université du Québec, Sainte-Foy, 7-27.
- Lapierre, A.** (1997), Les critères de scientificité des méthodes qualitatives, dans Poupart, J., (sous la dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*.

- Lapointe, C.** (1999), La problématique culturelle de l'insertion des nouveaux enseignants et enseignantes à l'école. *Perspective d'avenir en éducation*, En ligne, 27 (1), <http://www.acef.ca/c/revue/XXVII/articles/Lapointe.html>. (page consultée le 21 septembre 2004).
- Larousse** (2004), *Le Petit Larousse illustré*, Paris, Editions Larousse, 1821 pages.
- Lister, S.** (2000), Power in partnership? An anlysis of NGO'S relationship with it's partners, *Journal of International Development*, Vol. 12, 227-239
- Locoh, T.** (1992), *Vingt ans de planification familiale en Afrique sub-saharienne*, Paris, Centre français sur la population et le développement, 27 pages.
- Loubet del bayle, J. L.** (2000), *Introduction aux méthodes des sciences sociales*, Paris, Editions L'Harmattan, 272 pages.
- Malthus, R.** (1798), *essai sur le principe de population*, Paris, Editions Gonthier, 1963, 236 pages.
- Maradeix, M. S.** (1990), *Les ONG américaines en Afrique : activités et perspectives de 30 organisations non gouvernementales*, Paris, Editions Syros-Alternatives, 141 pages.
- Mérini, C.** (1999), *Le partenariat en formation. De la modélisation à une application*, Paris, Editions L'harmattan, 225 pages.
- Ministère des Finances** (1997), *Déclaration de Politique de santé et d'action sociale*, Dakar, Ministère des finances.

Ministère de l'Economie et des Finances (2004), *La pauvreté au Sénégal : de la dévaluation de 1994 à 2001-2002*, Dakar, Ministère de l'Economie et des Finances, 31 pages.

Ministère de l'Economie et des Finances (2005), Site du Ministère, En ligne, <http://www.finances.gouv.sn/> , page consultée le 18 juin 2005.

Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan (1988), *Déclaration de la politique de population*, Dakar, MEFP, 23 pages.

Ministère de la santé (1990), *Programme national de planification familiale*, Dakar, Ministère de la santé, 101 pages.

Ministère de la santé (1998), *Enquêtes démographique et de santé III*, Ministère de la santé du Sénégal, Dakar.

Ministère de la santé (2002), *Guide des opérations du partenariat*, Ministère de la santé du Sénégal, Dakar, 25 pages.

Ministère de la Santé, (2004), Site du ministère, En ligne, <http://www.sante.gouv.sn/>, page consultée le 14 août 2004.

Ministère de la santé et de l'action sociale (1996), *Politiques de normes des services de planification familiale au Sénégal*, Dakar, MSAS, 25 pages.

Ministère de la santé et de l'action sociale (1997a), *Plan national de développement sanitaire et social*, Dakar, MSAS, 91 pages.

Ministère de la santé et de l'action sociale (1997b), *Programme national en santé de la reproduction*, Dakar, MSAS, 201 pages

Ministère de la santé, de l'hygiène et de la prévention (2000), *Plan d'action de la maternité à moindre risque dans le cadre de la santé de la reproduction*, Dakar, MSHP, 21 pages.

Mintzberg, H. (1986), *Le pouvoir dans les organisations*. Paris, Éditions d'organisation, 679 pages.

Monette, M. (2004), *Environnement, technologie et société, Notes de cours TIN-501*, École de technologie supérieure, Montréal, juillet 2004

Navarro Flores, O. (2004), *De la dépendance aux relations de partenariat: les relations interorganisationnelles dans la coopération internationale*, Les cahiers de la chaire économie et humanisme-collection recherche, UQAM, 01, 32 pages.

Ndiaye, M. D. (1998), *Pauvreté, attitudes et pratiques des hommes en matière de planning familial : le cas du quartier Randoulène nord (Thies Sénégal)*. En ligne. 18 pages
<http://www.cired.ined.fr/pauvreté/actes/ndiaye.pdf>. (page consultée le 14 Avril 2004).

Nortmant, D. L. (1988), Financement des programmes en matière de population dans les pays en voie de développement, 1982-1985, *The international family planning perspectives* numéro spécial, 13-19.

Obin, J. (1997), *Les enjeux du partenariat*, Actes de la biennale de Lausanne, En ligne, 1 (04), Lausanne. <http://www.afides.qc.ca/RDE/55/obin.htm>. (page consultée le 19 mars 2004).

OCDE (1998), *Des partenaires dans l'action pour le développement : les organisations non gouvernementales*, Paris, OCDE, 177 pages.

- OMS** (1988), *Le renforcement des Ministères de le santé pour les soins de santé primaires*, Genève, OMS, 130 pages.
- OMS** (1998), *Partenariat entre les Gouvernements, les Organisations Non-Gouvernementales et l'OMS dans la région africaine*, Harare, OMS, 27 pages.
- OMS** (2000), *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant*, Genève, Organisation Mondiale de la santé, 237 pages.
- OMS** (2001), *Comprendre la société civile, enjeux pour l'OMS*
Genève, WHO/CSI/2001/DP2
- OMS** (2002), *Stratégie de coopération de l'Organisation Mondiale de la Santé avec le Sénégal 2002-2005*, Dakar, OMS Sénégal, 36 pages.
- OMS** (2005), Site de l'OMS, En ligne, <http://www.who.int/countries/sen/es/>, page consultée le 18 juin 2005.
- Ouellet, A.** (1994), *Processus de recherche: une introduction à la méthodologie de la recherche*, Sainte-Foy, Presses universitaires du Québec, 276 pages.
- Pajot, C.** (2004) *Etat des lieux sur les pratiques OSI françaises et les organisations partenaires du Sud*. En ligne. 8 pages.
http://coordinationsud.datapps.com/data/ffiard/etat_des_lieux_partenariat_en_france.doc. (page consultée le 21 Septembre 2004).
- Perrot, J.** (2004), *Approche globale de la contractualisation*, Atelier sur la contractualisation entre ONG/ Associations et Ministère de la santé CESAG, Dakar du 3 au 8 mars 2003, 39 pages.
- Pfeiffer, J.** (2003), *International NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration*, Social science and medicine, 56 (4), pp. 725-738.

- Philipot, M. N.** (2001), *Le partenariat avec les familles en rééducation*. En ligne.
<http://www.chez.com/sylviecastaing>. (page consultée le 14 Avril 2004).
- PNUD** (2002), *Le partenariat au service de la gouvernance locale*, PNUD :
Notions essentielles, En ligne. 07, 17 pages.
<http://www.undp.org/eo/documents/essentials/French/Fr-Essentials%20No%207.pdf> . (page consultée le 26 mars 2004).
- Pollock, J. et col.** (2003), *Rapport d'évaluation à mi-parcours du projet Santé maternelle/planification familiale*, Dakar, MSH Sénégal, 63 pages.
- Prost, A.** (2003), *Les politiques de santé*. En ligne. 85 pages.
<http://www.ena.fr/tele/sem03sante/sem0317international.pdf> . (page consultée le 14 Mai 2004).
- Quivy, R. et Van Campenhoudt, L.** (1995), *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Editions Dunod, 2^{ème} édition, 288 pages.
- René, J. F. et Gervais, L.** (2001), La dynamique partenariale: un état de la question, *Nouvelles pratiques sociales*, 14 (01), 20-30.
- Robert** (1987), *Dictionnaire du français Le Robert*, Paris, Editions Robert,
- Roggero, P.** (2000), *La complexité sociologique : éléments pour une lecture complexe du système d'action concret*. En ligne. 43 pages
<http://www.univ-tlse1.fr/lereps/publi/teleload/Roggero%202000-4.pdf>. (page consultée le 14 Juin 2004).
- Roland, G.** (1995), *Partenariat, un terme lourd de sens mais souvent galvaudé...*
En ligne, <http://netia59.ac-lille.fr/tgn/expo/ie4/partenariat.htm>. (page consultée le 17 mars 2004).

- Speber, D.** (1997), Individualisme méthodologique et cognitivisme dans: R. Boudon, Chazel, F., et Bouvier, A., (sous la dir.), *Cognition et sciences sociales*, Paris, Editions PUF, 123-136.
- Stake, R. E.** (1995), *The art of case study research*, Thousand Oaks, Sage publications Inc, 175 pages.
- Stein, K.** (1998), The quality of family planning services for breastfeeding women in Senegal, *The international family planning perspectives*, 24 (04), 188-190.
- Stewart, et col.** (1999), Structure et performances des programmes de planning familial en Afrique occidentale, *The international family planning perspectives*, numéro spécial, 17-24.
- Thiam, R.** (1990), *Politique de population au Sénégal : le rôle de l'ASBEF dans la planification familiale*, Thèse de doctorat en médecine, Université de Dakar, Dakar, 101 pages.
- Tijiani, B. et Faye, E. H.** (2002), *Partenariat Nord/ Sud : existe-t-il vraiment des opportunités pour les PME du Sud?* Revue africaine de gestion. En ligne. Vol (00) 20 pages. <http://www.rag.sn/IMG/pdf/doc-28.pdf> . (page consultée le 21 Septembre 2004).
- USAID** (2000), *Résumé du Plan Stratégique 1998-2006*, Dakar, USAID, 9 pages
- USAID** (2004), Site de l'USAID Sénégal, En ligne, http://www.usaid.gov/locations/sub-saharan_africa/countries/senegal/, page consultée le 18 juin 2004
- Van Der Maren, J. M.** (1996), *Méthodes de recherche pour l'éducation*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 502 pages.

Van Der Maren, J. M. (1996), *Méthodes de recherche pour l'éducation*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 502 pages.

Virraly, M. (1995), Définition et classification des organisations internationales: approche juridique, dans **Abi-Saab, G.**, (sous la dir.), *Le Concept d'organisation internationale*, Paris, UNESCO, 51-67.

Weiss, P. (1998), *Les organisations internationales*, Paris, Editions Nathan, 128 pages.

Wilson, E. (1998), Etude de cas sur la santé de la reproduction : Sénégal, Washington DC, The Futures Group International, 26 pages.

Yin, R. K. (1989), *Case study research: design and methods*
New Delhi, Newbury Park London, Sage publications Inc., 166 pages.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Titre de l'étude : Le partenariat des différentes organisations engagées dans le planning familial au Sénégal : une étude de cas.

1. L'interviewé et son organisation dans le planning familial
 - ❖ Pouvez-vous nous parler de votre place et de votre rôle dans votre organisation ?
 - ❖ Pouvez-vous nous faire l'historique de votre organisation dans le planning familial ?

2. Les représentations des acteurs sur le partenariat
 - ❖ Quelle définition donnez-vous du partenariat ?
 - ❖ Qu'est ce qui a motivé votre organisation à travailler en partenariat avec d'autres organisations ?
 - ❖ Quels seraient les avantages et les inconvénients d'un partenariat ?

3. Les acteurs du partenariat
 - ❖ Pouvez-vous nous parler des valeurs et des missions qui guident les actions de votre organisation dans le planning familial ?
 - ❖ Quelles sont les ressources dont dispose votre organisation ?
 - ❖ Pouvez-vous, en citant vos différents partenaires, nous parler de leurs caractéristiques et de leurs ressources ?

4. Les objectifs et les enjeux des acteurs

- ❖ Quels sont vos objectifs dans ce partenariat ?
- ❖ Quels sont vos enjeux dans ce partenariat : c'est à dire ce que vous pouvez gagner ou perdre dans cette relation ?
- ❖ Quels sont les objectifs et les enjeux de vos partenaires ?

5. Les stratégies des acteurs

- ❖ Comment comptez-vous mettre en œuvre vos objectifs, vos enjeux et attentes dans cette relation ?
- ❖ Quelle est la méthode de vos partenaires ?

6. Les relations entre les acteurs et leur dynamique

- ❖ Quels sont les types de relations que vous entretenez avec vos partenaires ?
- ❖ Comment arrivez-vous à mettre en commun vos ressources, vos objectifs et vos stratégies ?
- ❖ Quels sont, la place et le rôle de chaque acteur dans ce partenariat ?
- ❖ De quelle marge de manœuvre disposez-vous dans ce partenariat ?
- ❖ Quels sont les problèmes, éventuellement leurs origines et leurs solutions, qui peuvent se poser dans vos interactions avec vos partenaires ?
- ❖ Comment, en dehors de votre cadre direct de partenariat, la place des acteurs et leurs interactions sont elles structurées et régulées ?

7. Evaluation du partenariat

- ❖ Quel bilan faites-vous des actions réalisées dans le cadre de ce partenariat ?
- ❖ Quelles sont les satisfactions et les déceptions de votre relation avec vos partenaires ?
- ❖ Selon vous, quels seraient les réajustements à faire pour renforcer ou améliorer ce partenariat ?

Annexe 2 : Liste des codes

Liste des thèmes	Catégories	Codes
Les acteurs en présence	Les différents acteurs	<ul style="list-style-type: none"> • Act-ONG • Act-MSP • Act-OInt • Act-ACoop
	Caractéristiques des acteurs	<ul style="list-style-type: none"> • Ress-hum + • Ress-humaines- • Ress-fin+ • Ress-fin- • Ress-tech+ • Ress-tech- • Ress-comp+ • Ress-comp- • Ress-inf-conn+ • Ress-inf-conn- • Val-solidarité • Val-respect • Val-partage • Val-équité • Val-liberté • Val-union • Miss-prestation • Miss-gestion • Miss-appui technique • Miss-appui financier

L'origine et les représentations des acteurs sur le partenariat	Origine	<ul style="list-style-type: none"> • Manque-moyens • Manque-efficacité • Exigence
	Représentations sur le partenariat	<ul style="list-style-type: none"> • Objectifs communs • Buts communs • Partage-risque • Partage-contributions • Partage-décisions • Responsabilisation • Accord • Connaissance mutuelle • Respect mutuel • Avantages • Inconvénients
Le contexte du partenariat	Modalités organisationnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Financement • Organisation services • Lois-règlements • Allocation ressource • Allocation autorité
Les orientations stratégiques des acteurs	Stratégies	<ul style="list-style-type: none"> • Objectifs personnels • Enjeux+ • Enjeux- • Stratégie
Les relations entre les acteurs dans le cadre du partenariat	Négociation	<ul style="list-style-type: none"> • Objectifs partagés • Types relations • Places-rôles • Modalités action • Modalités régulation • Modalités évaluation

	Problèmes (sources et résolution)	<ul style="list-style-type: none"> • S-concertation- • S-coordination- • S-transparence- • S-compétence-gestion- • S-équité- • S-volonté- • R-négociation • R-intervention-tiers • R-séparation
Les résultats du partenariat	Bilan des actions	<ul style="list-style-type: none"> • Bil-action+ • Bil-action-
	Bilan des relations	<ul style="list-style-type: none"> • Bil-relations+ • Bil-relations-
	Solutions de perfectionnement du partenariat	<ul style="list-style-type: none"> • Sol-perfectionnemnt