

Université de Montréal

Les enjeux de l'initiative d'ONUSIDA  
de mise à disposition de la tri-thérapie au Chili

par  
Astrid Brousselle

Département d'Administration de la Santé  
Faculté de Médecine

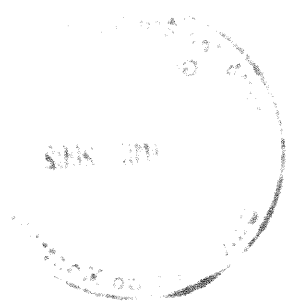
Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de *Philosophiæ doctor (Ph. D.)*  
en Santé publique,  
option organisation des soins de santé

avril 2002

© Astrid Brousselle, 2002



WA  
5  
U58  
2002  
v. 013



Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée:

Les enjeux de l'initiative d'ONUSIDA  
de mise à disposition de la tri-thérapie au Chili

Présentée par:  
Astrid Brousselle

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes:

Paul Lamarche

Président-rapporteur

François Champagne

Directeur de recherche

Gilles Bibeau

Codirecteur de recherche

Jean-Louis Denis

Membre du jury

Michael Q. Patton

Examineur externe

Michel Perreault

Représentant du doyen de la FÉS

*Thèse acceptée le 25 juin 2002*

## Résumé

*Mots-clés:* évaluation, analyse d'implantation, VIH/SIDA, antirétroviraux, industrie pharmaceutique, analyse stratégique, recherche qualitative, analyse de discours, objectivation.

Devant l'inégalité d'accès aux thérapies pour le VIH/SIDA entre les pays riches et les pays en développement, l'ONUSIDA a mis en place, dans quatre pays, des projets pilotes d'accès aux traitements. Nous avons effectué l'analyse d'implantation du projet au Chili. Notre objectif était d'expliquer comment la dynamique politico-organisationnelle influençait la mise en place de l'Initiative, et d'identifier les facteurs qui facilitaient ou faisaient obstacle au processus d'implantation du projet. Nous avons utilisé, comme cadre théorique, le modèle d'analyse stratégique de Crozier et Friedberg ([1977] 1992). Nous avons mené une cinquantaine d'entrevues et effectué différentes activités d'observation durant 3 mois à Santiago (Chili). Nous avons rencontré deux types d'acteurs, ceux qui avaient un lien avec les aspects de l'Initiative à l'étude et ceux qui apparaissaient jouer un rôle important au niveau de la thématique du VIH/SIDA au Chili. Cette thèse est composée de trois articles. Les résultats d'analyse sont présentés dans notre premier article. Les conclusions sont de trois ordres. Premièrement, elles font état des aspects concernant le design du projet. Deuxièmement, nous abordons la question de la dynamique politico-organisationnelle. Troisièmement, nous tirons des leçons pour de prochaines Initiatives internationales d'accès aux traitements. Le deuxième article aborde des aspects plus théoriques. Il s'agit d'une remise en question du cadre théorique que représente le modèle d'analyse stratégique (Crozier & Friedberg [1977] 1992) pour l'évaluation de l'implantation. Nous proposons une démarche pour l'analyse stratégique adaptée à l'évaluation de programmes. Le troisième article, plus méthodologique, traite de la difficulté d'analyser les discours de résistance à l'objectivation et propose une méthode pour



dégager le sens de ces discours. Nous avons orienté la conclusion de la thèse autour de deux aspects qui n'avaient pas été abordés dans les articles, soit la mise en perspective de l'Initiative ONUSIDA dans la politique internationale d'accès aux thérapies pour le VIH/SIDA, et l'influence de la politique sur le processus d'évaluation.

## Abstract

*Key-words:* evaluation, implementation analysis, HIV/AIDS, antiretroviral treatments, pharmaceutical industry, strategic analysis, qualitative research, discourse analysis, objectivization.

In order to facilitate access to HIV/AIDS treatments in the developing world, UNAIDS decided to implement pilot Drug Access Initiatives (DAI) in four different countries. We carried out the implementation analysis of the Initiative in Chile. In particular, the objective of this implementation evaluation was to examine how the politico-organizational dynamic could explain the development of the project, with the aim of identifying factors that helped or impeded its implementation. We examined negotiation and decisional processes, using as a conceptual framework the model of strategic analysis (Crozier & Friedberg [1977] 1992, Friedberg 1993, 1994). Semi-structured interviews were conducted with about fifty actors, that could be divided into two groups. The first group was composed of individuals who effectively played a role in the development of the DAI. The second group was constituted of people who did not participate directly in the UNAIDS project, but whose inclusion appeared to be essential in order to have a complete portrait of the HIV thematic in Chile. We also conducted different observation activities. This thesis is composed of three articles. Our analysis and results are presented in the first article. We draw conclusions on three levels. First, we discuss different aspects concerning the design of the project. Secondly, we discuss the question of the politico-organizational dynamic. Thirdly, we draw lessons for future international drug access initiatives. The second article, more theoretical, proposes a new conceptual framework for the use of strategic analysis (Crozier & Friedberg [1977] 1992) for program evaluations. The third article, which is more methodological, discusses the difficulty of interpreting discourses of resistance to objectivization and proposes a method for giving meaning to these

discourses. The conclusion of the thesis is oriented towards two aspects we did not have the opportunity to address: firstly, the place of the Initiative within the international politics of access to HIV/AIDS therapies, and secondly, a discussion of the influence of politics on the evaluation process.

# Table des matières

<b>1) Problématique et contexte de l'étude</b>	<b>15</b>
a) <i>Qu'est-ce que l'Initiative ONUSIDA d'accès aux thérapies pour le VIH/SIDA?</i>	15
b) <i>Comment fonctionne le système de santé chilien?</i>	17
c) <i>Comment l'infection au VIH au Chili était-elle prise en charge?</i>	18
d) <i>Que sait-on de l'industrie pharmaceutique?</i>	19
i) À propos des thérapies	20
ii) À propos des producteurs	21
<b>2) Conceptualisation de la recherche</b>	<b>24</b>
a) <i>L'analyse d'implantation</i>	24
b) <i>Cadre théorique: l'analyse des systèmes d'action concrets</i>	26
i) Rôle d'un cadre théorique dans une recherche évaluative	26
ii) Niveaux d'analyse: micro versus macro	27
iii) Modèles politiques: processuels versus catégoriels	28
iv) Cadre théorique retenu: l'analyse des systèmes d'action concrets	28
c) <i>Questions de recherche</i>	31
d) <i>Stratégie de recherche</i>	32
<b>3) Opérationnalisation de la recherche</b>	<b>34</b>
a) <i>Collecte des données</i>	34
b) <i>Sources des données</i>	35
i) Entrevues:	35
ii) Observation:	36
iii) Documentation:	36
c) <i>Traitement des données</i>	37
<b>4) Validité de la recherche</b>	<b>38</b>
a) <i>Triangulation</i>	38

b)	<i>Validation de l'analyse</i>	39
<b>5)</b>	<b>Résultats et analyses</b>	<b>41</b>
a)	<i>Article 1: Implementation of the UNAIDS Drug Access Initiative in Chile</i>	41
i)	Introduction	41
ii)	Theoretical Framework and Methods	43
iii)	Results	47
iv)	Discussion	70
v)	References	76
b)	<i>Article 2 : L'important ce n'est pas la chute... c'est l'atterrissage . L'analyse stratégique, un modèle révisé pour l'évaluation de l'implantation</i>	79
i)	Introduction	79
ii)	L'analyse stratégique, un modèle pour l'analyse d'implantation	80
iii)	Notre expérience de l'analyse stratégique	89
iv)	Proposition d'une nouvelle démarche pour l'analyse d'implantation	94
v)	Conclusion	98
vi)	Références	100
c)	<i>Article 3 : What Can We learn From Discourses of Resistance to Objectivization?</i>	104
i)	Introduction	104
ii)	A Theme of Controversies	106
iii)	Strategies of Resistance to Objectivization	107
iv)	How the Researcher Objectivizes Reality	115
v)	Conclusion	120
vi)	Bibliography	121
<b>6)</b>	<b>Conclusion</b>	<b>123</b>
a)	<i>Du rôle de l'Initiative ONUSIDA dans la politique internationale d'accès aux traitements pour le VIH/SIDA</i>	123
b)	<i>Du rôle de l'évaluation</i>	128
<b>7)</b>	<b>Bibliographie</b>	<b>133</b>
<b>8)</b>	<b>Annexe 1 : un exemple de grille d'entrevue</b>	<b>i</b>
<b>9)</b>	<b>Annexe 2 : rapport d'évaluation. Analyse de l'implantation de l'Initiative ONUSIDA d'accès aux thérapies pour le VIH/sida au Chili</b>	<b>ii</b>

a)	<i>Remerciements</i>	ii
b)	<i>Liste des abréviations</i>	ii
c)	<i>Analyse de l'implantation de l'Initiative ONUSIDA au Chili</i>	iii
i)	Objectif	iv
ii)	Démarche de recherche	iv
d)	<i>L'infection par le VIH au Chili</i>	vi
i)	Les particularités du contexte Chilien	vi
ii)	La réponse chilienne à la problématique du sida	viii
e)	<i>Du modèle logique initial au projet Chilien</i>	xi
i)	Le modèle logique initial	xi
ii)	L'Initiative au Chili	xiii
f)	<i>Comment le projet Chilien a-t-il été mis en œuvre?</i>	xx
i)	Le Conseil	xxi
ii)	La mise en œuvre du protocole thérapeutique	xxvii
iii)	La représentation d'ONUSIDA au Chili	xxxii
iv)	L'importation et distribution des médicaments	xxxv
v)	L'accès aux antirétroviraux	xxxviii
g)	<i>Synthèse</i>	xli
i)	Quelques points marquants de l'Initiative au Chili	xlii
ii)	Logique d'implantation de l'Initiative	xliii
h)	<i>Annexe 1</i>	xlvi
i)	<i>Annexe 2</i>	xlvi
j)	<i>Références</i>	xlix
<b>10)</b>	<b>Annexe 3: What counts is not the fall... but the landing: Strategic analysis - a revised model for implementation evaluation</b>	<b>li</b>
a)	<i>Introduction</i>	li
b)	<i>Strategic analysis as a model for implementation analysis</i>	lii
i)	Implementation analysis defined	lii
ii)	Theoretical concepts of strategic analysis	lv
iii)	Research method	lvi
iv)	Uses and criticisms	lvii
c)	<i>Our experience with strategic analysis</i>	lx

i)	The fall	ix
ii)	The landing	lxi
d)	<i>Proposal for a new approach to implementation analysis</i>	lcv
e)	<i>Conclusion</i>	lxx
f)	<i>References</i>	lxxi

## Liste des tableaux

<i>Tableau 1: Antirétroviraux.....</i>	<i>21</i>
<i>Tableau 2: Investissements en ARVpour les adultes - Chili - 1992-1999.....</i>	<i>xlvi</i>
<i>Tableau 3: Historique de l'Initiative.....</i>	<i>xlvi</i>



## Liste des figures

<i>Figure 1: Initial logic model of the UNAIDS Drug Access Initiative.....</i>	<i>48</i>
<i>Figure 2: Revised logic model of the UNAIDS Drug Access Initiative in Chile, June 1999.....</i>	<i>56</i>
<i>Figure 3: Revised logic model of the UNAIDS Drug Access Initiative in Chile, September-December 1999.....</i>	<i>58</i>
<i>Figure 4: Des jeux internes au programme.....</i>	<i>95</i>
<i>Figure 5: De la trame au programme .....</i>	<i>96</i>
<i>Figure 6: l'analyse stratégique, un cadre pour l'analyse d'implantation.....</i>	<i>97</i>
<i>Figure 7: Modèle logique initial de l'Initiative ONUSIDA.....</i>	<i>xiii</i>
<i>Figure 8: Modèle logique révisé de l'Initiative ONUSIDA au Chili. Juin 1999.....</i>	<i>xix</i>
<i>Figure 9: Modèle logique révisé de l'Initiative ONUSIDA au Chili. Septembre-décembre 1999. ....</i>	<i>xxi</i>
<i>Figure 10: From internal games to the program.....</i>	<i>lxvi</i>
<i>Figure 11: From the fabric to the program.....</i>	<i>lxvii</i>
<i>Figure 12: Strategic analysis: a conceptual framework for implementation evaluations .....</i>	<i>lxix</i>

## Liste des sigles et abréviations

ANRS: Agence Nationale de Recherches sur le Sida  
CAS: Concrete Action System  
CENABAST: Central de Abastecimento  
CONASIDA: Comisión Nacional del Sida  
DAI: Drug Access Initiative  
FNUAP: Fonds des Nations-Unies pour la Population  
FONASA: Fondo Nacional de Salud  
GTO: Groupe Thématique ONUSIDA  
IP: Inhibiteurs de Protéase  
ISAPRES: Instituciones de Salud Previsional  
ITI: Inhibiteurs de Transcriptase Inverse  
NITI: Inhibiteurs de Transcriptase Inverse Nucléosides  
NNITI: Inhibiteurs de Transcriptase Inverse Non Nucléosides  
OMC: Organisation Mondiale du Commerce  
OMS: Organisation Mondiale de la Santé  
ONG: Organisations Non Gouvernementales  
ONUSIDA: Organisation des Nations Unies pour le Sida  
OPS: Organisation Panaméricaine de la Santé  
PAHO: Pan-American Health Organization  
PLHA: Persons living with HIV/AIDS  
PNUD: Programme des Nations Unies pour le Développement  
SAC: Système d'Action Concret  
UNDP: United Nations Development Program  
UNESCO: United-Nations Educational, Scientific and Cultural Organization  
UNICEF: United-Nations International Children's Emergency Fund  
VIH: Virus d'Immunodéficience Humaine  
WHO: World Health Organization

## Remerciements

Un gros merci...

À l'ensemble des acteurs rencontrés

À François Champagne pour son appui continu et la liberté qu'il m'a donnée

À Gilles Bibeau pour ses inspirations

À Yves Souteyrand qui a soutenu le projet jusqu'au bout

À Raquel Child pour son aide et ses commentaires

À la CONASIDA pour son accueil lors de l'enquête de terrain

À Didier Fassin et au CRESP pour leurs réactions à l'article n°3

À tous mes amis du GRIS et de santé publique dont j'ai partagé le quotidien

À Francine et Josée pour leur intelligence administrative

À Vicky pour son amitié et son important travail de retranscription

À mon ange-gardien, Marc-André

À Hernan et Joyce qui m'ont accueillie à cœur ouvert

À mes amis Cristián et Pía

À Michèle, Diane, Florida, Chantal, Lise, Jocelyne, Dorine qui m'ont permis d'écrire en toute tranquillité d'esprit

À Damien ...☺...

À Alix pour avoir si bien su me faire oublier cette thèse.

La réalisation de cette thèse a été possible grâce au soutien financier du Conseil de Recherche Médicale du Canada, du Centre de Recherche en Développement International, du Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, de la Faculté des Études Supérieures de l'Université de Montréal, de la Chaire FCRSS/IRSC sur la gouverne et la transformation des systèmes de santé.

## 1) Problématique et contexte de l'étude

### *a) Qu'est-ce que l'Initiative ONUSIDA<sup>1</sup> d'accès aux thérapies pour le VIH/SIDA?*

L'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) et ONUSIDA estiment qu'il y avait, fin 1997, plus de 30 millions de personnes atteintes du virus du SIDA dans le monde, la majorité vivant dans des pays en développement (ONUSIDA, projet pilote). On estime qu'environ 10% des patients auraient actuellement accès au traitement (Thomas 1998). Devant l'extrême inégalité d'accès aux thérapies entre les pays riches et les pays en développement, l'ONUSIDA s'est associée à cinq compagnies pharmaceutiques afin de rendre accessibles non seulement les nouvelles thérapies pour le VIH/SIDA mais aussi l'ensemble des médicaments nécessaires pour soigner les maladies opportunistes et les maladies transmises sexuellement. L'ONUSIDA insiste pour que l'Initiative soit implantée en collaboration avec les gouvernements nationaux afin que les infrastructures déjà disponibles servent de support à l'implantation de l'Initiative. Cela implique, évidemment, de renforcer les structures déjà existantes y compris d'assurer la distribution des médicaments, de former le personnel médical et communautaire et de développer les systèmes d'informations médicales. L'ONUSIDA souligne qu'il est intéressant de collaborer avec des fournisseurs de médicaments qui répondent aux incitatifs de marché, ainsi, théoriquement, l'offre de médicaments devrait être adaptée aux caractéristiques des marchés locaux. L'ONUSIDA recommande cependant que le prix des médicaments soit ajusté au pouvoir d'achat des patients dans chaque pays afin que l'effort financier soit équivalent pour un patient quelque soit le niveau de richesse du pays dans lequel il vit.

---

<sup>1</sup> Ces informations sont tirées du "background document" et du "Update June 1997-June 1998".

Afin de s'assurer du succès de l'Initiative, l'ONUSIDA a décidé de l'implanter tout d'abord dans quatre pays sous la forme de projets pilote. Ces pays sont le Viêt-nam, l'Ouganda, la Côte d'Ivoire et le Chili. L'Ouganda et la Côte d'Ivoire sont des pays où la prévalence de l'infection au VIH est élevée. Elle était, fin 1997, de 9,51% en Ouganda et de 10,06% en Côte d'Ivoire (ONUSIDA, 1998-a). Elle est relativement faible au Viêt-nam et au Chili, elle est respectivement de 0,22% et 0,20% chez l'adulte (ONUSIDA, 1998-a). Pour qu'un pays soit sélectionné pour participer à l'Initiative il devait être politiquement et socialement stable, être engagé dans la lutte contre le SIDA et le soutien aux personnes infectées, avoir un système de santé bien établi, présenter des atouts qui faciliteraient l'implantation et l'évaluation du projet (en particulier l'absence de programmes pouvant créer des biais était appréciée), avoir un revenu national relativement faible et présenter une forte prévalence ou une incidence importante pour l'infection au VIH, ce qui n'est pas le cas du Chili. Les pays ont aussi été sélectionnés selon leur position géographique (ONUSIDA, Background document). L'ONUSIDA estime que la phase pilote pourrait durer quatre à cinq ans.

Le projet initial prévoyait qu'un Conseil serait mis en place dans chaque pays dans le but de coordonner la politique sur les médicaments et l'implantation de l'Initiative. Ce Conseil dépendrait du Ministère de la Santé. L'achat de médicament se ferait de préférence par le biais d'une compagnie à but non lucratif. Des centres de soins répondant aux critères permettant une prescription et une utilisation rationnelle des médicaments seraient sélectionnés. Il y aurait des centres primaires, où les médicaments de base seraient disponibles, et des centres de référence, où seraient offerts les médicaments plus sophistiqués comme les antirétroviraux. Les patients qui participeraient à l'Initiative seraient sélectionnés selon les critères qui auront été élaborés par le Conseil.

Le cas du Chili est particulier car l'ensemble des médicaments pour traiter l'infection par le VIH/SIDA étaient disponibles, y compris les antirétroviraux dont environ 600 patients bénéficiaient déjà. Seule la tri-thérapie n'était pas offerte. L'Initiative visait à la rendre accessible aux 1500 autres patients qui en ont besoin.

En fait, seul le coût des thérapies semblait restreindre l'accès, contrairement aux autres pays où l'adaptation semblait a priori plus difficile.

**b) *Comment fonctionne le système de santé chilien?***

Le système de santé chilien est un système mixte au niveau du financement comme au niveau de la prestation. Près de 70% de la population est assurée par le système public (FONASA) alors qu'environ 30% de la population est couverte par le système privé (Reyes 1995, Ministerio de Salud 1999-a). Sont admissibles au système public d'assurance santé, tous les travailleurs, et leur famille, qui cotisent 7% de leur revenu au FONASA, ainsi que les personnes sans revenu. Les travailleurs assurés peuvent aussi quitter le FONASA et transférer leurs cotisations pour adhérer à des plans prépayés d'assurances privées (ISAPRES) (World Bank, 1995). " *Si l'adhésion au FONASA se fait sans discrimination, en revanche, l'accès aux ISAPRES s'effectue après une sévère sélection de dossier* " (Guillou, 1997). Dans tous les cas, l'accès aux soins s'accompagne d'importants copaiements. Chaque membre du FONASA appartient à une catégorie en fonction de son revenu. Le premier groupe, celui des indigents reçoit les soins gratuitement. Le deuxième groupe également, sauf pour les soins dentaires pour les personnes de plus de 14 ans (copaiement égal à 30% de la valeur du traitement) (Giacconi & Valdivia 1994). Les copaiements augmentent et la couverture des soins se réduit à mesure que le revenu augmente. Dans les cas des ISAPRES, lorsque la personne fait face à des problèmes de santé jugés " catastrophiques " (interventions chirurgicales majeures, chimiothérapies, épisodes reliés au SIDA, etc.), les copaiements deviennent prohibitifs au point que la majorité des patients doivent de nouveau être pris en charge par le système public d'assurance. De fait, les ISAPRES excluent les personnes âgées et les malades chroniques de leurs plans d'assurance (Vergara 1997, Wainer 1997). Le système public d'assurance prend donc en charge les cas les plus lourds, même si la personne a cotisé toute sa vie dans le système privé, et les personnes dont le revenu est le plus faible. Par ailleurs, le système privé draine la majorité des fonds, des ressources humaines et

technologiques (Vergara 1997, Busto 1999), ce qui rend les lieux de prestations privés et publics absolument incomparables. Le mode d'assurance, privé ou public, n'est pas forcément déterminant du lieu de consultation. Quelqu'un assuré au FONASA peut très bien consulter auprès de prestataires privés, pourvu qu'un accord les lient au FONASA et à la condition que le patient paie le coût différentiel.

Le gouvernement chilien, par souci d'efficience, a décidé de n'offrir que les interventions qui se révèlent être les plus coût-efficaces ou qui sont socialement soutenues. Les nouvelles thérapies étant très dispendieuses, le Ministère n'a pas souhaité les offrir aux patients qui auraient pu en bénéficier (Ministerio de Salud, 1997-a, 1997-b). Des objectifs et critères d'évaluation ont été retenus pour guider les réformes du système de santé. On recherche désormais une plus grande équité, une plus grande qualité de soins, on voudrait un système plus efficace et efficient, on veut aussi assurer la pérennité du système (Ministerio de Salud, 1997-b). Pour ce faire, le Ministère détermine quelles sont les priorités en santé. Le VIH/SIDA est un des 16 problèmes jugés prioritaires. Une commission nationale sur le SIDA a été mise en place (CONASIDA) en 1990, elle est responsable de tout ce qui concerne l'infection au VIH y compris de sa surveillance et, depuis 1997, elle est responsable du volet des maladies transmissibles sexuellement.

***c) Comment l'infection au VIH au Chili était-elle prise en charge?***

La prévalence à l'infection au VIH était en 1997 de 0,20% chez l'adulte (ONUSIDA-a, 1998) D'après les chiffres compilés par la CONASIDA (Ministerio de salud 1999-a), depuis l'apparition du premier cas d'infection au VIH identifié en 1984, jusqu'au 30 juin 1999, on a recensé 3150 personnes avec le SIDA ,3857 porteurs asymptomatiques et 2112 personnes décédées suite à l'infection. 90% des cas de SIDA recensés apparaissent chez les hommes et 10% chez les femmes. Le nombre de cas de SIDA augmente plus vite dans le groupe de femmes que dans le groupe d'hommes. Le groupe d'âge le plus affecté (85,3% des cas) sont les adultes

de 20 à 49 ans. Le SIDA est la 5<sup>e</sup> cause de mortalité chez les hommes de cette classe d'âge et la 11<sup>e</sup> chez les femmes. Le mode d'exposition au virus est sexuel (92,8% des cas), sanguin (5,6% des cas) et vertical (1,5% de l'ensemble des cas).

Depuis décembre 1992, la CONASIDA a introduit le traitement aux antirétroviraux pour les personnes atteintes du VIH/SIDA (CONASIDA 1999-c). Les patients pouvaient bénéficier d'une mono-thérapie (AZT). En 1996, le Ministère de la santé a rendu accessible la bi-thérapie. Les traitements pour les maladies opportunistes étaient aussi disponibles. On a également pris les mesures de prévention de la transmission mère-enfant, ce qui comprend le traitement par l'AZT de la mère séropositive pendant la grossesse et le traitement du nouveau-né. En 1996 il avait déjà été démontré que la tri-thérapie avait une efficacité plus élevée que les combinaisons précédentes, seulement les coûts étaient trop élevés pour que le Ministère accepte l'introduction de ces nouveaux médicaments au Chili (Ministerio de Salud, 1997-a). En 1995, soigner dans le système public un patient qui avait le SIDA coûtait annuellement 3760\$ US. Les coûts des soins pour un patient séropositif étaient de 1450\$ US (Toro & al. 1998). Les médicaments comptaient, respectivement, pour 75% et 65% des coûts des soins pour les personnes avec le SIDA et les personnes séropositives (Toro & al. 1998).

Le Chili se présente comme un pays particulièrement propice pour l'implantation de l'Initiative puisque les autorités sont au courant des conditions nécessaires pour offrir les tri-thérapies et qu'elles avaient déjà envisagé la possibilité de les rendre accessibles (elles offrent déjà différents antirétroviraux), puisqu'il existe déjà une structure d'importation pour ce type de médicaments, que les établissements sont déjà équipés pour répondre aux exigences de la mono- et de la bi-thérapies. Il semble a priori que le prix des antirétroviraux constitue la principale barrière à l'accès aux tri-thérapies.

#### ***d) Que sait-on de l'industrie pharmaceutique?***

Étudier les enjeux de l'implantation de l'Initiative en mettant l'accent sur les différents intérêts des acteurs revient à étudier l'industrie pharmaceutique dans un



contexte défini. L'Initiative ONUSIDA modifie l'organisation qui prévalait dans le sens qu'elle introduit de nouvelles règles d'importation, de distribution pour un type particulier de médicament.

**i) À propos des thérapies**

Les thérapies les plus efficaces auxquelles les personnes atteintes du VIH peuvent espérer avoir accès sont les multi-thérapies (O.M.S./ONUSIDA 1998-a). Elles utilisent des agents antirétroviraux qui appartiennent à deux types de médicaments: les inhibiteurs de transcriptase inverse (ITI) et les inhibiteurs de protéase (IP). Les ITI se divisent en deux classes: les nucléosides (NITI) et les non-nucléosides (NNITI). On retrouvait, en 1998, sur le marché 11 agents antirétroviraux. Le nom de marque et le prix peuvent varier selon les pays. Le prix est, dans les pays en développement, souvent négocié au cas par cas avec les compagnies pharmaceutiques, ces pays pouvant rarement acheter les tri-thérapies au prix de vente des pays occidentaux. C'est le cas, par exemple, du Costa Rica et du Brésil qui ont négocié un prix moins élevé de façon à pouvoir offrir la thérapie. En contre-partie, la compagnie pharmaceutique demande au pays de signer un contrat d'approvisionnement sur plusieurs années. Le prix des médicaments baissant avec le temps (l'AZT qui coûtait 10 000\$ US à la fin des années 1980, coûte maintenant environ 3 000\$ US), les pays qui ont accepté ce contrat pourraient alors se trouver obligés de payer plus cher les médicaments disponibles sur le marché (Forsythe 1998). Les estimations de l'O.M.S. des prix des médicaments à partir des prix américains en 1997 (O.M.S./ONUSIDA 1998-a) permettent d'avoir une idée de l'effort financier qu'un patient devait faire dans le cas où il payait lui-même ses médicaments.

**Tableau 1: Antirétroviraux**

Nom générique	Nom de marque	Type	Dose par unité	Coût trimestriel (\$US)
didanosine (DDI)	Videx	NITI	100 mg	420-700
lamivudine (3TC)	Epivir	NITI	150 mg	690
stavudine (D4T)	Zerit	NITI	40 mg	700-730
zalcitabine (DDC)	Hivid	NITI	0,75 mg	630
zidovudine (ZDV)	Retrovir	NITI	100 mg	720-860
indinavir	Crixivan	IP	800 mg	1350
nelfinavir	Viracept	IP	250mg	1670
ritonavir	Norvir	IP	600 mg	2080
saquinavir	Invirase	IP	600 mg	1720
delavirdine	Rescriptor	NNITI	100 mg	
nevirapine	Viramune	NNITI	100 mg	740

La combinaison d'antirétroviraux, incluant un inhibiteur de protéase, en réduisant drastiquement la charge virale chez le patient, diminue l'incidence des maladies opportunistes, retarde la progression vers la maladie, augmente la durée de vie du patient, réduit le nombre d'hospitalisations et permet un retour aux activités habituelles (OMS/ONUSIDA 1998-a, Havlir & al. 1998, Pialoux & al. 1998). Elle coûte extrêmement cher, de 1000\$ à 1500\$ par mois (en mai 1998), et est très exigeante. Le patient doit avaler une vingtaine de pilules chaque jour en respectant des recommandations spéciales pour chacune. Il est primordial que le patient soit très observant. C'est une condition nécessaire pour que le traitement soit efficace et pour réduire les risques de résistance. En outre, ce traitement peut entraîner des effets secondaires importants chez certains patients ce qui les contraint à l'arrêter.

## ii) À propos des producteurs

L'industrie pharmaceutique est un marché très concentré où peu de compagnies se partagent l'ensemble du marché. En 1988, 90% des exportations provenaient des 15 plus gros producteurs de produits pharmaceutiques. Toujours en 1988, on comptait environ 50 multinationales dont 30 détenaient près de la

moitié des ventes dans le monde. En 1989, SmithKline Beckman et Beecham ont fusionné, ce qui pouvait menacer les plus grosses compagnies. On a alors assisté, dans les années 1990, à un nombre important de fusions. C'est le cas, entre autres, de Bristol Myers et de Squibb en 1989, de Wellcome et de Glaxo en 1995, de Hoechst et Rhône Poulenc en décembre 1998 pour devenir Aventis Pharma, etc. Les fusions actuelles n'ont d'autre objectif que de les rendre plus capables de faire face à la concurrence que pourrait leur faire subir de plus grosses compagnies.

Les brevets sur les médicaments donnent aux compagnies pharmaceutiques un pouvoir de monopole lors des négociations sur la commercialisation de leurs produits. Les accords de l'OMC garantissent des brevets d'une durée de 20 ans dans tous les États membres. Les compagnies pharmaceutiques ont de gros incitatifs à commercialiser leurs produits au niveau mondial. Les coûts élevés de la recherche et la période d'exclusivité encouragent la diffusion des médicaments. Les antirétroviraux sont des médicaments récents, leur production est donc encore protégée par les brevets. De plus, l'incitatif commercial est très fort pour que les patients commencent leur traitement en utilisant le médicament produit par la compagnie, les recommandations suggérant que le patient prenne les mêmes médicaments tant que son traitement est efficace.

Nous avons vu que les concessions que les grosses compagnies sont prêtes à faire sur les prix des ARV pour les pays en développement ne sont pas toujours, à long terme, à l'avantage des pays. Par ailleurs, elles ont la plupart du temps une politique des prix discrétionnaire, suivant le pouvoir d'achat des pays et les arguments de négociation des gouvernements. Dans le cadre de l'Initiative ONUSIDA, les compagnies pharmaceutiques se sont engagées à offrir les thérapies à un prix réduit.

L'industrie pharmaceutique a surtout été étudiée de façon anthropologique (Van Der Geest & Whyte, 1988, Gruénais & al. 1997) ou en sciences économiques (Ballance 1992) dans le domaine de l'organisation industrielle. Les études anthropologiques ont essentiellement porté sur l'utilisation des médicaments, les perceptions des patients, les conditions de vente sur les marchés informels. Le

domaine de l'organisation industrielle traite surtout des conséquences des modes de régulation sur le marché formel des produits. Il existe deux types de marchés, officiel et informel. Notre étude avait pour objectif de n'étudier que le marché formel des médicaments en utilisant la richesse d'information que l'analyse qualitative peut contribuer à apporter. En fait, nous ne nous intéressions pas directement au marché mais à la dynamique politico-organisationnelle qui détermine les conditions de mise à disposition de ces thérapies, c'est-à-dire les modalités de régulation. Cependant, en étudiant le processus de distribution des médicaments, nous avons constaté l'existence et le développement d'un marché informel, en interaction avec l'accessibilité accrue des traitements pour le VIH/SIDA, ce qui nous a conduit à aborder le sujet. Rojas (1998) soulignait déjà l'existence d'un trafic clandestin d'AZT et de tests diagnostiques du VIH au Chili qui desservait les personnes qui se savaient atteintes du virus et qui redoutaient que leur séropositivité devienne connue. On peut aussi retenir des études sur le marché informel des médicaments que la motivation des firmes à accroître leur part de marché est tout aussi forte sur le marché officiel que sur le marché informel. Elles utilisent des stratégies qui, pour différentes qu'elles soient sur les deux types de marché, sont tout autant agressives (Van Der Geest & al. 1988, Morgan, 1998).

## 2) Conceptualisation de la recherche

### a) *L'analyse d'implantation*

Nous avons effectué l'analyse d'implantation du programme ONUSIDA d'accès aux ARV au Chili. Il n'existe pas de consensus sur la définition de l'analyse d'implantation en dehors d'une définition très générale d'étude des conditions de mise en œuvre d'un programme. Comme nous allons le voir, soit l'analyse d'implantation se définit seulement par rapport à l'analyse des processus, soit elle est l'étude des conditions de production des effets.

Mary Ann Sheirer (1994) l'aborde sous le concept d'évaluation des processus (process evaluation). L'évaluation des processus répond, d'après Sheirer, à trois questions principales :

" (1) what is the program intended to be? (methods to develop and specify program components); (2) what is delivered, in reality? (methods for measuring program implementation); and (3) why are there gaps between program plans and program delivery? (assessing influences on the variability of implementation) " (Sheirer 1994 : 40).

Rossi & al. (1999) reprennent la définition de Sheirer pour définir ce qu'est l'évaluation des processus ou l'analyse d'implantation; ils utilisent indifféremment ces deux appellations. Ils distinguent ce type d'évaluation de l'analyse de l'impact : alors que l'évaluation des processus peut être vue comme une étape en vue d'effectuer une étude d'impact, elle peut aussi être considérée comme une évaluation à part entière. Pour Champagne & al. (1991 : 95), l'analyse d'implantation vise à étudier l'influence des facteurs organisationnels et contextuels sur les résultats obtenus après l'introduction d'une innovation (Champagne & al. 1991 : 95). Cette définition, au contraire de celle de Sheirer inclut la considération des effets. Pour Champagne & Denis (1990), l'analyse de l'implantation

" s'appuie conceptuellement sur trois composantes, soit l'analyse de l'influence : de déterminants contextuels sur le degré de mise en œuvre des interventions; des variations dans l'implantation sur son efficacité (...); de l'interaction entre le contexte d'implantation et l'intervention sur les effets observés (...). " (Champagne & Denis 1990 : 151)

Elle peut être abordée suivant différentes perspectives, en utilisant différents modèles, modèle rationnel, de développement organisationnel, psychologique, politique et structurel (Denis & Champagne 1990). Pour Weiss (1998), trois situations requièrent une analyse des processus :

" One is when the key questions concern process. Evaluation sponsors want to know what is going on. Another is when key questions concern outcome, but we want to be sure what the outcomes were outcomes of? (...) The third situation is when the evaluator wants to associate outcomes with specific elements of program process (...)" (Weiss 1998: 9).

Pour Weiss, l'analyse des processus se distingue de l'analyse d'implantation par le fait que l'analyse d'implantation ne traite pas des processus qui interviennent entre les services du programme et l'atteinte des objectifs du programme mais qu'elle se centre sur la mise en place des services définis par le programme.

D'après Rossi & al. (1999), l'analyse d'implantation est une composante du monitoring de programme, alors que Weiss (1998 : 181), bien qu'elle lui reconnaisse des similitudes, soutient que la principale différence réside au niveau des objectifs de l'évaluation à savoir si elle est menée de façon à rendre des comptes aux officiels de haut niveau ou aux bailleurs de fonds (monitoring de programme) ou si elle est menée dans le but de comprendre ce qui se passe et de trouver des moyens d'améliorer le programme (évaluation des processus).

D'après Patton (1997), l'analyse d'implantation vise essentiellement à savoir ce qui se passe au niveau du programme implanté. L'analyse d'implantation est complémentaire à l'analyse des effets dans le sens qu'elle permet, premièrement, de s'assurer que le programme a bien été implanté, mais elle offre également de l'information sur les caractéristiques du programme implanté. L'analyse des processus, d'après Patton (1997) est une des cinq

dimensions de l'analyse d'implantation avec l'évaluation de l'effort, le monitoring, l'évaluation des composantes, la spécification du traitement.

" Process evaluation focuses on the internal dynamics and actual operations of a program in an attempt to understand its strengths and weaknesses. Process evaluation asks : what's happening and why? How do the parts of the program fit together? How do participants experience and perceived the program? (...) Process evaluation is developmental, descriptive, continuous, flexible, and inductive (Patton 1980). Process evaluations search for explanations of the successes, failures, and changes in the program. Under field conditions in the real world, people and unforeseen circumstances shape programs and modify initial plans in ways that are rarely trivial. (...) Process evaluations not only look at formal activities and anticipated outcomes, but also investigate informal patterns and unanticipated consequences in the full context of program implementation and development. Finally, process evaluations usually include perceptions of people close to the program about how things are going. A variety of perspectives may be sought from people inside and outside the program. (...) These differing perspectives can provide unique insights into program processes as experienced and understood by different people. " (Patton 1997 : 206).

Notre recherche cadre tout à fait avec la définition que donne Patton de l'évaluation des processus. Nous avons étudié les conditions de mise en œuvre du programme. Notre objectif était d'expliquer comment la dynamique organisationnelle influençait la mise en place de l'Initiative, et d'identifier les facteurs qui facilitaient ou faisaient obstacle au processus d'implantation du projet de façon à formuler des recommandations. Ceci nous donne des informations sur les objectifs de notre étude, mais nous apprend encore peu de choses sur comment aborder la problématique. Nous avons besoin d'un cadre théorique pour définir le devis de l'étude.

## ***b) Cadre théorique: l'analyse des systèmes d'action concrets***

### **i) Rôle d'un cadre théorique dans une recherche évaluative**

Le cadre théorique joue un rôle particulier dans une recherche évaluative. L'objectif n'est pas d'augmenter les connaissances dans un champ théorique

particulier, mais d'avoir un guide qui permette d'interpréter les faits observés. Le but n'est pas d'infirmer ou de confirmer des hypothèses qui permettront d'établir un nouveau modèle théorique plus juste ou plus complet, mais plutôt d'établir une démarche qui permette au chercheur d'être sensible à l'environnement qu'il analysera.

Because evaluation researchers often ignore theoretical issues altogether, evaluators are accused of being technicians who simply collect data without regard to the theoretical relevance or causal models suggested by their data. [...]

However, evaluation research is by no means inherently non-theoretical. To venture into the arena of causality is to undertake the task of theory generation and verification. The most common causal question in evaluation research is : Does the implemented program lead to the desired outcome? Or, What is the relationship between program activities and observed effects? Do the processes, activities, and treatments of the program cause or affect behaviors, attitudes, skills, knowledge, and/or feelings of program participants?

My own view is that evaluation researchers need not take on the responsibility for either generating or verifying some broad theory of human behavior. [...] This does not mean, however that evaluation researchers ought not become involved in the more concrete enterprise of thinking about what leads to what or what causes what in the programs they observed. In qualitative evaluation research theory construction is inductive, pragmatic, and highly concrete. " (Patton 1980: 277)

Le choix d'un modèle théorique ne se fait donc plus seulement en fonction de l'état des connaissances dans un champ donné, mais aussi en fonction de son adéquation pour une utilisation dans le cadre d'une recherche évaluative.

## **ii) Niveaux d'analyse: micro versus macro**

Nous devons analyser un cas unique, l'Initiative telle qu'implantée dans un seul des 4 pays, il était alors logique qu'un cadre théorique de niveau micro, appliqué aux organisations et individus, soit retenu plutôt qu'une théorie de niveau macro, proposant une théorie des populations ou des communautés organisationnelles (Astley & Van de Ven 1983).



### **iii) Modèles politiques: processuels versus catégoriels**

Par ailleurs, il semblait assez naturel d'utiliser un modèle politique d'analyse pour comprendre comment la dynamique organisationnelle influençait l'implantation de l'Initiative. On peut distinguer deux orientations majeures dans l'analyse des réseaux politiques. Certains, comme Kingdon (1984) mettent l'accent sur l'analyse du processus, d'autres tels que Marsh et Rhodes (1992) établissent les relations de pouvoir à un moment donné sans insister sur le processus qui mène à la décision. Ils aboutissent plutôt à une classification des systèmes intégrés qui s'étendraient des plus intégrés, les communautés politiques (policy communities), aux moins intégrés, les réseaux opportunistes (issue networks). Lemieux (1995) propose également un modèle politique d'analyse divisé en de nombreuses catégories, ce qui le rend moins propice à l'intégration de données contingentes. En fait ces deux types d'analyse se complètent, c'est essentiellement la perspective temporelle qui les différencie. Les premiers adoptent une perspective longitudinale d'analyse alors que l'analyse des seconds s'apparente plus à une coupe transversale des relations de pouvoir. Ceci a pour effet de déplacer l'importance de certains éléments dans l'analyse d'un phénomène. Par exemple, alors que la contingence et l'ouverture de fenêtres d'opportunité se révèle un déterminant majeur chez Kingdon (1984) et Crozier & Friedberg (1992), Marsh & Rhodes (1992) considèrent la contingence comme un élément essentiel mais environnemental dans l'analyse qu'ils font des jeux politiques.

### **iv) Cadre théorique retenu: l'analyse des systèmes d'action concrets**

Puisque dans une recherche évaluative, ce n'est pas le raffinement des catégories d'analyse qui importe mais l'adéquation d'un modèle pour interpréter une situation observée, les modèles processuels d'analyse qui permettent l'analyse de données contingentes semblent particulièrement adaptés. Le modèle d'analyse des systèmes d'action concrets (Crozier & Friedberg [1977] 1992) nous a semblé tout à fait approprié puisque c'est un modèle politique d'analyse qui peut être interprété

comme un modèle processuel inductif tout en utilisant une perspective d'analyse de niveau micro. Ce modèle nous semblait adéquat pour tenir compte des intérêts et stratégies des acteurs, des modalités de collaboration au niveau formel comme au niveau informel.

Un *système d'action concret* (SAC) est un ensemble de jeux structurés entre des acteurs interdépendants, dont les intérêts peuvent être divergents voire contradictoires. Toute action collective peut être interprétée comme un système d'action dès lors que les participants sont dépendants les uns des autres (Crozier & Friedberg [1977] 1992). Tout acteur s'intégrant dans une action collective entretient des relations privilégiées avec certains interlocuteurs que l'on appelle *relais* (Crozier & Friedberg [1977] 1992). C'est la mise en évidence du réseau d'acteurs interdépendants (Klijn & al. 1995) qui permet de montrer l'existence d'un SAC. La définition des réseaux utilisée dans les analyses des réseaux politiques est très semblable à celle du SAC de Crozier et Friedberg. Le réseau se caractérise par l'interdépendance d'acteurs multiples aux rationalités multiples (Marsh & Rhodes 1992, Kickert 1993).

À l'intérieur d'un système d'action concret les acteurs participent à des *jeux* dirigés par certains objectifs plus spécifiques. Les jeux sont plus ou moins intégrés et articulés les uns aux autres. Tous les acteurs du SAC ne participent pas forcément aux différents jeux (Klijn & al 1995). Par contre le jeu peut modifier le SAC tout comme le SAC influence les jeux (Klijn & al. 1995). Il nous a semblé intéressant de compléter la notion de jeux par celle de dossiers (" issue streams ") développée par Langley & al. (1995) dans l'analyse des processus de décision. Langley & al. (1995) et Miller & al. (1996) soulèvent plusieurs problèmes particuliers au domaine de la décision. Tout d'abord, qu'est-ce qu'une décision? Est-ce simplement le fait d'être arrivé à un accord, négocié ou non, ou plutôt qu'une décision ne peut être considérée comme telle qu'une fois qu'elle a été transformée en action? Il peut y avoir des actions sans décision, une décision sans action est-elle réellement une décision? De plus, Miller & al. (1996) soulignent qu'il peut aussi exister des non-décisions sur certains sujets tabous et que limiter l'étude aux décisions peut nuire à l'interprétation d'un phénomène politique.

Langley & al. (1995) proposent de ne plus mettre l'accent sur la décision comme telle mais sur une question ou un dossier en particulier, ce qu'ils appellent " issue streams ", les décisions venant alors ponctuer l'évolution du dossier. Il nous semble que la définition de dossier (Langley & al. 1995) enrichit la notion de jeux (Crozier & Friedberg [1977] 1992), les jeux pouvant être interprétés comme un ensemble de décisions et de non-décision, de dossiers au sens de Langley & al. (1995).

Les jeux supposent donc une régulation d'ensemble, des mécanismes permettant au SAC de se maintenir. Dans le SAC comme dans les jeux, les processus d'interaction sont régulés par des *règles du jeu*, grâce auxquels les acteurs " *règlent et gèrent leurs dépendances mutuelles* " (Friedberg 1993). Les règles peuvent être définies à partir de la structure formelle de l'organisation mais aussi par les pratiques informelles des acteurs. Les règles sont une indication de l'existence de relations de pouvoir entre plusieurs acteurs. Les règles constituent autant des contraintes que des zones d'incertitudes d'où les acteurs tirent une marge de manœuvre (Crozier & Friedberg [1977] 1992). Elles peuvent être respectées telles qu'elles sont, ou bien appropriées par un groupe qui, tout en les respectant, les travestit (De Certeau 1980) pour qu'elles satisfassent leurs intérêts. L'utilisation qui est faite des règles fait partie de l'ensemble des stratégies que les différents acteurs utilisent pour atteindre leurs fins.

D'après Crozier et Friedberg, toute structure d'action collective se constitue comme un système de *pouvoir*.

Le pouvoir est " la capacité d'un acteur à structurer des processus d'échange plus ou moins durables en sa faveur, en exploitant les contraintes et opportunités de la situation pour imposer les termes de l'échanges favorables à ses intérêts " (Friedberg 1993).

" Le pouvoir est la manifestation naturelle et pour tout dire normale de la coopération humaine qui suppose toujours une dépendance mutuelle et déséquilibrée des acteurs " (Friedberg 1993).

Les relations entre acteurs sont la manifestation de leur pouvoir relatif, le pouvoir n'existant pas en lui même:

" il n'y a pas quelque chose comme le pouvoir qui existerait globalement, massivement ou à l'état diffus, concentré ou distribué : il n'y a de pouvoir qu'exercé par les " uns " sur les " autres "; le pouvoir n'existe qu'en acte [...] " (Foucault 1982).

La méthode suggérée par Foucault (1982) pour analyser les relations de pouvoir est de considérer les formes de résistances que l'on oppose au pouvoir. Ceci revient à étudier " *l'affrontement des stratégies* " (Foucault 1982) de différents acteurs. D'après Crozier et Friedberg ([1977] 1992), l'étude des relations de pouvoir permet de dégager des *stratégies* d'acteurs relativement stables. La stratégie des acteurs représente leur position, leur parti dans le jeu. Les stratégies des acteurs sont fonction de leurs *intérêts* mais aussi de leurs *ressources*. Les ressources peuvent prendre la forme de savoirs, d'une expertise, d'un statut, d'une légitimité, etc., dépendamment des perceptions des différents acteurs (Klijn & al. 1995). Les stratégies ont, par exemple, été étudiées par Latour et Woolgar dans le cadre de l'analyse d'un laboratoire de recherche. Ils identifient quatre stratégies (construction, matérialisation, utilisation de la crédibilité, persuasion) régulièrement utilisées par les chercheurs pour présenter et faire reconnaître les faits qu'ils ont découverts. Miller & al. (1996) citent d'autres types de stratégies qui peuvent être utilisées pour orienter le projet. Les acteurs peuvent, par exemple, présenter le problème d'une façon telle qu'elle sert leurs intérêts et bloque toute possibilité d'opposition, ou encore manipuler l'information etc. Il est évident que ces stratégies ne prennent forme que parce qu'elles sont soutenues par les ressources dont les chercheurs disposent.

### c) *Questions de recherche*

Nous avons étudié le processus d'implantation du projet en faisant l'analyse du système d'action concret que pouvait représenter l'Initiative ONUSIDA. Des hypothèses posées a priori trahissent la démarche d'analyse stratégique qui est, par nature, une démarche inductive. Une démarche processuelle semblait beaucoup plus adéquate. Nos questions de recherche suivaient donc le processus suggéré par Crozier et Friedberg ([1977] 1992) qui vise tout d'abord à identifier un système

d'action concret par la mise à jour de l'existence des réseaux puis par l'étude des caractéristiques de ce SAC par l'entremise de la compréhension des modes de régulations de différents jeux, dans le but de comprendre la régulation globale du système. Nous avons identifié 7 questions de recherche:

- 1) Peut-on considérer l'implantation de l'Initiative comme un système d'action concret?
- 2) Quelles sont les premières caractéristiques de ce système?
- 3) Quels jeux à l'intérieur du SAC peut-on distinguer?
- 4) Quels sont les caractéristiques de ces jeux?
- 5) Comment fonctionne le système d'action concret?
- 6) Quels sont les avantages pour les différents acteurs et la stabilité du système de ce mode de fonctionnement?
- 7) Quels sont les enjeux de l'implantation de l'Initiative d'ONUSIDA de mise à disposition des ARV au Chili?

#### ***d) Stratégie de recherche***

Pour mener notre recherche, nous avons décidé de procéder par étude de cas. Nous chercherons, par l'analyse approfondie (analyse holistique, Yin 1984) de l'implantation du projet d'ONUSIDA au Chili, à en cerner les enjeux. L'approche que nous avons privilégiée s'apparente à ce que Patton appelle évaluation des processus (Process evaluation, Patton 1987, 1997), approche que nous avons définie plus haut.

Cette approche intègre la recommandation de Langley & al. (1995), d'adopter une perspective plus phénoménologique en restant proche des gens et des processus étudiés et de Miller & al. (1996), de comprendre les décisions par un processus d'analyse des discours, d'interprétation des actions et des symboles utilisés par les individus (Miller & al. 1996).

Plus particulièrement, nous avons utilisé ce que Crozier et Friedberg ([1977] 1992) appellent l'analyse stratégique. C'est avant tout une démarche qui

visée à " *établir l'existence d'un phénomène nouveau et d'en comprendre la logique* " (Crozier et Friedberg [1977] 1992).

" Obligée de reconnaître et d'assumer la contingence irréductible du phénomène qu'elle cherche à étudier, l'analyse stratégique ne peut qu'adopter une démarche hypothético-inductive par laquelle elle constitue et cerne son objet d'études par étapes successives à travers l'observation, la comparaison et l'interprétation des multiples processus d'interaction et d'échange qui composent la toile de fond de la vie à l'intérieur du système d'action qu'elle cherche à analyser. Une démarche en somme qui se sert de l'expérience vécue des participants pour proposer et vérifier des hypothèses de plus en plus générales sur les caractéristiques de l'ensemble " (Crozier & Friedberg [1977] 1992).

L'analyse stratégique utilise à la fois les perspectives émique et étique de recherche. Émique parce qu'elle met en évidence les perceptions et interprétations divergentes des différents acteurs, étique parce qu'elle vise une interprétation du système qui intègre les visions contradictoires des acteurs dans un même système interprétatif. Cette démarche utilise la logique propre des acteurs pour comprendre la structuration du système (Crozier & Friedberg [1997] 1992).

### 3) Opérationnalisation de la recherche

#### a) *Collecte des données*

La collecte des données a eu lieu entre septembre et décembre 1999. Nous avons tout d'abord rencontré le coordinateur de la CONASIDA qui avait accepté de collaborer au projet. Nous avons discuté de l'avancement du projet afin de pouvoir choisir différents jeux qui seraient étudiés par la suite. Nous avons décidé de suivre le processus d'importation des médicaments depuis les négociations jusqu'à l'étape de distribution. En effet, l'Initiative étant principalement un projet d'accès aux ARV, il nous a semblé que cet aspect de l'implantation était particulièrement pertinent. Différents acteurs étaient impliqués dans ce jeu: la CONASIDA, les compagnies pharmaceutiques, l'ONUSIDA, le PNUD, les établissements de soins et les patients.

Nous avons également décidé de suivre le Conseil qui a été mis en place dans le cadre de l'Initiative. Le Conseil était constitué de quatre groupes de travail rassemblant différents représentants d'acteurs jouant un rôle dans la problématique du SIDA au Chili.

Nous avons procédé suivant la technique " boule de neige ". Nous avons d'abord rencontré les personnes qui ont été identifiées en collaboration avec la CONASIDA comme ayant participé à l'Initiative, puis nous avons élargi notre " carnet d'adresse " en demandant aux acteurs interviewés qui il serait intéressant de rencontrer pour discuter des différents thèmes abordés durant l'entrevue. Ceci nous a permis d'interviewer plusieurs acteurs qui ne participaient pas à l'Initiative mais qui sont apparus comme essentiels pour avoir un portrait exhaustif de la situation.

Tout au long de notre collecte de données nous avons formulé des hypothèses que nous avons validées au fur et à mesure sur le terrain. Nous avons

réellement utilisé une démarche itérative afin de valider notre interprétation des relations de pouvoir, des intérêts des acteurs, etc.

## ***b) Sources des données***

### **i) Entrevues:**

Nous avons mené une cinquantaine d'entrevues semi-dirigées. Nous avons préparé une grille d'entrevue qui permettait de connaître le parcours de la personne, son rôle dans le projet, sa vision de l'Initiative et du rôle des différents acteurs, son interprétation des événements que nous avons décidé d'analyser (un exemple de grille d'entrevue est mis en annexe). Une nouvelle grille d'entrevue était élaborée pour chaque acteur de façon à l'adapter à son rôle dans l'Initiative et aux nouvelles informations que nous détenions. Par ailleurs nous avons gardé la liberté de réorienter les questions en cours d'entrevues. Il est difficile de classer les acteurs dans une catégorie simple, certains acteurs, particulièrement ceux qui ont participé aux groupes de travail, pouvant appartenir à différentes catégories. Nous pouvons tout de même dire que nous avons mené 16 entrevues dont l'intérêt principal était le Conseil mis en place, 15 entrevues autour du processus d'importation et de distribution des médicaments, 4 entrevues au sujet de divers aspects de l'Initiative et 15 entrevues pour documenter le contexte ou les institutions. Bien entendu les sujets abordés pouvaient se recouper.

Toutes les entrevues ont été enregistrées avec le consentement des acteurs. Seuls trois acteurs ont refusé l'enregistrement. Une seule personne a effectué la retranscription des entrevues. Nous nous sommes par ailleurs engagés auprès des acteurs à garantir une utilisation confidentielle de l'information qu'ils nous communiqueraient.



**ii) Observation:**

Nous avons mené diverses activités d'observation. Premièrement, nous avons assisté, durant une journée, aux consultations des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans une clinique de jour que tient un des centres hospitaliers de la Région Métropolitaine de Santiago. Nous avons pu observer le déroulement d'une consultation médicale ainsi que le suivi que font les infirmières pour initier un traitement ou pour faire le suivi d'une personne sous traitement antirétroviral. Nous avons pu discuter avec les patients qui venaient consulter. Deuxièmement, nous avons participé au congrès annuel des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA qui se tenait à Santiago. Diverses personnalités des associations de patients, du gouvernement, de Vivo Positivo des groupes communautaires, etc. y avaient un droit de parole. Par ailleurs toutes les personnes vivant avec le VIH étaient invitées à participer à l'événement. Troisièmement, nous avons noué contact avec des patients impliqués dans l'association locale d'un centre de soins. Nous avons participé à diverses activités que l'association organisait et à des activités connexes auxquelles les personnes qui s'impliquaient dans l'association participaient. L'association étant située au cœur du centre de soins, cette activité nous a donné l'occasion de connaître différents aspects du processus de soins, du support offert aux patients, de l'accès aux thérapies, etc., que nous n'aurions pas connus par ailleurs. Enfin, nous avons participé à différentes réunions avec les organisateurs de l'Initiative.

**iii) Documentation:**

Nous avons utilisé différents types de documents. Premièrement, nous avons rassemblé les documents officiels publiés dans le cadre de l'Initiative. Il s'agit essentiellement de documents de l'ONUSIDA et de la CONASIDA. Nous avons aussi consulté divers documents qui décrivaient les activités des différents types d'établissements impliqués dans la thématique du VIH/SIDA. Nous avons également lu, à partir du début de l'Initiative, les articles de journaux compilés dans la revue de presse systématique effectuée par la CONASIDA. Cette revue de

presse s'est révélée particulièrement importante pour étudier le déroulement médiatique de l'Initiative mais aussi pour documenter le contexte du VIH/SIDA au Chili. Enfin, nous avons tenu un journal de nos observations, entrevues et analyses partielles.

### *c) Traitement des données*

Nous avons codé les entrevues dans *Nud\*ist 4.0* afin de pouvoir utiliser un programme de classement. Nous avons traité l'information par thèmes. Ceux-ci peuvent différer des jeux initialement identifiés et ont été mis de l'avant lors de la période de collecte de données par le processus inductif d'analyse que nous avons utilisé.

" Qualitative methods are particularly oriented toward exploration, discovery, and inductive logic. An evaluation approach is inductive to the extent that the evaluator attempts to make sense of the situation without imposing pre-existing expectations on the program setting. Inductive designs begin with specific observations and build toward general patterns. Categories or dimensions of analysis emerge from open-ended observations as the evaluator comes to understand the existing program patterns. " (Patton, 1987: 15).

L'ensemble des entrevues a été codé deux fois suivant les différents thèmes et sous-thèmes identifiés. Nous avons ensuite compilé l'information suivant chaque thématique. Chaque thème a été décrit puis analysé. Des recommandations ont été formulées à propos de chaque thématique traitée. L'analyse des données est présentée dans le rapport d'évaluation soumis à l'Agence Nationale de Recherche sur le SIDA (ANRS France), en annexe de la thèse.

## 4) Validité de la recherche

### a) *Triangulation*

Nous avons utilisé le processus de triangulation lors de la collecte de données et de l'analyse des résultats.

" Denzin (1978) has identified four basic types of triangulation : (1) data triangulation – the use of a variety of data sources in a study, for example, interviewing people in different status positions or with different point of view; (2) investigator triangulation – the use of several different evaluators or social scientists; (3) theory triangulation – the use of multiple perspectives to interpret a single set of data; and (4) methodological triangulation – the use of multiple methods to study a single problem or program, such as interviews, observations, questionnaires, and documents. " (Patton 1987 : 60) "

Nous avons effectué trois des quatre types de triangulation. Premièrement, l'analyse stratégique, par nature, encourage la consultation de l'ensemble des acteurs qui constituent un système d'action concret. Le chercheur, inévitablement, rencontre des personnes dont les positions et les interprétations sont différentes (triangulation des données). En triant nos données par thèmes et en les analysant de façon transversale, nous croisons les interprétations d'acteurs différents sur un même thème. Par là nous effectuons une triangulation de la théorie. Enfin, nous avons effectué une triangulation méthodologique puisque nous avons utilisé divers types de données (entrevues, observation, analyse de documents). Le seul type de triangulation que nous n'avons pas pu réaliser est la triangulation du chercheur, puisqu'un seul chercheur a collecté l'ensemble des données. Cet aspect comporte les avantages de son défaut : si nous ne pouvons pas parler triangulation, le fait de n'avoir qu'un seul chercheur limite le besoin d'interpréter les distorsions créées par chacun des chercheurs. Par ailleurs le chercheur s'est impliqué sur le terrain durant trois mois, période durant laquelle le chercheur a maximisé le nombre de contacts personnels et le nombre d'activités qui lui permettaient de s'immerger dans

le sujet d'étude et dans son contexte, ce qui donne une " *compréhension en profondeur et en détail de ce qui se passe* " (Patton 1987: 13).

### **b) *Validation de l'analyse***

Les évaluations qualitatives sont ancrées dans les spécificités contextuelles (Patton 1987). Elles ne recherchent pas à mettre en valeur une vérité, mais elles reconnaissent l'existence de perspectives multiples et donc d'interprétations divergentes.

" After reviewing 20-years of educational research, Cronbach (1975) concluded that social phenomena are too variable and too context-bound to lend themselves to generalization. He places particular emphasis on the importance of interpreting data in context rather than reducing the context to arrive at generalizations. Local conditions become primary " (Patton, 1980 : 280)

Ceci ne veut pas dire pour autant que l'analyse du chercheur est subjective (Scriven 1972 cité par Patton 1987: 166). Tout méthode de collecte de données est susceptible de comporter des biais en particulier d'importer les pré-conceptualisations, pour ne pas parler de préjugés, des chercheurs. En fait, le chercheur en recherche qualitative doit analyser en toute neutralité les interprétations des acteurs.

" The qualitative evaluator strives to tell a story that incorporates varying perspectives on actions and events. The evaluator in qualitative evaluation presumes that a coherent story is possible. By viewing himself or herself as an interpreter, the evaluator may, through close interaction with some experience of the program, come to understand and report its workings. This role of interpreter requires that the evaluator spends some time specifying the biases that he or she inevitably carries. In fact, rather than assume that he or she can completely portray a number of the characteristics features of the program, the evaluator might strive to compare and contrast his or her own presuppositions and understandings of the program. In this way, the evaluation and reporting proceed as a dialogue (or a number of dialogues) between evaluator and evaluated" (Pearsol 1985: 142).

Pour s'assurer de la neutralité de notre analyse, chaque fois que nous avons un doute sur le déroulement des événements décrits lors de la rédaction du rapport de recherche nous revenions à nos données brutes de façon à confirmer ou

infirmier ce que nous avançons. Nous avons également recherché les explications rivales (" negative cases ", Mays & Pope (2000), Patton (1990)). Par ailleurs, nos analyses ont été soumises, avant la diffusion du rapport, à Mme Raquel Child, directrice de la CONASIDA pour qu'elle puisse réagir au rapport d'évaluation et soulever ses points de désaccord (" respondent validation ", Mays & Pope (2000)). Elle a réagi de façon extrêmement précise à notre rapport qu'elle semble avoir lu avec une attention toute particulière. Chaque remarque qu'elle a formulée a été examinée en détail. Suite à cet examen, nous avons supprimé les imprécisions que Mme Raquel Child a soulevé, nous avons corrigé notre analyse de façon à insister sur les interprétations divergentes des différents acteurs (" Fair dealing ", Mays & Pope 2000) et nous avons consolidé notre argumentation à l'aide de citations d'extraits d'entrevues ou d'informations factuelles. Cet échange a constitué un exercice particulièrement sérieux de validation de notre rapport.

## 5) Résultats et analyses

### *a) Article 1: Implementation of the UNAIDS Drug Access Initiative in Chile*

Auteurs: Astrid Brousselle, François Champagne.

#### **i) Introduction**

The first scientific results on the effect of tri-therapy were presented during the world conference on AIDS in Vancouver in July, 1996. It raised great hopes among patients, as it was the first treatment that really could improve their health-states for a significant length of time. The possibility of living with HIV became a reality. Associations of patients actively promoted an accelerated commercialization of the new drugs (Maguire, 2001). On the other hand, questions of equity were raised by different leaders, including political representatives of developing countries: how were we to accept treatments being unaffordable in developing countries where the majority of the people with HIV/AIDS lived? At the end of 1997, two-thirds of those living with HIV/AIDS were in Sub-Saharan Africa. Adding South and Central America and South and South-east Asia gave us 90% of the persons living with HIV/AIDS (PLHA). 93% of the people affected by HIV and living in developing countries did not have access to antiretroviral (ARV) therapies (Forsythe, 1999). Prices of drugs for multitherapies constituted 86% to 91% of total annual therapy costs (Floyd & Gilks, 1999). Antiretrovirals (ARV), as new pharmaceutical products, were protected by international patent laws, and no generic production was allowed. The only legal way to increase ARV treatment access in developing countries consisted in either increasing the financial

resources dedicated to the acquisition of pharmaceutical products, which was not a sustainable solution in the long term, or obtaining price reduction agreements with pharmaceutical companies.

In 1997, UNAIDS decided to set up an experimental treatment access project for HIV/AIDS in developing countries as a first step for a wider strategy. In 1997, UNAIDS decided to implement pilot-projects in four countries: Ivory Coast, Uganda, Vietnam, and Chile. In 1997, HIV prevalence in Ivory Coast and Uganda was high, 10.06% and 9.51% respectively (UNAIDS/OMS, 1998). HIV prevalence in Vietnam and Chile was much smaller: 2% (UNAIDS/OMS, 1998). To be selected, countries had to present political and social stability, demonstrate their political engagement in combating HIV, have a national AIDS program, present good evaluation conditions, and have a high HIV infection prevalence or a high incidence. This last condition was not observed in Chile. Disposition of medical equipment and location in diverse geographical zones also constituted selection criteria (UNAIDS, Background Document). The objective was to widen access to HIV/AIDS therapies, which implied negotiating drug prices corresponding to the economic reality of the country, and creating rational conditions for treatment access.

This research was part of the evaluation programme of the UNAIDS Drug Access Initiative (DAI) in Chile, coordinated by the National Agency of Research on AIDS in France (ANRS). In particular, the objective of this implementation evaluation research was to examine how the politico-organizational dynamic explained the development of the project, with the aim of identifying factors that helped or impeded its implementation. The goal of this research was, first, to help countries with the implementation of the project; secondly, to create information for countries interested in offering ARV treatment at large. We examined negotiation and decisional processes using as a conceptual framework the strategic analysis model (Crozier & Friedberg [1977] 1992, Friedberg 1993, 1994).

In this article, we present our theoretical framework and methodology. Then, we explain the evolution of the DAI through three logic models (Rowan 2000, McLaughlin & Gretchen 1999, Weiss 1998). The first represents the DAI as

it was conceived before its implementation. The second represents the adaptation of the DAI to the Chilean context. The third presents its implementation, highlighting the strengths and difficulties associated with the politico-organizational dynamics.

## ii) Theoretical Framework and Methods

### *(1) An Implementation Evaluation*

The work we realized is a process evaluation (Sheirer 1996, Weiss 1998) or an implementation evaluation (Patton 1997) depending on the terminology and definition used. According to Sheirer (1996) and Rossi & al. (1999), process evaluations address three main questions :

" (1) What is the program intended to be? (methods to develop and specify program components); (2) What is delivered, in reality? (methods for measuring program implementation); and (3) Why are there gaps between program plans and program delivery? (assessing influences on the variability of implementation) " (Sheirer 1996 : 40).

Rossi & al. use the two designations interchangeably. For Weiss (1998), three situations call for process data:

" One is when the key questions concern process. Evaluation sponsors want to know what is going on. Another is when key questions concern outcome, but we want to be sure what the outcomes were outcomes of? (...) The third situation is when the evaluator wants to associate outcomes with specific elements of program process (...) " (Weiss 1998: 9).

Our study addresses questions of program objectives, design and delivery with the objective to understand what was going on. But it also fits the definition Patton gives of process evaluations :

" Process evaluations search for explanations of the successes, failures, and changes in the program. Under field conditions in the real world, people and unforeseen circumstances shape programs and modify initial plans in ways that are rarely trivial. (...) Process evaluations not only look at formal activities and anticipated outcomes, but also investigate informal patterns and unanticipated consequences in the full context of program implementation and development. Finally, process evaluations usually include perceptions



of people close to the program about how things are going. A variety of perspectives may be sought from people inside and outside the program. (...) These differing perspectives can provide unique insights into program processes as experienced and understood by different people. " (Patton 1997 : 206).

While saying we are doing a process evaluation gives insights into what we were expected to do, it gives little information as to the theoretical framework used or the design of our study. In fact, while saying what kind of evaluation we are doing poses a research objective, it is the conceptual framework that indicates how the researcher must find answers to the research questions.

## *(2) A Strategic Analysis*

We used the model of strategic analysis developed by Crozier and Friedberg in their book *Actors and Systems* ([1977] 1992). It is a good model for catching the organizational dynamic of a particular context. The conceptualization of the collective action is done through the analysis of a concrete action system (CAS). A CAS is a set of interdependent structured games of actors who may have divergent or contradictory interests. Any collective action can be considered as a CAS if participants depend on each other. This model can be interpreted as a component of the movement of process analysis of political networks (Kingdon 1984, Crozier & Friedberg [1977] 1992, Friedberg 1993, Klijn & al. 1995, Klijn 1996, Gervais 1998), political networks being characterized by the interdependence of multiple actors having multiple rationalities (Marsh et Rhodes 1992, Kickert 1993). In a CAS, actors participate in different games defined according to more specific objectives. The definition Crozier and Friedberg give of the game is close to the one Langley & al. (1995) give of issue-streams in the study of decision processes. Not all the actors participate in the different games. But a game can influence the CAS, just as the CAS can modify the games (Klijn & al. 1995). This suggests that a general regulation exists. This regulation can be defined from the formal structure but also from the informal actors' practices. According to Crozier and Friedberg, all collective action systems are constituted as systems of power. Power is the capacity of an actor to structure exchange processes to his advantage (Freidberg 1993). Strategies of actors can be identified

through the analysis of power relations. Actors' strategies are a function of their interests and resources, which might take the form of expertise, status, legitimacy, etc., depending on the actor's perceptions (Klijn et al. 1995).

The theoretical framework cannot be dissociated from the research data collection process, as it does not pose a priori relations between variables. It promotes the utilization of an hypothetico-inductive strategy (Crozier & Friedberg [1977] 1992). It implies that the researcher has to use a series of linked research questions. Crozier and Friedberg suggest three major steps: documentation of the context studied, in-depth analysis of the games elected, and extension of regulations observed in the games to the system. Based on this approach, we designed the specific objectives of our study: (1) documenting the history of the DAI; (2) identifying important themes related to the implementation of the DAI; (3) documenting the history of each decisional process chosen and identifying facilitating factors and difficulties actors meet; (4) examining how the intra-theme dynamic influences the orientation of decisions; (5) investigating the politico-organizational dynamic of the whole system, so as to explain how the DAI was implemented in Chile.

### *(3) Methods*

Before entering into proper methodological considerations, we must present the conceptualization of the DAI we have used. We consider the DAI as procedural and its development may be different from that of the official calendar. In fact, the initial project was designed in 1997 and different activities took place up to the official inauguration of the DAI in Chile in January 2000. These activities included negotiations, redesigns, the setting up of the Advisory Board, etc. We consider these official and informal activities at least as significant as the media-covered ones.

In collaboration with the director of the National Commission on AIDS in Chile, we chose different games (Crozier & Friedberg) or issues (Langley & al. 1995) to be studied. We centred our data collection around the Advisory Board and the drugs import/distribution process. We also documented the context of HIV/AIDS in Chile.

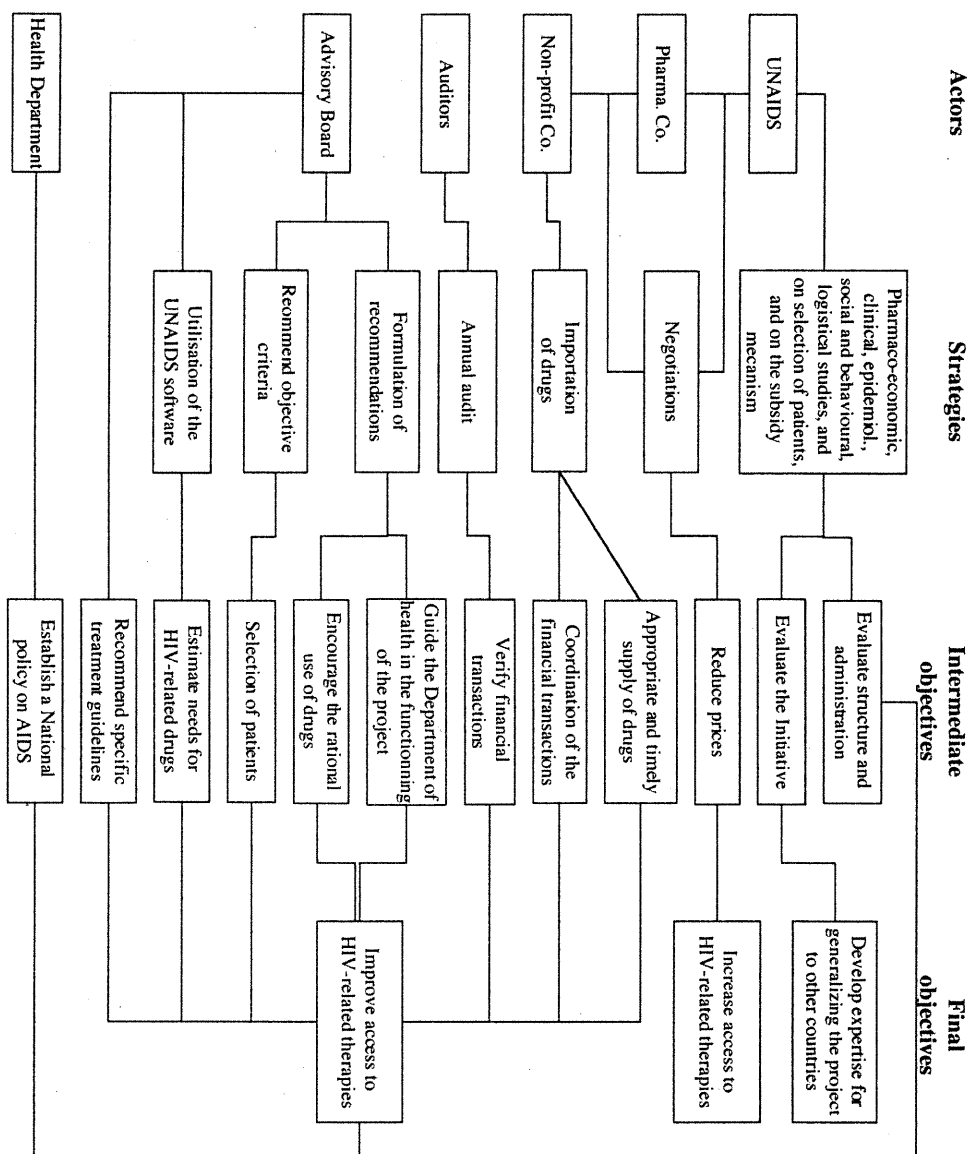
Data were collected between September and December, 1999. Semi-structured interviews were conducted with about fifty actors, who could be divided into two groups. The first group was composed of people who effectively played a role in the development of the DAI. The second group consisted of people who did not participate directly in the UNAIDS project, but who appeared to be essential, in order for us to have a complete portrait of the HIV thematic in Chile. As the DAI had a participatory mandate, many actors were dedicated to activities different from those of the DAI. We interviewed actors from CONASIDA (the National Commission on AIDS), Vivo Positivo (the national association of people living with HIV), people working in the health system, patients, managers of pharmaceutical companies, representatives of UNAIDS, people working for FONASA (the public health insurance fund) and for ISAPRES (private health insurance funds), actors from UNDP, and people working for NGOs and foundations. The interviews with the actors from the DAI focused on the decisional theme under investigation. The actors who appeared to play an important role in the HIV thematic were asked to explain their activities. The same person interviewed all the actors. Interviews generally took half an hour to one hour to complete. The actors were guaranteed that the information would be kept confidential, and the interviews were recorded with the actors' consent. A single person transcribed all the interviews. The text was coded twice and Nudist was used to classify the different themes.

We also observed the care process for PLHA in one hospital in the metropolitan region. Furthermore, various observation activities were conducted in different health care centres and associations, in various meetings, etc. We also gathered information by reading the press releases compiled by CONASIDA from 1996 to 1999. All these documents allowed us to get information on the DAI and on the HIV/AIDS issue in Chile.

### **iii) Results**

#### ***(1) The Initial Logic Model***

The pilot-project had three main objectives: to give access to HIV-related therapies in developing countries, to create optimal conditions of access, and to collect information for generalizing the program to other developing countries. A selected number of patients would be eligible for the program.



**Figure 1: Initial logic model of the UNAIDS Drug Access Initiative**

At the structural level, the mission of an advisory board, made up of representatives of the different groups that participated in the HIV thematic, would be to guide the Health Department in all aspects concerning implementation and functioning of the DAI. Secondly, a non-profit company would be created with the objective of negotiating with the pharmaceutical companies and ensuring a good

management of drug stocks. Auditing experts would verify its functioning annually. Should a similar company exist in the country, its use would take priority. Finally, centres of care (primary and referral centres) would be selected.

UNAIDS' mission was to give the pilot-countries technical support to help them obtain preferential prices and to give rational access to drugs. No financial support for buying drugs was considered. UNAIDS also wanted to evaluate the DAI.

This model was the original implementation plan that was to be applied to all pilot-countries. This plan was described in official UNAIDS documents and constituted the guidelines for implementing the DAI in each country.

## ***(2) Adaptation of this Model to the Chilean Context***

The model of the DAI we have just described was not applied as conceived. It was adapted in response to national characteristics. To explain the evolution of the design of the DAI, we must first explain the Chilean context of the HIV/AIDS issue, which refers to the environment in which the actors had to manage. Then we must present the governmental response offered to the increasing incidence of HIV infection and of AIDS cases.

### **(a) A Brief Epidemiological History**

The first case of AIDS had been notified in 1984. Up to 1999, 3150 ill people and 3857 asymptomatic people were notified, of which 2112 people died. 90% of AIDS cases were male, and 10% were female. People between 20 and 49 years of age constituted 85.3% of all cases of infection. Exposure had been sexual in nature for 92.8% of the cases, through blood contact for 5.5% of the cases, and vertical for the remainder (1.5% of the cases). The sensitivity of the vigilance system was estimated at 86% in 1997, thanks to the revision system of the death certificates initiated in 1991 (Ministerio de Salud 1999-a).

### **(b) The Social Context of the HIV/AIDS Issue**

There are three major determining influences for the governance of any political decision on appropriate care for people living with HIV in Chile. First, homophobia is still strong in Chile. Sodomy among adults was depenalized in 1999. Although today the epidemic affects the heterosexual population more and more, HIV infection is still important within the homosexual population: 67% of people living with HIV contracted it during homosexual relations (UNAIDS/OMS 1998). This form of discrimination might complicate relations between the patient and the health care professionals or with his family circle, which has known effects on prevention, on treatment observance, or simply on HIV screening. Some NGOs or community groups decided to mitigate this influence by creating greater access to professional resources. Furthermore, CONASIDA, in association with some health care centres and some NGOs, was trying to lessen homophobia, ignorance, and associated discrimination, so as to reduce the impact this could have on access or quality of care.

The second important influence is discrimination against people living with HIV. For example, at the time of our research, employers, before hiring someone, often required proof that they were HIV negative. In the same way, some patients stated they had difficulties finding housing once people knew they were HIV-positive; others claimed that they lost the support of their family. This kind of discrimination accentuates the social precariousness in which many patients live, and adds difficulty to the problems already associated with the acceptance of their serologic status. People living with HIV/AIDS often said they experience social death before experiencing physical death. We noted that when we asked patients to introduce themselves at the beginning of the interview, they generally gave the year they were diagnosed, their number of CD4 lymphocytes, and that of their viral charge, exactly as if it had become their new identity. Furthermore, there was a belief among PLHA that the prevalence of HIV/AIDS in the Chilean population was largely underestimated. They thought there were more than 1 million people living with HIV, most of them unaware. It was probably a means of feeling less isolated and less marginalized. Furthermore, some patients we met felt they had a

mission to improve the living conditions of people living with HIV. This myth gave meaning to their involvement in diverse associations.

The third notable characteristic is the influence of the Catholic Church, which still determines moral values and greatly influences social actions. For example, in 1997, CONASIDA decided to broadcast prevention messages on television, to sensitize the population to the risks of transmission. Three means were identified as being efficient against contamination: having only one partner, deciding not to have sexual relations, and using condoms correctly. Television channels refused to broadcast the message. This campaign created an incredible outcry. Personalities such as the President of the Republic, ministers, and the President of the Senate had to take positions for or against this message. At issue was the apparent governmental approval given by CONASIDA to the use of condoms, which is still rejected by the Catholic Church. The Church is also very present in the patients' surroundings. Some religious foundations offer support for access to drugs, for lodging, for food, etc. Volunteers offer moral support. We attended the blessing of an association of patients in a health care centre during its inauguration. The church is still very influential in the social structuration process and seems to be all the more present, given that people living with HIV are socially isolated.

In this context, the association of people living with HIV/AIDS, *Vivo Positivo*, plays a particularly important role. This association groups the majority of the local associations in hospitals. Its goal is to modify the legislative and social context of the HIV issue through periodic demonstrative actions and through the development of political support at the national and the international level, so as to create resources against discrimination and to increase the access patients have to HIV/AIDS therapies.

This general context places great pressures on the governmental institution dealing with the HIV/AIDS thematic, CONASIDA. It has to deal with social pressures that complicate the everyday management of the different epidemic aspects. It requires a high political sensibility and strategies to comply with the requirements of its mandate, while satisfying popular values.



### **(c) The Chilean Answer to the HIV/AIDS Issue**

The National Commission on AIDS (CONASIDA) was created by the Chilean government in 1990 as a component of the Department of Health, but one with a particular structure. Whereas the majority of departments have a matricial structure, CONASIDA had the advantage of having an autonomous structure, one where all thematic programs and resources (administrative control, control of communications, care, and prevention, responsibility for sexually transmissible diseases, and control over epidemiological and sociological studies) are grouped together. The hierarchical structure is also particular, with CONASIDA answering directly to the Department of Health Under Secretary. This form of organization indicates the government's determination to develop specific responsibilities and skills to face the HIV issue.

At the time of our study, CONASIDA financed drugs for opportunistic diseases and antiretroviral treatment for the population covered by the public insurance fund (FONASA). Other treatment costs were the responsibility of FONASA. It is important to note that the majority of patients were covered by the public insurance fund. In fact, most private insurance companies (ISAPRES) did not cover diseases whose treatment was terribly expensive (certain cancers, AIDS, etc). Those firms which agreed to cover these diseases were generally termed closed ISAPRES, i.e. ISAPRES accepting only employees of a particular company and their families; they imposed co-payments for medical consultations and did not cover the cost of drugs. Due to the importance of their treatment costs or their insurance coverage, the majority of people living with HIV moved to the public system soon after their diagnosis had been made.

CONASIDA financed AZT as a monotherapy in 1992 (Ministerio de Salud, 1999-a). In 1997, bitherapy was introduced (Ministerio de Salud, 1999-a). The increase in the cost of the therapy, associated with increased needs, put a great strain on financial resources. While the Department of Health decided to increase CONASIDA's budget, it remained insufficient for covering all the needs. Since then, not all patients in need of treatment have been able to receive therapy. At that time, CONASIDA began to consider involvement in UNAIDS' DAI.

**(d) The UNAIDS Drug Access Initiative in Chile: the Revised Model**

The opportunity to participate in UNAIDS' DAI coincided with the moment the Health Department envisaged offering tri-therapy. The DAI appeared as a means for CONASIDA to reduce the cost of drugs and to increase the number of patients who would have access to treatment. In September of 1999, CONASIDA, in addition to the 750 bi-therapies already financed, added 700 tri-therapies -- which was still not enough to cover all needs. In February 2000, fifty therapies for patients who did not respond to treatment were added.

In Chile, while the DAI does not involve a cohort of patients as in other pilot-projects, it is directly integrated into the national policy of access to HIV/AIDS therapies. Eligible patients are those covered by FONASA, the public health insurance system. The DAI does not involve patients covered by private insurance, except for pregnant women who are admissible to treatment protocol for vertical transmission (ACTG076).

It was not necessary to create a new health care infrastructure, as there are health centers that have treated patients with HIV/AIDS for many years, with access to all facilities for laboratory tests (ELISA, viral charge, etc.).

One way to increase the number of therapies offered by CONASIDA was to reduce drug prices. In Chile, a structure of negotiation and importation already existed, so it was not useful to adopt the structure which UNAIDS conceived in its official documents. CONASIDA evaluated the needs for ARV and negotiated directly with the laboratories. It transmitted its purchase order to CENABAST, which invited bids. CENABAST bought from laboratories, which distributed drugs directly to the hospitals. Then CENABAST invoiced CONASIDA. Usually, a commission of 6% was paid to CENABAST to finance administrative costs, but in the case of ARV, CENABAST agreed to forego this commission. However, drug prices had increased by 31% due to importation and value-added taxes. A new path for the importation of drugs was considered. The DAI's idea was to get HIV/AIDS therapies at prices adjusted according to local purchasing power. Every

pilot project had to be associated with a price negotiation strategy. UNAIDS' principal negotiation argument was to convince pharmaceutical companies, who pay off the development costs of drugs in rich countries, to offer these same drugs in developing countries with a reduced profit margin. This would offer them the advantage of keeping the profit margins they had in rich countries, yet increasing their sales and profits by penetrating new markets. In the case of Chile, the laboratories accepted a reduction of drug prices on the condition that they be allowed to bypass the importation and value-added taxes. The proposition consisted of buying the drugs, not through CENABAST, but through UNDP, international organizations being exempt from national taxes. There was a four-year convention between UNDP and the Health Department for importing medical equipment without paying taxes. As this convention expired the same year, UNAIDS and CONASIDA tried to integrate the import of drugs into the new convention. This would let them increase the budget for drugs purchases by 25% (31% of taxes – 6% UNDP commission). This importation process was considered temporary until the government were to solve this issue. The convention was approved by the Chilean government at the end of June, which was much later than anticipated. It was agreed that UNAIDS would give UNDP the financing for the observance of support activities and for the salary of the UNAIDS coordinator, and that CONASIDA would transfer the financing for drugs purchases to UNDP, and would give 6% of the total amount to UNDP for administrative costs. To bypass the various taxes, it was arranged that the drugs would be purchased from head offices, but that subsidiary companies would be in charge of distribution and would continue to receive their commissions. The " Contraloria ", an independent organization in charge of validating all agreements between the government and other institutions, had to ratify this agreement to make it completely legal.

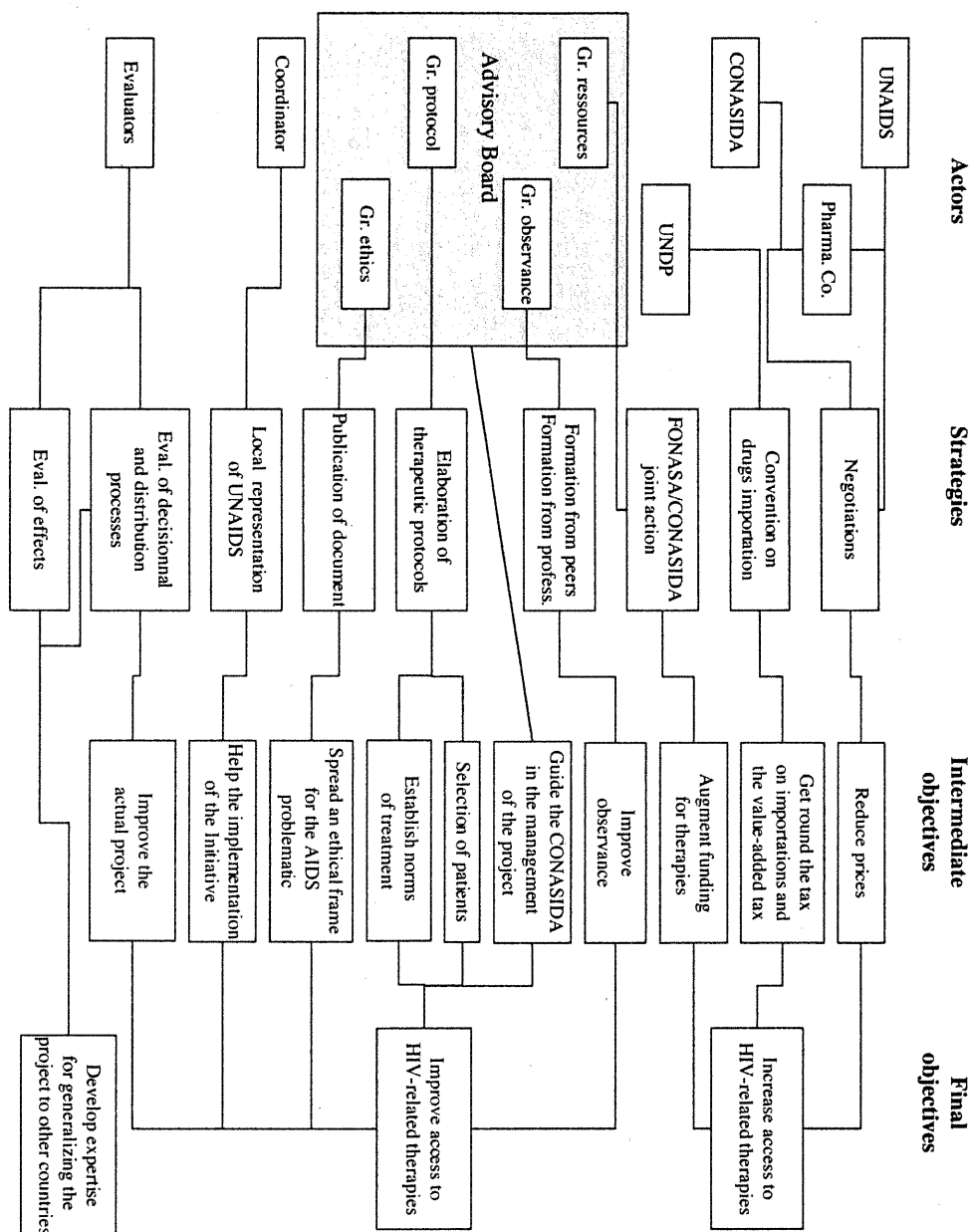
The Advisory Board first met in July 1998. It was directed by the Under Secretary of the Health Department, responsible for CONASIDA, and assembled representatives of medical staffs, of patients' associations, of ISAPRES, of FONASA, and of diverse organizations involved in the HIV/AIDS issue. Some forty people participated in the first meetings. The Advisory Board was divided

into four work groups specializing in ethics, mobilization of resources, psychosocial support, and therapeutic protocols. Each group worked independently and presented their work during the UNAIDS representative's visit in May, 1999.

The UNAIDS representative wanted to nominate a coordinator for the project in order to help resolve the tense relationships between CONASIDA and some actors (in particular, doctors). This coordinator would be remunerated by UNAIDS and would be UNAIDS-appointed, so as to have plenty of scope to act. In fact, the coordinator was nominated by CONASIDA in May, during the UNAIDS representative's visit. The Advisory Board deplored the fact that it had not been consulted.

The National Agency of research on AIDS in France (ANRS) would be responsible for the evaluation of the DAI.

UNAIDS would keep its role as negotiator with the head offices of the pharmaceutical companies.



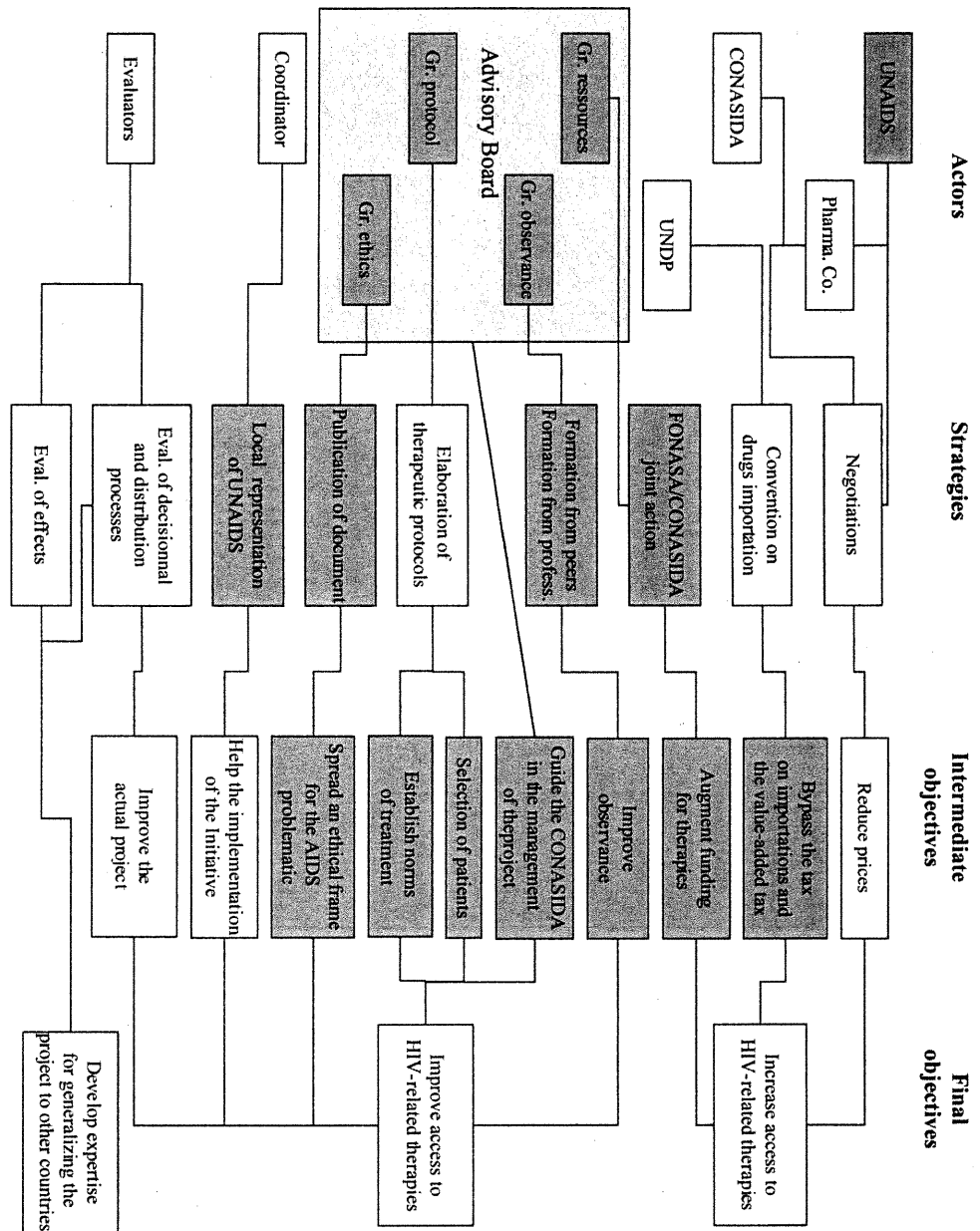
**Figure 2: Revised logic model of the UNAIDS Drug Access Initiative in Chile, June 1999.**

We see that UNAIDS' DAI in Chile was far removed from the characteristics of the pilot-project defined in the official documents. It was much more like a generalized common action, integrated into the existing care system, with, however, exploratory project characteristics. No specific institution was

created, but the pilot aspects can be noticed in different elements (the creation of the Advisory Board, the agreement with UNDP, the nomination of a coordinator, the financing of activities supporting observance of treatment, and the evaluation of the project) which would probably not have been assembled if the project had been led only by the national authorities. The design of the DAI in Chile -- in particular, the fact that it was not a separate exploratory project but one integrated into the national system -- gave a larger responsibility to the national organization for HIV/AIDS, CONASIDA.

### *(3) UNAIDS Drug Access Initiative Implementation in Chile*

The model we have just described presents the DAI as it was conceived in May, 1999, when the UNAIDS representative went to Chile. Project implementation obviously differed from its design because of the appropriation of different constitutive elements by the actors. We present a third logic model that represents implementation of the DAI, emphasizing the non-realization of some components or the difficulties (gray zones on the graph) met when the actors put the theoretical project into action. In fact, these gray zones are of two kinds. First, some are zones of negotiation -- that is, places where uncertainty in the final avenue exists because of the confrontation of different actors' power relations. These zones of uncertainty are particularly significant for the observation of actors' strategies, interests, and power relations. The second type of gray zones are the ones that indicate the non-realization of some objectives due to a previous gray zone in the process leading to the development of the planned strategy. We will examine these gray zones in a longitudinal manner in order to avoid repetitions. The explanation of these "gray zones" will highlight the organizational dynamics and will constitute different elements for the understanding of the general dynamics of the project.



**Figure 3: Revised logic model of the UNAIDS Drug Access Initiative in Chile, September-December 1999.**

### **(a) The Role of the Advisory Board in the Initiative**

The Advisory Board was constituted in July, 1998 and was divided in four independent groups in order to concretize different elements necessary for the development of the DAI. Each work group brought together representatives of different actor groups participating in the HIV/AIDS environment.

#### *(i) The Group on Ethics*

This group deliberately decided not only to orient its work on the DAI, but rather to work with the aim of defining the ethical references of action. In a few pages, the preliminary document raised critical points for an integral and coherent answer to the HIV/AIDS issue but, at the same time, questioned founding principles of Chilean society. This document was never completed.

#### *(ii) The Group on Mobilization of Resources*

The objective was to find new ways to mobilize resources to increase access to treatments for people living with HIV. Different possibilities were considered for encouraging joint action between private and public health insurance systems. The creation of a special fund for the treatment of people living with HIV was considered but, legally, it required that three sources of funding (for example, a government institution, employers, and users) participate. This idea was soon put aside. The second solution considered concerned only the public sector. The first step was to get an estimate of the resources necessary for the treatment of all patients covered by the public sector, including FONASA, which financed the infrastructure and human resources for care, and CONASIDA, which financed the drugs. This possibility was based on the idea that offering tri-therapies reduces the burden on the health care system (FONASA) and that the cost of ARV (paid by CONASIDA) should be part of a joint action. The third possibility considered was to define AIDS as a "catastrophic disease". The government considers as "catastrophic" diseases for which treatment is too



expensive and offers full insurance coverage for these patients. This idea was not considered in the short term.

While the group did not meet from June to November, 1999, discussion continued periodically between FONASA and CONASIDA to contemplate a united action. No solution was found in the short term.

*(iii) The Group on Psychosocial Support and Observance of Treatment*

This group elaborated three main projects. The first one consisted in creating different information documents for the drugs, treatment characteristics, and observance. The second project consisted in establishing information workshops for health professionals. The third one was a training project for people living with HIV, to encourage support and advice from peers. These projects were approved by the UNAIDS representative in May, 1999 and funding was allowed. Yet, funds were not received before October, after long negotiations between CONASIDA and UNAIDS in Geneva. There was a change of management in UNAIDS and it remained absent from the project for five months. CONASIDA then decided to postpone the development of the activities of this group until it received the funds. While some particularly motivated people transferred their new skills to their health centers, these kinds of external developments remained rare. Whereas tri-therapy was introduced at the end of September, none of the activities elaborated in the groups had been implemented by then.

*(iv) The Group on Therapeutic Protocols*

Different protocols were elaborated: the protocol for adults, the protocol concerning vertical transmission, and the protocol for treatment of children. The last two protocols were elaborated by physicians expert in maternal and pediatric treatment, and were distributed to all specialists in this field. 100% of the drug needs for pregnant women and for children are covered.

The major difficulty encountered by the group working on the definition of the therapeutic protocol for adults concerned the type of therapy CONASIDA should offer. Since the beginning, it was clear that resources were not sufficient to cover all the needs. The question was whether CONASIDA would only recommend the initiation of tri-therapy and offer fewer therapies, or whether it would encourage bitherapy for some patients, in accordance with their clinical state, and enlarge the number of patients receiving treatment. This dissension caused several physicians to leave the group, claiming their disagreement over offering a therapy, less efficient in the long term, that increased the risk of development of resistance. The UNAIDS representative encouraged the nomination of a coordinator for the DAI with the role of mediator, to help the group continue its work. While the coordinator was nominated, CONASIDA never brought the physicians and the coordinator together.

Finally, it was decided that bitherapy would be recommended under certain conditions: it would be proposed for patients with an intermediate probability of progression to AIDS – i.e., asymptomatic patients with CD4 between 350 and 499/mm<sup>3</sup> and a viral charge of 10000 to 50000 copies/ml. It was suggested that patients with the financial resources allowing them to buy one of the three drugs immediately start tritherapy. If bitherapy were not efficient enough and if it were not due to a problem of observance, the patient should be given tritherapy (Ministerio de Salud 1999-a).

The members of the Advisory Board, while finding the experience interesting, deplored the fact that this activity was so time-consuming, it being really an over-time activity for which they received no compensation. Furthermore, some events led to the feeling that they were being manipulated by CONASIDA. First, they found CONASIDA reluctant to distribute information on the UNAIDS project, and this, when CONASIDA did distribute it, only in English. Vivo Positivo translated the document. Secondly, in November, 1999, the participants had still not received information on what came out of their work, nor

on the development of the DAI. The groups did not meet after June, and their work remained, in general, incomplete. Whereas the mission of the Advisory Board was to guide the Health Department, in this case CONASIDA, throughout the DAI, the continuity of its role, as defined in official documents, was not maintained. While the Advisory Board did have an initiating effect at the beginning, it was CONASIDA that largely led the project.

### **(b) UNAIDS Representation in Chile**

Different actors claimed to be UNAIDS representatives in Chile and put forward their legitimacy for the management of the project or of a part of the project. The legitimacy of the manager of UNAIDS- Geneva was never questioned. Yet he resigned in June, 1999 and there was no regular communication between CONASIDA and UNAIDS until the new manager was named in October, 1999. At the local level, UNAIDS representation was a source of ambiguity and tensions either involving the designation of legitimate actors or the definition of its functions. The analysis of this theme was particularly relevant for understanding the relationships between some actors and the systems' rules.

#### *(i) The Coordinator of the Project*

The role of the coordinator consisted in facilitating the implementation of the DAI. According to the manager from Geneva, the coordinator had to be the link between some actors reluctant to participate, and CONASIDA, in order to facilitate their collaboration. The manager wanted the coordinator to work closely with CONASIDA but to have the label of UNAIDS. CONASIDA, on the other hand, declared that since the beginning it had wanted the coordinator to be part of CONASIDA, the DAI being led by CONASIDA.

UNAIDS had to remunerate the coordinator but no funds arrived before October, 1999. Until that date, CONASIDA remunerated the coordinator. Furthermore, no contract was signed ratifying the nomination of the coordinator or defining its role. This delay constituted a breach in the legitimacy of the

coordinator at the level of CONASIDA. In October, when UNAIDS reappeared, communications were reestablished with CONASIDA, but not with the coordinator. CONASIDA apparently did not wish that sort of relationship to be established without its intervention: why should such a relationship occur if the coordinator depended on CONASIDA? The coordinator's status was, in the long run, only dependent on the will of CONASIDA to integrate him into the project. With time, the coordinator lost the independence Geneva had had in mind.

The status of the coordinator, as seen initially by UNAIDS, constituted by nature an external source of power independent from the authority of CONASIDA. On the other hand, CONASIDA considered the coordinator as part of CONASIDA, and did not recognize its legitimacy as an independent actor. This situation shows the necessity of quickly ratifying agreements between institutions, so as to minimize misunderstandings or post-hoc interpretations. This situation also seems to reveal CONASIDA's wish to be the prime contractor of a project that inscribes itself in the continuity of its action.

*(ii) The UNAIDS Thematic Group*

This group brings together representatives of the different United Nations organizations in Chile: UNESCO, UNICEF, and UNDP, but also PAHO/WHO and CONASIDA, the community network that includes NGOs and associations involved in the VIH/AIDS issue in Chile, such as Vivo Positivo. The objective was to develop a concerted action plan for AIDS in Chile. The Thematic group had to sign documents for agreements between CONASIDA and UNAIDS-Geneva. It played no role in the implementation of the DAI. The UNAIDS manager of the DAI kept the thematic group informed but the group never mobilized to get involved. The thematic group got a new director in March, 1999. The new director decided to play a major role in various activities concerning the issue. Yet he was poorly informed about the implementation of the DAI and he did not know of the existence of the coordinator. The presence of two people with a mandate from UNAIDS in Chile created, on various occasions, ambiguities as to the role of each in UNAIDS representation and delegation of authority.

*(iii) UNDP*

UNDP was the organization in charge of importing drugs through the agreement ratified in June by the government and approved by the " Contraloria " in October, 1999. It was also the intermediary for the transfer of funds from UNAIDS expected by CONASIDA. The people in charge of the DAI at UNDP considered themselves to be the administrative and operational representatives of UNAIDS in Chile. They recognized and supported the role of the local coordinator.

The multiplication of people and institutions claiming a legitimacy for UNAIDS representation may appear anecdotal. But it is symptomatic of the political dynamic of the context studied. The absence of an officially recognized determination of the roles of different actors, with no distribution of up-to-date information creates an undefined zone that sets the stage for power games for the control of zones of uncertain authority.

The only actor that had regular contacts with each representative was CONASIDA, where information from every actor was centralized. This favorable position was preserved through control of interactions that might occur between some of these actors. This situation was typical of the preponderance of the role CONASIDA had amongst different actors in Chile. The situation concerning the roles of different representatives gave a strategic advantage to CONASIDA. The management of the DAI was very centralized, which posed a dilemma for leadership of the project. Quite quickly, and throughout the implementation of the DAI, the role of UNAIDS as the initiator of the project became difficult to reconcile with the place CONASIDA occupied as the body responsible for the national program against HIV/AIDS. We understand why, when difficulties or disagreements occur, as was the case with the funds expected from UNAIDS, CONASIDA would decide to take the lead in the project and to establish new game rules. Let us remember that CONASIDA's context of action was particularly political and tense.

### **(c) The Drug Negotiations and Imports Process**

#### *(i) The Negotiations Process with Pharmaceutical Companies*

According to CONASIDA, the pharmaceutical companies reduced their prices by 25% to 30% between 1996 and 1998, i.e., before the UNDP importation process became effective, an agreement that would represent an increase in the number of therapies sold. It is important to specify that the price reductions took various forms. Some companies proposed a true price reduction (e.g., GlaxoWellcome). Others did not modify their prices, but offered, for example, three viral charge exams each year for all patients who took their company's drugs (e.g., Merck and Co.). Some maintained their prices but proposed bonuses (e.g., Boehringer Ingelheim), which meant they added a given number of drugs to the quantity bought at full price. If this formula meant a reduction in the average price, it was not equivalent to a real price reduction. As a matter of fact, this solution offered companies the chance to increase patients' dependence on their products. While CONASIDA could initiate more therapies, nothing obliges the laboratory to keep on offering these bonuses. This position in fact looks like a strategy for market penetration. Negotiations between CONASIDA and the companies were going on, but no negotiation strategy seemed to exist at the UNAIDS level from the time the UNAIDS manager left the project onwards.

#### *(ii) The UNDP Importation Process*

Generally, the actors had little information about the agreement with UNDP. There seemed to have been no new developments since the last visit of the UNAIDS DAI Manager in June. UNAIDS was absent from negotiations during all this period. Some laboratories were preoccupied with technical questions about the new import structure. CONASIDA continued its own negotiations with the laboratories, whereas UNDP thought negotiations to be its responsibility.

The agreement was signed at the end of June, 1999. Legally, the agreement had to be approved by the " Contraloria " to be effective. Yet imports via UNDP

began as early as July, 1999 for all products except drugs, CONASIDA refusing to use this import structure until the " Contraloria " had approved it. This convention was neither used in August nor at the beginning of the year 2000, when CONASIDA bought new drugs. The first imports through this process came in May, 2000. The approval by the " Contraloria " justifies why CONASIDA did not use the agreement with UNDP. Yet it is probably not the only reason, as other units of the Health Department began to use it as soon as the agreement was ratified and UNDP affirmed it was ready to start. CONASIDA declared that they waited for the approval by the " Contraloria " and that they would not use the agreement until the funds from UNAIDS arrived. Yet the agreement was not used at the beginning of the year 2000 even if the funds were paid.

Between September and December of 1999, CONASIDA began to appropriate the project:

" The project of access to tri-therapy is not a project of UNAIDS but a CONASIDA project (...) The pilot-project has not begun yet " (CONASIDA informant).

In fact, the official inauguration of the pilot-project was set for January, 2000. CONASIDA explains that ARV are financed by the Health Department so it is a project of the Chilean government and not of UNAIDS. As CONASIDA strongly associates the UNDP agreement with the DAI, they might have refused to use it until the pilot-project was officially inaugurated, in order to emphasize the fact that, until the inauguration, tri-therapy was offered through the Chilean program of access to ARV and not through the DAI. We also noted that CONASIDA announced an increase in therapies distributed in order to cover approximately 30% more of the needs (*El Mercurio* 2000/01/13) a few days only before the presidential elections (2000/01/16).

The agreement was valid for four years. There was no guarantee it would be renewed. This import channel perpetuated a system originally perceived as a temporary solution to increase the coverage of needs in therapies.

#### **(d) Implementation of the Therapeutic Protocol**

The Advisory Board group on the elaboration of therapeutic protocols ended with the formulation of guidelines for clinical practice and for the selection of patients. We examined how the protocol for adults was implemented in the health care centers. As we shall see, difficulties were encountered in both fields.

##### *(i) Implementation of the Therapeutic Protocol in Health Care Centers*

The protocol was sent for validation to all physicians working with PLHA in the country. It is important to note that the Society of Infectiology of Chile did not recommend the same protocol of treatment as did CONASIDA, particularly on the possibility of initiating bitherapy. This situation questioned the legitimacy of scientific societies versus governmental ones for the elaboration of therapeutic guidelines. The Society of Infectiology felt that offering bitherapy could have important negative effects for patients who developed resistance. This would reduce the therapeutic choices at the level of the patient, but also at the epidemiological level by running the risk of resistant strains being transmitted (Comité consultivo de sida 1998). This situation contributed to reducing the applicability of the governmental protocol in the health care centers, with the potential risk of creating gaps in CONASIDA's estimated drug needs.

In two health care centers for adults we visited in the metropolitan region, no bitherapy had been initiated for several months. This did not respect the clinical protocol elaborated by CONASIDA as it recommended that bi-therapy should be proposed to patients with short term, intermediate probability of progression to AIDS, and that, in case of therapeutic failure, tritherapy should be prescribed. Tri-therapy should be directly proposed to patients who could afford the third drug, the bitherapy being offered by the government (Ministerio de Salud 1999-a). Two motives are put forward to explain the non-prescription of bi-therapies. First, there was too much disappointing experience of development of resistance with bi-therapies. Secondly, professionals were skeptical of the possibility of getting



salvage therapies in case of therapeutic failure, as all tri-therapies had already been allocated to the health care centers.

There are twenty-eight health services in Chile in the thirteen administrative regions. According to CONASIDA, ARV were distributed according to the proportion of " active " patients in each health care center, active patients meaning those who came regularly for follow-up consultations. This meant that drugs were not allocated according to needs. For example, we could imagine a center that received as many ARVs as it had active patients, even though these patients did not need ARV treatment according to the governmental protocol. In the Chilean context, as the number of therapies distributed was generally not sufficient to cover all the needs, it is likely that all combinations of ARV would be allocated. But this system was not equitable for centers that had a great proportion of active patients in need of therapies, as the proportion of therapies related to the number of patients in need of therapy would be lower. With this system of allocation, the chances of survival were not equal for all patients.

Furthermore, as the drugs were bought according to the revised prescriptions as seen earlier, and not according to real practice, one ran considerable risk of drugs' remaining unused.

#### *(ii) Selection of Patients for Access to Treatment*

Once the therapies were allocated to the health care centers, it was their responsibility to decide how to distribute them. As there were far more needs than therapies available, different strategies were used, at the discretion of the health care personnel, to decide who would have access to treatment. There was no homogeneity in the selection criteria used in the different centers. Some elaborated a standardized procedure for patient evaluation that included not only clinical criteria, but also criteria to evaluate the social support a patient could receive, his living conditions, etc. The patient who got the most points got the therapy. This system was elaborated in order to maximize the anticipated chances of observance of treatment. In other centers, priority was given to those who already had

bitherapy via the government but did not respond to treatment. The remainder of therapies was given to people who did not receive treatment and who were at an advanced stage. As there were not enough therapies for all, the staff used a lottery system. For the selection of patients, bio-clinical criteria were dominant, but they were necessarily completed with other methods of selection (social criteria, lottery). It was generally the nurse or the social worker, with the support of the medical staff, who determined who would have access to therapy and who would not. As most patients were at an advanced stage of disease, it was often a matter of determining survival or death, which amounted to a very painful decision for the staff that regularly saw these patients.

*(iii) The Fate of Patients Who Could Find Funding to Pay for  
One of the Drugs*

If a patient had enough financial resources to pay for one of the drugs, he could benefit from CONASIDA's joint program, joint because the Health Department financed the bi-therapy and the patient had to find another source of funding for the third drug. In most cases, the patient paid for it on his own, but as the cost of ARV was really high, in the long run, he could find it difficult to pay for his treatment. When a patient did not have enough resources, the social worker or the nurse contacted different organizations for financial support. This was the case for municipalities and for the foundations " Gente por un Amor Nuevo (GEAMN) and Laura Rodriguez. The foundations had their own support programs but could not satisfy all the needs. The municipalities contributed in a discretionary way to the funding of some therapies. Some employers or the First Lady Cabinet also contributed in some cases.

When the patient had the resources to buy at least one of his drugs, he could go to the pharmacy, but they offered the more expensive products. The patient could go through the foundations that negotiated with the laboratories to get cheaper prices. It was often the more advantageous legal solution. The patient could also get his drugs on the black market. It is difficult to know all the sources of supply and the extent of this phenomenon. One of the sources was the sale of

drugs from the governmental access plan to ARV. Some penniless patients chose to sell their drugs, preferring to live less long but in better material conditions. This state of affairs could not last long: if the medical staff did not note an improvement in the patient's state of health, they stopped the treatment. This phenomenon was worrisome for those who bought their drugs on the black market, as they had no guarantee of the quality of the product and the supply could stop at any moment. Furthermore, taking ARV is a complex treatment that requires strict observance. There was a risk of patients taking treatment without being aware of the medical information. Finally, some patients used other sources of supply. Some traveled to other countries where they could benefit from other national or local NGO programs. Buying a plane ticket was often less expensive than several months of treatment. Other patients benefited from international solidarity.

To conclude, for reasons of equity and efficiency, there is a need to revise the mode of allocation of drugs to the health care centers by considering drug needs instead of the proportion of active patients. Furthermore, CONASIDA should make sure that drug purchases really match prescriptions, as a way of minimizing the risk of having orphan drugs. There is also a need to develop objective selection criteria to homogenize the chances of access to therapy in all health care centers. The fact that chances of survival are not the same for all is a source of discontent not only among patients but also among the staff, who have to bear the whole responsibility for these critical choices. Finally, different sources of supply for ARV drugs exist, some more precarious, which represents an important risk of development of viral resistance.

#### **iv) Discussion**

##### ***(1) What We Learn from Initiative Design in Chile***

A great effort was made to adapt the initial project to the Chilean context. This first phase of adaptation (from logic model 1 to logic model 2) was presented

as necessary to avoid a duplication of mobilized resources in a context where competent resources were in place. Yet, some elements of the initial project were kept and the Initiative was still observable, as elements that would not have existed without it were created (e.g., UNDP agreement). The analysis of the implementation of the revised Initiative (logic model 3) shows that some elements still need to be determined.

The Advisory Board buoyed some aspects of the DAI but its influence was not really sufficient for guiding accessibility to HIV/AIDS therapies. Only the group on therapeutic protocols accomplished its mission. Yet, the protocol for adults is, in general, perceived as inadequate, and is not respected by professionals. Furthermore, clinical criteria are insufficient for selecting who is to get access to therapies. The constitution of the different groups of the Advisory Board showed an important effort at representation. However, the lack of continuity or information was prejudicial to CONASIDA. While the delay in funding and the absence of UNAIDS during this period accentuated this aspect, it also created the opportunity for CONASIDA to reaffirm its leadership.

The agreement with UNDP on the drug-importing process was an interesting means of increasing drugs availability. Yet it was a temporary solution, and a national solution should be found. UNAIDS could support the efforts of CONASIDA in this sense.

The DAI has become almost completely integrated to the national HIV/AIDS drug access program. But it is not the only way patients can get access to ARV. Hospitals use different strategies to increase the availability of treatments. Some negotiate with pharmaceutical companies to integrate their patients into therapeutic clinical trials. Only naive patients are eligible. Generally, the laboratory finances the whole therapy until the end of the trial. Then, the patient has to find new financial resources to keep up his treatment. This raises again the problem of observance of treatment. Observance is a very preoccupying issue, with the multiplicity of precarious supply sources (temporary clinical trials, informal market, etc.). This problem would be solved if there were a universal,

private sector on hand, and free access to ARV. There are two difficulties to overcome before universal and free access to HIV/AIDS therapies can be realized. First, this solution has to be accepted by the population. UNAIDS can support the efforts of the governmental institutions along this line by considering this solution a priority. The major difficulty is a problem of financial resources for buying drugs. Merely increasing the national budget for HIV/AIDS drugs cannot solve this problem. Drugs must become more affordable. In this sense, UNAIDS can play an important role by negotiating preferential prices for developing countries and by publicly tolerating the production of generic drugs. UNAIDS can represent a considerable support in developing a national policy of access to HIV/AIDS therapies.

### *(2) The Politico-Organizational Dynamic*

The pilot project was considerably modified in order to adapt it to the national reality. The revised model rested essentially on CONASIDA, which was responsible for the drugs (evaluation of needs, negotiations), and which coordinated the project and the Advisory Board work groups. With time, this aspect was accentuated, CONASIDA having almost completely integrated the project into its activities. At the end of 1999, the Advisory Board was actually dissolved; the role of the coordinator was not clearly established, and the agreement with UNDP was not used. On the other hand, the evaluation of the project was constantly being organized, and an inauguration, with UNAIDS-Geneva officials, was set for the beginning of the year 2000, which demonstrates how important the presence of UNAIDS still was at the local level.

The fact that CONASIDA was responsible for implementation of the project had many advantages. As it had a long experience in project management and various competencies in HIV/AIDS fields, it could ensure a permanence no other organizational mechanism could guarantee. Let us remember that it was thanks to CONASIDA that the project continued during the transition period at the UNAIDS-Geneva level. However, once the project was adopted by the local actors and integrated into their institutions, it was evident that the regulation logic was

strongly influenced by local organizational dynamics, and that the implementation process depended on games and power relations that existed prior to the Initiative.

Two aspects seem especially characteristic of local organizational dynamics. First, the fact that CONASIDA had to operate in a controversial political context limited the scope of possibilities in its everyday management. CONASIDA did not entirely have the liberty to complete its mandate, as this was dependent upon public opinion. Furthermore, CONASIDA's ability to gather resources for drugs and other activities depended on the perceptions the government had of the health priorities for the Chilean population.

Secondly, CONASIDA's way of functioning was very centralized, which had various advantages for the continuity of the project in a context where UNAIDS could not be locally present throughout the project, and its position in the Health Department gave CONASIDA a good deal of autonomy. But this centralization lessened the possibility of creating new actors' networks, which in turn lessened the likelihood of coordinated actions or shared responsibilities that might have encouraged an opportunistic and political utilization of information.

The integration of the project into national policy put UNAIDS' role in question. Adjustments were made to adapt the project to the national reality, but the responsibilities and roles of each partner were still unclear and not completely defined. And once the local actors had appropriated the project, what was the role of the instigator to be? It is evident that CONASIDA derived prestige from an alliance with UNAIDS at international and national levels (media, credit for negotiations with governmental institutions, etc.). This clearly had an effect on negotiations with the pharmaceutical companies. Nonetheless, UNAIDS' local role should have been clearly defined to avoid conflicts in the division of responsibilities between CONASIDA and UNAIDS, and to go beyond the duality between the experimental project and the governmental program.

### *(3) Lessons from the DAI in Chile for Future Drug Access Initiatives*

Implementation of the UNAIDS Drug Access Initiative was initially designed in accordance with a single scheme for four contrasted pilot-countries. The implementation analysis shows two major evolutionary trends. First, the design moved from an experimental project to a project adapted to the Chilean context. The logic models show that, at the structural level, the DAI was made up of fewer and fewer elements that could be tied to the initial experimental design. It became more and more integrated to the national administrative functioning. This shift does not facilitate the comparison of experiences with the other pilot-countries. Yet, as the design of the DAI was changed in accordance to the national context, it was well adapted, and did not create double structures. As it was remodeled by the national administrators, with the agreement of the UNAIDS manager, it showed a sensitivity to the national way of doing things, which is a condition for successful project design and management (Rondinelli 1987), this lessening the risk of project inadequacy.

The second evolutionary trend concerns the shift of leadership from the hands of international managers to national administrators. We have seen that, while the period of latency during which there was a change of managers at UNAIDS-Geneva created difficulties, this did favor the appropriation of the project by CONASIDA. CONASIDA reaffirmed its leadership in the design of the project and its constituent parts, an occasion for a new integration movement towards national policy on HIV/AIDS. At the DAI management level, there was a " shift from a top-down leadership to a bottom-up mode of leadership " (Canadian Center for Foreign Policy Development, 1999: 1). A local appropriation of the project is a good way to avoid the gap often observed between UN agendas and UN capabilities and commitments, especially in the peace-keeping/humanitarian intervention field (Cooper in CCFPD, 1999). It is a good means of ensuring continuity in a project. " Projects could be implemented successfully in spite of poor design and weak management systems if they had strongly committed, benevolent, and responsive leaders. But the principle did not necessarily hold the

reverse " (Rondinelli 1987: 296). Yet, there is a risk of a project becoming subject to local organizational and political dynamics.

The transformation process from an international experimental project to a national program of access to ARV raises new questions. What is the role of UNAIDS, and how does it fit into the picture (Cooper in CCFPD 1999)? Will the project suffer fragmented authority (Cooper in CCFPD 1999)? How can we bring about change if the project only runs in existing and local structures (Rondinelli, 1987)? More fundamentally, our analysis underlines a dilemma many international programs experience: How can we conciliate local organizational and political innovations with program adequacy?

Our research offers some insights for the conception of international programs that will be nationally implemented, and for international support for drug access initiatives. UNAIDS, as a United Nations organization, has a great symbolic power that can be used in various activities. First, it can be the initiator of movements towards worldwide price reductions, and create norms regulating the commercialization of HIV/AIDS products. Secondly, it can support national actions in order to provoke change at governmental levels, and it can legitimize governmental policies. UNAIDS should encourage the implementation of drug access initiatives where a national policy for HIV/AIDS exists. National institutions should be the real prime contractor of the project, UNAIDS having only a counseling and support role. The project should be integrated into national policy, not separate from it, even if there is an interest in underlining UNAIDS contributions to policy developments, so as to benefit from its symbolic power. Rather than creating new structures, it is worth relying on and consolidating national resources in order to maximize the chances of project continuity. Furthermore, it is important that the roles of each organization and their relationships be clearly defined (Cooper in CCFPD, 1999) and made official. Still, in order to minimize the potential utilization of this symbolic power for opportunistic or political ends, there should be a constant UNAIDS presence, one making itself felt through coordination, complementarity, and partnership.



## v) References

- Canadian Centre for Foreign Policy Development (1999) *Report from the conference on New Diplomacy. The United Nations, like-minded countries and non-governmental organizations* September 28-30. <http://www.cfp-pec.gc.ca>
- Comité Consultivo de SIDA (1998) Declaración sobre el uso de terapia antiretroviral en pacientes infectados por virus de inmunodeficiencia humana, *Revista Chilena de Infectología*, Sociedad Chilena de Infectología vol 15, n°3: 183-187.
- Crozier M., Friedberg E. ([1977] 1992) *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Éditions du Seuil, coll. Points Essais.
- EL MERCURIO* (13/01/2000) PLAN ONU: Amplían Cobertura de Fármacos contra el VIH. Se espera un aumento del 30% durante este año.
- Floyd K., Gilks C. (1999) *Cost and Financing Aspects of Providing Anti-retroviral Therapy: a Background Paper*, disponible <http://worldbank.org/aids-econ>
- Forsythe S. (1999) *The Affordability of Anti-retroviral Therapy in Developing Countries: What Policymakers Need to Know*, disponible <http://worldbank.org/aids-econ>
- Friedberg E. (1993) *Le Pouvoir et la Règle: Dynamiques de l'action Organisée*, Éditions du Seuil.
- Friedberg E. (1994) Le raisonnement stratégique comme méthode d'analyse et comme outil d'intervention dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.
- Gervais M. (1998) Repenser le concept d'évaluation de l'efficacité d'une organisation, *The Canadian Journal of Program Evaluation*, vol.13 (2) :98-112.
- Kickert W. (1993) Complexity, Governance and Dynamics : Conceptual Explorations of Public Network Management, dans Kooiman J., *Modern Governance. New Government-Society Interactions*, Sage Publications, London : 191-204.
- Kingdon J.W. (1984) *Agendas, Alternatives and Public Policies*, HarperCollins Publishers, New York.

- Klijn E-H. (1996) Analysing and managing policy processes in complex networks: a theoretical examination of the concept policy network and its problems, *Administration and Society*, vol.28 (1): 90-119.
- Klijn E-H., Koppenjan J., Termeer K. (1995) Managing networks in the public sector: a theoretical study of management strategies in policy networks, *Public Administration*, vol.73 (3): 438-454.
- Langley A., Mintzberg H. Pitcher P., Posada E., Saint-Marcary J. (1995) Opening up Decision Making: The View from the Black Stool, *Organization Science*, vol. 6, n°3: 260-279.
- Maguire S. (2001) Symposium on The diffusion and adoption of health care innovations, How governments matter, Annual Congress of the Academy of Management, Washington D.C.
- Marsh D., Rhodes R.A.W. (1992) Policy Networks in British Politics : A Critique of Existing Approaches dans Marsh D., Rhodes R.A.W., *Policy Networks in British Government*, Clarendon Press, Oxford : 1-26.
- McLaughlin J.A., Gretchen J.B. (1999) Logic models: a tool for telling your program's performance story, *Evaluation and Program Planning*, 22: 65-72.
- Ministerio de Salud (1999-a) Boletín epidemiológico trimestral, serie documentos CONASIDA, n9.
- Patton M.Q. (1997) *Utilization-Focused Evaluation. The New Century Text*, Third Edition, Sage Publications.
- Rondinelli D.A. (1987) Social dimensions of economic development projects : implementing aid programs in Africa, *Journal of Social, Political and Economic Studies*, vol.12 (3) : 287-308.
- Rossi P.H., Freeman H.E., Lipsey M.W. (1999) *Evaluation a systematic approach*, 6<sup>th</sup> edition, Sage Publications.
- Rowan M.S. (2000) Logic models in primary care reform : Navigating the evolution, *The Canadian Journal of Program Evaluation*, vol. 15 (2) : 81-92.
- Sheirer M.A. (1994) Designing and Using Process Evaluation, in *Handbook of Practical Program Evaluation*, Wholey J.S., Hatry H.P., Newcomer K.E. editors, Jossey-Bass Publishers, San Francisco : 40-68.
- Sheirer M.A. (1994) Designing and Using Process Evaluation, in *Handbook of Practical Program Evaluation*, Wholey J.S., Hatry H.P., Newcomer K.E. editors, Jossey-Bass Publishers, San Francisco : 40-68.

UNAIDS (Background document), *UNAIDS HIV Drug Access Initiative. Providing Wider Access to HIV-related Drugs in Developing Countries. Pilot Phase*, Joint United Nations Programme On HIV/AIDS.

UNAIDS/WHO (1998) *Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted diseases*,  
[http://www.unaids.org/unaid/document/fact\\_sheets/pdfs/chile.pdf](http://www.unaids.org/unaid/document/fact_sheets/pdfs/chile.pdf)

Weiss C.H. (1998) *Evaluation. Methods for studying programs and policies*, Second edition, Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey.

***b) Article 2 : L'important ce n'est pas la chute... c'est l'atterrissage<sup>2</sup> . L'analyse stratégique, un modèle révisé pour l'évaluation de l'implantation<sup>3</sup>***

Auteur: Astrid Brousselle

**i) Introduction**

Il existe une myriade de définitions de l'évaluation de programme (Shortell & Richardson 1978, Patton 1982) et les passer en revue n'est pas l'objet de cet article. Nous proposons une nouvelle approche théorique de l'analyse stratégique développée par Crozier et Friedberg (Crozier & Friedberg [1977] 1992, Friedberg 1993, 1994) pour effectuer l'analyse d'implantation. L'analyse d'implantation, par nature, fait référence à la mise en œuvre d'un nouveau programme mais il existe de nombreuses variations lorsqu'on essaie de la définir plus précisément. Elle est souvent abordée sous le titre d'analyse processuelle (process analysis) dans les écrits en recherche évaluative. Cet article est né suite l'analyse d'implantation du projet ONUSIDA d'accès aux anti-rétroviraux au Chili que nous avons menée entre septembre 1999 et septembre 2000. Pour effectuer cette recherche, nous avons utilisé le modèle d'analyse systémique stratégique qui, puisqu'il associe la démarche de recherche à la conceptualisation théorique du modèle, requiert des questions de recherche nécessairement successives. Cependant, lors de l'étape de familiarisation avec le projet, nous avons constaté une incompatibilité majeure entre la démarche proposée par Crozier et Friedberg (1992), en particulier sur la mise en évidence d'un système d'action concret, et les particularités du

---

<sup>2</sup> Mathieu Kassovitz (1995) *La haine*, musique inspirée du film.

<sup>3</sup> La version anglaise de cet article est disponible en annexe de la thèse.

programme évalué. Pourtant l'analyse stratégique continuait de se présenter comme un outil conceptuel tout à fait intéressant pour l'évaluation de programme. Dans cet article, nous proposons un modèle révisé de l'analyse stratégique qui rend cette démarche utilisable même dans le cas où le programme ne constitue pas un système d'action concret et que seules des traces du programme sont observables. Dans un premier temps, nous soulignons l'intérêt que représente l'analyse stratégique pour l'analyse d'implantation en présentant comment elle répond aux objectifs de ce type d'évaluation, en en présentant les fondements théoriques et méthodologiques ainsi que les critiques sur sa mise en pratique. Dans un deuxième temps, nous présentons notre expérience en mettant en valeur les incompatibilités que nous avons constatées entre le modèle tel qu'il a été conçu et le programme que nous avons évalué. Finalement, dans une troisième partie, nous présentons la démarche d'analyse stratégique que nous préconisons pour l'évaluation de programme.

## **ii) L'analyse stratégique, un modèle pour l'analyse d'implantation**

### ***(1) Avant tout, qu'est-ce que l'analyse d'implantation?***

Il n'existe pas de consensus sur la définition de l'analyse d'implantation en dehors d'une définition très générale d'étude des conditions de mise en œuvre d'un programme. Comme nous allons le voir, soit l'analyse d'implantation se définit seulement par rapport à l'analyse des processus, soit elle est l'étude des conditions de production des effets.

Mary Ann Sheirer (1994) l'aborde sous le concept d'évaluation des processus (process evaluation). L'évaluation des processus répond, d'après Sheirer, à trois questions principales :

"(1) what is the program intended to be? (methods to develop and specify program components);

(2) what is delivered, in reality? (methods for measuring program implementation); and

(3) why are there gaps between program plans and program delivery? (assessing influences on the variability of implementation) " (Sheirer 1994 : 40).

Rossi & al. (1999) reprennent la définition de Sheirer pour définir ce qu'est l'évaluation des processus ou l'analyse d'implantation; ils utilisent indifféremment ces deux appellations. Ils distinguent ce type d'évaluation de l'analyse de l'impact : alors que l'évaluation des processus peut être vue comme une étape en vue d'effectuer une étude d'impact, elle peut aussi être considérée comme une évaluation à part entière. Pour Champagne & al. (1991 : 95), l'analyse d'implantation vise à étudier l'influence des facteurs organisationnels et contextuels sur les résultats obtenus après l'introduction d'une innovation (Champagne & al. (1991 :95). Cette définition, au contraire de celle de Sheirer inclut la considération des effets. Pour Champagne et Denis (1990 : 151), l'analyse de l'implantation

" s'appuie conceptuellement sur trois composantes, soit l'analyse de l'influence : de déterminants contextuels sur le degré de mise en œuvre des interventions; des variations dans l'implantation sur son efficacité (...); de l'interaction entre le contexte d'implantation et l'intervention sur les effets observés (...). "

Elle peut être abordée suivant différentes perspectives, en utilisant différents modèles, modèle rationnel, de développement organisationnel, psychologique, politique et structurel (Denis & Champagne 1990).

Pour Weiss (1998), trois situations requièrent une analyse des processus :

" One is when the key questions concern process. Evaluation sponsors want to know what is going on. Another is when key questions concern outcome, but we want to be sure what the outcomes were outcomes of? (...) The third situation is when the evaluator wants to associate outcomes with specific elements of program process (...)" (Weiss 1998: 9).

Pour Weiss, l'analyse des processus se distingue de l'analyse d'implantation sur le fait que l'analyse d'implantation ne traite pas des processus qui interviennent entre les services du programme et l'atteinte des objectifs du

programme mais qu'elle se centre sur la mise en place des services définis par le programme.

D'après Rossi & al. (1999), l'analyse d'implantation est une composante du monitoring de programme, alors que Weiss (1998 : 181), bien qu'elle lui reconnaisse des similitudes, soutient que la principale différence réside au niveau des objectifs de l'évaluation à savoir si elle est menée de façon à rendre des comptes aux officiels de haut niveau ou aux bailleurs de fonds (monitoring de programme) ou si elle est menée dans le but de comprendre ce qui se passe et de trouver des moyens d'améliorer le programme (évaluation des processus).

D'après Patton (1997), l'analyse d'implantation vise essentiellement à savoir qu'est-ce qui se passe au niveau du programme implanté. L'analyse d'implantation est complémentaire à l'analyse des effets dans le sens qu'elle permet, premièrement, de s'assurer que le programme a bien été implanté, mais elle offre également de l'information sur les caractéristiques du programme implanté. L'analyse des processus, d'après Patton (1997) est une des cinq dimensions de l'analyse d'implantation avec l'évaluation de l'effort, le monitoring, l'évaluation des composantes, la spécification du traitement.

" Process evaluations search for explanations of the successes, failures, and changes in the program. Under field conditions in the real world, people and unforeseen circumstances shape programs and modify initial plans in ways that are rarely trivial. (...) Process evaluations not only look at formal activities and anticipated outcomes, but also investigate informal patterns and unanticipated consequences in the full context of program implementation and development. Finally, process evaluations usually include perceptions of people close to the program about how things are going. A variety of perspectives may be sought from people inside and outside the program. (...) These differing perspectives can provide unique insights into program processes as experienced and understood by different people. " (Patton 1997 : 206).

Nous avons effectué l'analyse d'implantation du programme ONUSIDA d'accès aux ARV au Chili. Ce programme visait à rendre accessibles les thérapies pour le VIH/sida dans des pays en développement (Côte d'Ivoire, Ouganda, Viet-Nam et Chili). Notre recherche s'intégrait dans la démarche d'évaluation des

initiatives dans les différents pays. Nous avons étudié les conditions de mise en œuvre du programme en portant particulièrement attention aux processus décisionnels. Notre objectif était d'expliquer comment la dynamique organisationnelle influençait la mise en place de l'Initiative, et d'identifier les facteurs qui facilitaient ou faisaient obstacle au processus d'implantation du projet de façon à formuler des recommandations. Cette recherche cadre tout à fait avec la définition que donne Patton de l'évaluation des processus. Nous avons utilisé le modèle d'analyse stratégique (Crozier & Friedberg [1977] 1992) qui se présentait comme un outil adéquat pour la réalisation de notre recherche. L'analyse stratégique est une démarche de recherche qui peut s'utiliser dans des domaines tout à fait différents de l'évaluation de programmes. Cependant, elle se révèle être un cadre conceptuel tout à fait intéressant pour l'analyse processuelle.

## ***(2) L'analyse stratégique, conceptions théoriques***

L'analyse stratégique développée par Crozier et Friedberg ([1977] 1992) est un modèle d'analyse organisationnelle qui s'articule autour de la compréhension des relations entre acteurs interdépendants. Ce modèle s'inscrit dans le mouvement d'analyse processuelle des réseaux politiques (Kingdon 1984, Crozier & Friedberg [1977] 1992, Friedberg 1993, Klijn & al. 1995, Klijn 1996, Gervais 1998). Ce cadre théorique est indissociable de la démarche de recherche. En effet, il ne pose pas des relations entre variables a priori, mais il offre une conceptualisation de l'action collective qui en intègre sa contingence.

La conceptualisation de l'action collective se fait à travers l'analyse des systèmes d'action concret. Un *système d'action concret* (SAC) (Concrete action system) est un ensemble de jeux structurés (structured games) entre des acteurs interdépendants, dont les intérêts peuvent être divergents voire contradictoires. Un système est défini comme " un ensemble interdépendant " (Crozier 1987), l'interdépendance des parties constituant la définition de base d'un système (Ackoff 1960). Toute action collective peut alors être interprétée comme un système d'action dès lors que les participants sont dépendants les uns des autres (Crozier & Friedberg [1977] 1992). Cette définition rejoint celle des réseaux



politiques qui se caractérisent par l'interdépendance d'acteurs multiples aux rationalités multiples (Marsh et Rhodes 1992, Kickert 1993).

Tout acteur s'intégrant dans une action collective entretient des relations privilégiées avec certains interlocuteurs que l'on appelle *relais* (Crozier & Friedberg [1977] 1992). C'est la mise en évidence du réseau d'acteurs interdépendants (Klijn et al. 1995) qui permet de montrer l'existence d'un SAC. À l'intérieur d'un système d'action concret les acteurs participent à des *jeux* dirigés par certains objectifs plus spécifiques. La définition des jeux n'est pas sans rappeler la notion de dossier (" *issue-streams* ") utilisée par Langley & al. (1995) dans l'étude des processus décisionnels. Dans le cadre du SAC, les jeux sont plus ou moins intégrés et articulés les uns aux autres. Tous les acteurs ne participent pas forcément aux différents jeux (Klijn et al 1995). Par contre le jeu peut modifier le SAC tout comme le SAC influence les jeux (Klijn et al. 1995). Ils supposent donc une régulation d'ensemble, des mécanismes permettant au SAC de se maintenir. Dans le SAC comme dans les jeux, les processus d'interaction sont régulés par des *règles du jeu*, grâce auxquelles les acteurs " *règlent et gèrent leurs dépendances mutuelles* " (Friedberg 1993). Les règles peuvent être définies à partir de la structure formelle de l'organisation mais aussi par les pratiques informelles des acteurs. Les règles sont une indication de l'existence de relations de pouvoir entre plusieurs acteurs. Les règles constituent autant des contraintes que des zones d'incertitudes d'où les acteurs tirent une marge de manœuvre (Crozier & Friedberg [1977] 1992). L'utilisation qui est faite des règles fait partie de l'ensemble des stratégies que les différents acteurs utilisent pour atteindre leurs fins. D'après Crozier et Friedberg, toute structure d'action collective se constitue comme un système de *pouvoir*. Le pouvoir est " *la capacité d'un acteur à structurer des processus d'échange plus ou moins durables en sa faveur, en exploitant les contraintes et opportunités de la situation pour imposer les termes de l'échanges favorables à ses intérêts* " (Friedberg 1993). " *Le pouvoir est la manifestation naturelle et pour tout dire normale de la coopération humaine qui suppose toujours une dépendance mutuelle et déséquilibrée des acteurs* " (Friedberg 1993). D'après Crozier et Friedberg ([1977] 1992), l'étude des relations de pouvoir

permet de dégager des *stratégies* d'acteurs relativement stables. La stratégie des acteurs représente leur position, leur parti dans le jeu. Les stratégies des acteurs sont fonction de leurs *intérêts* mais aussi de leurs *ressources*. Les ressources peuvent prendre la forme de savoirs, d'une expertise, d'un statut, d'une légitimité, etc., dépendamment des perceptions des différents acteurs (Klijn et al. 1995).

### (3) *Méthode de recherche*

Ce cadre théorique, puisqu'il privilégie une démarche " hypothético-inductive " (Crozier & Friedberg [1977] 1992), est intimement lié à la stratégie de recherche.

" Obligée de reconnaître et d'assumer la contingence irréductible du phénomène qu'elle cherche à étudier, l'analyse stratégique ne peut qu'adopter une *démarche hypothético-inductive* par laquelle elle constitue et cerne son objet d'études par étapes successives à travers l'observation, la comparaison et l'interprétation des multiples processus d'interaction et d'échange qui composent la toile de fond de la vie à l'intérieur du système d'action qu'elle cherche à analyser. Une démarche en somme qui se sert de l'*expérience vécue* des participants pour proposer et vérifier des hypothèses de plus en plus générales sur les caractéristiques de l'ensemble " (Crozier & Friedberg [1977] 1992).

Il est impossible d'établir une frontière claire entre la démarche de recherche et le modèle théorique. La démarche de recherche privilégiée par Crozier et Friedberg ([1977] 1992) consiste, dans un premier temps, à se familiariser avec le programme. Ceci implique, tout d'abord, de s'assurer qu'il répond aux hypothèses d'existence d'un système d'action concret, puis, d'identifier les premières caractéristiques du système. Dans un deuxième temps, différents jeux devraient être identifiés et étudiés en profondeur afin de connaître leurs caractéristiques. Une fois les jeux analysés, l'évaluateur doit " *proposer et vérifier des hypothèses de plus en plus générales sur les caractéristiques de l'ensemble* " (Crozier & Friedberg [1977] 1992) ceci dans le but de connaître la régulation du système dans son ensemble. Les questions de recherche sont donc logiquement séquentielles et sont autant d'étapes pour la compréhension du système.

#### (4) Utilisations et critiques

L'analyse stratégique a été largement utilisée dans des domaines aussi variés que l'étude du champ artistique (Leloup 1996), du domaine politique (Donneur & Padioleau 1982), des milieux cacéral (Mouhanna 1993), pénal (Proulx 1993) et policier (Faivre 1993), du secteur de la santé (Bélanger 1988, Gonnet 1994, Funck-Brentano 1994, Moisdon 1994, de Pouvoirville 1994, Kutty & Vranckren 1994, Binst 1994). Elle est aussi utilisée pour l'étude des organisations dans les secteurs public (Worms 1994, de Closets 1994, Trosa 1994, Bienaymé 1994, Chelimsky 1994) et privés (Guiraud 1994, Sainsaulieu 1994, Berry 1994, Morin 1994, Vulpian 1994). Ce modèle peut-être utilisé dès lors qu'un système d'action est mis en évidence.

Plusieurs critiques ont été apportées au modèle d'analyse stratégique. Jobert (1976) soutient que l'analyse d'un système d'action concret ne peut être effectuée en analysant les composantes de ce système et leur relations indépendamment " *de leurs relations aux groupes et classes sociales comme aux luttes* " (Jobert 1976 : 634) que ce modèle rejète comme un " résidu négligeable " (Jobert 1976 : 634). Dion reprend cette critique en affirmant que tout n'est pas système et que l'analyse stratégique, si elle permet d'expliquer la nature des échanges à l'intérieur du système, est impuissante à expliquer le " *pourquoi des luttes et des finalités des acteurs* " (Dion 1982 : 99). On reproche également à l'analyse stratégique de ne pas suffisamment tenir compte de la culture et de l'idéologie (Dion 1994). Par ailleurs, Jobert (1976) soulève le fait que dans l'analyse systémique stratégique les rapports de forces comptent moins que les relations de pouvoir. Ceci est une critique à la conceptualisation du pouvoir qui n'existe pas en lui-même, dans l'analyse stratégique, mais mis en relation (Friedberg 1994), qu'" *exercé par les "uns" sur les "autres"* " (Foucault 1982). D'après Crozier, " *Le Pouvoir, avec une grand P, des gens qui l'ont et des gens qui n'en ont pas, c'est un mythe* " (Crozier 1987 : 788). Cette critique peut être associée à l'analyse de Dion (1982) qui relève que l'imprévisibilité, considérée par Crozier et Friedberg comme une zone privilégiée d'exercice du pouvoir et d'acquisition de nouvelles influences, n'est pas toujours source de pouvoir et que

la prévisibilité peut l'être à son tour. En effet, pour que la prévisibilité soit source de pouvoir, il faut le considérer en tant qu'entité détenue par l'acteur et non comme n'existant qu'en acte (Foucault 1982). Bacharach et Lawler (1980) soulèvent l'intérêt de l'introduction de la notion de pouvoir dans la théorie organisationnelle qu'apporte l'analyse stratégique mais regrettent que des " patterns " de politiques intra-organisationnelles ne soient pas plus clairement établis.

L'analyse stratégique se place comme un outil intéressant pour l'analyse d'implantation, et en particulier pour ce que Patton définit comme étant l'analyse des processus, pour plusieurs raisons. Premièrement, l'évaluation des processus vise à étudier la dynamique interne d'un programme, ce que l'analyse stratégique permet d'aborder en profondeur à la condition de considérer le programme comme un système. Deuxièmement, l'évaluation des processus favorise une approche inductive, tout comme l'analyse stratégique. Troisièmement, l'analyse des processus vise à étudier les activités formelles et informelles, ce que la conceptualisation de l'analyse stratégique, autour de la notion de système, relations de pouvoir et jeux entre acteurs, permet d'aborder. Enfin, l'analyse des processus s'appuie sur les perceptions des acteurs, comme l'analyse stratégique qui permet de considérer leurs interprétations divergentes. L'analyse stratégique est aussi particulièrement utile pour analyser la troisième étape du cadre d'analyse des processus de Sheirer (1994), celle qui consiste à expliquer les différences observées entre le programme prévu et celui implanté. Sheirer souligne le fait que peu de rapports d'évaluation examinent la structure et les processus organisationnels qui influencent l'offre de services. Ceci s'expliquerait par le fait que les évaluateurs attendent les résultats des études d'impact pour déceler les problèmes d'implantation et qu'il est alors trop tard pour collecter des données valables, des données en temps réel sur les processus organisationnels qui affectent l'implantation (Sheirer 1996 : 61). L'analyse stratégique, par la démarche hypothético-inductive qu'elle privilégie, rend indissociable chacune des trois étapes de recherche décrites par Sheirer. Si elle implique nécessairement des étapes de recherche, la recherche sur les composantes du programme, sur son

degré d'implantation et sur l'explication de l'écart par rapport au programme prévu se fait simultanément. Il n'existe donc pas de décalage temporel au niveau de la collecte de données qui rendrait impossible une explication des écarts observés.

La démarche d'analyse stratégique repose sur trois prémisses essentielles (Friedberg 1994). Premièrement, puisque l'acteur est capable de stratégie, il est porteur d'une rationalité. Deuxièmement, ce modèle utilise une "*vision des rapports humains comme médiatisés par des relations de pouvoir, c'est-à-dire des relations d'échange inégal qui comportent toujours un noyau de négociation*" (Friedberg 1994 :137). Troisièmement, c'est l'utilisation de la notion de système.

" L'utilisation de cette notion n'est liée à aucune hypothèse substantive sur la nature, les propriétés et les limites des systèmes qu'on cherche à comprendre. Elle revient simplement à la formulation d'un postulat de recherche ou, si l'on préfère, d'une hypothèse heuristique sur l'existence d'un minimum d'ordre et d'interdépendance derrière l'apparent désordre des stratégies des acteurs individuels et collectifs d'un champ d'action donné. C'est au processus de recherche à démontrer l'existence d'un minimum d'ordre en reconstruisant empiriquement ses limites ou ses frontières, ses mécanismes de régulation et leurs effets. Ce système ne peut donc être caractérisé qu'*in fine*, le processus de recherche permettant d'expliquer comment les comportements et stratégies des acteurs à la fois maintiennent le système en action et le modifient constamment. " (Friedberg 1994 : 139).

Cette notion de système est absolument déterminante pour que le chercheur puisse utiliser le modèle d'analyse stratégique pour l'analyse d'implantation. Comme nous l'avons vu, de nombreuses analogies laissent supposer que l'analyse stratégique est un outil conceptuel tout à fait intéressant pour la réalisation d'une telle évaluation. Seulement, pour que son utilisation soit possible, le chercheur doit nécessairement poser l'hypothèse que le programme étudié est un système d'action concret. Dans l'analyse des processus, la mise en évidence que le programme peut-être considéré comme un système ne pose pas problème tant que le programme est suffisamment catalyseur et qu'il met les acteurs en situation de dépendance ou, autrement dit, tant que le programme est effectivement un système. Mais qu'arrive-t-il avec le projet d'évaluation si, après quelque temps sur le terrain, cette analogie n'est pas vérifiée?

### iii) Notre expérience de l'analyse stratégique

#### *(1) La chute*

En arrivant sur le terrain, nous avons pris contact avec les responsables locaux de l'organisation chargée de l'implantation du projet afin de discuter de l'avancement du projet dans le but de nous familiariser avec son déroulement et les acteurs impliqués. Nous avons alors identifié, en collaboration avec les responsables du projet, les jeux qui seraient étudiés et les acteurs qu'il serait intéressant de rencontrer dans un premier temps. Nous avons décidé de suivre deux types de jeux. Le premier est le circuit d'importation des médicaments depuis les négociations entre la division du Ministère de la santé consacrée au VIH/sida (CONASIDA) et les laboratoires pharmaceutiques jusqu'à la distribution aux patients. Le deuxième type de jeux sont les quatre groupes de travail qui ont été mis en place dans le but de conseiller la CONASIDA dans la gestion du projet. Chaque groupe devait aborder un aspect particulier du projet. Nous avons interviewé les acteurs afin de documenter le projet et de connaître leur implication dans sa mise en oeuvre. Après plusieurs entrevues et la consultation des documents, nous constatons que le programme n'a créé aucune interdépendance réelle entre les acteurs qui ont participé à son implantation, autant au niveau du processus d'importation des médicaments qu'au niveau des groupes de travail. Il était donc impossible de considérer le programme comme un système d'action concret! Or cette condition est théoriquement essentielle à la poursuite de la stratégie de recherche. Que devait alors faire l'évaluateur, arrêter ici le processus d'évaluation ou pouvait-il encore répondre à son objectif d'évaluation? Examinons ce qui s'est passé en revenant à la petite histoire des jeux observés.

#### *(2) L'atterrissage*

##### **(a) Jeu n°1 : Importation/distribution des médicaments**

Le programme ONUSIDA visait à permettre l'importation des médicaments à prix réduits dans les pays en développement. Le responsable de

L'ONUSIDA est venu à plusieurs reprises rencontrer les dirigeants locaux afin de mettre en place une stratégie d'importation permettant d'obtenir les médicaments à des prix avantageux. Le mécanisme qui prévalait dans le pays était le suivant:

La CONASIDA, après avoir évalué les besoins en médicaments d'après les études épidémiologiques et le protocole de soins en vigueur à ce moment, négocie directement avec les filiales des laboratoires pharmaceutiques afin d'essayer d'obtenir des avantages commerciaux (réduction des prix, bonification des quantités achetées). Une fois l'accord obtenu, la CONASIDA transmet une demande d'achat à la centrale gouvernementale chargée de toutes les transactions commerciales entre le gouvernement et les compagnies privées. La centrale émet un appel d'offre, les laboratoires y répondent. Les médicaments sont distribués directement aux centres de soins par les laboratoires. La facture est transmise par l'hôpital à la CONASIDA. Deux taxes sont prélevées sur l'achat des médicaments, une taxe sur l'importation des marchandises et une taxe sur la valeur ajoutée ce qui correspond à environ 30% du prix des médicaments. Lors des négociations dans le cadre du projet, les compagnies pharmaceutiques se sont déclarées d'accord pour offrir de nouveaux avantages à la condition que le gouvernement chilien accepte d'exempter les laboratoires des deux taxes. Le responsable de l'ONUSIDA a réussi à négocier un accord temporaire de moyen terme respectant cette condition. Les médicaments ne seraient plus commandés par le biais de la centrale gouvernementale mais par le biais du PNUD, qui est, en tant qu'organisme international, exempté de toutes taxes d'importation et sur la valeur ajoutée. L'accord a été ratifié par le gouvernement quelques mois avant notre arrivée dans le pays. Il manquait pour qu'il soit tout à fait légal la vérification par la " Contraloria ", un organisme indépendant qui s'assure de la légitimité de tous les accords gouvernementaux. Seulement, même après l'acceptation de l'accord par la " Contraloria ", il n'a pas été utilisé avant plusieurs mois malgré les avantages qu'il représentait en terme d'accès aux thérapies pour les patients. En fait, tout développement de ce dossier semblait arrêté depuis la dernière visite du représentant de l'ONUSIDA.

Si l'approbation de la convention par la " Contraloria " est une raison qui justifiait que la structure du PNUD n'ait pas été utilisée par CONASIDA, elle n'en était probablement pas la seule explication. D'une part, les autres départements du Ministère de la santé ont commencé à utiliser l'accord dès sa ratification par le gouvernement chilien et que le PNUD s'est déclaré prêt pour commencer l'importation des médicaments. Soulignons également qu'à plusieurs reprises la CONASIDA a affirmé ne pas vouloir utiliser la structure du PNUD, non seulement tant que l'accord de la " Contraloria " ne serait pas obtenu, mais également tant que le financement de l'ONUSIDA ne serait pas versé. La CONASIDA attendait depuis quelques mois l'argent que l'ONUSIDA s'était engagée à verser pour le financement de certaines activités reliés au programme. Finalement, rappelons qu'une fois le financement versé, la CONASIDA n'a pas utilisé la structure du PNUD pour la commande de médicament au début de l'année 2000.

Seul l'accord avec le PNUD pouvait être associé au programme d'accès aux ARV de l'ONUSIDA. Or, au moment de notre arrivée et pendant les trois mois qu'a duré notre séjour, l'accord n'a pas été utilisé et aucun développement n'était observable à part l'acceptation de l'accord par la " Contraloria ". L'accord existait bel et bien légalement mais rien sur le terrain ne laissait présager de son existence. Ainsi, même s'il supposait théoriquement la coordination entre différents acteurs qui n'étaient pas forcément impliqués dans l'importation des médicaments avant sa ratification, en pratique aucun changement ne pouvait être observé. Le programme n'avait donc créé aucune interdépendance entre acteurs au niveau de l'importation des ARV, ce qui fait que nous ne pouvions le considérer comme un sous-système du SAC. Ce dossier n'était pas pour autant dépourvu de sens, bien au contraire puisqu'il nous a éclairé sur le rôle politique joué au niveau national par la CONASIDA et sur le pouvoir qu'elle dérivait de la distribution et de l'accès aux traitements.

### **(b) Jeu n°2 : Le Conseil (The Advisory Board)**

L'ONUSIDA préconisait la formation d'un Conseil afin de guider la CONASIDA dans la mise en œuvre du projet d'accès aux ARV. Ce Conseil devait



théoriquement suivre l'évolution du projet depuis sa conception jusqu'à sa réalisation. La CONASIDA a mis en place quatre groupes de travail (éthique, protocole thérapeutique, observance au traitement, mobilisation des ressources) constitués de différents représentants d'organisations participant à la problématique d'accès aux soins pour les personnes atteintes par le VIH/sida (représentants de personnel de soins, d'ONG, de groupes de patients, etc.). Ces groupes ont travaillé de façon indépendante dans le but d'élaborer un document de référence.

Au moment de notre arrivée, les groupes de travail, qui théoriquement existaient, étaient de fait dissous et leur travail restait, pour trois groupes sur quatre, inachevé. Nous avons rencontré les personnes qui participaient à cette activité mais aucune ne disait continuer leur relation à part un acteur qui affirmait poursuivre ponctuellement la réflexion avec la CONASIDA. Alors que le Conseil devait à l'origine guider la CONASIDA tout au long du projet-pilote, c'était désormais elle qui dirigeait intégralement le projet. Les groupes de travail ont servi d'impulsion à l'implantation du projet, mais la continuité de leur implication qui avait été définie dans les lignes directrices du projet-pilote n'existait pas. Encore une fois, il était impossible d'établir des interdépendances entre les acteurs ayant participé aux groupes de travail. Il n'était donc pas possible de considérer les groupes de travail comme des sous-systèmes du SAC.

### **(c) Le système et le programme**

En suivant la logique du cadre théorique que nous avons défini, puisque aucune interdépendance entre acteurs n'était observable au niveau des jeux au moment de notre étude, il aurait fallu conclure qu'il n'en existait pas au niveau du système. Or une telle conclusion aurait contredit la situation réelle sur le terrain. En effet, si les jeux analysés ne pouvaient être considérés comme des sous-systèmes du SAC, le projet lui-même continuait d'exister. Tout d'abord, la CONASIDA envisageait toujours de rendre accessible la tri-thérapie et continuait de reconnaître l'existence du programme ONUSIDA même si on pouvait noter une réappropriation du projet au niveau national. Le fait que le projet n'ait plus une

existence suffisante pour permettre son analyse en temps réel ne signifie pas pour autant qu'il faille en arrêter l'évaluation. Comme il existe des non-décisions sur certains sujets tabous (Miller & al. 1996), il existe des non-jeux dans certains systèmes organisationnels qu'il convient au chercheur d'étudier pour pouvoir interpréter les phénomènes politiques. À propos des non-décisions, Miller & al. (1994 : 297) soulignent que " *A knowledge of what these issues are is likely to be as revealing, or more so, as knowledge of what is overtly being discussed*". Ce qui est important de connaître dans un cas pareil, c'est pourquoi le projet a pris une telle orientation, pourquoi il n'est plus possible que d'en observer des traces. Il est avant tout le résultat d'une dynamique locale et c'est en étudiant cette trame sous-jacente que l'évaluateur sera en mesure d'expliquer le niveau d'implantation du projet et l'orientation qu'il a prise.

Nous avons réorienté notre collecte de données de façon à comprendre pourquoi le projet avait pris une telle direction. Premièrement, nous avons continué d'observer les jeux ou plutôt les non-jeux mais dans une perspective légèrement différente. Il ne s'agissait plus de les suivre en temps réel, ce qui était de toute façon impossible étant donné le déroulement du projet, mais d'essayer de revenir dans le temps afin de savoir ce qui s'est réellement passé. La difficulté d'une telle approche est de ne pas amener les acteurs à rationaliser à posteriori leur propre comportement ou de la situation passée, de façon à ne pas favoriser l'émergence de stratégies de résistances à l'objectivation (Bourdieu 1993). La stratégie de collecte de données consiste plutôt à rechercher des informations objectives auprès des acteurs, ce qui les amène naturellement à commenter le déroulement du projet sans forcer à un auto-examen de la situation. Deuxièmement, nous avons largement documenté le contexte du VIH/sida dans ce pays. Nous avons rencontré tous les acteurs qui paraissaient avoir un rôle central dans l'accès aux thérapies pour le VIH/sida (plusieurs réseaux parallèles à l'approvisionnement gouvernemental existaient), ainsi que tous les acteurs qui avaient été identifiés lors de nos entrevues comme jouant ou ayant joué un rôle au niveau de la problématique du VIH/sida dans le pays (ONG, associations, etc.). Enfin, nous avons saisi toutes les occasions d'observer les liens entre acteurs, par

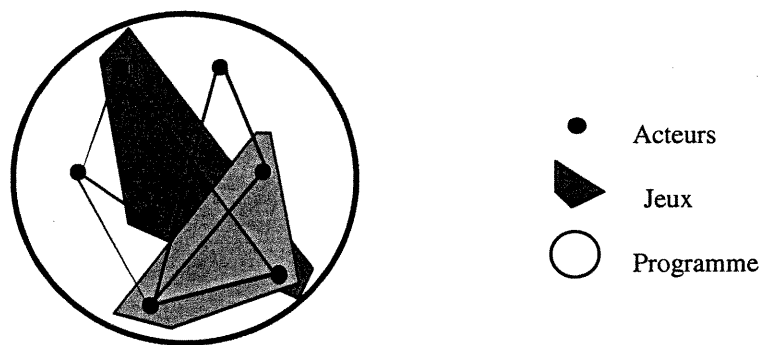
exemple lors de réunions de travail, d'observations dans les centres de soins, lors du Congrès annuel des personnes qui vivent avec le VIH/sida afin d'analyser leurs relations qu'elles soient courtoises ou conflictuelles, ce qui souvent est très révélateur des enjeux disputés.

Cette réorganisation de notre collecte de données nous a permis d'identifier les réseaux d'acteurs, de comprendre les alliances ou les relations conflictuelles, de comprendre les intérêts des acteurs et les stratégies utilisées pour atteindre leurs fins. Nous avons analysé la dynamique politique au niveau global de la thématique du VIH/sida. Cette étude de la trame sous-jacente au projet nous a permis d'analyser et de comprendre les jeux politiques au niveau de la thématique du VIH/sida. Nous avons alors pu, dans un deuxième temps, tirer des conclusions au niveau de l'évolution du programme. En effet, comprendre les jeux entre acteurs et les relations de pouvoir au niveau global nous a permis de déduire les relations entre acteurs au niveau plus restreint du programme. Les acteurs sont les mêmes au niveau global et au niveau du projet ONUSIDA. La seule différence est que tous les acteurs qui participent à la thématique ne jouent pas forcément un rôle au niveau de la dynamique du projet. Ainsi, les intérêts des acteurs, leurs stratégies, c'est-à-dire l'ensemble de la dynamique politique au niveau global se retrouve au niveau local. Cette démarche de recherche est exactement l'inverse de celle privilégiée par Crozier et Friedberg ([1977] 1992). Plutôt que d'étendre la dynamique des jeux au système d'action concret, nous avons dérivé de la dynamique contextuelle la dynamique politique propre au programme. Ceci nous amène à proposer un nouveau cadre théorique pour l'analyse stratégique dans le cadre de l'évaluation de programme.

#### **iv) Proposition d'une nouvelle démarche pour l'analyse d'implantation**

L'utilisation du cadre théorique de l'analyse des réseaux suppose de considérer le programme comme un système d'action concret, c'est-à-dire comme un réseau d'acteurs interdépendants. La première étape consiste donc à confirmer ou à infirmer cette hypothèse. Dans le cas où le programme est suffisamment

catalyseur pour mobiliser des acteurs autour de sa réalisation, l'évaluateur peut utiliser la démarche maintenant classique qui consiste à identifier les premières caractéristiques du système puis à choisir différents jeux faisant partie intégrante du programme et à les étudier afin de comprendre quels ont les intérêts des acteurs participant à ces jeux, quelles sont leurs stratégies, les alliances et les conflits (Figure 4).

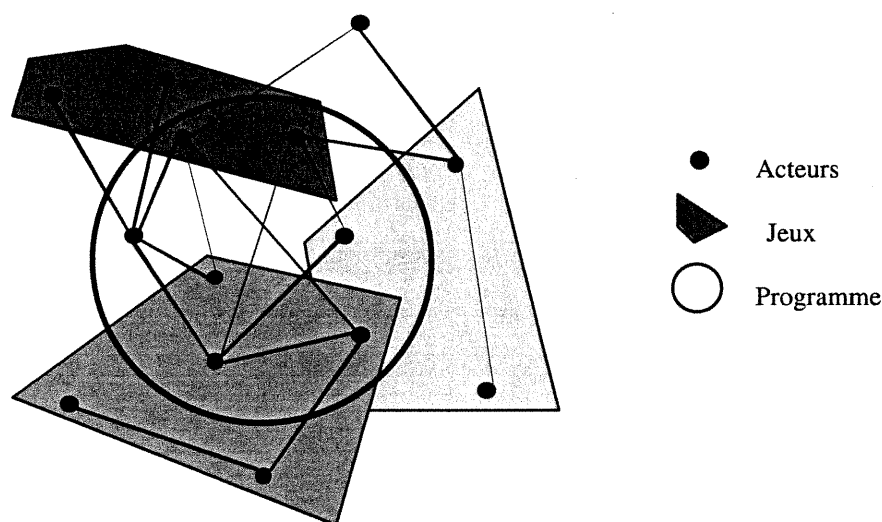


**Figure 4: Des jeux internes au programme**

Une fois que l'évaluateur maîtrise bien les interactions entre acteurs au niveau local des jeux, il peut extrapoler ses conclusions au niveau du programme afin d'établir quelle est la dynamique politico-organisationnelle au niveau du projet lui-même. Il sera alors en mesure d'expliquer le niveau d'implantation et l'orientation du projet au moment de la réalisation de son évaluation.

Dans le cas où il n'est pas possible d'identifier un réseau d'acteurs interdépendants autour de la réalisation du programme et qu'il existe réellement des traces d'implantation du programme (on suppose que le programme a bien été mis en œuvre avant qu'il ne soit évalué), il n'est pas possible de suivre le schéma décrit précédemment. L'évaluateur doit alors vérifier s'il existe bien une trame organisationnelle sous-jacente au projet. Quand un nouveau programme est mis en place, il vient généralement se greffer sur un réseau organisationnel existant. Il est plus rare qu'un programme soit mis en place en rassemblant des ressources humaines n'ayant eu aucun lien auparavant. Et si c'était le cas, il serait étonnant de ne trouver que des traces du programme durant l'étape d'implantation. De ce réseau

relationnel, certains acteurs ont participé à l'implantation du programme, d'autres non. Dans tous les cas, le programme est tributaire des alliances et conflits caractéristiques des relations entre acteurs au niveau du champ organisationnel. Dans le cas où le programme n'est pas suffisamment présent pour permettre l'analyse de l'implantation par l'identification des sous-systèmes que sont les jeux, nous pensons qu'il est possible d'en effectuer l'analyse d'implantation par l'analyse du mode de régulation du contexte organisationnel sous-jacent au programme et par l'analyse rétrospective du déroulement du projet. Il est possible de continuer l'évaluation en abordant la dynamique du projet par l'étude des jeux qui sont identifiés au niveau de la trame et qui impliquent certains des acteurs ayant participé à la mise en œuvre du projet évalué (Figure 5).



**Figure 5: De la trame au programme**

Une telle approche implique d'effectuer parallèlement une recherche importante sur les événements marquants du développement du projet afin d'essayer d'avoir un portrait le plus complet de son évolution passée. Cette phase est présente même dans le cas où le programme peut être considéré comme un système d'action concret, mais si le programme n'est plus directement observable, il est probablement moins aisé de l'étudier et cette étude doit être faite avec encore plus de précision. Dans le cas où la trame organisationnelle est inexistante,

l'évaluateur n'a d'autre choix que d'abandonner son évaluation. Nous avons représenté les différentes alternatives qui se posent au chercheur sous forme d'algorithme (Figure 6).

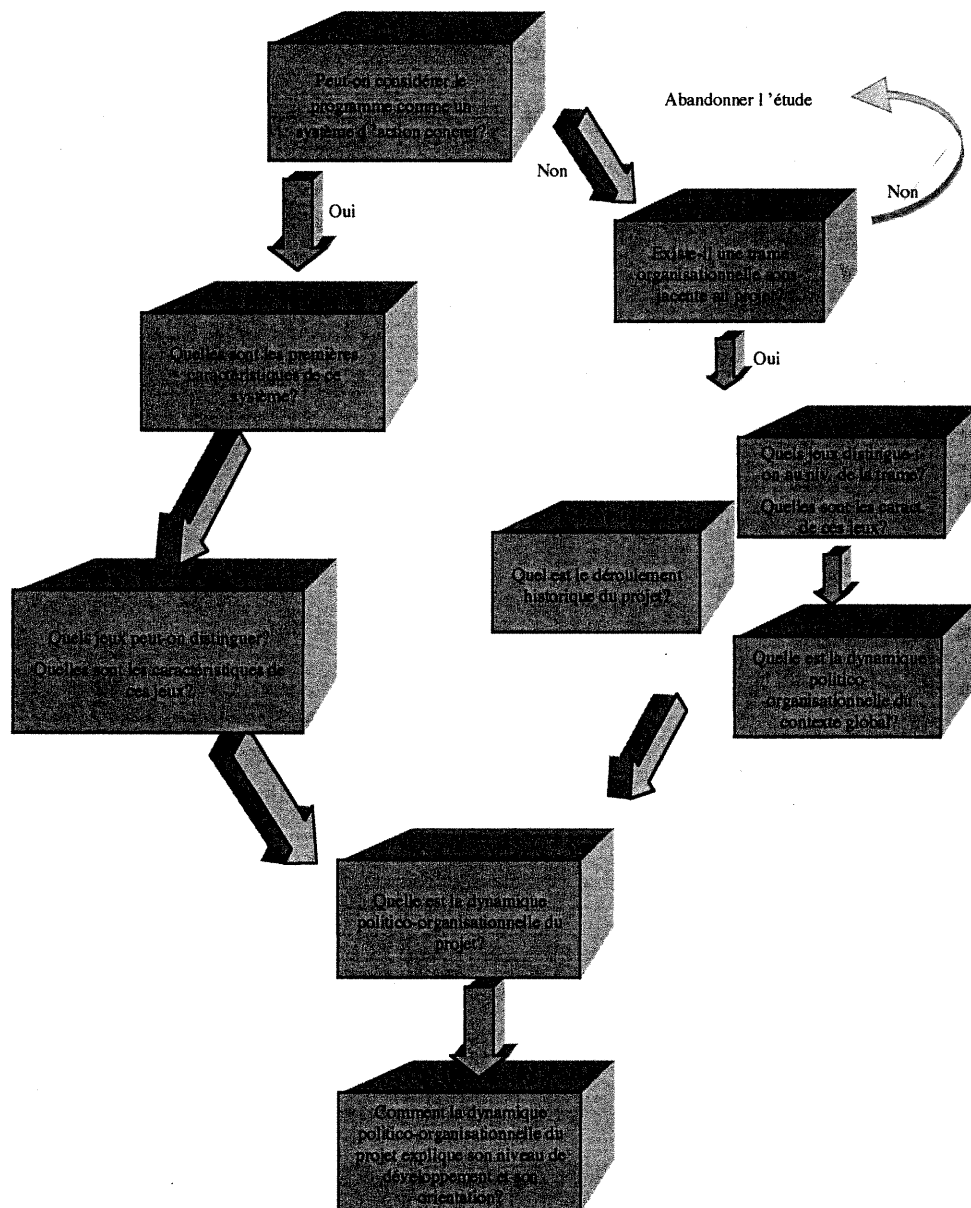


Figure 6: l'analyse stratégique, un cadre pour l'analyse d'implantation

## v) Conclusion

L'analyse stratégique a largement été utilisée en sociologie des organisations, mais elle n'a été que peu appliquée à l'évaluation de programme. Notre expérience montre qu'elle n'est adaptée à ce genre de recherche qu'au prix d'une reconceptualisation de la démarche de recherche. Nous pensons que le nouveau modèle que nous proposons pour l'analyse stratégique permet de faire le pont entre les trois mondes que sont l'évaluation de programme, la recherche qualitative et la sociologie des organisations. C'est une approche qui permet d'aborder l'analyse d'implantation de façon processuelle, en offrant à l'évaluateur un guide pour la conceptualisation et la réalisation de sa recherche, sans le contraindre à entrer dans des catégories de recherche pré-établies.

Plusieurs avenues sont possibles pour élaborer la démarche de recherche qui sera privilégiée pour l'analyse d'implantation d'un programme. L'évaluateur peut se plonger dans les livres de théories de l'évaluation. Il y a beaucoup de chance pour qu'il y découvre de nombreuses classifications et des discussions méthodologiques pour chaque type d'évaluation identifié. Par exemple, Sheirer (1994) présente une discussion très détaillée des composantes de l'évaluation des processus. Elle identifie trois grandes catégories pour lesquelles il existe différentes techniques: l'identification des composantes du programme ("*formative evaluation, evaluability assessment, use of theory to aid program specification*"), la mesure de l'implantation et l'analyse des influences sur les différences d'implantation. Pour chaque catégorie, elle propose différentes approches qui permettent de caractériser les variables d'intérêt et d'imaginer les méthodes de collecte de données adaptées. Seulement, deux attitudes sont possibles pour l'évaluation des processus et elles ne sont pas forcément compatibles avec une telle approche. Soit l'évaluateur, après avoir survolé le programme qu'il souhaite évaluer, fixe des objectifs précis d'évaluation. Dans ce cas, une nomenclature comme celle que Sheirer (1994) a élaborée est d'un grand secours pour aider à clarifier les étapes d'évaluation, les variables considérées et

les approches de collectes de données favorisées. Soit l'évaluateur souhaite centrer son évaluation autour des thèmes et enjeux déterminants pour les gestionnaires du programme de façon à maximiser l'utilisation de ses résultats de recherche. Dans ce cas, les objectifs précis d'évaluation n'apparaissent qu'après une période relativement intense de contact avec le terrain. L'évaluateur, dans une telle situation, peut se sentir dépourvu puisqu'il ne peut se raccrocher directement à des catégories pré-établies. Comment faire dans le cas où l'évaluateur souhaiterait aborder l'évaluation des processus de façon processuelle ?

Les recherches qualitatives sont reconnues pour être particulièrement adéquates pour l'analyse processuelle. Notre évaluateur peut alors s'orienter vers les livres discutant de méthodes et d'évaluation qualitatives. Il y trouvera de nombreuses discussions sur les différents paradigmes, les façons de collecter et d'analyser les données. Par contre, le lien entre les méthodes et les devis d'évaluation est relativement peu développé. Par ailleurs, les appellations se recoupent dans les écrits en évaluation et en évaluation qualitative, ce qui rend plus difficile le croisement des deux champs d'expertise. Par exemple, l'évaluation formative, chez Patton (1990), est un des cinq types de recherche qualitative. Elle est utilisée quand l'objectif est d'améliorer un programme. L'analyse d'implantation ferait alors partie des évaluations formatives. Pour Sheirer (1994), par contre, l'évaluation formative est une des composantes de l'analyse d'implantation. Devant ces difficultés, l'évaluateur peut se sentir mal à l'aise de choisir d'utiliser des méthodes qualitatives, parce qu'il lui semblait qu'elles lui permettraient une approche d'étude plus processuelle, sans avoir de références précises sur la conceptualisation de son étude. De plus, sa position peut être facilement intenable face à des gestionnaires lui demandant d'expliquer comment il va s'y prendre pour évaluer le programme.

L'analyse stratégique répond au besoin de conceptualisation des analyses processuelles de l'implantation. Sa démarche intégrée, en permettant une approche inductive tout en offrant un cadre théorique de recherche qui guidera le chercheur tout au long de l'évaluation, fait le pont entre le champ de l'évaluation et celui de la recherche qualitative.



## vi) Références

- Ackoff R.L. (1960) Systems, organizations, and interdisciplinary research, in Emery F.E. (Eds) *Systems thinking*, Penguin Modern Management readings, Penguins Books : 330-347.
- Bacharach S., Lawler E.J. (1980) *Power and Politics in Organizations. The Social Psychology of Conflict, Coalitions, and Bargaining*, Jossey-Bass Inc. Publishers,
- Berry M. (1994) L'analyse stratégique et les transformations de l'entreprise, dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.
- Bienaymé A. (1994) Guider le changement, dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.
- Bourdieu P. (1993) *La misère du monde*, Éditions du Seuil, coll. Libre Examen.
- Champagne F., Denis J-L. (1990) Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions : l'analyse d'implantation, *Service social : L'avenir des services ou services d'avenir*, vol. 41 (1) : 143-163.
- Champagne F., Denis J-L., Pineault R., Contandriopoulos A-P., Structural and political models of analysis of the introduction of an innovation in organizations : The case of the change in the method of payment of physicians in long-term care hospitals, *Health Services Management Research*, vol. 4 (2) : 94-111.
- Chelimsky E. (1994) Remarques sur l'évaluation de programmes, dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.
- Crozier M. (1987) L'analyse stratégique en milieu hospitalier : pertinence et méthodologie, *Gestions hospitalières*, n° 261, décembre 86/janvier 87 : 787-791.
- Crozier M., Friedberg E. ([1977] 1992) *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Éditions du Seuil, coll. Points Essais.

- De Closets F. (1994) La réforme modeste, dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.
- De Vulpian (1994) De l'évolution paradigmatique des gens ordinaires à l'adaptation des entreprises. Comment guider le changement?, dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.
- Denis J.L., Champagne F. (1990) L'analyse d'implantation: modèles et méthodes, *La revue canadienne d'évaluation de programme*, vol. 5, n°2 : 47-67.
- Dion S. (1982) Pouvoirs et conflits dans l'organisation : grandeur et limites du modèle de Michel Crozier, *Canadian Journal of Political Science/Revue Canadienne de science politique*, vol. XV (1) : 85-101.
- Dion S. (1994) Une stratégie pour l'analyse stratégique dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.
- Donneur A.P., Padioleau J.G. (1982) Local Clientelism in Post-Industrial Society : The example of the French Communist Party, European, *Journal of Political Research*, vol.10 (4) : 71-82.
- Faivre J-L. (1993) Ce que fait la police : le travail des policiers en tenue dans un commissariat central parisien, dans *Police, Justice, Prisons. Trois études de cas*, Éditions L'Harmattan.
- Foucault M. (1982) Le sujet et le pouvoir, dans FOUCAULT M. (1994) *Dits et Écrits 1954-1988*, Éditions Gallimard, vol.4.
- Friedberg E. (1993) *Le Pouvoir et la Règle: Dynamiques de l'action Organisée*, Éditions du Seuil.
- Friedberg E. (1994) Le raisonnement stratégique comme méthode d'analyse et comme outil d'intervention dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.
- Gervais M. (1998) Repenser le concept d'évaluation de l'efficacité d'une organisation, *The Canadian Journal of Program Evaluation*, vol.13 (2) :98-112.
- Guiraud F. (1994) Applications de l'analyse stratégique aux problèmes de l'entreprise. de l'obéissance à la responsabilité diffusée, dans *L'analyse*

*stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.

- Jobert B. (1976) L'essentiel et le résidu (bis). Pour une critique de l'analyse systémique stratégique, *Revue française de Sociologie*, vol. XVII : 633-642.
- Kickert W. (1993) Complexity, Governance and Dynamics : Conceptual Explorations of Public Network Management, dans Kooiman J., *Modern Governance. New Government-Society Interactions*, Sage Publications, London : 191-204.
- Kingdon J.W. (1984) *Agendas, Alternatives and Public Policies*, HarperCollins Publishers, New York.
- Klijn E-H. (1996) Analysing and managing policy processes in complex networks: a theoretical examination of the concept policy network and its problems, *Administration and Society*, vol.28 (1): 90-119.
- Klijn E-H., Koppenjan J., Termeer K. (1995) Managing networks in the public sector: a theoretical study of management strategies in policy networks, *Public Administration*, vol.73 (3): 438-454.
- Langley A., Mintzberg H. Pitcher P., Posada E., Saint-Marcary J. (1995) Opening up Decision Making: The View from the Black Stool, *Organization Science*, vol. 6, n°3: 260-279.
- Leloup X. (1996) Statut professionnel et champ artistique, *Recherches sociologiques*, n°3 :49-62.
- Marsh D., Rhodes R.A.W. (1992) Policy Networks in British Politics : A Critique of Existing Approches dans Marsh D., Rhodes R.A.W., *Policy Networks in British Government*, Clarendon Press, Oxford : 1-26
- Miller S.J., Hickson D.J., Wilson D.C. (1996) Decision-Making in Organizations, *Handbook of Organization Studies*, edited by Clegg S.R, Hardy C, Nord, W.R. Sage Publications: 293-312.
- Morin P. (1994) Le raisonnement de l'analyse stratégique : son application à l'intervention dans l'entreprise, dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.
- Mouhanna C. (1993) L'impossible décloisonnement : analyse de la réforme des services sociaux de l'Administration pénitentiaire, dans *Police, Justice, Prisons. Trois études de cas*, Éditions L'Harmattan.

- Patton M.Q. (1982) *Practical evaluation*, Sage Publications.
- Patton M.Q. (1990) *Qualitative evaluation and research methods*, second edition, Sage Publications.
- Patton M.Q. (1997) *Utilization-Focused Evaluation. The New Century Text*, Third Edition, Sage Publications.
- Proulx M. (1993) Laisser-faire et gestion par la crise : sur le fonctionnement de quelques tribunaux d'instance parisiens, dans *Police, Justice, Prisons. Trois études de cas*, Éditions L'Harmattan.
- Rossi P.H., Freeman H.E., Lipsey M.W. (1999) *Evaluation a systematic approach*, 6<sup>th</sup> edition, Sage Publications.
- Sainsaulieu R. (1994) Entreprise et société. Quelles sociologies? dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.
- Sheirer M.A. (1994) Designing and Using Process Evaluation, in *Handbook of Pratical Program Evaluation*, Wholey J.S., Hatry H.P., Newcomer K.E. editors, Jossey-Bass Publishers, San Francisco : 40-68.
- Shortell S.M., Richardson W.C. (1978) Program evaluation : historical antecedents and contemporary developments in *Health Program Evaluation*, CV Mosby, St-Louis, Missouri :1-15.
- Trosa S. (1994) Qui a vu passer la décentralisation?, dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.
- Weiss C.H. (1998) *Evaluation. Methods for studying programs and policies*, Second edition, Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey.
- Worms J-P (1994) Mais si, on peut changer la société par décret!, dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.

**c) Article 3 : What Can We learn From Discourses of Resistance to Objectivization?**

Auteur: Astrid Brousselle

" The positivist dream of a perfect epistemological innocence actually hides the fact that the difference is not between a science that brings about a construction and a science that does not, but between the one that does it without noticing it and the one that, aware of it, makes every effort to know and to control as completely as possible its inevitable acts of construction and the effects they inevitably produce " (Bourdieu, 1993: 905).

**i) Introduction**

The position of the researcher, in qualitative research, often causes important methodological dilemmas. When one is using interviews for data collection, information arises through the meeting of an informant and a researcher. While the interview is a conversation with a purpose (Lincoln & Guba, 1984: 100) "of pure knowledge, it is still, whatever one does, a *social relationship* that has effects (variable according to the different parameters that can affect it) on results obtained" (Bourdieu, 1993: 904). Yet, in this duet of construction of meaning, it is the words of the " other ", the interviewed, that must have precedence (Bibeau & Perreault, 1995; Crozier & Friedberg, [1977] 1992) so that a number of researchers have decided to restore it in order for everyone to read it, without distortion (Bibeau & Perreault, 1995; Bourdieu, 1993; Lewis, 1963). " Readers are interpreters: to read is an active, sense-making process " (Clegg & Hardy 1996: 5). Others insist on the importance of relating the events that have

occurred during the data collection with more (Bizeul, 1998) or less (Olivier de Sardan, 2000) detail and depth.

Ideally, the researcher must try to become transparent. In order to limit the imposition of constructions he has of the world he studies, he must become the invisible confidant of the actors. Yet, as it is impossible to become transparent, the researchers adopt, according to Bizeul (1998), two dominant positions. The first, as was the case for Bourdieu & al. (1993), is to try to reduce the most one can any symbolic violence by selecting and training the researchers according to the population they will study in order to get an attitude as close as possible to the person interviewed. But this position raises other questions. Firstly, reducing the social distance between the researcher and the interviewee is neither easy, nor always possible, and the researcher often has to make do with the burden of his differences of opinion. Secondly, this methodological choice raises another epistemological dilemma: It implies that the researcher depicts the profile of the person he will interview a priori, which creates a new distortion in the relationship of study. Finally, in the case where the researcher succeeds in getting a proximity with the interviewee, how will the researcher manage to control this new complicity? In fact, it happens that the actor considers some information as known, that he speaks without spelling things out (Bizeul, 1998). The second position researchers seem to adopt consists in "using relational tactics" (Bizeul, 1998: 769). The researcher adopts various behaviors and attitudes in order to gain his interlocutors' confidence.

The context of study is also important. Some contexts are more difficult to study. Some milieus "refuse or resist any penetration from a stranger" (Bibeau & Perreault, 1993). Political contexts that can be defined as milieus where stakes are important, where actors think they have a lot to lose or to win, are difficult to set up. Without being as close as secret societies or clandestine groups (Bibeau & Perreault, 1993), political themes of research may present analogies of resistance. The researcher can easily become indiscreet or, contrarily, a potential ally. Necessarily, he is kept away from information people prefer to hide or, on the

other hand, he enters the game, in spite of himself, as an element which offers new perspectives of modifying the game being played.

Having studied a particularly political theme, the implementation of an international project of access to antiretrovirals (ARV), we have experienced several strategies actors use during the interview to resist objectivization. We think it useful to reveal some of them and to discuss the different means the researcher has of objectivizing reality. But first, let us present our project in a few words.

### **ii) A Theme of Controversies**

In the scope of the analysis of implementation of an international project of access to antiretroviral treatment (ARV), we conducted some fifty interviews of actors who directly participated in different aspects of the project and of people who appeared particularly significant in the HIV/AIDS problems in this country. Our research objective was to examine how the politico-organizational dynamic explains the development of the project, with the aim of identifying factors that help or impede its implementation. We have designed our research to be part of the general evaluation process. Each evaluative project is accompanied by the actors' fears of receiving a bad evaluation of their work.

However, the nature of our project does not explain why it contains so many political characteristics. During the past few years, the government has demonstrated its will to facilitate access for patients to HIV/AIDS therapies, but it doesn't allocate enough resources to the Health Department to allow treatment for all patients. The division of the Health Department dedicated to the HIV/AIDS has to continuously follow a policy in order to obtain more resources in a context often not responsive to this problem. As a matter of fact, in this country there is still an important discrimination against people living with HIV: most of the companies in our study required, at the time we did it, a serological test before hiring a new employee; people living with HIV/AIDS have complained of losing their jobs, their apartments, and even contact with their families when the latter learnt they were HIV-positive. Furthermore, the Catholic Church is very influential and its position is often in contradiction with the principles of prevention of HIV

contamination. For example, in 1997, it succeeded in removing an ad encouraging the use of condoms from TV screens. In this context, we understand the importance an international evaluation can have for the HIV/AIDS area of the Health Department.

Furthermore, we have decided to study the drug importation process, a theme which is particularly sensitive for pharmaceutical laboratories and the HIV/AIDS area of the Health Department, who are in constant negotiation with each other.

Finally, the context of HIV/AIDS in this country is naturally a site of alliances and conflicting relationships. But the lack of resources exacerbates patients' and health care staff's dissatisfaction, as lack of access to drugs usually means, in the case of AIDS, illnesses and often death. But the scarcity of resources has another consequence for the interviewing relationship: the fear, justified or not, that saying too much leads to reprisals (dismissals, stopped therapy, etc.).

Our project, while drawing its inspiration from research strategies used in anthropology and in sociology, stands out from most other ethnological researches because of the importance of political games. We think that this characteristic makes this context particularly propitious to the observation of discourses of resistance to objectivization.

### **iii) Strategies of Resistance to Objectivization**

Objectivization can be defined as the effort an actor makes to have people recognize his interpretation of a social event as objective. The objectivization a researcher makes of a situation expresses the process of imposition of scientific truth as the legitimate mode of interpretation of the social situation under study. The researcher acquires the legitimacy to say what will be taken as truth, to make his discourse performative, (Moch & Fields 1985), his legitimacy being awarded by his status and by the research process, done by the book. The actors also recognize the objectivization exercised by the researcher during his data collection, via the references to this exercise he uses. For example, the way he presents himself and explains his work and his chosen objectives of research, or



the use of a tape recorder, are all markers of the utilization of collected discourses for scientific purposes, then destined to diffusion under the label of scientific truth.

The capacity to make something exist in an explicit state, to publish, to make public, that is to say objective, visible, speakable, even official, which had been, for lack of having acceded to the objective and collective existence, at the state of individual or serial experience, discomfort, anxiety, waiting, restlessness, represents a tremendous social power, the power of constituting groups by making a common sense, an explicit consensus of all the group (Bourdieu, 1984: 6).

This distinction inevitably interferes in the actor/researcher relationship with, as consequences, the emergence of reactions to objectivization. A wide range of attitudes are possible, but two positions really endanger the interpretive work of the researcher. The first one consists in influencing the researcher by trying to get him on one's side, so as to make the most of one's point of view in an attempt to have it accepted as true. The second position consists in filibustering against the researcher's request for information for reasons the researcher will have to discover. These mannerisms modify the relationship the researcher has with the object under investigation. From the perspective of the actors, they aim at influencing the researcher's interpretation of a social situation. In the perspective of scientific research, they can prejudice the exercise of objectivization. This is why we call these ways of reacting to the objectivization process " discourses of resistance ".

In all research relationships, the medium of research does not leave the interviewed person indifferent. A question can seem invasive, bother, or, contrarily, show an unexpected sympathetic ear. This happens not exclusively with data collection from interviews, but also when sending questionnaires (Lincoln & Guba, 1984: 99). Is there any researcher who has never asked himself how his questionnaire would be received, how the questions would be interpreted? Likewise, who has never thrown away a questionnaire he has just received? Who has never wondered how to answer so as to give more weight to his views? Or again, who has never written comments in the margin? Whenever oral or written

data collection methods are involved, there are always strategies for drawing the researcher's sympathy or for denying him access to information.

The participant is likely to be governed in his actions by a number of interests, purposes, and sentiments, dependent upon his specific position, which impair his understanding of the total situation (Turner, 1970: 27, cited in Bourdieu, 1980: 61).

Such reactions can be observed by the researcher without necessarily being purposeful strategies of resistance to objectivization. While being forms of expression that transmit a feeling of appeal or rejection, they are also strategies, as they are oriented toward a precise realization, toward having a particular influence on research results.

We present here different forms of strategies of resistance to objectivization we have observed during our data collection. We have decided to illustrate each strategy with a discourse extract. The interviews were done in the language of the country concerned. As a consequence, the extracts we present are translations. The parts of the text in bold are those particularly significant. We have modified the text where necessary, so as to make impossible any identification of the interlocutors.

### *(1) Getting the Researcher Eating Out of One's Hand*

In the case presented here, the interview is, for the actor, an unexpected occasion to assert his point of view, to be listened to. Here, it is essential for the actor to reassure the researcher of the credibility of his information. It is the only means he has to impose his subjective representation of the situation on the researcher as an objective representation (Bourdieu, 1984). Different means are used. The discourse extract below depicts some of them.

Researcher:	So your work consists in meeting the patients?
Actor:	A part of my work, because we have to deal with all the social problems of the patient, all that occurs at the family level, at the environmental level, the accommodation, the work reintegration, the counseling, the notification of partners, the preoccupations about children, means of protection, the search for a home, all these things, and all about the therapies in particular for me is terrible.... <b>You mustn't let yourself be influenced by me and by the rage I feel; I am perhaps the most critical person in the team. I am one of the criticizers, but I haven't lost my sensitivity -- if I criticize, it is for the people's lives. I am not speaking for myself because what</b>

happens is that here we are state employees: I depend on the Ministry; **they can dismiss me and goodbye for having criticized**, but that's life. And those who are on top don't have the urgency that we have here, so for them, to buy is, I don't know, let's make up the accounts, the next month we will buy this thing, and the month after we will buy this other thing and the next that other thing. For us, it is a lack of consideration, because they don't know that people are dying; they confront us with this situation; I suppose they act like that for any other pathology: we're going to buy them a pace-maker, we're going to buy an apparatus for dialysis, I imagine it's like that. The problem is that this team is always between life and death -- **I have been working here for years; I am one of the first who worked in this country with the AIDS problem**, so I have seen all the history, I have seen the administration of these programs; so what has happened to my mind? You know what? **I knew you were coming and I thought, ah, this is why they hurried to send the drugs: that was my reaction.**

#### **(a) Bewaring Subjectivity**

Firstly, the actor warns the researcher of subjectivity, reminding him that he must objectively interpret the information confided to him: "You mustn't let yourself be influenced by me and by the rage I feel". Yet, by doing so, he creates the opposite effect, as he demonstrates that he is conscious of the distortions he can introduce in his discourse.

#### **(b) Getting the Researcher on One's Side**

Then comes the justification of the anger the actor has expressed: "If I criticize it is for people's lives". This justification seeks to touch the sensitivity of the researcher. How can one disagree when one is talking about people's lives? This remark is really an invitation to take up the actor's critical position.

#### **(c) Talking, a Risky Exercise**

The actor asserts that, when talking as he does, he is taking great risks: by doing so, he convinces the researcher that he has access to information of outstanding importance, which only very few actors could give him.

#### **(d) Giving One the Benefit of One's Expertise**

The actor presents himself as a person of great experience and tries to make the researcher realize that it is a privilege for him to meet an actor of this importance, and that he has access to information of great value. The description the actor makes of his experience is presented as if it were in itself a guarantee of the value of his words. There are other ways to demonstrate one's expertise. For example, one can drown the researcher with a flood of information. Giving an abundance of information demonstrates the actor's good will and helps to give credibility to particular opinions. This amounts to an easy way of imposing one's opinion. These strategies can usually be noticed in very long interviews, where the actor engages in numerous monologues.

#### **(e) Flattering the Researcher**

This last strategy is not one of imposition of the actor's subjective representation as an objective one, but constitutes, rather, a strategy of seducing the researcher. Words such as "I knew you were coming and I thought, ah this is why they hurried to send the drugs", while flattering the researcher's ego, can contribute to increasing the empathy he can have toward the actor's words.

It is unlikely that the researcher identifies these different strategies at the moment of the interview. They are all means of making him feel that this interview is very enriching: these imposition strategies are usually very efficient! But when reading the text, the researcher should be alerted by this kind of argument construction.

#### **(2) *Talking without Saying***

This strategy of resistance to objectivization is not used to attract the researcher's sympathy, but rather to block access to information. Some questions seem invasive; a means of resistance consists in answering without saying too much. In the case we present here, the actor gives an answer which seems at first sight generous and true, but as the question becomes more precise, the actor entrenches himself until contradictions appear and, finally, refuses to answer.

- Researcher: What is the price of Drug X in this country? Are there different prices for different clients?
- Actor: No, **it is the same price for all the clients** and the price is very competitive; I would say that practically all the products of this type are of about the same price.
- Researcher: And what is the price of Drug X?
- Actor: **The market price.** I can give you the list price, but it won't help you because you will need to know, for every client, what price they charge when selling, because each client has his proper margin of negotiation. I am referring to the foundations, etc., and these vary. **So it is information I can't give you: it won't be valid, or representative.**
- Researcher: **And what price do you offer Organization Y?**
- Actor: **We have special negotiations; not all these things can be mentioned.**
- Researcher: And what are the quantities Organization Y bought from you?
- Actor: There was a purchase, but all these quantities are also things that are conducted in the private sphere; **this kind of information can't be revealed.**

Some actors master this particular strategy better than others. It requires an ease with language. Sometimes, the actor doesn't reach the moment of refusal to answer and can, during the whole interview, answer questions without having revealed information that would have interested the researcher. This strategy is particularly used by career politicians or the sort who often occupy strategic communications positions. It is also characteristic of the non-transparent policies of pharmaceutical companies. The actor may have interiorized what he is authorized to tell so that, even if he answers questions, his answers are nonetheless censored.

Censorship can never be as perfect or as invisible as when the agent has nothing more to tell than what he is objectively authorized to say: he doesn't even need, in this case, to be his self-censor as he is, in a way, censored forever through the forms of perception and expression he has interiorized, which impose their form on all his expressions (Bourdieu, 1982).

Another example of this kind of strategy is the one of the actor who, not wanting to take the risk of saying too much, hides behind recognized discourses, be they official or popular. In the extract presented here, the actor answers all questions carefully, but the researcher learns nothing more than what was already written in official documents.

- Actor: **The definition of organization "W" in this project has for us three dimensions: unifying, financing, and negotiating** and carrying out projects jointly with our organization, considering the requirements and needs of the country.
- **In its role of unifier**, it will facilitate the implementation of the project, and provide technical assistance.
  - **In its role of financier**, it will finance the coordination of the project and the necessary training of both the health personnel and HIV patients, in order to better the counseling and lessen aggressiveness of patients against controls and treatments. [...]
  - **And in its role of negotiator**, it deals with the laboratories' registered offices to facilitate the continuation of their work at the local level.

### ***(3) Ruffling One's Feathers***

This strategy is generally used by birds when an undesirable animal comes into their private territory. The bird ruffles its feathers and tries to intimidate the trespasser so as to make him turn away. While man is a featherless animal, we can, in certain situations, observe this behavior. We present here two interview extracts. The first, a group interview, sets the context of the discussion. We wanted to know how the protocol of treatment was elaborated. Actor n°2 emphasizes the fact that, at the beginning, the protocol didn't allow for giving bitherapies to patients, only tritherapies. In the second interview, which occurred a few hours after the first one and where actor n°2 was interviewed alone, we can observe how he tries to destabilize the researcher.

#### Interview n°1:

- Researcher: So the protocol was developed here and then it was sent for validation to the health services, is that right?
- Actor 1: Not really. It was developed here, but jointly with doctors and with people living with HIV, and it was sent for validation to all doctors in the country. [...]
- Researcher: So it must be like an administrative signature, because it was accepted by the doctors...
- Actor 2: In fact, some of the doctors' suggestions were incorporated, because some of those raised noted the fact that **there was no place for bitherapies**; nevertheless, as the majority accepted the proposition, a space for bitherapies was considered.

#### Interview n°2:

- Researcher: You told me that there were two versions of the treatment protocol, that the protocol was not the same at the beginning and at the end?
- Actor 2: **What do you mean** by at the beginning and at the end?
- Researcher: You told me that there were different versions of the treatment protocol, didn't you?
- Actor 2: No.

Researcher: Well, perhaps Actor 1... He told me that there was no place for  
 bitherapy at the beginning.  
 Actor 2: **For tritherapy!**  
 Researcher: For tritherapy? In the treatment protocol?  
 Actor 2: In the treatment protocol we wrote **into the scope of the project?**  
 Researcher: In the project of access to ARV.  
 Actor 2: **No, listen. Aaaah, I know.** Last year, in July...

Firstly, the actor asks for more information; then, when the question is formulated in a different way, he answers negatively. Next he destabilizes the researcher by letting him think he hadn't understood what he had been told. The actor then asks if they are talking about the same protocol and, finally, comes back on his words and answers the question. When transcribed, this kind of strategy can really look like a problem of misunderstanding between actor and researcher. But these words are accompanied by gestures, gazes and a tone of voice that reinforce the intimidation created by the answers, which unfortunately can't be rendered on paper. The bird doesn't only cheep, but ruffles its feathers and beats its wings, all gestures the interview recording cannot indicate.

We have thus presented certain strategies of resistance to objectivization that one can observe in interview situations. They are even more evident in political contexts in a larger sense; their identification is facilitated by critical re-reading allowed by the exact transcription of what was said. The fact that actors refuse to be recorded is also, incidentally, a form of refusal of objectivization, one which complicates the work of the researcher and the identification of resistance strategies. As we have seen, certain strategies aim at winning the researcher's sympathy so as to impose the actor's subjective view as an objective one, whereas others aim at controlling the information to be given. Moreover, the fact that the researcher notices use of resistance strategies in his interviews does not, however, indicate that his material is not a valuable source of information. First of all, interviews where the actor tries to impose his interpretation of a situation are often very rich in information since, in order to demonstrate his credibility, he often gives abundant information. It is a matter, nonetheless, of the researcher putting this information in perspective. Secondly, even interviews in which actors censure

their remarks give very valuable information, if one only asks himself what causes this reserve.

#### **iv) How the Researcher Objectivizes Reality**

The special moment the actor and the researcher share during an interview is quite an extraordinary situation. In effect, unlike in the encounters of our ordinary social activities, the researcher gets himself involved in a social situation which does not concern him, with the aim of passing on his analysis to a public which this situation also does not concern directly. Rarely is the conversation between actor and researcher a trivial one, especially in the case of interviews made by appointment, with a tape recorder capturing every exchange. The researcher distances himself, which leads him to being thought of as an intruder (Zempléni, 1996). It is perfectly normal that the actors react by giving exceptional responses. The information is, sometimes, entrusted to the researcher, based on the actors' perceptions, and, as we saw in the first case presented, at their risk and peril, or else hidden. The strategies are very similar to those used for emphasizing the existence of a secret. The actors allow signals to be seen which lead the researcher to believe that a secret has been confided to him or else hidden. It is this which Zempléni would call a "defensive secret", i.e. a secret made conspicuous through various language, behavior, or situational signals. Whether the secret really exists or not is not the question. This secret is often the thing that ethnologists try to decipher, the quarry they pursue (Gable, 1997 ; Zempléni, 1984). But often it is not the secret as such, but what it reveals that is the most interesting. For example, in Gable's article (1997), it is not knowing the wealth of each Manjaco family that is of interest, but rather finding out why each family tries to hide the riches that it might possess. Likewise, in our research, it is not so much the price offered by Company X to Client Y that is important, but what is revealed by the refusal to supply specific information on negotiation terms and the type of relationship that actors have.

If one speaks, one speaks within a social network that conditions its pertinence and frequency, which limits its use. (Jamin, 1977: 9).



Even in the case where the actor confides in the researcher, where he says he is revealing important information, the reasons for this attitude often tell us more than the secret revealed.

The "defensive secret is thus not merely an initial obstacle in ethnographical "dialogue": it is also one of the driving conditions behind the interactive practices used in ethnography. Upon closer examination, the ethnographer could better understand not only why his "informants" become reticent or biased, but also [...] why and how the "Others" speak to them. This is, one must admit, not self-evident. (Zempléni, 1984).

For the actor, to show the existence of a secret is not to take a neutral position. One must question oneself as to the conditions of its utterance (Zempléni, 1996, Moch & Fields 1985), to place the interview in context, and to understand what is at stake.

" The meaning that matters for people does not lie at the surface of things, although we have to pass through this surface in order to gain a deeper understanding of what that meaning may be " (Bibeau & Corin 1995 : 48).

We suggest a series of stages of analysis to aid the researcher in objectivizing the information to be found in discourses of resistance.

### *(1) Immersing Oneself*

The first stage consists in immersing oneself in the context, i.e. to familiarize oneself with the official version – which, in our case, is comparable to the program objectives – of the defined role of each actor in the development stages of the project. This first stage permitted us to identify a priori, following specific themes, different games between actors (Crozier & Friedberg [1977] 1992). First we interviewed the actors who were directly involved in these games. This let us document the official version, and – at the same time – acquainted us with the subjective view that each person had of the project, i.e. how the project was going. Simultaneously, we interviewed people who, according to the information collected, seemed to play a central role in the HIV/SIDA issue in this country.

The researcher can be forewarned of the presence of areas of resistance by practical difficulties that he may encounter: difficulties in setting up appointments, intimidation practices met during his familiarization with the project, refusals to permit tape recordings, etc. Furthermore, a close re-reading of the interviews, as previously noted, will allow him to identify other forms of resistance present in the discourses.

### ***(2) Noting the Effects of the Researcher's Intrusion***

As stated earlier, the sociological interview creates an extraordinary setting for communication. Thus, the actor is inevitably subjected to interview conditions, and may react in different ways to the questions set to him by the researcher. In order to understand the conditions imposed upon expression in the discourse, it is important to know what the intrusion of the researcher represents for each of the actors, what his questions about the everyday events of their lives means. It is understood that such an analysis can only be conducted with full comprehension of what is at stake – i.e., any personal interests, any power relationships, and each actor's strategies in the field (Foucault 1982, Crozier & Friedberg [1977] 1992, Friedberg 1994).

### ***(3) Identifying Relationship Networks***

Knowing just what relationships are maintained by the actors allows one to know who is likely to exercise his power over others, and why he is likely to do so. This is a first step in understanding the reasons why actors use strategies of resistance.

When identifying relationship networks, it is important as a first step to compare information from different interviews, in order to know what view is taken by each of the different actors who are central to the project. Firstly, this triangulation allows one to corroborate one's subjective impressions regarding each actor. Thus one avoids overvaluing particular traits, and ascertains what general impression one actor may have on others. Secondly, this lets one see the ties maintained by actors amongst themselves, thus identifying the different relationship networks, which can turn out to be very different from those the

researcher had imagined a priori, when he had chosen the different games he would study. In this way, one gets a first approximation of power relationships.

The second stage consists of studying those interviews where hints of resistance to objectivization have appeared, in the light of this first configuration of the power games. The researcher must next "reconsider from within the situations' own logic as it is seen by the actors themselves" (Crozier & Friedberg [1977] 1992: 456-457), by making a "detour" via the actors' inner feelings. In this way, the researcher can see if the resistances go in the direction of observed power relationships, or if they offer new interpretations of the relationships amongst actors. This allows him to complete the picture of power games which he has begun to make for himself. The researcher must ask himself who shares the same secrets, but also wonder which actors would be affected if the secret were to be revealed, and what consequences would result from this revelation. To answer these questions, the researcher need not directly know the object of the secret; he only needs, when following it up, to pay attention to the power games exercised in the social and political context under study.

#### ***(4) Observing Situational Conflicts***

When it is a matter of understanding power games in a specific context, observing a situational conflict is particularly helpful. Obviously, such opportunities are rather exceptional, as they are not foreseeable, and – for ethical reasons -- the researcher may not provoke them. However, any situational conflict is a favorable occasion for each person to exercise his power over others, by putting the situation to his advantage. Firstly, it allows one to observe relationship networks, even if these are typified by opposing opinions or rivalries. Relationship networks must include an actor's supporters as much as his adversaries. In any case, the actor will act according to the reaction he anticipates from the others, his enemies included. Secondly, observing a situational conflict informs us of the sorts of power actors exercise, which informs us of the resources which each actor possesses. Lastly, a conflict is either the sign of someone's calling into question lots established, or the claim of an undefined area of power by at least two parties.

This lets one know what is at stake for each actor concerned at the particular moment of the study.

### **(a) Getting Into the Game**

A last method – one which is often dangerous, as it puts the researcher's neutrality and thus his credibility concerning the objectivity of his analysis into question, but which is also quite revealing – is to get directly into the game. This does not involve ordinary disruptions caused by the appearance of the researcher, but rather his having publicly taken a side. In general, he does not voluntarily get into the game, for his objective is actually to limit the effects of his presence on his subject of study. But he sometimes finds himself in a position where he is forced into participating in certain political games, i.e. to come down on one side of an issue or another, thus being partial. While the researcher must say goodbye to the ideal of neutrality which he has followed up to that point, he does get the benefit of a favorable position for observing the forces at play, which allows him to understand the stakes involved, and possibly share certain secrets in his turn. The difficulty of this position lies, however, in the double game – researcher / actor – which he must then be able to play. The researcher who participates in political games, through his involvement, has to " find procedures for putting himself at a distance, so that he avoids as much as possible being judge and judged, and frees himself as researcher from positions and decisions which he has taken as actor. This leads to a sort of schizophrenia, where the same person is simultaneously researcher and researcher's informant, the observer bound at least to relative impartiality, and the practitioner condemned to decision-making and arbitration" (Olivier de Sardan, 2000: 432).

We have discussed various means at the researcher's disposal for updating the regulations of the political system he is studying. But what guarantee does he have of having made a correct analysis of collected data? One relatively simple way of doing so is to anticipate beforehand the reactions of the different actors following particular significant events, and then compare these theoretical

reactions with what happens in practice. It is a matter of deducing the thought processes of each of the actors so as to make hypotheses regarding their reactions to come (Crozier & Friedberg [1977] 1992). This lets us know if we have seen matters correctly, and – if not – how to make necessary adjustments so as to draw a picture in line with the situation under study. Understanding what the "structuring of power relationships which ties actors together" is (Crozier & Friedberg [1977] 1992: 477) lets us put the actors' remarks into perspective.

#### v) Conclusion

Be he talkative or silent, the actor always sends us a message. We have seen how it is possible to decipher strategies of resistance, and how it is possible – through a process of contextualizing interviews – to get close to a secret. Generally, the aim is not to know the secret itself, which in many cases would be empty and delusive, and could only add to the actors' feelings of emotional violence, but rather to get near to it via a circuitous route, that of the analysis of power relationships, so as to understand why certain actors speak and others do not.

" Non décisions are the covert issues about which a decision has effectively been taken that they will not be decided. They are the controversial topics which go against the interests of the powerfull stakeholders : they do not engender support, they do not fit with the prevailing culture, they are not considered acceptable for discussion, so they are quietly side-stepped or suppressed or dropped " (Miller & al. 1996 : 297).

An understanding of how actions and words are politically structured permits us to take a critical second look at actors' remarks (Moch & Fields 1985), which opens new windows onto the discourse interpretation process for the researcher. That which makes sense in discourses of resistance is often not the explicit content of a remark, but rather the innuendo or the things not said. In a political context, a careful listening to subjective interpretations is not always enough, when one wants access to actors' thoughts, and it is only by examining the controversy that the researcher can get at the hidden meaning in discourses of resistance. Here, the text does not tell us enough by itself; only when set beside

other discourses does it make sense. It is linked, because the actor does not say everything, to the political history of the context under study, and particularly to those invisible referents the secret concerns.

#### vi) Bibliography

Bibeau G., Corin E. (1995) *Beyond textuality. Asceticism and Violence in Anthropological Interpretation*, Mouton de Gruyter: 3-54.

Bibeau G., Perreault M. (1995) *Dérives montréalaises*, Montréal, Les Éditions du Boréal.

Bizeul D. (1998) Le récit des conditions d'enquête: exploiter l'information en connaissance de cause. *Revue française de sociologie*, XXXIX-4: 751-787.

Bourdieu P. (1980) *Le sens pratique*, Paris, Les Éditions de Minuit.

Bourdieu P. (1984) Espace social et genèse des classes, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°52-53: 3-11.

Bourdieu P. (1993) "Comprendre" in Bourdieu P. (ed.) *La misère du monde*, Paris, Seuil: 903-939.

Bourdieu P. (1994) *Questions de sociologie*, Paris, Les Éditions de Minuit.

Clegg S.R., Hardy C. (1996) Organizations, Organization and Organizing, *Handbook of Organization Studies*, edited by Clegg S.R., Hardy C., Nord, W.R. Sage Publications:1-28.

Crozier M., Friedberg E. ([1977] 1992) *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Éditions du Seuil, coll. Points Essais.

Floyd K., Gilks C. (?) *Cost and Financing Aspects of Providing Anti-retroviral Therapy: a Background Paper*, disponible <http://worldbank.org/aids-econ>

Forsythe S. S. (?) *The Affordability of Anti-retroviral Therapy in Developing Countries: What Policymakers Need to Know*, disponible <http://worldbank.org/aids-econ>

Foucault M. (1982) Le sujet et le pouvoir, dans Foucault M. (1994) *Dits et Écrits 1954-1988*, Éditions Gallimard, vol.4

Friedberg E. (1994) Le raisonnement stratégique comme méthode d'analyse et comme outil d'intervention dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil. Bibeau G., Perreault M. (1995) *Dérives montréalaises*, Montréal, Les Éditions du Boréal.

Gable E. (1997) A Secret Shared: Fieldwork and the Sinister in a West African Village, *Cultural Anthropology*, vol. 12 (2): 213-233.

Jamin J. (1977) *Les lois du silence. Essai sur la fonction sociale du secret*, Dossiers africains, École des Hautes Études en Sciences Sociales, François Maspero, Paris.

Lewis, O. (1963) *Les enfants de Sanchez: autobiographie d'une famille mexicaine*, Éditions Gallimard, coll. Du monde entier.

Lincoln Y.S., Guba E.G. (1984) *Naturalistic Inquiry*, Newbury Park, SAGE Publications.

Miller S.J., Hickson D.J., Wilson D.C. (1996) Decision-Making in Organizations, *Handbook of Organization Studies*, edited by Clegg S.R, Hardy C, Nord, W.R. Sage Publications: 293-312.

Moch M.K., Fields C.W. (1985) Developing a content analysis for interpreting language use in organizations, *Research in the Sociology of Organizations*, JAI Press, vol 4: 91-126.

Olivier de Sardan J-P (2000) Le " je " méthodologique. Implication et explicitation dans l'enquête de terrain. *Revue française de sociologie*, 41-3: 417-445.

Zempléni A. (1984) Secret et sujétion. Pourquoi ses " informateurs " parlent-ils à l'ethnologue? in *Le secret. Traverses/30-31*, Centre national d'art et de culture Georges Pompidou: 102-115.

Zempléni A. (1996) Savoir taire. Du secret et de l'intrusion ethnologique dans la vie des autres, *Gradhiva*, vol.20: 23-41.

## 6) Conclusion

### *a) Du rôle de l'Initiative ONUSIDA dans la politique internationale d'accès aux traitements pour le VIH/SIDA*

L'Initiative pilote ONUSIDA d'accès aux médicaments pour le VIH/SIDA a longtemps baigné dans la controverse. Pourquoi faire une priorité de l'accès aux ARV alors qu'il existe dans les pays en développement des besoins en médicaments dont le rapport coût-efficacité est bien plus avantageux (Thomas 1998, Floyd & Gilks 1998, Forsythe 1998, Brunet-Jailly 1998, Ainsworth & Over 1997). Pourtant, elle continuait d'être perçue, particulièrement par les acteurs oeuvrant dans le domaine du VIH/ SIDA, comme une avenue prometteuse pour un accès élargi aux thérapies. Une institution internationale se mobilisait enfin pour mettre en place des programmes d'accès aux médicaments à prix réduits. L'étude de l'Initiative soulève différentes questions à propos de la place du projet-pilote par rapport à la politique nationale sur le VIH/ SIDA (voir article n°2 et rapport d'évaluation en annexe), mais l'Initiative pose aussi, et de façon plus cruciale probablement, la question des modalités d'accès aux thérapies dans les pays en développement et du rôle que de tels projets jouent dans l'arène des intérêts commerciaux politiques et sanitaires au niveau international. Nous ne nous lancerons pas ici dans une étude exhaustive des rebondissements au niveau des négociations et pressions internationales, ce qui pourrait faire l'objet d'une autre thèse, mais nous ferons quelques rappels d'événements particulièrement marquants et qui nous apparaissent significatifs pour une compréhension de la marge de manœuvre dont dispose l'ONUSIDA pour l'élaboration de ses politiques.

En juillet 1996, les premiers résultats concernant l'efficacité des tri-thérapies sont diffusés lors de la Conférence sur le VIH/SIDA à Vancouver. Déjà des leaders internationaux et des hommes politiques des pays en développement se



mobilisent mettant en relief que l'inégalité d'accès aux traitements entre les pays du Nord et ceux du Sud est tout à fait inéquitable et d'autant moins acceptable que les pays pauvres sont plus touchés par le VIH/SIDA. L'ONUSIDA annonce, en 1997, la mise en place de l'Initiative dans quatre pays-pilotes. À ce moment, plusieurs gouvernements de pays à forte incidence et à faible ou moyen revenus avaient pour priorité de favoriser l'accès aux médicaments pour le VIH/SIDA. Deux principaux moyens ont été utilisés : la production locale (licence obligatoire) et l'importation (importations parallèles) de produits pharmaceutiques pour contourner les prix élevés des produits vendus au niveau national. Ce sont deux exemptions que les accords internationaux sur le commerce prévoient dans certaines situations particulières. En effet, les produits pharmaceutiques sont soumis, comme tout produit commercial aux accords internationaux sur le commerce, ce qui nous oblige à faire une parenthèse.

En 1994, lors de l'Uruguay Round, l'accord qui institue l'Organisation Mondiale sur le Commerce (OMC) est signé (World Health Organization 1998). Les pays qui souhaitent devenir membres de l'OMC doivent en accepter ses règles. Parmi les accords multilatéraux, l'Adpic, l'accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle relatifs au commerce (TRIPS en anglais) (Bulard 2001, Demenet 2001, Rivière 2001-a; 2001-b, Bond 1999), est celui qui a le plus d'impact sur l'industrie pharmaceutique (World Health Organization 1998). D'après l'Adpic, "*patents shall be available for any inventions, whether products or processes, in all fields of technology, provided that they are new, involve an inventive step and are capable of industrial application. (...) Patents shall be available and patent rights enjoyable without discrimination as to the place of invention, the field of technology and whether products are imported or locally produced*" (art 27.1 cité dans World Health Organization 1998 :20). Les États membres doivent garantir les brevets durant au moins 20 ans pour tous les produits. Les effets de l'Adpic sont contestés au niveau des brevets pharmaceutiques, mais aussi dans le secteur agricole et celui des logiciels (Rivière 2001-a). Certaines exemptions sont prévues pour les inventions brevetées qui font l'objet d'une exploitation commerciale qui met en péril "*l'ordre public et la*

*moralité* " (art.27.2 cité dans World Health Organization 1998 : 21). Premièrement, le pays peut décider d'importer un produit, sans l'accord du détenteur du brevet, si le prix à l'étranger est inférieur au prix sur le marché local (" importations parallèles "). Certaines compagnies utilisent diverses stratégies de façon à empêcher les importations parallèles (ex : contacts des acheteurs limités aux distributeurs nationaux, utilisation des barrières de régulation comme la " Food and Drug Administration ") de façon à pouvoir mener une politique de prix discrétionnaire (Consumer Product Technology-a). Deuxièmement, le gouvernement peut imposer des " licences obligatoires " qui permettent la production de produits génériques, sans l'accord de celui qui possède le brevet, à la condition qu'un droit lui soit versé (Consumer Product Technology 1999, World Health Organization 1998). Ces exceptions sont couramment utilisées aux Etats-Unis dans les secteurs de la biotechnologie, de l'industrie pharmaceutique, de l'aérospatial, etc. (Bond 1999), ainsi qu'en Europe. Cependant, les pays du Sud, qui se sont hasardés à utiliser ces exemptions dans le secteur pharmaceutique, se sont heurtés aux pressions des Etats-Unis, de la Banque Mondiale, de certains pays européens et des lobbies pharmaceutiques (Demenet 2001). Ça a été le cas, plutôt spectaculaire, de l'Afrique du Sud quand 39 compagnies pharmaceutiques ont mené en Cour Suprême le gouvernement qui voulait encourager la production locale d'ARV génériques (historique et textes disponibles en ligne : <http://www.cptech.org/ip/health/sa/>) . La Thaïlande a dû renoncer à la production générique du fluconazole (Triflucan breveté chez Pfizer) quand le gouvernement des Etats-Unis, alerté par Pfizer, a menacé les autorités thaïlandaises de taxer leurs principales exportations (Bulard 2001). Début 2001, le gouvernement brésilien a été conduit par le gouvernement américain devant l'Organisation Mondiale du Commerce parce qu'il produit localement des médicaments génériques pour le VIH/SIDA (Rivière 2001-b). Les exemples sont innombrables et l'objectif n'est pas de les passer en revue. Ce qui est important de noter, c'est que les poursuites juridiques sont en général abandonnées (avril et juin 2001 pour l'Afrique du Sud et le Brésil respectivement) avant qu'un jugement ne soit rendu suite à une entente entre le gouvernement et les compagnies (Afrique du Sud) ou avec le

gouvernement américain (Brésil); et que ces poursuites portent sur des exemptions qui sont utilisées en toute légitimité et légalité. Ce qui nous laisse penser qu'il s'agit plus d'un moyen de pression que d'une réelle mise en accusation.

Parallèlement, le procès contre le gouvernement de l'Afrique du Sud a soulevé un tollé et un mouvement de contestation mondial s'est organisé, malmenant l'image de bienfaiteur que les laboratoires aiment se donner. Il fallait trouver des solutions pour calmer l'opinion publique. Un groupe d'experts et de chercheurs internationaux se sont rencontrés le 4 avril 2001 autour de l'économiste Jeffrey Sachs à Harvard. Ils proposent la mise en place d'un fonds international, sous la tutelle de l'OMS et de l'ONUSIDA, qui permettrait de mettre 1 million de personnes sous traitement en trois ans et qui bénéficierait à 3 millions de personnes grâce à son volet prévention. L'achat des médicaments se ferait auprès des grands laboratoires. Le fonds serait alimenté par les États-Unis, l'Europe, le Japon et des donateurs privés comme Bill Gates (Rivière 2001-a) qui vient d'inaugurer une fondation pour le VIH/SIDA (CNN.com, 3 février 2002).

L'utilisation des exemptions aux accords sur le commerce mondial constitue un enjeu juridique majeur. Ces " écarts " pouvaient créer un précédent qui, d'une part, aurait pu être appliqué à d'autres maladies ou dans d'autres pays pour ce même secteur, et qui, d'autre part, aurait pu contaminer d'autres secteurs où les accords sont contestés (Rivière 2001-a), comme ceux de l'agroalimentaire et de l'informatique (ce qui peut expliquer l'intérêt soudain de Bill Gates pour le VIH/SIDA).

" Pour Robert Zoellick, représentant au commerce du président George W. Bush, la controverse sur l'accès aux médicaments formait *"un test sur la capacité de l'administration américaine à renforcer l'adoption des principes du libre-échange aux Etats-Unis et dans le reste du monde. (...) Le retour de bâton qui se prépare contre l'industrie pharmaceutique pour l'affirmation agressive de ses droits de brevets face à une crise sanitaire monumentale (...), l'hostilité que cela génère pourraient mettre en péril tout le système des droits de propriété intellectuelle"* " (Rivière 2001-b).

Toute cette digression pour placer le rôle de l'ONUSIDA dans son environnement politique. Plus précisément, cela pose la question de la marge de

manœuvre dont dispose l'ONUSIDA pour l'élaboration de ses Initiatives étant donné ses sources de financement. Le programme conjoint des Nations-Unies pour le VIH/SIDA (ONUSIDA) a été créé en 1996 en unissant six organisations des Nations-Unies (UNICEF, PNUD, UNESCO, OMS, Banque Mondiale, FNUAP) (Ces informations proviennent du site officiel de l'ONUSIDA, UNAIDS-a). Les Etats-Unis contribuent pour un quart des 60 millions \$US que représente le budget annuel de l'ONUSIDA (UNAIDS,-d). Récemment, L'ONUSIDA a élaboré l'initiative " Accélérer l'Accès " (UNAIDS-b; UNAIDS-c) qui est de nouveau une initiative associant le secteur privé par le biais des grands laboratoires et les institutions internationales et gouvernementales. L'objectif est d'appuyer les pays dans leur décision d'augmenter l'accès aux soins pour les personnes atteintes par le VIH/SIDA. Fin décembre 2001, 72 pays avaient manifesté leur intérêt (UNAIDS-b). Lors d'une réunion de travail, Glaxo Wellcome a indiqué, suite à une requête de l'Afrique du Sud, du Congo et du Mali, qu'elle acceptait " *de collaborer pour s'approvisionner en commun afin de négocier le prix le plus bas* ", " *que l'industrie pharmaceutique de recherche accueillerait volontiers une participation des fabricants de médicaments génériques à l'effort collectif, en accord avec la législation internationale sur la propriété intellectuelle.* " (UNAIDS-c). L'ONUSIDA, étant donnée sa position dans la politique internationale d'accès aux médicaments brevetés pour le VIH/SIDA et la participation importante des Etats-Unis à son budget de fonctionnement, semble n'avoir d'autres choix que de développer des accords négociés entre les grands laboratoires et les gouvernements, sans que des actions comme les importations parallèles ou l'encouragement pour une production générique de médicaments ne soit envisageable, même dans le cas d'une urgence sanitaire. En offrant de nouvelles solutions négociées au moment où l'opinion publique s'insurge contre les pratiques commerciales des grands laboratoires, l'action de l'ONUSIDA ressemble finalement à un baume pour calmer les protestations et les actions contestataires autour des inégalités d'accès aux traitements entre les pays du Sud et du Nord.

### ***b) Du rôle de l'évaluation***

Weiss disait : " evaluation is a rational enterprise that takes place in a political context (...). " (Weiss in Palumbo 1987: 48). En fait, on pourrait dire que l'évaluation est une entreprise politique et rationnelle qui prend place dans un contexte politique. Déjà la décision d'effectuer une évaluation est un acte politique. L'évaluation contient des objectifs implicites et explicites que l'organisme instigateur souhaite atteindre et des questionnements pour lesquels il voudrait trouver une réponse (Bamberger 1991). Par ailleurs, plusieurs acteurs sont impliqués dans le processus d'évaluation, ce qui forcément multiplie les intérêts, les valeurs, etc. (Patton 1997) avec lesquelles il faut compter. De plus, le fait que l'évaluation soit le résultat d'une interprétation (Patton 1997), aussi scientifique soit-elle, la place inévitablement dans un univers de négociation.

Il existe différentes approches participatives qui limitent les tensions politiques lors de l'évaluation. C'est le cas de l'" Utilization-focused evaluation " (Patton 1997) qui prône une démarche collaborative entre gestionnaires et évaluateurs, tout au long de l'étude, et de l'évaluation de quatrième génération de Guba et Lincoln (1989) où l'évaluateur est en fait quelqu'un qui collaborera et aidera à la mise en évidence d'une évaluation réflexive des participants sur leurs objectifs, leurs pratiques, les aspects à améliorer. Ces deux démarches, qui s'inscrivent pourtant dans des paradigmes différents, permettent de limiter les oppositions qui peuvent exister entre politique et évaluation, soit parce qu'elles sont orientées de façon à maximiser l'utilisation des résultats, ce qui suppose que les gestionnaires désirent modifier leurs pratiques et souhaitent être impliqués dans le processus d'évaluation (Patton 1997), soit, dans le cas de l'évaluation de quatrième génération, parce que l'évaluateur incorpore les visions des acteurs grâce à sa position de facilitateur, la neutralité et l'objectivité n'ayant alors plus de raison d'être. Ces deux types de stratégies participatives sont des moyens de concilier les intérêts scientifiques et ceux du milieu de pratique. Malheureusement, il n'est pas toujours possible de mettre en pratique ces démarches d'évaluation, en particulier dans le cas où l'organisme instigateur est différent de l'organisme évalué. Le désir d'implication de l'organisme évalué sera très probablement

différent s'il s'agit d'une étude qu'ils souhaitent voir se réaliser ou s'il s'agit d'une étude commandée par une autre institution. Dans ce cas, les jeux politiques autour de l'évaluation prennent plus d'importance. Pour l'évaluateur, il est cependant essentiel d'arriver à concilier les intérêts des décideurs et ceux des gestionnaires, de façon à faciliter la réalisation de son étude. L'évaluateur aura besoin d'un accès aux données qui lui sera difficile, ou même impossible, sans la collaboration des gestionnaires à son projet. Les portes du terrain ne seront ouvertes que dans le cas où l'évaluateur trouvera une entente sur les objectifs et les méthodes de recherche. En fait, il ne s'agit que d'un début de dialogue entre chercheur, décideurs et gestionnaires visant à gérer les tensions dues au caractère éminemment politique de l'évaluation. Pour les gestionnaires et décideurs, une évaluation scientifique qui ne répond à aucun de leurs questionnements pratiques est sans intérêt ou, tout au moins, mobilise trop d'énergie pour un intérêt minime ou même, éventuellement, un résultat nuisible. D'un autre côté, la scientificité de l'étude contribuant à donner du crédit aux résultats d'analyses, les gestionnaires ont intérêt à trouver un compromis permettant d'orienter l'étude de façon à ce qu'elle leur soit utile.

" The relation is symbiotic because academics need access to data they cannot obtain without the help of practitioners, while practitioners need the credentials and legitimization that academicians can provide. Evaluators may want to be neutral and objective, but their results will be used politically, no matter how scientific they try to be. " (Palumbo 1997: 27).

L'évaluation est inévitablement prise entre deux feux. Elle doit répondre aux exigences scientifiques tout en satisfaisant les intérêts des décideurs et gestionnaires. Un étroit partenariat est de toute façon nécessaire entre les deux parties.

Dans notre cas particulier, l'ANRS, qui avait pour mission de coordonner l'évaluation de l'Initiative au Chili, nous a offert la possibilité de réaliser l'analyse des processus de décisions en nous laissant la liberté de définir les paramètres de l'étude. Le projet devait toutefois être approuvé par la CONASIDA et par l'ANRS. C'était l'occasion de traiter un magnifique sujet de doctorat avec des conditions privilégiées d'accès au terrain. Pour l'ANRS, c'était l'opportunité de s'associer

gratuitement à un chercheur prêt à consacrer plusieurs mois à l'évaluation du projet. La CONASIDA, en devenant pays-pilote pour l'Initiative, s'était engagée à accepter l'évaluation du projet. Elle n'a donc pas décidé directement de faire évaluer le projet. Cependant, elle était un acteur absolument incontournable pour la réalisation de l'étude. Un protocole a été soumis et discuté avec l'ANRS et la CONASIDA, tel que convenu. Une fois au Chili, j'ai travaillé en étroite collaboration avec la CONASIDA de façon à me familiariser avec le projet et les façons de faire et à maximiser l'adhésion de la CONASIDA au projet. Nous avons décidé ensemble des jeux qui seraient étudiés, des acteurs qu'il serait important de rencontrer et des façons de procéder de manière à ce que la CONASIDA puisse suivre le projet. En fait, c'est à ce moment que les principales difficultés sont apparues. Rappelons que la CONASIDA doit se mouvoir dans un contexte extrêmement politique. En plus d'être dans un contexte post-dictatorial, dans une société où se côtoient les ex-alliés de Pinochet et les anciens persécutés récemment réhabilités, le pays, très influencé par l'église, est très sensible à plusieurs problématiques souvent associées au VIH/SIDA (homosexualité, utilisation du préservatif, etc.), et la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH/SIDA est encore très importante. Nous étions aussi en période préélectorale, période particulièrement sensible pour toutes les institutions gouvernementales. La CONASIDA souhaitait connaître toutes les personnes qui seraient interviewées et contrôler les activités d'observation. Par ailleurs des rencontres étaient organisées tous les 15 jours de façon à rendre compte de l'avancement du projet. Il m'était impossible d'adhérer à ces deux conditions sans mettre en péril la confidentialité de mes informateurs : il aurait été trop facile d'associer la personne aux données collectées et aux analyses préliminaires. Il a fallu négocier de façon à rassurer la CONASIDA sur le bon déroulement de l'étude tout en préservant le respect des mesures de confidentialité. Le contexte politique a influencé de deux manières notre recherche au moment de la collecte de données. D'une part, nous avons pu observer, à diverses occasions, des stratégies de résistances à l'objectivation dans les discours et comportements des acteurs interviewés. D'autre part, l'enquête de terrain a été menée en gérant constamment les tensions entre l'indépendance

souhaitée du chercheur afin de protéger ses informateurs et de garantir la validité de la recherche, et le désir des gestionnaires de contrôler la recherche.

Le moment de la validation des analyses fut également un moment délicat. En effet, il était important de soumettre les analyses à la CONASIDA afin qu'elle puisse réagir avant la diffusion du rapport. Cet exercice était aussi un moyen de valider nos analyses. Les gestionnaires, à cette étape, endossent complètement leur rôle politique, c'est le seul moyen qu'ils ont de pouvoir encore influencer les résultats. L'étape de validation est une véritable étape de négociation. Il devient très difficile de faire la part, au niveau des analyses, entre ce qui est juste mais qui dérange, et ce qui est une erreur d'interprétation. Cela pose aussi la question de ce qui doit être dévoilé. Le chercheur doit-il tout révéler au nom de la pratique scientifique, ou doit-il occulter certaines analyses pour ne pas nuire ?

Une partie de la réponse se situe au niveau des objectifs de l'évaluation, du commanditaire de la recherche et des acteurs auprès de qui sera diffusé le rapport, mais en pratique ces éléments sont insuffisants pour aider à un positionnement. Par exemple, nous avons pour mandat d'effectuer une évaluation aussi exacte et objective que possible pour l'ANRS et indirectement l'ONUSIDA/Genève, tout en ne contrariant pas la CONASIDA. Il existe inévitablement des tensions irréconciliables entre les intérêts des gestionnaires, ceux des décideurs et les impératifs scientifiques des chercheurs. Cette triangulation d'intérêt peut être comprise comme une dynamique duale entre pratiques politiques et pratiques scientifiques intrinsèque à la pratique de l'évaluation. Ceci revient à se demander à quel point doit-on politiser la démarche scientifique et à quel point doit-on rendre plus scientifique la démarche politique ? Notre expérience de recherche indique qu'il est important, pour garantir que la recherche sera de qualité et qu'elle aura un intérêt pour les gestionnaires et décideurs, qu'une collaboration s'instaure au moment de l'élaboration du projet, que le chercheur puisse avoir l'indépendance souhaitée au moment de la collecte des données, et qu'il y ait négociation lors de la période de validation des résultats.

Comme l'a souligné Patton (1997 :348), l'évaluation est un processus qui tend à fixer une interprétation des faits, mais elle constitue également une



formidable zone d'incertitude au sens de Crozier et Friedberg ([1977] 1992). Elle sera forcément un lieu de jeux de pouvoir entre les différents acteurs, les acteurs étant cette fois les participants à l'évaluation et non les participants au programme évalué, bien que ces différents systèmes ne soient pas exclusifs. La mise en place de l'évaluation du programme a contribué à l'instauration d'un nouveau système d'action concret dont l'enjeu est la conquête d'un système interprétatif d'un système d'action concret. C'est finalement l'ironie de l'évaluation !

## 7) Bibliographie

- Ackoff R.L. (1960) Systems, organizations, and interdisciplinary research, in Emery F.E. (Eds) *Systems thinking*, Penguin Modern Management readings, Penguins Books : 330-347.
- Aedo C. (1997) *La competencia manejada y reformas para el sector salud de Chile*, Serie financiamiento del desarrollo, Comision economica para America Latina y el Caribe, proyecto CEPAL/GTZ, Naciones Unidas.
- Ainsworth M., Over M. (1997) Coping with the Impact of AIDS, dans *Public Priorities in a Global Epidemic, A World Bank Policy Research Report*, Oxford University Press: 173-233, disponible <http://worldbank.org/aids-econ>
- Alkin M.C. (Ed.) (1990) *Debates on evaluation*, Sage publications.
- Anonyme (1998), All fall down, *The Economist*, feb. 28th: 65-66.
- Anonyme (1998), Pills, potions ans promises, *The Economist*, feb. 7th: 17-18.
- Anonyme (1998), The mother of all mergers, *The Economist*, feb. 7th: 63-64.
- Astley W.G., Van de Ven A.H. (1983) Central Perspectives and Debates in Organization Theory, *Administrative Science Quaterly*, 28: 245-273.
- Bacharach S., Lawler E.J. (1980) *Power and Politics in Organizations. The Social Psychology of Conflict, Coalitions, and Bargaining*, Jossey-Bass Inc. Publishers,
- Ballance R., Pogany J., Forstner H. (1992) *The World's Pharmaceutical Industries. An International Perspective on Innovation, Competition and Policy*, United Nations Industrial Development Organization, Edward Elgar Publishing Limited.
- Bamberger M. (1991) The politics of evaluation in developing countries, *Evaluation and Program Planning*, vol.14: 325-339.
- Banque Mondiale (1997) *Faire face au SIDA. Les priorités de l'action publique face à une épidémie mondiale. Résumé*, Rapport de la Banque mondiale sur les politiques de développement.

- Bayer R., Stryker J. (1997) Ethical Challenges Posed by Clinical Progress in AIDS, *American Journal of Public Health*, vol. 87, n°10: 1599-1602.
- Berry M. (1994) L'analyse stratégique et les transformations de l'entreprise, dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.
- Bibeau G., Corin E. (1995) *Beyond textuality. Asceticism and Violence in Anthropological Interpretation*, Mouton de Gruyter: 3-54.
- Bibeau G., Perreault M. (1995) *Dérives montréalaises*, Montréal, Les Éditions du Boréal.
- Bienaymé A. (1994) Guider le changement, dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.
- Bizeul D. (1998) Le récit des conditions d'enquête: exploiter l'information en connaissance de cause. *Revue française de sociologie*, XXXIX-4: 751-787.
- Bond P. (1999) Globalization, Pharmaceutical Pricing and South African Health Policy : Managing Confrontation with U.S. Firms and Politicians, *International Journal of Health Services*, vol 29 (4), disponible en ligne : [http://aidc.org.za/archives/pbond\\_pharmaceutical\\_pricing.html](http://aidc.org.za/archives/pbond_pharmaceutical_pricing.html)
- Bourdieu P. (1980) *Le sens pratique*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- Bourdieu P. (1984) Espace social et genèse des classes, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°52-53: 3-11.
- Bourdieu P. (1993) "Comprendre" in Bourdieu P. (ed.) *La misère du monde*, Paris, Seuil: 903-939.
- Bourdieu P. (1993) *La misère du monde*, Éditions du Seuil, coll. Libre Examen.
- Bourdieu P. (1994) *Questions de sociologie*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- Brunet-Jailly, J. (1998), *AIDS and Health Strategy Options: the Case of Côte d'Ivoire*, disponible <http://worldbank.org/aids-econ>.
- Bulard M. (2001) Les firmes pharmaceutiques organisent l'apartheid sanitaire. *Le Monde Diplomatique*, janvier 2000 : 8-9.
- Busto R. (1999) Sistema de la salud en Chile, Présentation du Collège des médecins à la 3<sup>e</sup> rencontre des personnes vivant avec le VIH/SIDA, Santiago, novembre 1999.

- Canadian Centre for Foreign Policy Development (1999) *Report from the conference on New Diplomacy. The United Nations, like-minded countries and non-governmental organizations* September 28-30. <http://www.cfp-pec.gc.ca>
- Champagne F., Denis J-L. (1990) Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions : l'analyse d'implantation, *Service social : L'avenir des services ou services d'avenir*, vol. 41 (1) : 143-163.
- Champagne F., Denis J-L., Pineault R., Contandriopoulos A-P., (1991) Structural and political models of analysis of the introduction of an innovation in organizations : The case of the change in the method of payment of physicians in long-term care hospitals, *Health Services Management Research*, vol. 4 (2) : 94-111.
- Chelimsky E. (1994) Remarques sur l'évaluation de programmes, dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.
- Clegg S.R., Hardy C. (1996) Organizations, Organization and Organizing, *Handbook of Organization Studies*, edited by Clegg S.R, Hardy C, Nord, W.R. Sage Publications:1-28.
- CNN.com/SCI-TECH (3 février 2002) Gates, Bon, unveils 'DATA Agenda' for Africa :  
<http://www.cnn.com/2002/TECH/industry/02/02/gates.bono.africa/index.html>  
 1
- Comité Consultivo de SIDA (1998) Declaración sobre el uso de terapia antiretroviral en pacientes infectados por virus de inmunodeficiencia humana, *Revista Chilena de Infectología*, Sociedad Chilena de Infectología vol 15, n°3: 183-187.
- CONASIDA (1999-c) *Inversion en Antiretrovirales para adultos. Chile 1992-1999*. Tableau présenté à la IIIe rencontre des personnes vivant avec le VIH/SIDA.
- Consumer Product Technology (1999), Frequently Asked Questions about Compulsary Licenses : <http://www.cptech.org/ip/health/cl/faq.html>
- Consumer Product Technology-a (????), Frequently Asked Questions on Healthcare and Parallel Imports :  
<http://www.cptech.org/ip/health/pi/faq.html>

- Contandriopoulos A-P., Champagne F., Potvin L., Denis J-L., Boyle P. (1990), *Savoir préparer une recherche. La définir, la structurer, la financer*, Les presses de l'Université de Montréal.
- Crozier M. (1987) L'analyse stratégique en milieu hospitalier : pertinence et méthodologie, *Gestions hospitalières*, n° 261, décembre 86/janvier 87 : 787-791.
- Crozier M., Friedberg E. ([1977] 1992) *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Éditions du Seuil, coll. Points Essais.
- De Certeau M. (1980) *L'Invention du Quotidien. Arts de Faire*, 10/18.
- De Closets F. (1994) La réforme modeste, dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.
- De Vulpian (1994) De l'évolution paradigmatique des gens ordinaires à l'adaptation des entreprises. Comment guider le changement?, dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.
- Demenet P. (2001) Stratégies mondiales pour la santé populaire. *Le Monde Diplomatique*, mars 2001 : 26-27.
- Denis J.L., Champagne F. (1990) L'analyse d'implantation: modèles et méthodes, *La revue canadienne d'évaluation de programme*, vol. 5, n°2 : 47-67.
- Denzin N.K. (1978) The logic of naturalistic inquiry, in N.K. Denzin (Ed.), *Sociological methods : A sourcebook*, New York, McGraw-Hill.
- Dion S. (1982) Pouvoirs et conflits dans l'organisation : grandeur et limites du modèle de Michel Crozier, *Canadian Journal of Political Science/Revue Canadienne de science politique*, vol. XV (1) : 85-101.
- Dion S. (1994) Une stratégie pour l'analyse stratégique dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.
- Donneur A.P., Padioleau J.G. (1982) Local Clientelism in Post-Industrial Society : The example of the French Communist Party, European, *Journal of Political Research*, vol.10 (4) : 71-82.
- EL MERCURIO* (13/01/2000) PLAN ONU: Amplían Cobertura de Fármacos contra el VIH. Se espera un aumento del 30% durante este ano.

- Faivre J-L. (1993) Ce que fait la police : le travail des policiers en tenue dans un commissariat central parisien, dans *Police, Justice, Prisons. Trois études de cas*, Éditions L'Harmattan.
- Floyd K., Gilks C. (1998) *Cost and Financing Aspects of Providing Anti-retroviral Therapy: a Background Paper*, disponible <http://worldbank.org/aids-econ>
- Forsythe S. S. (1998) *The Affordability of Anti-retroviral Therapy in Developing Countries: What Policymakers Need to Know*, disponible <http://worldbank.org/aids-econ>
- Foucault M. (1982) Le sujet et le pouvoir, dans Foucault M. (1994) *Dits et Écrits 1954-1988*, Éditions Gallimard, vol.4.
- Friedberg E. (1993) *Le Pouvoir et la Règle: Dynamiques de l'action Organisée*, Éditions du Seuil.
- Friedberg E. (1994) Le raisonnement stratégique comme méthode d'analyse et comme outil d'intervention dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.
- Gable E. (1997) A Secret Shared: Fieldwork and the Sinister in a West African Village, *Cultural Anthropology*, vol. 12 (2): 213-233.
- Gervais M. (1998) Repenser le concept d'évaluation de l'efficacité d'une organisation, *The Canadian Journal of Program Evaluation*, vol.13 (2) :98-112.
- Giaconi J.G., Valdivia G.C. (1994) *El sistema de salud chileno*, Facultad de medicina, Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Gruénais M-E., Boumpoto M., Boungou G., Fassin D., Gauvrit E., Moundélé M., Poaty J-P., Tonda J. (1997) Enjeux sociaux et politiques de la prise en charge des malades du SIDA au Congo. Attitudes contradictoires, *Le SIDA en Afrique, Recherches en sciences de l'homme et de la société*, ANRS ORSTOM, Collection sciences sociales et SIDA.
- Guba, E., et Y. Lincoln. (1989) *Fourth Generation Evaluation*, édité par: Sage Publications, Newbury Park.
- Guillou B. (1997) Le Chili malade de la santé, *Le Monde Diplomatique*, mars, <http://www.monde-diplomatique.fr/md/1997/03/GUILLOU/8004.html>.
- Guiraud F. (1994) Applications de l'analyse stratégique aux problèmes de l'entreprise. de l'obéissance à la responsabilité diffusée, dans *L'analyse*

*stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.

- Hamel J. (1997) *Études de cas et sciences sociales*, L'Harmattan Inc., coll. outils de recherche.
- Havlir D. V., Marschiner I. C., Hirsch M. S., Collier A. C., Tebas P., Bassett R. L., Ioannidis J. P. A., Holohan M. K., Leavitt R., Boone G., Richman D. D., for the AIDS Clinical Trials Group Study 343 Team, Maintenance antiretroviral therapies in HIV-infected subjects with undetectable plasma HIV RNA after triple-drug therapy, *New England Journal of Medicine*, vol 339 (18): 1261-1268.
- Jamin J. (1977) *Les lois du silence. Essai sur la fonction sociale du secret*, Dossiers africains, École des Hautes Études en Sciences Sociales, François Maspero, Paris.
- Jobert B. (1976) L'essentiel et le résidu (bis). Pour une critique de l'analyse systémique stratégique, *Revue française de Sociologie*, vol. XVII : 633-642.
- Kickert W. (1993) Complexity, Governance and Dynamics : Conceptual Explorations of Public Network Management, dans KOOIMAN J., *Modern Governance. New Government-Society Interactions*, Sage Publications, London : 191-204.
- Kingdon J.W. (1984) *Agendas, Alternatives and Public Policies*, HarperCollins Publishers, New York.
- Kirsch C., Bernier B. (1988) Le sens du discours écrit: propos méthodologiques à partir de deux recherches, *Culture*, vol.8, n°1: 35-47.
- Klijn E-H. (1996) Analysing and managing policy processes in complex networks: a theoretical examination of the concept policy network and its problems, *Administration and Society*, vol.28 (1): 90-119.
- Klijn E-H., Koppenjan J., Termeer K. (1995) Managing networks in the public sector: a theoretical study of management strategies in policy networks, *Public Administration*, vol.73 (3): 438-454.
- Knor-Cetina K.D. (1983) The Ethnographic Study of Scientific Work : Towards a Constructivist Interpretation of Science, dans Knor-Cetina K.D., Mulkay, *Science Observed : Perspectives on the Social Study of Science*, Sage Publications, London, :115-140.

- Langley A., Mintzberg H. Pitcher P., Posada E., Saint-Marcary J. (1995) Opening up Decision Making: The View from the Black Stool, *Organization Science*, vol. 6, n°3: 260-279.
- Latour B., Woolgar S. () The Creation of Order out of Disorder, dans *Laboratory Life : The Construction of Scientific Facts*, Princeton University Press, Princeton : 235-261.
- Leloup X. (1996) Statut professionnel et champ artistique, *Recherches sociologiques*, n°3 :49-62.
- Lemieux V. (1965) L'analyse stratégique des organisations administratives, *Canadian Public Administration*, vol.8 (4): 535-547.
- Lemieux V. (1995) *L'étude des Politiques Publiques: Les acteurs et leur pouvoir*, Les Presses de l'Université Laval.
- Lewis, O. (1963) *Les enfants de Sanchez: autobiographie d'une famille mexicaine*, Éditions Gallimard, coll. Du monde entier.
- Lincoln Y.S., Guba E.G. (1984) *Naturalistic Inquiry*, Newbury Park, SAGE Publications.
- Maguire S. (2001) Symposium on The diffusion and adoption of health care innovations, How governments matter, Annual Congress of the Academy of Management, Washington D.C.
- Marsh D., Rhodes R.A.W. (1992) Policy Networks in British Politics : A Critique of Existing Approches dans MARSH D., RHODES R.A.W., *Policy Networks in British Government*, Clarendon Press, Oxford : 1-26
- Mays N., Pope C. (2000) Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research, *British Medical Journal*, n° 7226 :50-52.
- McLaughlin J.A., Gretchen J.B. (1999) Logic models: a tool for telling your program's performance story, *Evaluation and Program Planning*, 22: 65-72.
- Miller S.J., Hickson D.J., Wilson D.C. (1996) Decision-Making in Organizations, *Handbook of Organization Studies*, edited by Clegg S.R, Hardy C, Nord, W.R. Sage Publications: 293-312.
- Ministerio de Salud (1997-a) *Aplicacion de la estrategia de salud para todos en el ano 2000. Tercera evaluacion*, Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud (1997-b) *Diseno e Implementacion de las Prioridades de Salud*, Division de salud de la personas, Ministerio de Salud.



- Ministerio de Salud (1997-c) *Propuesta. Bienes Publicos y Bienes Asegurables*, Division de salud de la personas, Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud (1997-d) *Rol Regulador. Normas. Prioridades Salud Pais*, Division de salud de la personas, Ministerio de Salud, Tomo 1.
- Ministerio de Salud (1999-a) Boletin epidemiologico trimestral, serie documentos CONASIDA, n9.
- Ministerio de Salud (1999-b) *Una Mirada a Fondo a la Modernizacion de FONASA 1994-1999*, Fondo Nacional de Salud.
- Moch M.K., Fields C.W. (1985) Developping a content analysis for interpreting language use in organizations, *Research in the Sociology of Organizations*, JAI Press, vol 4: 91-126.
- Morgan S.G. (1998) La politique pharmaceutique canadienne: les enjeux, À la recherche d'un équilibre. *La santé au Canada: un héritage à faire fructifier*, Études commandées par le Forum National sur la Santé, Éditions MultiMondes, Forum National sur la Santé, vol.4: Le secteur de la santé au Canada et ailleurs.
- Morin P. (1994) Le raisonnement de l'analyse stratégique : son application à l'intervention dans l'entreprise, dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.
- Mouhanna C. (1993) L'impossible décloisonnement : analyse de la réforme des services sociaux de l'Administration pénitentiaire, dans *Police, Justice, Prisons. Trois études de cas*, Éditions L'Harmattan.
- Olivier de Sardan J-P (2000) Le " je " méthodologique. Implication et explicitation dans l'enquête de terrain. *Revue française de sociologie*, 41-3: 417-445.
- OMS/ONUSIDA (1998-a) *Guidance Modules on Antiretroviral Treatments, Module 1: Introduction to Antiretroviral Treatments*, Office of AIDS and Sexually Tranmitted Diseases (ADS) OMS.
- OMS/ONUSIDA (1998-b) *Guidance Modules on Antiretroviral Treatments, Module 2: Introducing Antiretroviral Treatments into Health Systems: Economic Considerations* , Office of AIDS and Sexually Tranmitted Diseases (ADS) OMS.
- OMS/ONUSIDA (1998-c) *Guidance Modules on Antiretroviral Treatments, Module 8: Antiretrovirals: Regulation, Distribution and Control*, Office of AIDS and Sexually Tranmitted Diseases (ADS) OMS.

- OMS/ONUSIDA (1998-d) *Guidance Modules on Antiretroviral Treatments, Module 9: Ethical and Societal Issues Relating to Antiretroviral Treatments*, Office of AIDS and Sexually Transmitted Diseases (ADS) OMS.
- ONUSIDA (1997) *L'ONUSIDA lance une Initiative visant à améliorer l'accès aux médicaments pour la prise en charge de l'infection à VIH et du SIDA dans les pays en développement*, <http://www.unaids.org/unaids/press/drugfr.html>
- ONUSIDA (1998-a) *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA*, [http://www.unaids.org/unaids/document/epidemio/june98/global\\_report/index.html](http://www.unaids.org/unaids/document/epidemio/june98/global_report/index.html)
- ONUSIDA (1998-b) *Réduire l'écart: Les pays en développement annoncent le lancement de l'Initiative ONUSIDA pour un meilleur accès aux médicaments liés au VIH*, <http://www.unaids.org/unaids/press/gvadraccfr.html>
- ONUSIDA (Background document), *UNAIDS HIV Drug Access Initiative. Providing Wider Access to HIV-related Drugs in Developing Countries. Pilot Phase*, Joint United Nations Programme On HIV/AIDS.
- ONUSIDA (Update June 1997- June 1998), *UNAIDS A HIV Drug Access Initiative. Providing Wider Access to HIV-related Drugs in Developing Countries. Pilot Phase*, Joint United Nations Programme On HIV/AIDS.
- ONUSIDA/OMS (1998) *Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted diseases*, [http://www.unaids.org/unaids/document/fact\\_sheets/pdfs/chile.pdf](http://www.unaids.org/unaids/document/fact_sheets/pdfs/chile.pdf)
- Palumbo D. (1987) "Politics and evaluation" in Palumbo D. Eds., *The politics of program evaluation*, Sage yearbooks in politics and public policy, Sage Publications
- Patton M.Q. (1980) *Qualitative Evaluation Methods*, Sage Publications, Beverly Hills.
- Patton M.Q. (1982) *Practical evaluation*, Sage Publications.
- Patton M.Q. (1987) *How to Use Qualitative Methods in Evaluation*, Sage Publications.
- Patton M.Q. (1990) *Qualitative evaluation and research methods*, second edition, Sage Publications
- Patton M.Q. (1990) *Qualitative evaluation and research methods*, second edition, Sage Publications.

- Patton M.Q. (1997) *Utilization-Focused Evaluation. The New Century Text*, Third Edition, Sage Publications.
- Pearsol (1985) The nature of explanation in qualitative research, *Evaluation and the health profession*, vol8 n2:129-147.
- Pialoux G., Raffi F., Brun-Vezinet F., Meiffredy V., Flandre P., Gastaut J-A., Dellamonica P., Yeni P., Delfraissy J-F., Aboulker J-P., for The Trilège Study Team (1998) A randomized trial of three maintenance regimens given after three months of induction therapy with zidovudine, lamivudine, and indinavir in previously untreated HIV-1 infected patients, *New England Journal of Medicine*, vol 339 (18): 1269-1276.
- Prescott N. (1997) Setting Priorities for Government Involvement with Antiretrovirals, dans *The implications of antiretroviral treatments: Informal Consultation*, édité par van Praag E, Fernyak S, Katz A.M., OMS en collaboration avec UNAIDS:57-62, disponible <http://worldbank.org/aids-econ>
- Proulx M. (1993) Laisser-faire et gestion par la crise : sur le fonctionnement de quelques tribunaux d'instance parisiens, dans *Police, Justice, Prisons. Trois études de cas*, Éditions L'Harmattan.
- Reyes J.L.G. Eds. (1995) *Atención de la salud en Chile*, Comisión Organizadora del Foro Panel " La Salud en el Proceso de Desarrollo Chileno ", 1ere édition, Santiago de Chile.
- Rivière P. (2001-a) Après Prétoria, quelle politique contre le sida? *Le Monde Diplomatique*, 20 avril 2001,
- Rivière P. (2001-b) Peut-on breveter le soleil? Batailles équivoques contre le sida. *Le Monde Diplomatique*, juillet 2001 : 3-5.
- Rojas H. M. (1998) Descubren contrabando de fármacos contra SIDA, *La Tercera*, 13 dec. 1998.
- Rondinelli D.A. (1987) Social dimensions of economic development projects : implementing aid programs in Africa, *Journal of Social, Political and Economic Studies*, vol.12 (3) : 287-308.
- Rossi P.H., Freeman H.E., Lipsey M.W. (1999) *Evaluation a systematic approach*, 6<sup>th</sup> edition, Sage Publications.
- Rowan M.S. (2000) Logic models in primary care reform : Navigating the evolution, *The Canadian Journal of Program Evaluation*, vol. 15 (2) : 81-92.

- Sainsaulieu R. (1994) Entreprise et société. Quelles sociologies? dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.
- Scriven M.(1972) Objectivity and subjectivity in educational research. In L.G. Thomas (Eds.), *Philosophical redirection of educational research : the seventy-first yearbook of the National Society for the Study of Education*, Chicago, University of Chicago Press.
- Sheirer M.A. (1994) Designing and Using Process Evaluation, in *Handbook of Practical Program Evaluation*, Wholey J.S., Hatry H.P., Newcomer K.E. editors, Jossey-Bass Publishers, San Francisco : 40-68.
- Shortell S.M., Richardson W.C. (1978) Program evaluation : historical antecedents and contemporary developments in *Health Program Evaluation*, CV Mosby, St-Louis, Missouri :1-15.
- Smircich L. (1983) Studying organizations as cultures dans Morgan (éd.), *Beyond Method, Strategies for Social Research*, Beverly Hills: Sage: 160-172.
- Spradley J.P. (1979) *The Ethnographic Interview*, Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- Spradley J.P. (1980) *Participant observation*, Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- Sykes R. (1997) *Public and Private Partnerships in the fight against HIV/AIDS*, World Economic Forum, <http://www.unaids.org/unaids/speeches/sykes.html>
- Thomas J. (1998) Access to AIDS treatment in developing countries: A global issue of equity and human rights, *AIDS Analysis Asia*, vol.4 (2), disponible <http://worldbank.org/aids-econ>
- Toro L.P., Jara C.R., Aday A.D., Henriquez A.M., Trujillo F.A., Child R.G., Ortiz E.N. (1998) Costos de atención de pacientes seropositivos VIH y SIDA en cuatro hospitales de Santiago de Chile, *Revista Medical de Chile*, (126): 218-224.
- Trosa S. (1994) Qui a vu passer la décentralisation?, dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.
- UNAIDS (Background document), *UNAIDS HIV Drug Access Initiative. Providing Wider Access to HIV-related Drugs in Developing Countries. Pilot Phase*, Joint United Nations Programme On HIV/AIDS.

- UNAIDS -a (????) *What UNAIDS does*, <http://www.unaids.org/about/what.asp>
- UNAIDS -b, Des antirétroviraux plus largement disponibles grâce aux efforts des Nations-Unies, disponible en ligne :  
[http://www.Unaids.org/whatsnew/press/frn/pressarc01/ouagadougou\\_111201.html](http://www.Unaids.org/whatsnew/press/frn/pressarc01/ouagadougou_111201.html).
- UNAIDS -c, Première réunion du Groupe de contact sur l'accélération de l'accès à la prise en charge du VIH/SIDA, Genève, 29 septembre 2000, disponible en ligne <http://www.unaids.org> (cg1mtgreportf.doc)
- UNAIDS -d. (????) What the UNAIDS does,  
<http://www.unaids.org/about/what.asp>
- UNAIDS/WHO (1998) *Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted diseases*,  
[http://www.unaids.org/unaid/document/fact\\_sheets/pdfs/chile.pdf](http://www.unaids.org/unaid/document/fact_sheets/pdfs/chile.pdf)
- Van Der Geest S., Reynolds Whyte S. (1988) *The Context of Medicines in Developing Countries. Studies in Pharmaceutical Anthropolgy*, Kluwer Academic Publishers.
- Vergara P. (1997) In pursuit of " growth with equity " : the limits of Chile's free market social reforms, *International Journal of Health Services*, vol.27 (2) :207-215.
- Wainer U. (1997) *Hacia una mejor equidad en la salud : el caso de la ISAPRES*, Comisión económica pasa América Latina y el Caribe, Serie Financiamiento del desarrollo, Proyecto conjunto CEPAL/GTZ " Reformas financieras al sector salud en América Latina y el Caribe ".
- Weiss C. (1970) The politicization of evaluation research, *Journal of Social Issues*, vol.26 (4): 57-69.
- Weiss C.H. (1998) *Evaluation. Methods for studying programs and policies*, Second Edition, Upper Saddle River, Prentice Hall.
- World Bank (1995) *Chile: The Adult Health Policy Challenge*, A World Bank Country Study.
- World Health Organization (1998) *Globalization and Access to Drugs. Perspectives on the WTO/TRIPS Agreement*, Health Economics and Drugs, Action Programme on Essential Drugs, DAP Series, n°7, revised.

Worms J-P (1994) Mais si, on peut changer la société par décret!, dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.

Yin R. K. (1984) *Case study research*, Beverly Hills, Sage.

Zempléni A. (1984) Secret et sujétion. Pourquoi ses " informateurs " parlent-ils à l'ethnologue? in *Le secret. Traverses/30-31*, Centre national d'art et de culture Georges Pompidou: 102-115.

Zempléni A. (1996) Savoir taire. Du secret et de l'intrusion ethnologique dans la vie des autres, *Gradhiva*, vol.20: 23-41.

## 1) Annexe 1 : un exemple de grille d'entrevue

Il s'agit, comme nous l'avons précisé dans la partie sur la méthodologie employée, d'une entrevue semi-dirigée. Ce guide pouvait être adapté en cours d'entretien. Par ailleurs, un guide était élaboré suivant le type d'acteur que nous allions interviewer. Le guide présenté ci-dessous a été utilisé au début de notre collecte de données.

- 1) Puede describirme cual fue su trayectoria personal hasta ahora?
- 2) Si había tenido el poder, como hubiera considerado la introducción de la tri-terapia?
- 3) Como el proyecto actual de ONUSIDA se distingue de este ideal?
- 4) Como ve la introducción de la tri-terapia sin en proyecto ONUSIDA en Chile?
- 5) Cual es su función en el proyecto ONUSIDA?
- 6) Como ve la función de ONUSIDA en el desarrollo del proyecto actual?
- 7) En su opinión, cual es le rol del Ministerio de Salud?
- 8) Los laboratorios participan directamente en el proceso de implementación?
- 9) Como los grupos de trabajo que forman el consejo se integran al proceso de implementación?
- 10) Cuales son los otros actores activos en el proyecto?
- 11) En su opinión, cual fueron los momentos mas importantes para el desarrollo del proyecto?
- 12) Cuales son la próximas etapas de negociaciones, discusiones?
- 13) Cuales son su principales interlocutores?
- 14) Cuales son los obstáculos encontrados para alcanzar sus objetivos?
- 15) De qué actores siente apoyo?
- 16) En su opinión que personas seria interesante encontrar para profundizar la discusión?

## 2) Annexe 2 : rapport d'évaluation. Analyse de l'implantation de l'Initiative ONUSIDA d'accès aux thérapies pour le VIH/sida au Chili

Auteur: Astrid Brousselle

### *a) Remerciements*

Je tiens à remercier tout particulièrement les personnes que j'ai rencontrées dans le cadre de ce projet et qui m'ont accordé leur temps et surtout leur confiance. La qualité de l'information dont nous disposons repose sur la générosité de leurs témoignages.

Je voudrais remercier chaleureusement Cristian et Pia ainsi qu'Hernan et Joyce qui ont rendu mon séjour au Chili si agréable. Merci à Vicky pour son amitié et l'important travail de retranscription qu'elle a effectué.

Je voudrais souligner l'appui que Raquel Child de la Commission Nationale sur le Sida (CONASIDA) et Yves Souteyrand de l'Agence Nationale Française de Recherche sur le Sida (ANRS) ont apporté à la réalisation de ce projet.

Ce projet a été possible grâce à l'appui du Centre de Recherches pour le Développement International (CRDI) du Canada qui a financé l'enquête de terrain et du Conseil de Recherches Médicales du Canada (CRM) qui finance mes études doctorales.

### *b) Liste des abréviations*

ANRS: Agence Nationale de Recherches sur le Sida

CENABAST: Central de Abastecimento



CONASIDA: Comisión Nacional del Sida  
FONASA: Fondo Nacional de Salud  
GTO: Groupe Thématique ONUSIDA  
ISAPRES: Instituciones de Salud Previsional  
OMS: Organisation Mondiale de la Santé  
ONG: Organisations Non Gouvernementales  
ONUSIDA: Organisation des Nations Unies pour le Sida  
OPS: Organisation Panaméricaine de la Santé  
PNUD: Programme des Nations Unies pour le Développement

### *c) Analyse de l'implantation de l'Initiative ONUSIDA au Chili*

L'initiative ONUSIDA d'accès aux thérapies pour le VIH/sida est une source d'espoir pour tous les patients vivant dans les pays en développement. Les résultats concernant les multithérapies modifient considérablement les attentes envers les médicaments associés au traitement du VIH/sida. Le coût des médicaments représente à lui seul 86 à 91% du coût annuel de la triple thérapie (Floyd et Gilks 1999). Actuellement on estime que 93% des personnes infectées par le virus du sida et qui vivent dans les pays en développement ne peuvent avoir accès aux ARV (Forsythe 1999). Étant donné que le coût des médicaments représente la plus grande partie des coûts associés à la tri-thérapie, une politique d'équité en matière de prix des médicaments suscite bien des attentes.

ONUSIDA a engagé son initiative d'accès aux médicaments anti-VIH par une phase pilote qui concerne 4 pays, la Côte d'Ivoire, l'Ouganda, le Vietnam et le Chili. Les pays, pour être éligibles au programme des Nations Unies devaient être politiquement et socialement stables, devaient démontrer leur engagement politique à offrir une réponse à l'infection au VIH, devaient avoir un programme national actif sur le sida, devaient présenter des conditions favorables à l'évaluation du projet, ce qui comprend par exemple l'absence d'un programme d'accès parallèle pouvant créer des biais dus à l'existence de données

confondantes, les pays devaient également présenter une forte prévalence ou une forte incidence à l'infection au VIH, disposer d'infrastructures sanitaires et être dans des zones géographiques différentes (ONUSIDA, Background document). L'objectif était de favoriser l'accès aux thérapies pour le VIH/sida, ce qui implique de négocier des prix en accord avec la réalité économique des pays et de créer des conditions rationnelles d'accès au traitement. Le projet prévoyait la mise en place d'un support pour la formation du personnel et des infrastructures afin d'améliorer les conditions d'accès aux médicaments. La Côte d'Ivoire et l'Ouganda sont des pays où la prévalence de l'infection par le VIH, en 1997, était très élevée, 10,06% et 9,51% respectivement (ONUSIDA/OMS 1998). Le Vietnam et le Chili connaissaient de plus faibles prévalences, de l'ordre de 2‰ (ONUSIDA/OMS 1998).

### **i) Objectif**

Notre projet de recherche consiste à analyser comment la dynamique politico-organisationnelle influence l'implantation de l'initiative au Chili. Cette recherche est axée sur les processus de négociation et de décision ayant influencé la mise en place de l'initiative au Chili. Elle vise à cerner la dynamique d'implantation du projet c'est-à-dire à définir les enjeux et stratégies des principaux acteurs, à repérer les difficultés et les facteurs favorisant l'implantation du projet, à apprécier les choix organisationnels en relation avec les objectifs et les propositions initiales.

### **ii) Démarche de recherche**

Ce travail a pour cadre la théorie des systèmes d'action concrets développée par Crozier et Friedberg ([1977] 1992). Un système d'action concret est un ensemble de jeux structurés entre des acteurs interdépendants, dont les intérêts peuvent être divergents voire contradictoires. Toute action collective peut être interprétée comme un système d'action dès lors que les participants sont

dépendants les uns des autres (Crozier & Friedberg [1977] 1992). Le réseau se caractérise par l'interdépendance d'acteurs multiples aux rationalités multiples (Marsh et Rhodes 1992, Kickert 1993).

À l'intérieur d'un système d'action concret les acteurs participent à des jeux dirigés par certains objectifs plus spécifiques. Les jeux sont plus ou moins intégrés et articulés les uns aux autres. Tous les acteurs du système ne participent pas forcément aux différents jeux (Klijn et al. 1995). Par contre le jeu peut modifier le système tout comme le système influence les jeux (Klijn et al. 1995). Ils supposent donc une régulation d'ensemble, des mécanismes permettant au système de se maintenir. Dans le système comme dans les jeux, les processus d'interaction sont régulés par des règles du jeu, grâce auxquels les acteurs " *règlent et gèrent leurs dépendances mutuelles* " (Friedberg 1993).

La collecte des données a eu lieu du 1<sup>er</sup> septembre au 30 novembre 1999. Nous avons effectué une cinquantaine d'entrevues semi-dirigées auprès du personnel de la CONASIDA, des représentants de Vivo Positivo<sup>1</sup>, du personnel de soin, des patients, des gérants et représentants des laboratoires pharmaceutiques, des représentants de l'ONUSIDA, des personnes travaillant pour le FONASA<sup>2</sup>, certaines ISAPRES<sup>3</sup>, du personnel du PNUD, des ONG et de certaines fondations. La même personne a effectué les entrevues. Les entretiens duraient en général de 30 minutes à 1 heure. Ils ont été enregistrés avec le consentement des acteurs. Seuls trois acteurs ont refusé l'enregistrement. Une seule personne a effectué la retranscription des entrevues. Le texte a ensuite été codé deux fois afin d'utiliser *Nudist* pour le traitement de l'information. Nous nous sommes engagés auprès des acteurs à garantir une utilisation confidentielle de l'information qu'ils nous communiqueraient. Pour cette raison, nous ne détaillons pas les occupations des acteurs rencontrés afin qu'ils ne puissent être identifiés.

Nous avons rencontré deux types d'acteurs au cours de cette étude. Le premier groupe est constitué par les acteurs ayant joué un rôle direct dans

---

<sup>1</sup> Vivo Positivo est l'association nationale des personnes vivant avec le VIH au Chili.

<sup>2</sup> Le FONASA est le fond public d'assurance maladie.

<sup>3</sup> Les ISAPRES sont les assureurs privés pour l'assurance maladie.

l'implantation de l'Initiative. Nous avons identifié deux principaux jeux, la constitution du Conseil transformé dans le cas du Chili en quatre groupes de travail et le processus d'achat et de distribution des médicaments. Nous avons rencontré une partie des acteurs ayant participé d'une manière ou d'une autre à l'un de ces jeux. Comprendre les règles du jeu qui régissent les relations entre ces acteurs nous permet d'identifier des modes de régulation et d'interaction au niveau du système et pas seulement au niveau des activités observées. De plus, il est important de préciser que ces acteurs ont en général une activité principale différente de celle reliée à l'Initiative. C'est par exemple le cas des personnes ayant participé aux groupes de travail qui sont aussi médecins, infirmières, etc. Il a donc été possible d'obtenir d'autres types d'information comme, par exemple, sur le fonctionnement du centre de soin où ils travaillent.

Le second groupe d'acteurs rassemble des personnes n'ayant pas forcément joué un rôle dans l'implantation du projet-pilote au Chili, mais qui se sont révélées être des acteurs importants au niveau de la thématique du sida dans ce pays. Ils nous ont permis de documenter le contexte d'accès aux thérapies au Chili.

Nous avons aussi observé le processus de soin dans un centre hospitalier de la région métropolitaine de Santiago. Nous avons, bien entendu, réuni de l'information sur d'autres centres de soin de la région métropolitaine lors de nos entretiens avec les professionnels et les patients.

Finalement nous avons réuni toute une documentation à partir des articles de presse compilés depuis les trois dernières années par la CONASIDA.

#### ***d) L'infection par le VIH au Chili***

##### **i) Les particularités du contexte Chilien**

Avant de se lancer dans la description et l'analyse de nos observations, il nous semble important de souligner quelques aspects du contexte chilien qui, à notre avis, sont nécessaires à une compréhension juste des phénomènes observés.

Le sida est un thème extrêmement politique au Chili et les acteurs impliqués dans la thématique ne peuvent agir sans tenir compte de cette caractéristique.

D'une part, la discrimination contre les personnes homosexuelles est forte. Ce n'est qu'en 1999 que la sodomie chez les personnes de plus de 18 ans a été dépénalisée. Si l'épidémie concerne de plus en plus la population hétérosexuelle, la prévalence reste forte chez la population homosexuelle (67% des personnes auraient contracté le virus lors de relations homosexuelles ONUSIDA/OMS 1998). Or, si l'orientation sexuelle n'a pas d'impact sur le traitement comme tel, elle en a par contre sur la capacité de l'individu à s'ouvrir au personnel de soin ou simplement à son entourage familial ce qui peut compliquer certains aspects reliés à la prévention, à l'observance au traitement ou simplement au dépistage. Certaines ONG ou groupes communautaires ont décidé de pallier à ces difficultés en axant leurs actions directement auprès de cette population, et de créer des portes d'entrées vers des ressources spécialisées.

Une deuxième forme de discrimination concerne les personnes atteintes par le virus du sida. À titre d'exemple, de nombreux employeurs exigent que chaque nouvel employé passe un examen de santé qui est conditionnel à son engagement au sein de l'entreprise. Toute personne déclarée séropositive n'aura pas accès à l'emploi. De même, dans de nombreuses entreprises, si un employé est soupçonné d'être séropositif, il peut être contraint de passer le test et risque de perdre son emploi si le résultat se révèle positif. Depuis plusieurs années, certains parlementaires tentent de faire passer une loi contre la discrimination au travail. Cette loi n'en était, lors de notre enquête, qu'à l'état de projet. Plusieurs patients se sont ouverts sur les difficultés qu'ils rencontrent pour trouver un logement si leur statut est connu, d'autres disent avoir perdu tout soutien de leur famille. Cette situation accentue la précarité de la situation dans laquelle ils se trouvent. Plusieurs sont dans une situation sociale très précaire, situation qui s'ajoute aux problèmes multiples associés à la reconnaissance de leur statut sérologique.

Une troisième caractéristique notable est l'influence de l'église catholique. Si l'église participe à certaines actions ponctuelles de soutien aux personnes atteintes par le VIH, son influence est encore très forte au niveau social et au

niveau de la définition des valeurs morales de la société. Par exemple, en 1997, la CONASIDA a lancé une campagne de prévention télévisée pour sensibiliser la population aux risques de transmission. Trois moyens étaient désignés comme efficaces pour éviter d'être contaminé: n'avoir qu'un seul partenaire, ne pas avoir de relations sexuelles et utiliser correctement le préservatif. Cette campagne a soulevé un tollé, certaines chaînes de télévision ayant refusé de diffuser le message. Les médias ont couvert le sujet de la fin mars 1997 au début de mai. De nombreuses personnalités comme le président de la République, des Ministres, des parlementaires, le Président du Sénat, etc. ont dû se prononcer en faveur ou non de cette campagne. Ce qui dérangeait c'était la caution gouvernementale que la CONASIDA donnait à l'utilisation du préservatif dont l'église rejette l'utilisation. Cet exemple montre à quel point la CONASIDA joue dans un milieu qui dépasse celui du sida ce qui la place dans un contexte politique l'obligeant à rester très vigilante sur les implications de ses actions et sur les interprétations qui pourraient en être faites.

Dans ce contexte, Vivo Positivo joue un rôle particulièrement important. Cette association de patients regroupe la majorité des associations locales de patients dans les hôpitaux du pays et plusieurs groupes organisés d'appui aux patients. Son but n'est pas d'offrir un support direct au patient, mais de mener des actions politiques afin de modifier le contexte législatif et social de la thématique du sida afin d'augmenter les recours que les personnes atteintes par le VIH pourraient avoir contre toute forme de discrimination et d'augmenter la proportion des personnes ayant accès à la thérapie dont elles ont besoin. Leur travail comprend des actions ponctuelles de sensibilisation et un travail de reconnaissance et d'implication auprès des différentes agences nationales et internationales.

## **ii) La réponse chilienne à la problématique du sida**

Le gouvernement chilien a mis en place dès 1990 la Commission Nationale sur le Sida en lui donnant une structure particulière au sein du Ministère de la santé. Alors que la majorité des départements sont organisés de façon matricielle, la CONASIDA dépend directement du sous-ministre à la santé (sub-secretario) et

dispose d'une structure relativement autonome où sont regroupés différents programmes et ressources autour d'une même problématique. La CONASIDA est dirigée par un coordinateur. Elle est organisée en différentes directions: la direction administrative chargée de la gestion du budget, la direction des communications chargée entre autres des relations avec les médias, la direction de prise en charge qui regroupe toutes les activités d'évaluation des besoins et de négociation avec les compagnies pharmaceutiques, la direction de prévention chargée de l'élaboration des activités de prévention, la direction des maladies sexuellement transmissibles qui, depuis 1997, est sous la responsabilité de la CONASIDA, la direction des études et de la recherche qui s'occupe, entre autres du suivi épidémiologique et de mener des enquêtes sociologiques.

Dans le système de santé chilien, toute personne imposée contribue pour 7% de son revenu à l'assurance maladie. Elle peut décider d'allouer ce 7% au système public (FONASA) ou au système privé. En 1998, 61% de la population chilienne était couverte par le FONASA, 25% par une ISAPRE et 14% de la population soit était couverte par le système de santé des forces armées et des carabiniers, soit n'était couverte par aucun système d'assurance (Ministerio de salud-b 1999).

Dans le cas où une personne décide de contracter une assurance privée, elle souscrit à un contrat d'assurance ce qui comprend bien souvent des primes supplémentaires aux 7% versés annuellement et des frais de coassurance. Les contrats sont signés pour une durée déterminée. Les compagnies d'assurances privées (ISAPRES) peuvent être ouvertes, c'est-à-dire que toute personne peut y adhérer, ou fermées, c'est-à-dire que seules les personnes employées par certaines compagnies et leurs proches sont admissibles.

Une personne couverte par le système public d'assurance peut, selon le niveau de son revenu et/ou le lieu de consultation choisi, devoir payer des paiements.

Au Chili, le moyen de financement (assureur privé ou public) est indépendant du lieu de prestation. Par exemple, une personne assurée par le secteur privé peut consulter dans certaines cliniques privées ou dans des

établissements publics, selon les ententes entre les centres de soins et l'ISAPRE. De même, une personne assurée par le système public, peut consulter auprès de certains prestataires privés (Ministerio de salud-b 1999; Aedo 1997).

Les cas les plus lourds sont à la charge du FONASA. Ceci s'explique d'une part par le fait que les Isapres demandent des copaiements souvent très importants dans le cas de maladies dites catastrophiques (ex: cancers) ce qui entraîne une migration des patients vers le système public, d'autre part, par le fait que le FONASA a développé certains programme de gratuité pour des maladies entraînant des soins très coûteux. Dans le cas du sida, il est courant que des personnes ne puissent renouveler leur plan dans le système privé si leur assureur apprend le diagnostic<sup>4</sup>. Dans tous les cas, l'assuré doit payer les médicaments dont il aurait besoin, ce qui représente une somme importante dans le cas des anti-rétroviraux. L'ensemble de ces facteurs contribue à faire migrer les patients du système privé d'assurance, dans lequel ils ont souvent cotisé des années, vers le système public.

Pour les patients du secteur public, la CONASIDA finance directement les médicaments pour les maladies opportunistes et les anti-rétroviraux. Le reste des dépenses associées au traitement des personnes atteintes par le VIH est pris en charge par le FONASA, le système public d'assurance maladie. Il est important de préciser que la majorité des personnes vivant avec le VIH sont prises en charges par le système public, bien que l'on n'ait pas de chiffres exacts au sujet de la proportion des patients suivis dans le système privé d'assurance.

L'AZT a commencé à être utilisé sous forme de mono-thérapie en 1992 (Ministerio de Salud, 1999-a). En 1997 la bi-thérapie a été introduite (Ministerio de Salud, 1999-a) (voir annexe 1). L'augmentation du coût de la thérapie associée à l'augmentation des besoins a créé une pression forte sur la quantité de ressources financières nécessaires pour traiter l'ensemble des personnes en besoin d'une thérapie. Le Ministère de la santé a continué d'augmenter le budget de la CONASIDA, mais il est resté insuffisant pour couvrir les besoins. Les personnes

---

<sup>4</sup> Une loi sur les ISAPRES, acceptée en 1999, prévoit que l'élimination d'une personne assurée par le secteur privé pour des motifs médicaux n'est plus possible.



éligibles à la bi-thérapie ne pouvaient toutes y avoir accès. C'est à ce moment que la participation du Chili à l'Initiative ONUSIDA d'accès aux thérapies pour le VIH/sida a été envisagée.

### ***e) Du modèle logique initial au projet Chilien***

Les premiers contacts entre l'ONUSIDA et la CONASIDA pour envisager la participation du Chili à l'Initiative ont eu lieu en 1997. L'inauguration officielle de l'Initiative n'a lieu qu'en janvier 2000. Lors de cette inauguration, les représentants de l'ONUSIDA Genève se sont déplacés à Santiago et l'événement a été médiatisé. Entre 1997 et janvier 2000, l'Initiative a évolué, des documents ont été élaborés, des accords ont été opérationnalisés, etc (voir annexe 2). L'analyse de l'implantation que nous effectuons est une analyse processuelle qui ne peut se résoudre à l'observation factuelle de certains événements mais qui, par essence, doit suivre l'évolution du projet sur une période donnée. La multitude d'événements qui se sont produits depuis la prise de contact entre l'ONUSIDA et la CONASIDA revêt donc pour nous plus d'importance que le lancement officiel du projet. Nous considérons que l'Initiative existe depuis l'accord sur l'intégration du Chili comme pays pilote car c'est à partir de ce moment qu'un système relationnel s'est créé autour de la mise en place de l'Initiative.

#### **i) Le modèle logique initial**

Le projet original (ONUSIDA, Background document) (voir Figure 1) prévoyait que l'accès aux traitements antirétroviraux serait proposé à un nombre limité de patients.

Au niveau de la structure de fonctionnement du projet, trois éléments étaient mis de l'avant. Premièrement, un Conseil rassemblant des représentants des différents groupes participant à la thématique du sida devait être mis sur pied. Ce Conseil avait pour objectif de conseiller le Ministère de la santé dans tous les aspects d'implantation du projet, d'établir des critères de sélection des patients et

de s'assurer de leur application, d'établir des normes de traitement, d'évaluer les besoins en médicaments. Deuxièmement, une compagnie à but non lucratif devait être créée pour l'importation des médicaments et la gestion des stocks. Cette compagnie devait être chargée des négociations locales avec les compagnies pharmaceutiques. Ses comptes devaient être contrôlés annuellement par une firme externe. Dans le cas où une instance semblable à la compagnie à but non lucratif existait, elle devait être utilisée en priorité. Enfin, des établissements de soins devaient être sélectionnés pour accueillir le projet: des centres de première ligne chargés de la sélection des patients, et des centres de références où les médicaments de pointe seraient prescrits.

Le projet-pilote ne devait être implanté que dans un pays ayant une politique claire et démontrant un engagement vis-à-vis de la problématique du sida. Le Ministère de la santé devait donc établir la politique nationale sur le sida, ce qui comprend l'accès aux anti-rétroviraux.

Finalement, l'ONUSIDA avait la mission d'appuyer techniquement les pays pour aider à diminuer les prix et à rationaliser l'accès au traitement. Aucun apport financier de l'ONUSIDA pour l'achat des médicaments n'était envisagé. L'ONUSIDA s'engageait également à évaluer l'Initiative afin d'ajuster son fonctionnement si besoin était et de tirer des leçons pour l'adaptation future du projet à d'autres pays. L'Initiative ONUSIDA a été adaptée à la réalité de chaque pays participant au projet-pilote.

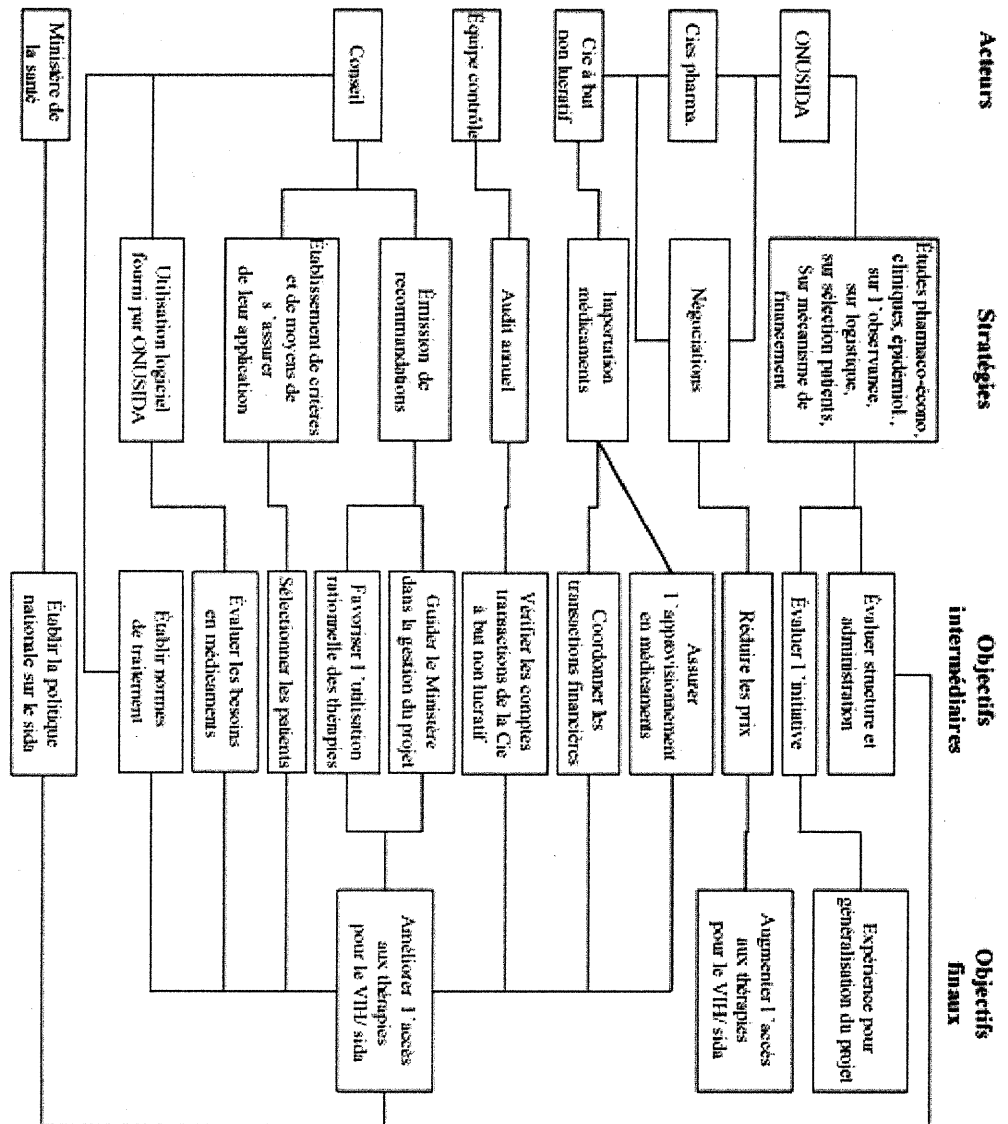


Figure 1: Modèle logique initial de l'Initiative ONUSIDA.

ii) L'Initiative au Chili

La possibilité de participer à l'Initiative ONUSIDA a coïncidé avec le moment où le Ministère envisageait la possibilité d'offrir la tri-thérapie. Cette fenêtre d'opportunité a fait apparaître l'Initiative ONUSIDA comme un moyen pour la CONASIDA de réduire les coûts des médicaments et d'augmenter la

couverture. Au Chili, l'Initiative ne concerne donc pas une cohorte de patients mais c'est un programme élargi d'accès aux anti-rétroviraux. Le projet s'intègre directement à la politique nationale concernant l'accès aux thérapies pour le VIH/sida. Les patients concernés par le projet-pilote sont ceux qui dépendent du FONASA. Les personnes couvertes par un assureur privé ne peuvent bénéficier de ce programme sauf dans le cas des femmes enceintes qui bénéficient gratuitement du protocole de prévention de la transmission verticale (ACTG076). Les personnes couvertes par un autre système public que le FONASA, comme les prisonniers, ne bénéficient pas non plus de ce programme. Les patients assurés par le FONASA ne prennent pas en charge le coût des thérapies, c'est le Ministère qui l'assume. En réalité, dans de nombreux cas, il existe un programme conjoint de financement où la CONASIDA finance deux des trois médicaments et le patient achète le troisième. Il est en effet recommandé dans le protocole thérapeutique d'encourager les patients avec un risque de progression intermédiaire (CD4 entre 350 et 499 mm<sup>3</sup> et charge virale entre 10000 et 50000 copies/ml) et qui ont la possibilité de se procurer le troisième médicament, de prendre la tri-thérapie depuis le début (Ministerio de salud 1999-a). La CONASIDA, depuis 1999, finance 750 bi-thérapies et 700 tri-thérapies (CONASIDA 1999-c).

Les centres de soins accueillent depuis des années des patients vivant avec le VIH et les examens de laboratoires nécessaires (ELISA, charge virale, etc) sont couverts par le Ministère de la santé. Les tests sont effectués dans des laboratoires déjà équipés et il n'était donc pas nécessaire de mettre en place une nouvelle infrastructure pour accueillir le traitement aux anti-rétroviraux. La contrainte majeure à laquelle doivent faire face la CONASIDA et le milieu hospitalier pour offrir les ARV dans des conditions optimales est le manque important de ressources financières ce qui a des conséquences directes sur la couverture des besoins en médicaments et sur le personnel professionnel (médecin, infirmières, assistantes sociales, etc.). Le budget de la CONASIDA est alloué annuellement et c'est l'importance du budget alloué qui détermine le montant disponible pour l'achat de médicaments. Au niveau du système de soins, d'une part, la présence de deux systèmes de financement draine les ressources humaines vers le secteur privé

qui est le plus financé et, d'autre part, le mode de financement du secteur privé effectue une sélection des cas les plus lourds qui sont alors transférés au secteur public.

Un des moyens de faire face à la contrainte budgétaire pour l'achat des médicaments consiste à agir sur les prix. Au Chili, il existait déjà une structure de négociation et d'importation des médicaments. Il n'a donc pas été jugé utile de constituer une structure telle que la préconisait l'ONUSIDA. Depuis que la CONASIDA offre des antirétroviraux dans le cadre du programme Ministériel, l'importation de ces médicaments se fait à travers de la CENABAST, la "Central de Abastecimiento". Cet organisme sert d'intermédiaire dans l'approvisionnement des services de santé en médicaments, matériel de laboratoire, équipement, etc. Habituellement, la CONASIDA négocie avec les laboratoires après avoir évalué les besoins en médicaments et les ressources dont elle dispose. Les besoins sont évalués en fonction des déclarations des centres de traitements concernant le nombre de personnes sous contrôle<sup>5</sup>. La CONASIDA transmet la liste des médicaments à acheter à la CENABAST qui émet un appel d'offre. La CENABAST achète aux laboratoires qui distribuent directement aux centres hospitaliers puis la CENABAST facture les achats à la CONASIDA. La CENABAST prélève habituellement une commission de 6% des transactions pour financer ses frais administratifs. Dans le cas des achats d'antirétroviraux, la CONASIDA a négocié avec la CENABAST pour qu'elle accepte d'annuler cette commission, en contrepartie, les compagnies distribuent elles-mêmes les produits aux centres de soins. Toutes les importations passant par la CENABAST sont cependant soumises aux taxes sur l'importation et la valeur ajoutée qui représentent un total d'environ 31%<sup>6</sup> de la valeur initiale des importations.

Une nouvelle trajectoire d'importation a cependant été envisagée dans le cadre du projet ONUSIDA. L'idée de l'Initiative est d'offrir les thérapies pour le VIH/sida dans les pays en développement à des prix ajustés au pouvoir d'achat local. Tout projet-pilote doit donc naturellement être associé à une stratégie de

---

<sup>5</sup> Une personne sous contrôle est une personne qui vient régulièrement aux visites de suivi.

<sup>6</sup>  $(x.1,11).1,18 = x.1,31$

négociation des prix. L'argument de négociation principal de l'ONUSIDA est de convaincre les compagnies, qui amortissent les coûts de développement et de promotion des nouveaux produits sur le marché dans les pays riches, d'offrir dans les pays en développement ces mêmes médicaments avec une marge de profit réduite. Ceci leur permettrait de conserver leur marge dans les pays riches et aurait l'avantage de faire augmenter leurs ventes globales ainsi que leurs profits sur ces ventes. Des négociations ont eu lieu au niveau des sièges sociaux et au niveau local entre les compagnies et le représentant d'ONUSIDA Genève. Dans le cas du Chili, les compagnies se sont engagées à réduire le prix de leurs médicaments à la condition que des efforts soient effectués afin de contourner la taxe de 11% sur les importations et la taxe de 18% sur la valeur ajoutée auxquelles leurs produits sont soumis. Une solution alternative qui s'appuie sur le PNUD a alors été élaborée.

Pour contourner ces taxes sur l'équipement importé, le Ministère de la santé utilisait déjà la structure du PNUD. Les instances internationales installées au Chili ne sont pas soumises à la taxation nationale. Dans ce cas, il suffit que le PNUD se porte acquéreur des marchandises pour que le Ministère ne paie pas les taxes. Il existait une convention d'une durée de 4 ans entre le PNUD et le Ministère de la santé pour l'importation d'équipement pour les services de santé. En 1998, la CONASIDA et l'ONUSIDA Genève ont donc envisagé la possibilité de bénéficier du même montage pour éviter de payer les 31% de taxes et ainsi d'avoir la possibilité d'augmenter d'autant la couverture en médicaments. L'accord entre le PNUD et le Ministère de la santé venant à échéance, il a été décidé d'essayer d'intégrer l'importation des médicaments pour la CONASIDA dans la nouvelle convention qui serait élaborée. Utiliser le PNUD comme instance d'importation permettait d'augmenter le budget d'environ 25% (soit 2 taxes de 11% et 18% ce qui donne un total cumulatif de 31% - 6% de commission facturée par le PNUD). Cette forme d'importation des médicaments était considérée comme temporaire en attendant une réponse gouvernementale à cette problématique.

Le processus aboutissant à un accord avec le PNUD a été long, plus long que ce que la CONASIDA et l'ONUSIDA anticipaient. L'accord a finalement été approuvé par le gouvernement chilien à la fin du mois de juin 1999. L'accord

prévoit que l'ONUSIDA verse au PNUD le financement pour les activités d'appui à l'observance au traitement et le salaire du coordinateur ONUSIDA, que la CONASIDA transfère au PNUD le financement nécessaire à l'achat des médicaments et que le PNUD touche 6% des achats en médicaments pour couvrir les frais administratifs. Pour éviter les différentes, taxes, les achats ne se feraient plus auprès des filiales des compagnies pharmaceutiques mais auprès des maisons-mères. Il a été convenu que les filiales continueraient à toucher leur commission et à assurer la distribution des médicaments. Pour que l'accord soit tout à fait légal, il fallait qu'il soit entériné par la "Contraloria", un organisme indépendant chargé de valider les accords passés entre le gouvernement et d'autres instances. La "Contraloria" n'a validé l'accord qu'en octobre 1999. C'est finalement en mai 2000 que les premières importations d'antirétroviraux par la voie du PNUD ont été réalisées.

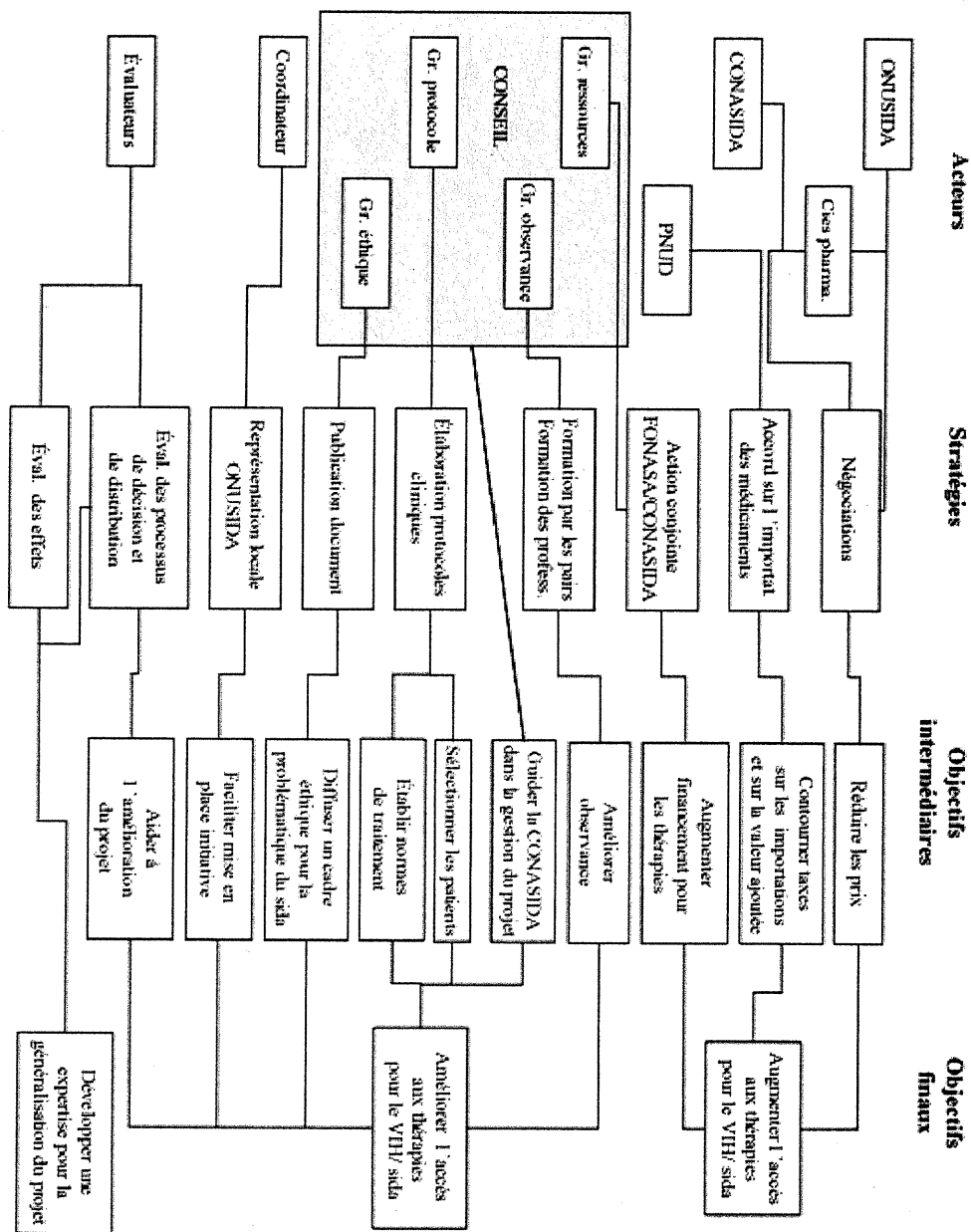
Le Conseil, dont le rôle était de guider le Ministère tout au long du déroulement de l'Initiative, a été réuni par la CONASIDA en juillet 1998 (ONUSIDA Background document). Il réunissait des représentants du personnel médical, des représentants des associations de patients, des ISAPRES et du FONASA, d'autres institutions ayant une implication dans la thématique, et des membres de la CONASIDA. Le Conseil était présidé par le sous-Ministre à la santé, responsable de la CONASIDA. Le nombre de personnes impliquées dans ce processus était relativement important puisque plus d'une quarantaine de personnes ont participé aux premières réunions. Le Conseil a été divisé en groupes de travail portant sur l'éthique, la mobilisation des ressources, l'appui psychosocial et le protocole clinique. Chaque groupe a travaillé de façon indépendante et a présenté l'avancement des différents projets lors de la venue du représentant de l'ONUSIDA de Genève au Chili en mai 1999.

Le représentant de l'ONUSIDA Genève souhaitait la nomination d'un coordonnateur de projet afin de faciliter les relations parfois tendues entre la CONASIDA et certains acteurs (en particulier les médecins). Il souhaitait que ce coordonnateur soit rémunéré par l'ONUSIDA et qu'il ait l'étiquette ONUSIDA afin qu'il dispose d'une marge de manœuvre plus importante que s'il était placé sous

l'égide de la CONASIDA. Ce coordinateur a été nommé par la CONASIDA lors de la visite en mai 1999 du représentant de l'ONUSIDA Genève. La personne choisie pour le poste n'avait pas été impliquée dans le domaine du sida ce qui présentait l'avantage de la mettre à distance des enjeux relationnels dans ce champs. Cette personne a été présentée aux membres du Conseil comme étant le coordinateur du projet-pilote ONUSIDA, certains membres de Conseil regrettant de ne pas avoir été consultés dans ce choix.

L'évaluation a été placée sous la responsabilité de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (France). L'ONUSIDA souhaitait donner aux évaluateurs l'indépendance nécessaire à la crédibilité des résultats. L'ONUSIDA, quant à elle, conservait son rôle de négociation auprès de maisons-mères des laboratoires pharmaceutiques.





**Figure 2: Modèle logique révisé de l'Initiative ONUSIDA au Chili. Juin 1999.**

Ainsi, l'Initiative au Chili s'éloigne beaucoup des caractéristiques du projet-pilote défini par ONUSIDA. Elle s'apparente beaucoup plus à une action conjointe généralisée, intégrée au système existant de prise en charge des patients, disposant cependant de spécificités du fait du caractère exploratoire du projet. Aucune institution spécifique n'a été constituée, mais le caractère pilote se retrouve dans

différents éléments qui n'auraient probablement pas été réunis en dehors de l'Initiative: la constitution du Conseil dont l'objectif officiel est de guider le Ministère dans le processus d'implantation du projet, l'accord avec le PNUD pour éviter les taxes d'importation et sur la valeur ajoutée, le logiciel d'évaluation des besoins en médicaments qui devait être fourni par l'ONUSIDA et qui devait aider la CONASIDA dans la gestion des stocks de médicaments, la nomination d'un coordinateur de l'Initiative, le financement d'activités favorisant l'observance au traitement, et le projet d'évaluation de l'Initiative coordonné par l'ANRS.

*f) Comment le projet Chilien a-t-il été mis en œuvre?*

Le modèle chilien décrit précédemment représente l'Initiative telle qu'elle était envisagée au mois de mai 1999 lors de la dernière visite au Chili du représentant de l'ONUSIDA Genève. Ce modèle a bien entendu évolué au cours de l'année. Nous avons représenté la mise en œuvre du modèle révisé afin de cerner quelles ont été les difficultés d'implantation et les réalisations particulières à l'Initiative. Les cases en gris foncé mettent en valeur les difficultés ou la non-réalisation de certains objectifs (Figure 3).

La discussion est organisée autour des différents thèmes: le Conseil, la mise en œuvre du protocole thérapeutique, la représentation d'ONUSIDA au Chili, l'importation et la distribution des médicaments et l'accès aux antirétroviraux au Chili.



### ***(1) Le groupe de travail sur l'éthique***

Ce groupe regroupait à l'origine un spécialiste en questions éthiques, un membre de la CONASIDA, des médecins, un représentant de Vivo Positivo et une personne des ISAPRES. Ce groupe a élaboré un document sur les références éthiques de la problématique du sida. Le groupe a délibérément choisi de ne pas orienter son travail sur l'encadrement de l'implantation du projet, mais a saisi l'opportunité d'élaborer un document de référence sur les enjeux politiques et éthiques d'une réponse à l'épidémie. Ce travail n'a jamais été achevé et n'a donc pas été diffusé. Les acteurs ayant participé à cette activité ont trouvé l'exercice intéressant mais sont déçus que le projet n'ait pas abouti.

Le rapport préliminaire comporte quatre chapitres. Le premier porte sur les références éthiques nécessaires à l'élaboration d'une réponse aux défis sociaux, culturels, médicaux et scientifiques posés par l'épidémie du sida. Le deuxième est intitulé sida et équité et aborde la question de l'égalité d'accès aux traitements au niveau du système de santé puis dans la problématique particulière du sida. Le troisième chapitre aborde la problématique du sida et du système privé. Dans le dernier chapitre, on discute des implications des nouveaux traitements. Étant donné les sujets traités dans le document, il est probable qu'ils auraient créé des remous indésirables en période préélectorale. En effet, en quelques pages, ce document soulève les principaux aspects permettant une réponse cohérente et intégrale à la problématique du sida au Chili, mais, en même temps, inévitablement, il remet en question certains aspects fondamentaux qu'il est difficile d'aborder sans une remise en cause drastique des principes fondateurs et des relations de pouvoir de la société chilienne actuelle.

### ***(2) Le groupe sur la mobilisation des ressources***

Ce groupe comprenait des représentants du FONASA, de la CONASIDA, des ISAPRES et du personnel médical. L'objectif était d'essayer de trouver des moyens de mobiliser plus de ressources pour une réponse adéquate à la problématique d'accès aux thérapies par les personnes vivant avec le VIH. Ce groupe a exploré différentes pistes pour encourager une réponse concertée à la

problématique par les différentes entités qui participent au financement des soins dans les secteurs publics et privés. La possibilité de créer un fond spécial pour le traitement des malades du sida a été envisagée. Légalement, la création d'un tel fond suppose la participation de trois sources de financement, par exemple d'une institution gouvernementale, des employeurs et des utilisateurs. Après avoir analysé les avantages et inconvénients, cette idée a été écartée.

La deuxième solution envisagée est celle d'une réponse publique aux difficultés financières soulevées par le traitement des personnes vivant avec le VIH, la majorité des personnes étant traitées dans le système public. Il s'agit d'abord d'estimer combien le système public (soit le FONASA et la CONASIDA) dépense actuellement puis d'estimer quel budget serait nécessaire pour offrir une couverture complète. Rappelons que le FONASA finance le personnel médical et le support aux soins tandis que la CONASIDA finance les médicaments anti-rétroviraux, les médicaments pour les maladies opportunistes et les examens biologiques (CD4, charge virale). Cette étude pourrait intégrer les effets de l'introduction de la tri-thérapie sur le système de soins. Le FONASA et la CONASIDA continuent d'être en contact au sujet de la mise en œuvre de cette étude.

La troisième piste considérée est celle qui classe le sida au rang des maladies "catastrophiques" mais, pour ce faire, il faut établir les priorités de soins entre les maladies associées au virus du sida et l'ensemble des autres maladies. Cette piste n'a pas été retenue à court terme.

Entre juin et novembre 1999, le groupe ne s'est pas réuni, mais la discussion se poursuit ponctuellement entre le FONASA et la CONASIDA pour imaginer une réponse conjointe et concertée entre les deux organismes. Une étude d'évaluation des coûts associés à la prise en charge des patients serait en cours. Cependant, aucune solution n'est envisagée à court terme.

### ***(3) Groupe sur l'appui psychosocial et l'observance au traitement***

Ce groupe qui rassemblait des représentants du personnel de soin, d'une ONG, des patients et un membre de la CONASIDA s'est lui-même divisé en sous-groupes afin d'élaborer différents projets. Trois projets ont été élaborés. Le premier

consiste à produire divers documents d'information sur les médicaments et les caractéristiques du traitement et favorisant l'observance. Le second concerne la constitution d'ateliers de formation pour le personnel de soin. Le troisième est un projet de formation pour les personnes vivant avec le VIH pour encourager le conseil et l'appui par les pairs. Ces projets ont été approuvés par le représentant de l'ONUSIDA Genève en mai 1999. Le financement devait donc être accordé. Mais, la CONASIDA, n'ayant eu aucune nouvelle concernant le transfert de fonds pour le financement de ces activités, a suspendu toute rencontre de groupe. De mai à octobre, date à laquelle les fonds ont été débloqués, tout travail a été arrêté. Certaines personnes, particulièrement motivées ont transféré les connaissances acquises vers leur centre de soin pour y améliorer les activités d'appui à l'observance au traitement. Cette situation d'externalités positives ne concerne cependant pas l'ensemble des centres de soins. La tri-thérapie a été délivrée à partir de la fin du mois de septembre sans que les activités de support et de formation prévues n'aient été mises en place, le financement provenant de l'ONUSIDA étant à cette date toujours attendu.

#### ***(4) Groupe de travail sur le protocole thérapeutique***

Différents protocoles cliniques ont été élaborés, le protocole pour adultes, le protocole concernant la transmission verticale et le protocole pour les enfants. Ces deux derniers protocoles ont été rédigés par des médecins experts et ont été distribués aux différents spécialistes par l'intermédiaire du réseau habituel de contacts établi dans ce domaine. Les besoins en médicaments des femmes enceintes durant leur grossesse (y compris dans le secteur privé) et les enfants vivants avec le VIH sont couverts à 100%.

La principale difficulté rencontrée par le groupe travaillant sur la définition du protocole clinique pour adultes concernait le type de thérapie que le Ministère devait proposer. Depuis le début, il était clair que le Ministère ne pourrait couvrir tous les besoins en antirétroviraux. La question était de savoir si la CONASIDA ne devait recommander que la prescription de la tri-thérapie ou si elle soutenait l'utilisation de la bi-thérapie selon l'état clinique des patients. Plusieurs médecins et représentants de patients ont exprimé leurs désaccord concernant la bi-thérapie,

du fait de la faible efficacité à long terme de cette thérapeutique et des risques de résistance. Ils pensaient préférable d'avoir une couverture des besoins moins importante mais d'offrir la meilleure thérapie possible. Sur la base de cette dissension, plusieurs personnes ont décidé de quitter le groupe de travail. Le responsable de l'Initiative à Genève a d'ailleurs encouragé la nomination d'un coordinateur de projet dont un des rôles consistait à aider à la rédaction du protocole en jouant le rôle de médiateur entre certains médecins et la CONASIDA. Le coordinateur a été nommé, mais la CONASIDA n'a jamais réuni les médecins et le coordinateur.

Il a finalement été décidé que la bi-thérapie pourrait être offerte à certaines conditions: elle sera proposée aux personnes dont la probabilité de progression vers la phase sida est intermédiaire, c'est-à-dire des patients en phase asymptomatique avec un nombre de CD4 entre 350 et 499 par mm<sup>3</sup> et une charge virale de 10000 à 50000 copies par ml. Pour les personnes disposant de ressources financières suffisantes pour acheter le troisième médicament, on suggère qu'ils commencent directement une tri-thérapie. Chez les patients pour lesquels la bi-thérapie ne serait pas efficace (et s'il ne s'agit pas d'un problème d'observance), et qui présentent un risque élevé de progression, le patient aura accès à la thérapie complète (Ministerio de Salud 1999-a).

#### *(5) Points saillants*

Les membres du Conseil ont en général trouvé l'expérience intéressante bien que plusieurs aient trouvé qu'elle leur demandait un très grand investissement en temps. Les réunions avaient lieu en dehors de heures de travail et la participation au Conseil était réellement une activité supplémentaire à leur emploi du temps. Tous les participants ont pris l'activité très au sérieux mais auraient aimé recevoir une compensation financière pour leur engagement.

Le retard dans la distribution de l'information sur le projet ONUSIDA, par CONASIDA, est source d'insatisfaction. Quand la CONASIDA a distribué le document il était toujours en anglais, ce qui a augmenté le mécontentement des participants, leur donnant le sentiment d'être utilisés et non concertés. C'est finalement Vivo Positivo qui a traduit le document.

Le Conseil s'est, de fait, peu à peu dissout. Il a d'abord été divisé en groupes de travail, puis ces groupes ont cessé de se réunir sans qu'une nouvelle entité ne soit mise en place. Alors que le Conseil devait guider le Ministère tout au long du projet-pilote, c'est maintenant la CONASIDA qui dirige intégralement le projet. Les groupes de travail ont servi d'impulsion à l'implantation du projet, mais la continuité de leur implication définie dans les lignes directrices du projet-pilote n'existe pas.

En novembre 1999, les participants n'avaient pas d'information sur ce qu'était devenu leur travail ni sur le déroulement de l'Initiative ce qui pouvait alimenter leur sentiment d'avoir été utilisés par la CONASIDA. Les groupes ont arrêté de se réunir et le travail n'a pas été présenté lors d'une réunion finale regroupant l'ensemble des membres du Conseil.

La mise en place du Conseil a constitué un effort important pour la CONASIDA en plus de ses activités courantes. Le Conseil a effectué un travail pertinent qui n'a pas été mené à terme dans la majorité des groupes. La CONASIDA attribue à l'ONUSIDA la responsabilité de la suspension des activités prévues par le groupe sur l'observance, les participants à ce groupe considèrent la CONASIDA comme responsable du silence depuis leur dernière réunion. L'absence d'information sur le déroulement de l'Initiative a nui à l'image de la CONASIDA ce qui peut rendre son travail plus difficile dans le contexte politique dans lequel elle doit manœuvrer. Cette situation pourrait être améliorée par la diffusion d'un document expliquant l'avancée du projet.

Une recommandation que nous pouvons faire pour redynamiser les personnes concernées serait de réunir les documents produits et de les diffuser afin de potentialiser leur impact auprès des personnes impliquées dans la problématique du sida, mais aussi auprès de la société en général. Un document tel que celui produit dans le cadre du groupe sur l'éthique avec la caution de l'ONUSIDA pourrait être l'occasion de générer un débat en profondeur sur les dilemmes que pose l'épidémie dans le contexte chilien.

Dans le cadre de projets futurs d'accès aux thérapies pour le VIH/sida, il serait important de questionner le rôle même du Conseil dans le cas où une



structure gouvernementale expérimentée accueille le projet ONUSIDA d'accès aux anti-rétroviraux. Quelle que soit la solution choisie, il est nécessaire d'officialiser et de légitimer la position des personnes dédiées à l'Initiative par rapport à l'organisation gouvernementale afin d'assurer leur pérennité tout au long du processus. Enfin, il faudrait questionner la pertinence du bénévolat dans le cas où les membres du Conseil seraient amenés à remplir un tel rôle.

## ii) La mise en œuvre du protocole thérapeutique

### *(1) L'application du protocole clinique dans les centres de soins*

Le protocole a été envoyé pour validation à l'ensemble des médecins traitant des personnes vivant avec le VIH/sida dans le pays. Les médecins ayant élaboré le protocole ne savent pas comment celui-ci a été perçu par leurs confrères. Il est important de noter que la Société d'Infectiologie du Chili ne fait pas les mêmes recommandations de traitement que la CONASIDA, essentiellement en ce qui concerne les aspects portant sur la possibilité d'initier une bi-thérapie chez certains patients. Elle considère que n'offrir que deux médicaments peut avoir des effets négatifs importants autant chez le patient qui développerait des résistances ce qui réduirait les possibilités thérapeutiques, qu'au plan épidémiologique, si des souches de virus mutantes résistantes étaient transmises (Comité consultivo de sida, Sociedad Chilena de Infectologia 1998). Cette divergence entre les recommandations de la Société et celles du Ministère peut contribuer à réduire l'application du protocole ministériel dans les différents centres de soins. Cette situation soulève la question de la légitimité des sociétés scientifiques et du gouvernement pour l'élaboration des protocoles cliniques de soins.

Les antirétroviraux ont commencé à être distribués aux patients fin septembre 1999 bien qu'ils aient été distribués dès le mois d'août dans les centres hospitaliers. Entre juin et septembre 1999, la CONASIDA a demandé à tous les médecins du pays d'envoyer une fiche descriptive de l'état de santé de chaque patient sous contrôle dans leur service. Les médecins chargés de l'élaboration du protocole et un membre de la CONASIDA ont révisé l'ensemble des suggestions

de prescription de leurs collègues, soit environ 1500 fiches, afin de les adapter, si besoin était, au protocole ministériel. Peu de modifications auraient été suggérées. Les médicaments n'ont commencé à être distribués qu'une fois cet exercice de révision terminé, la mise à disposition de la tri-thérapie étant de ce fait retardée d'un mois environ. La raison de cette procédure n'est pas très claire, le protocole thérapeutique étant en général considéré comme suffisant pour guider la pratique médicale. La CONASIDA soutient que cet exercice découle d'un accord entre les médecins traitants réunis à un atelier organisé par CONASIDA à l'occasion du Congrès Annuel de la Société Chilienne d'Infectiologie au mois d'août 1999. Cependant, si le président de la Société d'Infectiologie reconnaît l'existence de problèmes reliés au manque de formation des professionnels dans certaines régions du pays, il ne voit pas la nécessité de réviser les prescriptions des médecins traitants. Cette procédure pourrait être interprétée comme un moyen d'imposer la légitimité du protocole gouvernemental suite à la dissension dont il a été le sujet lors de son élaboration.

Dans deux des centres pour adultes de la région métropolitaine que nous avons visités, aucune bi-thérapie n'avait été initiée depuis plusieurs mois. Ceci ne respecte pas le protocole clinique élaboré par le Ministère qui prévoit que les personnes ayant une probabilité moyenne de progression vers le sida à court terme bénéficient d'une bi-thérapie et, qu'en cas d'échec thérapeutique, une tri-thérapie leur sera prescrite. Pour les personnes qui ont les moyens financiers d'acheter le troisième médicament, on suggère de leur prescrire la tri-thérapie directement et de leur fournir deux des trois médicaments (Ministerio de Salud 1999-a). Deux motifs sont évoqués pour ne pas initier de bi-thérapie. Le premier concerne les expériences décevantes de développement de résistances avec la bi-thérapie. Le second motif est le scepticisme du personnel de soin quant à la disponibilité de thérapies plus agressives dans le cas où le patient développerait des résistances au traitement. Dans le protocole il est dit que le patient qui ne répondrait pas bien à la bi-thérapie se verrait offrir une tri-thérapie. L'ensemble des tri-thérapies distribuées aux centres ayant déjà été alloué, le personnel de soin émet des doutes

quant à la possibilité de recevoir de nouveaux médicaments dans le cas où le patient serait effectivement en échec thérapeutique.

#### L'accès au traitement: la sélection des patients

Il y a 28 services de santé au Chili dans les 13 régions administratives. Selon la CONASIDA, les antirétroviraux sont distribués à chaque service de santé suivant la proportion de patients " actifs ", c'est-à-dire qui vont régulièrement à la visite de suivi. Ceci ne semble pas vrai pour toutes les régions si l'on se réfère aux chiffres fournis par la CONASIDA (CONASIDA 1999-a, 1999-b). Prenons l'exemple du service de santé de la région métropolitaine centrale qui accueille 608 patients sous contrôle soit 21,1% des personnes sous contrôle au Chili. Seulement 259 thérapies sont distribuées, soit 144 bi-thérapies et 115 tri-thérapies. Les 259 traitements reçus par ce service représentent 18,3% des traitements anti-rétroviraux distribués au pays (1417 traitements sont distribués au niveau national, 666 tri-thérapies, 701 bi-thérapies et 50 thérapies pour un protocole particulier), soit moins que la proportion de personnes en contrôle actif dans ce service de santé.

Les traitements ne sont pas alloués aux services de santé en fonction des besoins mais du nombre de personnes sous contrôle, même si la CONASIDA possède une estimation des besoins dans chaque service de santé. Pour illustrer ce phénomène, on peut imaginer le cas extrême d'un service de santé où un certain nombre de personnes seraient sous contrôle mais, dont aucune n'aurait besoin de traitement selon le protocole ministériel. Dans le système actuel, cette région se verrait néanmoins allouer un nombre de thérapies. Il est vrai que dans le contexte chilien il est très probable que les thérapies distribuées combleraient des besoins, cependant l'estimation des besoins n'est pas le critère d'allocation retenu.

Une fois les thérapies allouées à chaque service de santé, il revient ensuite aux centres de soins de décider comment les distribuer. Le protocole clinique élaboré lors des discussions de groupe du Conseil sert de lignes directrices pour déterminer qui aura accès aux antirétroviraux. Le problème est qu'il y a beaucoup plus de besoins que de thérapies disponibles. Différentes stratégies sont alors

mises en place, à la discrétion du personnel de soin de chaque centre pour allouer les médicaments. D'après nos observations dans trois centres de la région métropolitaine, il n'y a pas d'homogénéité des critères de sélection d'un centre à l'autre. Certains centres ont élaboré une grille d'évaluation du patient qui inclut les critères cliniques mais également des critères qui permettent d'évaluer le support social dont pourrait bénéficier le patient, ses conditions de vie, etc. Un système de pointage vient départager les différents candidats. Ce système vise à maximiser les chances anticipées d'observance au traitement. Dans d'autres centres, la priorité d'accès à la tri-thérapie est accordée à ceux qui bénéficient d'une bi-thérapie du Ministère, mais qui se trouvent en situation d'échec thérapeutique ou d'augmentation de la charge virale. Pour départager les patients qui ne reçoivent pas de traitement et qui sont dans un état avancé, un tirage au sort est effectué. Pour la sélection des patients qui auront accès aux thérapies, les critères clinico-biologiques dominent mais ils sont nécessairement complétés par d'autres méthodes de sélection (critères sociaux ou tirage au sort).

Le personnel de soin est en général mal à l'aise quel que soit le mode de sélection des patients élaboré par le centre. Il revient généralement à l'infirmière ou à l'assistante sociale, avec l'appui du personnel médical, de déterminer qui aura accès à la thérapie et qui n'y aura pas accès. Étant donné l'état souvent avancé des patients, il s'agit souvent d'un avis de vie ou de mort, ce qui constitue une décision très douloureuse pour le personnel de soin qui côtoie régulièrement ces patients.

#### *Points saillants*

Il serait important de documenter l'utilisation réelle des antirétroviraux afin d'évaluer si la situation observée concernant la prescription exclusive de la tri-thérapie dans deux des centres de la région métropolitaine est une situation exceptionnelle ou généralisée.

La proportion de bi-thérapies utilisées en combinaison doit être mieux évaluée et il est nécessaire de documenter les difficultés liées à cette forme de participation pour bien évaluer les besoins en médicaments et limiter le nombre de

patients qui pourraient être contraints d'arrêter le traitement si la source externe de financement venait à manquer.

La méthode d'allocation des médicaments aux différents centres reste peu claire et elle pourrait mieux prendre en compte les besoins réels.

Les modes actuels de sélection des patients mettent en valeur la nécessité d'élaborer des critères autres que cliniques pour guider et soutenir le personnel de soin dans la sélection des patients et tenter d'homogénéiser la situation au niveau du pays.

### **iii) La représentation d'ONUSIDA au Chili**

Au niveau de la représentation locale de ONUSIDA, la légitimité du responsable de Genève n'a jamais posé de problème, en revanche la coordination locale de la représentation d'ONUSIDA, qu'il s'agisse de la désignation de l'acteur qui en porte la légitimité ou de la définition de ses fonctions, a été source d'ambiguïtés et de tensions. Cette situation est par ailleurs révélatrice de certaines relations entre acteurs et de règles de fonctionnement du système dont les effets semblent pouvoir s'étendre à l'ensemble de l'Initiative.

Plusieurs personnes ou institutions revendiquent la représentation disant être les représentants de l'ONUSIDA au Chili et font valoir leur légitimité pour la gestion du projet ou d'une partie de l'Initiative. Il y a, bien entendu, la représentation locale périodique du membre de l'ONUSIDA Genève qui est venu régulièrement en visite au Chili dont la légitimité n'est pas discutée. Par contre, cette personne a annoncé sa démission en juin 1999 et une communication régulière entre la CONASIDA et l'ONUSIDA/Genève n'a été rétablie qu'en octobre 1999 suite à la nomination du nouveau responsable de l'Initiative à Genève.

#### ***(1) Coordinateur du projet***

Le rôle du coordinateur était de faciliter la mise en place de l'Initiative. D'après le représentant de l'Initiative à Genève, un mandat devait être confié au coordinateur par l'ONUSIDA afin qu'il ait une certaine légitimité et qu'il puisse

faire le lien entre la CONASIDA et certains acteurs en particulier les médecins afin de favoriser leur collaboration. D'après le représentant de l'ONUSIDA/Genève, le coordinateur devait travailler en étroite collaboration avec la CONASIDA, mais devait avoir une étiquette ONUSIDA. La CONASIDA quant à elle déclare que, depuis la nomination du coordinateur, elle souhaitait que celui-ci forme partie intégrante de l'équipe de la CONASIDA, étant donné que l'Initiative est dirigée par la CONASIDA.

L'ONUSIDA devait financer son salaire. La rémunération était attendue en même temps que le financement des activités sur l'observance et l'appui psychosocial. Le financement n'ayant pas été versé avant octobre 1999, c'est la CONASIDA qui a dû rémunérer le travail effectué par le coordinateur. D'autre part, fin 1999, aucun contrat n'avait été signé ratifiant la nomination du coordinateur et précisant son rôle exact.

Ce retard dans la contractualisation et le financement ont contribué à entamer la légitimité du coordinateur auprès de la CONASIDA. La personne désignée a cependant continué de s'impliquer dans le projet et à travailler en collaboration avec la CONASIDA. Quand les relations avec Genève ont repris suite à la nomination du nouveau chargé de projet à Genève en octobre 1999, le statut du coordinateur n'était toujours pas officiel. Une communication s'est instaurée entre la CONASIDA et l'ONUSIDA Genève mais pas entre le coordinateur du projet et Genève de façon indépendante. La CONASIDA semblait souhaiter que cette relation ne s'établisse pas directement sans son intervention. Pourquoi, dans la logique de la CONASIDA, une telle relation se serait-elle établie si le coordinateur local dépend de la CONASIDA et que c'est la CONASIDA qui porte la responsabilité du projet? Du fait du retard de l'ONUSIDA, le statut du coordinateur n'a plus dépendu que de la volonté de la CONASIDA de l'intégrer au projet. Peu à peu le coordinateur du projet a perdu l'indépendance souhaitée initialement par Genève.

Cette situation relative au statut du coordinateur nous semble révéler la volonté de la CONASIDA d'être le véritable maître d'œuvre d'un projet qui s'inscrit dans la continuité de son action. Le statut de coordinateur, tel qu'il était

initialement pensé par l'ONUSIDA, constituait par essence une source potentielle délocalisée de pouvoir dont la CONASIDA pouvait craindre qu'elle n'échappe à son autorité. Cette situation met en valeur la nécessité d'officialiser rapidement les accords entre différents organismes afin de minimiser les malentendus et interprétations postérieures.

### ***(2) Le PNUD***

Le PNUD est l'instance chargée d'importer les médicaments. C'est aussi par cet organisme que le financement de l'ONUSIDA devait être versé au gouvernement chilien. Cet organisme devant jouer un rôle primordial dans l'Initiative d'accès aux anti-rétroviraux au Chili, et l'ONUSIDA n'ayant pas de représentant officiel pour l'Initiative au niveau local, les responsables du PNUD se considéraient comme les représentants de l'ONUSIDA au Chili concernant la partie administrative et opérationnelle. Cependant ils reconnaissaient et soutenaient le rôle joué par le coordinateur local qui devait être contracté par l'ONUSIDA.

### ***(3) Le groupe thématique ONUSIDA***

Il existe au Chili un groupe thématique ONUSIDA (GTO). Ce groupe rassemble des représentants des instances de l'ONU au Chili, l'UNESCO, l'UNICEF, le PNUD, mais aussi de l'OMS/l'OPS, de la CONASIDA, du réseau communautaire qui regroupe certaines ONG et associations impliquées dans le domaine du sida au Chili, et plus récemment de Vivo Positivo. L'objectif est d'offrir une réponse concertée à la problématique du sida au Chili. Le groupe thématique ne dispose cependant que de peu de ressources et mène donc peu d'activités. Le GTO est l'organisme qui, au Chili, doit signer les contrats ou ententes entre le gouvernement chilien et l'ONUSIDA Genève. Il ne joue cependant aucun rôle dans le développement de l'Initiative. Le représentant de l'ONUSIDA/Genève lors des visites concernant la définition des paramètres d'implantation du projet avait rencontré le GTO. Il le tenait informé, mais le groupe ne s'est pas mobilisé. La direction du GTO a changé en mars 1999. Le nouveau responsable, qui est aussi représentant de l'OPS/OMS au Chili, est

déterminé à faire jouer un rôle plus important au GTO, à l'impliquer davantage dans les activités diverses reliés à la thématique. Le nouveau président du GTO, qui signe les documents officiels, ne disposait, en novembre 1999 de presque aucune d'information sur l'Initiative et n'avait pas rencontré le coordinateur de l'Initiative dont il ne connaissait pas l'existence. La présence de deux personnes avec un mandat ONUSIDA au Chili a créé à plusieurs occasions certaines ambiguïtés quant à leur rôle respectif dans la représentation et la délégation d'autorité par ONUSIDA.

#### ***(4) Points saillants***

La multiplication des personnes et institutions revendiquant une légitimité de représentation d'ONUSIDA au Chili peut sembler anecdotique, mais elle révèle une définition floue des rôles de chacun et une information partielle de l'ensemble des acteurs impliqués d'une façon ou d'une autre dans l'Initiative, sans que cette situation indésirable ne soit imputable directement à l'un ou l'autre des acteurs participant à l'Initiative.

La personne-clé, au centre du dispositif, qui connaît et qui est en contact régulier avec les différents acteurs représentant ONUSIDA, est le coordinateur de la CONASIDA. Il centralise l'information émanant de chacun des représentants. Cette position stratégique avantageuse au niveau du contrôle de l'information est soigneusement préservée en contrôlant les interactions entre les différents représentants. Cette situation est révélatrice de la place prépondérante qu'occupe la CONASIDA auprès des différents acteurs au Chili.

Ce flou au niveau de la définition des rôles et le rôle central de la CONASIDA, confère à cette dernière une position stratégique qui peut largement influencer le déroulement futur du projet. La gestion du projet est très centralisée, ce qui pose un dilemme concernant le leadership du projet: au cours de l'histoire de l'Initiative au Chili, s'est posée très vite la question de la place que pouvaient occuper respectivement l'ONUSIDA, comme promoteur d'un projet-pilote, et la CONASIDA, comme responsable de la politique nationale de lutte contre le sida. La position locale d'ONUSIDA est faible, ce qui n'est pas problématique tant qu'une relation soutenue se poursuit entre Genève et la CONASIDA, ce qui n'a pas



été le cas entre juin et octobre 1999. Dans le cas où des difficultés, des insatisfactions ou des désaccords apparaîtraient entre Genève et la CONASIDA, comme à propos du financement attendu par exemple, à un moment où l'ONUSIDA/Genève est moins présente sur la scène locale, on comprend tout à fait la propension de la CONASIDA de se réapproprier le projet et d'instaurer de nouvelles règles du jeu au sein du déroulement de l'Initiative. Cette nouvelle orientation pourrait se trouver modifiée par la dynamique créée par la nouvelle représentation de l'Initiative à l'ONUSIDA/Genève.

#### **iv) L'importation et distribution des médicaments**

##### *(1) Les négociations avec les compagnies pharmaceutiques*

Selon la CONASIDA, les compagnies ont réduit leur prix de 25 à 30% entre 1996 et 1998. Les compagnies ont consenti à offrir ces avantages avant même que la structure du PNUD ne soit effective ce qui devait leur permettre d'augmenter le nombre de thérapies vendues au Chili d'environ 30%. Il est cependant important de préciser que ces réductions de prix prennent différentes formes. Certaines compagnies offrent une réduction de prix directement (ex: GlaxoWellcome). Certaines compagnies ne modifient pas leur prix mais offre trois examens de charge virale par année à tout les patients qui prendront leur médicament (ex: Merck et Co.). Les compagnies peuvent aussi conserver leur prix de vente habituel mais offrent des bonifications (ex: Boehringer Ingelheim), c'est-à-dire qu'un certain nombre d'unités gratuites sont remises avec une quantité donnée achetée au prix fort. Si cette formule équivaut à une réduction du prix moyen d'achat, elle n'est cependant pas équivalente à une baisse réelle de prix. En effet, cette formule présente l'avantage pour les compagnies de créer une dépendance plus importante envers leurs produits. La CONASIDA ayant reçu plus de médicaments peut initier plus de traitements, mais rien n'assure que la compagnie continuera d'offrir ces bonifications. Une réduction réelle des prix est un engagement plus formel de la part des laboratoires de participer à l'effort visant à améliorer l'accessibilité des thérapies pour le VIH/sida alors qu'offrir des

bonifications s'apparente beaucoup plus à une stratégie de conquête du marché local des anti-rétroviraux.

La CONASIDA continue de négocier avec les compagnies pour pouvoir augmenter la couverture, mais rien ne laissait entendre, fin 1999, qu'une stratégie de négociation continuait d'exister au niveau de l'ONUSIDA depuis le départ du responsable des projets-pilotes à Genève. Il semble toutefois que le nouveau représentant à Genève soit arrivé, à l'occasion de la Conférence sur le sida de Durban, à un nouvel accord avec les laboratoires en vue de réduire de nouveau le coût des thérapies.

### ***(2) L'importation par le PNUD***

L'accord a été signé fin juin 1999. Légalement, l'accord doit être validé par la "Contraloria" pour être tout à fait effectif. Cependant, les importations par le PNUD avaient commencé dès juillet 1999 pour tous les produits sauf pour les médicaments, la CONASIDA ayant refusé d'utiliser cette structure tant que la Contraloria n'avait pas validé la convention. La structure du PNUD n'a pas été utilisée pour la commande de médicaments qui a eu lieu en août 1999 ni pour celle du début de l'année 2000. La première importation par la voie du PNUD a été délivrée en mai 2000.

### ***(3) Points saillants***

Les acteurs n'ont aucune information concernant l'accord du PNUD. En fait, tout développement de ce dossier semblait arrêté depuis la dernière visite du représentant de l'ONUSIDA Genève. Certaines questions préoccupent les laboratoires, en particulier concernant la distribution des médicaments. Quel droit légal auront-ils de distribuer un produit étiqueté PNUD? Quelle sera la démarche exacte d'achat? Quel sera le rôle des filiales par rapport à celui des maisons-mères? Les rôles concernant les négociations avec les compagnies n'ont pas été définis. La CONASIDA ne voit pas ses responsabilités de négociateur modifiées. Mais le PNUD semble considérer que négocier le prix relève de ses prérogatives. L'ONUSIDA Genève est absente des négociations, en tout cas durant cette période.

Si l'approbation de la convention par la Contraloria est une raison qui justifie que la structure du PNUD n'ait pas été utilisée par CONASIDA, elle n'en est probablement pas la seule explication puisque les autres départements du Ministère de la santé ont commencé à utiliser l'accord dès sa ratification par le gouvernement chilien et que le PNUD s'est déclaré prêt pour commencer l'importation des médicaments. Soulignons également qu'à plusieurs reprises la CONASIDA a affirmé ne pas vouloir utiliser la structure du PNUD, non seulement tant que l'accord de la Contraloria ne serait pas obtenu, mais également tant que le financement de l'ONUSIDA ne serait pas versé. Finalement, rappelons qu'une fois le financement versé, la CONASIDA n'a pas utilisé la structure du PNUD pour la commande de médicament au début de l'année 2000.

Entre septembre et décembre 1999, la CONASIDA commençait à se réappropriier le projet: "*Le projet d'accès à la tri-thérapie n'est pas un projet ONUSIDA mais un projet CONASIDA*"; "*Le projet-pilote n'a pas commencé*" (informateur CONASIDA), son inauguration officielle étant prévue pour janvier 2000. La CONASIDA explique que les anti-rétroviraux sont financés par le Ministère et qu'il s'agissait donc d'un projet du gouvernement chilien et non d'un projet ONUSIDA. Il se peut que la CONASIDA, qui associe fortement l'accord signé avec le PNUD à l'Initiative, ait refusé d'utiliser cette structure pour mettre en valeur qu'à cette période, c'est-à-dire tant que l'Initiative n'avait pas été officiellement inaugurée, la tri-thérapie était offerte dans le cadre du programme chilien d'accès aux médicaments et non dans le cadre de l'Initiative conjointe. Notons également qu'une augmentation de la couverture des besoins de près de 30% (*El Mercurio* 13/01/2000) a été annoncée au moment du lancement officiel de l'Initiative, le 6 janvier 2000, quelques jours seulement avant les élections présidentielles (16 janvier 2000).

L'accord du PNUD couvre les 4 prochaines années. Il n'y a aucune garantie qu'il sera renouvelé. Cette filière d'importation soulève la question de la pérennité d'un système à l'origine perçu comme un dispositif temporaire en attendant une réponse gouvernementale au problème de couverture des besoins en médicaments.

## v) L'accès aux antirétroviraux

Le programme gouvernemental d'accès aux anti-rétroviraux est une des stratégies parmi d'autres dont disposent les patients pour obtenir un traitement antirétroviral. Il est indispensable de prendre en considération cette diversité dans une réflexion globale sur l'accès aux traitements, sur la couverture des besoins au Chili mais aussi parce que certains aspects de l'Initiative débordent sur le contexte général de soins aux personnes vivant avec le virus du sida.

Plusieurs stratégies sont employées par les hôpitaux pour augmenter le nombre de patients ayant accès à la tri-thérapie. Certains centres négocient avec les compagnies pharmaceutiques afin de permettre à leurs patients de participer à certains protocoles d'essai thérapeutique. Ceci concerne essentiellement des patients naïfs de traitements. La plupart du temps, le laboratoire finance l'ensemble des médicaments durant la durée du protocole mais ne fournit par la suite que le médicament qu'il produit. C'est au patient, appuyé par le personnel de soutien, de trouver les ressources nécessaires pour assurer la continuité de son traitement.

Plus généralement, lorsque le médecin a délivré une ordonnance au patient, plusieurs possibilités s'offrent à lui. Avec l'aide de l'assistante sociale ou de l'infirmière, les capacités financières du patients sont évaluées afin de savoir s'il peut contribuer ou non aux dépenses relatives à la tri-thérapie.

### *(1) Les sources de financement*

Si le patient peut payer un des trois médicaments, il peut participer au programme conjoint du Ministère, c'est-à-dire que le Ministère finance la bi-thérapie et le patient se procure le troisième médicament par ses propres moyens. La difficulté associée à ce système de financement est sa pérennité. Le coût d'un seul médicament représente une somme considérable et le patient, à long terme, peut rencontrer certaines difficultés pour continuer d'acheter son traitement.

Dans le cas où le patient n'a pas les ressources financières suffisantes pour contribuer au financement de la tri-thérapie, l'assistante sociale ou l'infirmière contacte différents organismes afin de tenter d'obtenir un soutien pour le patient. Il

s'agit essentiellement de la fondation Gente por un Amor Nuevo (GEAMN)<sup>7</sup>, de la fondation Laura Rodriguez<sup>8</sup> et des municipalités. Les fondations ont chacune un programme de soutien pour les patients qui ont besoin d'une tri-thérapie mais qui ne peuvent la financer eux-mêmes. Ces fondations comblent des besoins non couverts par les services publics, mais elles ne peuvent répondre à l'ensemble des besoins. Des critères de sélection s'appliquent donc dans chacune des fondations. Les municipalités contribuent de façon discrétionnaire au financement de quelques tri-thérapies. Le Cabinet de la Première Dame (l'épouse du Président de la République) offre également sa contribution pour quelques programmes d'accès aux anti-rétroviraux.

---

<sup>7</sup> La Fondation GEAMN est un organisme de charité qui offre divers services de soutien aux personnes vivant avec le VIH (foyer, paniers alimentaires, ligne d'urgence et médicaments). Environ 450 personnes bénéficient du programme d'accès aux médicaments. Les médicaments sont remis en échange d'une contribution volontaire selon les capacités financières du bénéficiaire. La Fondation GEAMN négocie le prix auprès des laboratoires et reçoit l'aide de donateurs nationaux et internationaux.

<sup>8</sup> La Fondation Laura Rodriguez est un organisme à but non lucratif consacré à la lutte contre la discrimination. À partir de 1994-95, la Fondation a décidé d'aider les patients à avoir accès aux traitements. Entre janvier et novembre 1999, environ 300 personnes ont bénéficié des différents services offerts par la Fondation. Deux programmes de médicaments existent. Le premier "Achetons ensemble" rassemblent les personnes pouvant acheter leur médicaments. L'idée est de rassembler un groupe suffisamment grand pour faire pression sur les laboratoires afin qu'ils baissent le prix de leurs médicaments. Le deuxième groupe, qui compte environ 40 individus, est constitué de personnes n'ayant pas les moyens d'acheter les médicaments mais qui s'impliquent d'une façon ou d'une autre pour faire avancer la problématique du sida. Plus de la moitié de ce groupe est formée de personnes suivies dans le secteur public. La Fondation leur donne alors un, deux ou les trois médicaments. Une partie des médicaments provient de la solidarité internationale, le groupe "Achetons ensemble" subventionne le deuxième groupe en payant un pourcentage lors de l'achat des médicaments. D'autres fonds sont réunis grâce à la tenue d'activités culturelles. La Fondation offre aussi divers services connexes à celui de la banque de médicaments. La Fondation rencontre certaines difficultés dues à l'incapacité de certains patients de pouvoir continuer de payer leurs médicaments.

## *(2) Les sources d'approvisionnement*

Une fois que le patient a réuni le financement nécessaire à l'achat d'un ou des trois médicaments, plusieurs possibilités s'offrent à lui pour l'acquérir. Il peut l'acheter en pharmacies, mais celles-ci ont les prix les plus élevés. Certains laboratoires pharmaceutiques acceptent de vendre directement au patient si celui-ci a une prescription médicale. Le patient peut aussi s'adresser aux fondations qui négocient auprès de laboratoires pour obtenir des prix plus bas. Cette solution est souvent la solution légale la plus avantageuse.

Le patient peut aussi se procurer ses médicaments sur le marché noir. Il est difficile de connaître l'ensemble des sources d'approvisionnement du marché noir et l'étendue du phénomène. Une des sources semble être la revente des médicaments fournis par le Ministère. Des patients particulièrement démunis préféreraient revendre leurs médicaments, pour vivre moins longtemps, mais dans de meilleures conditions. Avec le revenu que leur procure la revente de leurs médicaments, ils peuvent se loger et se nourrir correctement durant quelques mois. Ce système ne dure généralement qu'un temps car lorsque le personnel de soin ne constate pas d'amélioration de l'état de santé du patient, le traitement est arrêté. Ce phénomène est préoccupant surtout pour les patients qui décident d'acheter sur le marché noir car ils n'ont aucune garantie de qualité des produits, l'approvisionnement peut être stoppé de façon soudaine ce qui met en péril la continuité du traitement. Enfin, on sait que le traitement par ces médicaments est complexe. Il exige pour maximiser leur efficacité et pour éviter de développer des effets secondaires, une stricte observance. Or, on peut craindre que les personnes qui achètent sur le marché noir n'aient pas reçu l'information nécessaire à la prise adéquate du traitement.

Enfin, il existe également d'autres sources moins courantes d'approvisionnement. Certains patients voyagent à l'étranger pour bénéficier de programmes nationaux d'autres pays ou de programmes locaux soutenus par des ONG. Payer un billet d'avion leur revient moins cher qu'acheter plusieurs mois de traitement. D'autres patients bénéficient d'une solidarité internationale.

### ***(3) Points saillants***

Les thérapies offertes dans le cadre du programme gouvernemental d'accès aux ARV ne constituent qu'une partie de l'approvisionnement en médicaments des patients malades du sida. En fait, une grande partie des patients ont accès à un traitement à un moment donné. Seulement, dans l'attente que s'ouvre une possibilité de traitement, l'état de santé des patients s'aggrave. Au moment où ils reçoivent le traitement, leur état de santé est souvent très détérioré. Les accès périphériques au programme gouvernemental sont souvent des derniers recours. De plus, la précarité et la multiplicité des sources de financement compliquent énormément le travail du personnel de soutien. Il s'agit réellement d'un travail d'information et de recherche au cas par cas et la pérennité du système comme la qualité des produits ne sont pas toujours garantis. Ce système d'accès aux anti-rétroviraux repose essentiellement sur la bonne volonté de personnes engagées.

Concernant la question du marché noir, il serait important de documenter ce phénomène en favorisant une approche non coercitive auprès du personnel de soin et des représentants des patients en centre hospitalier qui sont les personnes les plus susceptibles d'offrir une formation concernant les exigences du traitement.

### ***g) Synthèse***

Comme nous l'avons vu, le Chili a développé depuis le début des années 1990 une politique globale pour faire face au VIH/sida. Offrir la tri-thérapie s'inscrit pour la CONASIDA dans la continuité logique de l'histoire de prise en charge dans ce pays. Le Chili se distingue des autres pays qui accueillent le projet-pilote ONUSIDA par le fait qu'il est relativement riche et que l'intégration de la tri-thérapie au protocole de soin aurait de toute façon été faite même si l'échéancier aurait probablement été quelque peu différent. Au Chili, le projet-pilote ONUSIDA revêt plutôt la forme d'une politique nationale d'accès aux anti-rétroviraux plutôt que la forme d'un réel projet-pilote. Ceci nous conduit à distinguer deux éléments. Premièrement, nous soulignons les points particuliers au projet au Chili qu'il serait intéressant de continuer à développer. Dans une seconde

partie, nous abordons le projet à un niveau plus macroscopique en abordant la question de la logique d'implantation du projet.

### **i) Quelques points marquants de l'Initiative au Chili**

L'encadrement des groupes de travail a permis de baliser certains aspects de l'Initiative, mais leur influence a été insuffisante pour réellement aider à un accès optimal des thérapies pour le VIH/sida. Pour diverses raisons, les réunions n'ont plus eu lieu et le travail ainsi que les activités qui devaient suivre ont été arrêtées. Seul le groupe sur le protocole a pu mener sa mission jusqu'au bout, bien que le protocole soit peu accepté par les professionnels et qu'il aurait été souhaitable de compléter les critères cliniques de sélection par d'autres critères afin de soutenir les professionnels dans le choix des patients qui auront accès à la thérapie. La mise en place des groupes de travail a constitué un effort de représentation particulièrement important. L'absence de continuité et le manque d'information auprès des différents acteurs ont nui à la réputation de la CONASIDA. L'absence de financement et le manque de suivi de l'ONUSIDA entre juin et septembre sont en partie responsables de cette situation mais ces facteurs ont aussi permis à la CONASIDA de réaffirmer sa position de leadership sur le projet d'accès aux anti-rétroviraux.

Le marché noir devient un problème épidémiologique quand les patients ne prennent pas leurs médicaments correctement, ne prennent pas des médicaments de qualité ou sont contraints d'arrêter le traitement soit par manque de ressources financières soit parce que la source d'approvisionnement a disparu. Il serait important de documenter ce phénomène car l'existence de souches résistantes peut devenir très problématique. La question du marché noir serait probablement réglée si les besoins en traitement étaient couverts à 100%.

L'accord avec le PNUD est une solution intéressante pour augmenter la couverture des besoins en médicaments. Au début du projet, elle était perçue comme une solution temporaire en attendant la possibilité d'une ouverture gouvernementale qui pourrait prendre la forme soit d'une exemption pour les taxes sur les médicaments, soit d'une augmentation du budget consacré à l'achat de



médicaments, ce qui pourrait être réglé par une modification de la classification du VIH/sida, par exemple, en favorisant une implication du FONASA dans le financement des médicaments (la tri-thérapie rendant les gens plus en santé, les coûts d'hospitalisation pouvant être réduits) ou en classant le sida au rang des maladies catastrophiques ce qui permettrait une prise en charge universelle et gratuite des patients. Pour ce faire il est important que des négociations continuent, d'une part, avec le FONASA, et d'autre part, avec l'ensemble des instances susceptibles d'aider à la modification du statut de la maladie. L'ONUSIDA pourrait ici soutenir la CONASIDA dans ses efforts pour trouver une solution durable pour l'accès au traitement.

Comme nous l'avons dit précédemment, le principal problème pour l'accès universel aux traitements pour le VIH/sida au Chili est un problème de ressources financières. La solution à ce problème pourrait être une augmentation des fonds disponibles au niveau national, mais également une réduction du coût des thérapies. Il semble que l'ONUSIDA puisse jouer un rôle à ce niveau, d'une part, en négociant avec les compagnies pharmaceutiques afin d'obtenir des prix préférentiels pour les pays en développement ou en favorisant l'utilisation de génériques, et d'autre part, en s'interrogeant sur les solutions nationales envisageables afin de soutenir les efforts des organisations locales en faveur d'un accès universel. Il est évident que cet effort doit se faire conjointement, mais le fait que l'ONUSIDA perçoive l'accès au traitement pour le VIH/sida comme une question prioritaire pourrait influencer favorablement l'instauration de telles politiques.

## **ii) Logique d'implantation de l'Initiative**

Le projet-pilote d'accès aux thérapies pour le VIH sida a largement été modifié depuis le projet initial de façon à s'adapter à la réalité nationale. Le projet révisé repose essentiellement sur la CONASIDA qui s'occupe de la gestion des médicaments (évaluation des besoins, négociations avec les compagnies), coordonne le projet et gère les réunions du Conseil. Avec le temps, cet aspect s'est accentué, la CONASIDA ayant intégré presque complètement le projet à ses

activités courantes. En effet, fin 1999, le Conseil est dans les faits dissout, le poste de coordinateur n'est toujours pas clairement établi et l'accord du PNUD n'a pas été utilisé. D'un autre côté, l'évaluation du projet continue de s'organiser et l'inauguration avec les responsables de l'Initiative à l'ONUSIDA Genève est fixée au début de l'année 2000 ce qui démontre que la présence d'ONUSIDA continue d'avoir une importance au niveau local.

Le fait que la CONASIDA porte la mise en œuvre de l'Initiative au Chili présente de nombreux avantages. C'est une organisation qui existe depuis plusieurs années, qui a une longue expérience dans la gestion des programmes d'accès aux médicaments et qui dispose de ressources compétentes dans de nombreux domaines connexes à l'accès aux thérapies (prévention, communication, etc.). De plus, l'intégration d'un projet international à la politique nationale lui assure une pérennité qu'aucun mécanisme organisationnel n'est capable de garantir. Rappelons que c'est grâce à la CONASIDA que le déroulement de l'Initiative a pu se poursuivre durant la période de transition lors du transfert des responsabilités à l'ONUSIDA Genève. Seulement, une fois le projet adopté par les acteurs locaux et intégré au fonctionnement de leurs organisations, il est évident que la logique de régulation du projet est fortement influencée par la dynamique locale organisationnelle et que le processus d'implantation du projet dépend des jeux et relations de pouvoir en acteurs qui étaient préexistants à l'Initiative.

Deux aspects nous semblent particulièrement importants pour caractériser la dynamique organisationnelle locale. Premièrement, le fait que la CONASIDA soit prise dans un contexte politique controversé limite sa marge de manœuvre et complique sa gestion. Elle n'a pas toute la liberté possible pour remplir son mandat puisqu'elle est très dépendante de l'opinion que la population a du VIH/sida et des aspects qui y sont reliés. La capacité que la CONASIDA a de rassembler des ressources pour l'achat de médicaments ou pour ses autres activités dépend également de la perception que le gouvernement a des priorités en matière de santé de la population chilienne.

Deuxièmement, pour mieux contrôler les événements, la CONASIDA fonctionne de façon très centralisée. Ceci présente plusieurs avantages. Concernant

L'Initiative, le fait que la CONASIDA soit une organisation extrêmement bien rodée, centralisée et très organisée permet un déploiement du projet soutenu à travers le temps, ce qui est d'autant plus utile que l'ONUSIDA ne peut exercer continuellement une présence sur le terrain. L'autonomie d'action que procure à la CONASIDA sa position excentrée par rapport aux autres programmes du Ministère de la santé lui donne plus de latitude pour la gestion de projets particuliers. Cependant ce fonctionnement centralisé réduit les possibilités de créer de nouveaux réseaux locaux d'acteurs, diminue la possibilité d'actions coordonnées entre différents groupes, réduit les possibilités de partage des responsabilités et peut favoriser l'utilisation politique et opportuniste de certaines informations.

L'intégration de l'Initiative à la politique nationale pose la question du rôle de l'ONUSIDA. Des ajustements ont été faits au niveau du processus d'implantation et de suivi du projet pour qu'il puisse s'adapter aux ressources et manières d'agir locales mais les responsabilités et rôle de chacun ne semblent pas avoir été assez définis pour aider au positionnement du projet dans la politique nationale d'accès au traitement. En effet, une fois que les acteurs se sont approprié le projet, quel doit être le rôle de l'organisme instigateur? Il est évident que participer à un projet dirigé par un organisme comme l'ONUSIDA donne un certain prestige à la CONASIDA à la fois au niveau national (effet médiatique, crédit auprès des autres instances gouvernementales, etc.) et au niveau international. Ceci a des effets indirects évidents sur divers aspects comme, par exemple, les possibilités de négociations avec les compagnies pharmaceutiques. Le rôle local de l'ONUSIDA doit cependant être redéfini clairement pour éviter un conflit au niveau du partage des responsabilités entre la CONASIDA et l'ONUSIDA et pour dépasser les difficultés dues à la dualité entre le projet expérimental et le programme gouvernemental. L'ONUSIDA pourrait, par exemple, utiliser l'impression symbolique qu'elle dégage pour appuyer l'organisme national dans sa recherche de solutions pour améliorer l'accès aux thérapies pour le VIH/sida.

Une telle situation d'appropriation du projet par les instances locales et les conséquences qui y sont associées pourraient tout à fait se reproduire dans les pays

aits de revenu intermédiaire ou plutôt dans les pays ayant une politique claire et établie d'accès aux traitements pour le VIH/sida. Dans la mesure où un pays est dans une position où il envisage l'accès aux anti-rétroviraux et qu'il possède déjà les infrastructures et les ressources nécessaires à la distribution de telles thérapies, les avantages de participer à un projet international sont pondérés par les contraintes qui y sont reliées. Dans un tel contexte, il semble important que les rôles des organisations locales et internationales soient définis clairement à l'avance en tenant compte des particularités organisationnelles des pays.

h) *Annexe I***Tableau 1: Investissements en ARV pour les adultes - Chili - 1992-1999****Investissements en antiretroviraux pour les  
Chili 1992-1999**

Année	Nb de patients	Milliers de pesos	Type de thérapie
1993	271	164 000	monothérapie
1994	271	164 000	monothérapie
1995	283	172 200	monothérapie
1996	448	273 060	monothérapie
1997	600	890 286	bithérapie
1998	700	1 202 000	bithérapie
1999	750+700	1 283 000	bi+trithérapie

source: CONASIDA - Ministère de la santé

Présenté au 3e rassemblement chilien des personnes vivant avec le VIH/sida - 13 et 14 novembre

i) *Annexe 2***Tableau 2: Historique de l'Initiative****Déroulement de l'Initiative au Chili 1997-2000**

1997	Accord sur la participation du Chili à l'Initiative Conférence de presse sur l'Initiative
juillet 1998	Constitution du Conseil et formation des groupes de travail
février/mars 1999	Élaboration du document définissant le projet ONUSIDA/CONASIDA d'accès aux thérapies pour le VIH/sida Protocole préliminaire d'évaluation de l'Initiative L'accord avec le PNUD est finalisé CONASIDA obtient entre 25% et 40% de réduction sur le prix des médicaments
avril 1999	Réunion à Genève sur l'évaluation de l'Initiative
mai 1999	Visite à Santiago du responsable de l'Initiative à l'ONUSIDA/Genève: Rencontres avec le personnel du PNUD responsable de l'accord Rencontres avec les laboratoires pour obtenir les meilleures offres et discuter de l'opérationnalisation de l'accord avec le PNUD Rencontre avec le Conseil et présentation de l'avancée des groupes de travail Nomination d'un coordinateur de l'Initiative au Chili
juin 1999	Visite de l'équipe d'évaluation de l'ANRS
octobre	Nomination du nouveau responsable de l'Initiative à l'ONUSIDA/ Genève Rencontre à Genève entre les responsables locaux des différents projet-pilote et l'ONUSIDA La Contraloria entérine l'accord avec le PNUD
novembre 1999	Visite de l'équipe d'évaluation de l'ANRS
janvier 2000	Lancement officiel de l'Initiative

## j) Références

- Aedo C. (1997) *La competencia manejada y reformas para el sector salud de Chile*, Serie financiamiento del desarrollo, Comisión económica para América Latina y el Caribe, proyecto CEPAL/GTZ, Naciones Unidas.
- Comité Consultivo de SIDA, Sociedad chilena de infectología (1998) Declaración sobre el uso de terapia antiretroviral en pacientes infectados por virus de inmunodeficiencia humana, *Revista Chilena de Infectología*, vol 15, n°3: 183-187.
- CONASIDA (1999-a) *Distribución de antiretrovirales según servicios de salud*. Septiembre –Diciembre de 1999, document interne.
- CONASIDA (1999-b) *Distribución de terapias según esquema terapéutico*, document interne.
- CONASIDA (1999-c) *Inversión en Antiretrovirales para adultos. Chile 1992-1999*. Tableau présenté à la IIIe rencontre des personnes vivant avec le VIH/sida.
- Crozier M., Friedberg E. ([1977] 1992) *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Éditions du Seuil, coll. Points Essais.
- EL MERCURIO* (13/01/2000) PLAN ONU: Amplían Cobertura de Fármacos contra el VIH. Se espera un aumento del 30% durante este año.
- Floyd K., Gilks C. (1999) *Cost and Financing Aspects of Providing Anti-retroviral Therapy: a Background Paper*, disponible <http://worldbank.org/aids-econ>
- Forsythe S. S. (1999) *The Affordability of Anti-retroviral Therapy in Developing Countries: What Policymakers Need to Know*, disponible <http://worldbank.org/aids-econ>
- Friedberg E. (1993) *Le Pouvoir et la Règle: Dynamiques de l'action Organisée*, Éditions du Seuil.
- Kickert W. (1993) Complexity, Governance and Dynamics : Conceptual Explorations of Public Network Management, dans KOOIMAN J., *Modern Governance. New Government-Society Interactions*, Sage Publications, London : 191-204.

- Klijn E-H., Koppenjan J., Termeer K. (1995) Managing networks in the public sector: a theoretical study of management strategies in policy networks, *Public Administration*, vol.73 (3): 438-454.
- Marsh D., Rhodes R.A.W. (1992) Policy Networks in British Politics : A Critique of Existing Approches dans MARSH D., RHODES R.A.W., *Policy Networks in British Government*, Clarendon Press, Oxford : 1-26.
- Mc Laughlin J.A., Gretchen J.B. (1999) Logic models: a tool for telling your program's performance story, *Evaluation and Program Planning*, 22: 65-72.
- Ministerio de Salud (1999-a) Boletin epidemiologico trimestral, serie documentos CONASIDA, n9.
- Ministerio de Salud (1999-b) *Una Mirada a Fondo a la Modernizacion de FONASA 1994-1999*, Fondo Nacional de Salud.
- ONUSIDA (1997) *L'ONUSIDA lance une initiative visant à améliorer l'accès aux médicaments pour la prise en charge de l'infection à VIH et du SIDA dans les pays en développement*, <http://www.unaids.org/unaids/press/drugfr.html>
- ONUSIDA (1998) *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA*, [http://www.unaids.org/unaids/document/epidemio/june98/global\\_report/index.html](http://www.unaids.org/unaids/document/epidemio/june98/global_report/index.html)
- ONUSIDA (1998) *Réduire l'écart: Les pays en développement annoncent le lancement de l'initiative ONUSIDA pour un meilleur accès aux médicaments liés au VIH*, <http://www.unaids.org/unaids/press/gvadraccfr.html>
- ONUSIDA (Background document), *UNAIDS HIV Drug Access Initiative. Providing Wider Access to HIV-related Drugs in Developing Countries. Pilot Phase*, Joint United Nations Programme On HIV/AIDS.
- ONUSIDA (Update June 1997- June 1998), *UNAIDS A HIV Drug Access Initiative. Providing Wider Access to HIV-related Drugs in Developing Countries. Pilot Phase*, Joint United Nations Programme On HIV/AIDS.
- ONUSIDA/OMS (1998) *Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted diseases*, [http://www.unaids.org/unaids/document/fact\\_sheets/pdfs/chile.pdf](http://www.unaids.org/unaids/document/fact_sheets/pdfs/chile.pdf)
- Weiss C.H. (1998) *Evaluation. Methods for studying programs and policies*, Second Edition, Upper Saddle River, Prentice Hall.



### 3) Annexe 3: What counts is not the fall... but the landing<sup>9</sup>: Strategic analysis - a revised model for implementation evaluation

Auteur: Astrid Brousselle

#### *a) Introduction*

There are numerous definitions of program evaluation (Shortell & Richardson 1978, Patton 1982), but reviewing them is not the objective of the present article. Instead, we propose a new theoretical approach to the strategic analysis model developed by Crozier and Friedberg (Crozier & Friedberg [1977] 1992, Friedberg 1993, 1994) used to carry out implementation analysis. While by its very nature, implementation analysis refers to the implementation of a new program, many variations appear when a more precise definition is sought. In the evaluation research literature, it is often approached under the process analysis heading. This article is the result of the implementation analysis of the UNAIDS access to antiretroviral drugs project in Chile that we carried out between September, 1999 and September, 2000. For our research we used the strategic systemic analysis model, which necessarily poses successive research questions as it associates the research approach to the theoretical conceptualization of the model. However, during the project familiarization stage of our research, we noted a major incompatibility between the procedure put forward by Crozier and Friedberg ([1977] 1992), especially with regards to bringing to the fore a concrete

---

<sup>9</sup> Mathieu Kassovitz (1995) *La haine*, from film score.

action system, and the specific characteristics of the program being evaluated. Despite this observation, the strategic analysis model continued to present itself as an interesting conceptual tool for program evaluation. In this article, we propose a revised strategic analysis model that allows the use of this approach even in cases where the program does not constitute a concrete action system and only traces of the program are observable. We shall begin by explaining the interest the strategic analysis model holds for implementation analysis, showing how it meets the objectives of this type of evaluation, presenting its theoretical and methodological foundations, and the criticisms of its application. We shall then relate our experience, highlighting the incompatibilities we observed between the proposed model and the program that we evaluated. Lastly, we shall present the strategic analysis approach that we suggest for program evaluation.

## ***b) Strategic analysis as a model for implementation analysis***

### **i) Implementation analysis defined**

There is no consensus on the definition of implementation analysis beyond a very general definition that refers to the study of the implementation conditions of a program. As we shall see, implementation analysis is either defined solely through analysis of the processes, or it is the study of the production conditions of the effects.

Mary Ann Sheirer (1994) approaches it from the concept of process evaluation. According to Sheirer, process evaluation answers three main questions:

"(1) what is the program intended to be? (methods to develop and specify program components);

(2) what is delivered, in reality? (methods for measuring program implementation); and

(3) why are there gaps between program plans and program delivery? (assessing influences on the variability implementation)." (Sheirer 1996:40).

Rossi & al. (1999) use Sheirer's definition to define process evaluation and implementation analysis; they use the two terms interchangeably. They make a distinction between this type of evaluation and impact analysis: while process evaluation may be viewed as one step in the carrying out of an impact analysis, it can also be considered as an evaluation on its own. For Champagne & al. (1991: 95), the aim of implementation analysis is the study of the influence of organizational and contextual factors on the results obtained following the introduction of an innovation (Champagne & al. (1991:95). Contrary to Sheirer's definition, this one includes a consideration of the effects. For Champagne and Denis (1990), implementation analysis

"is conceptually based on three components, that is, the analysis of influences: of contextual factors on the degree of implementation of interventions; of variations in implementation on its efficiency (...); of the interaction between the implementation context and the intervention on the observed effects (...)." (Champagne & Denis 1990: 151)

It may be approached from various perspectives, using different models: the rational model, the organizational development model, and the psychological, political, and structural model (Denis & Champagne 1990).

For Weiss (1998), three situations call for a process analysis:

"One is when the key questions concern process. Evaluation sponsors want to know what is going on. Another is when key questions concern outcome, but we want to be sure what the outcomes were outcomes of (...) The third situation is when the evaluator wants to associate outcomes with specific elements of program process (...)." (Weiss 1998: 9)

For Weiss, the difference between process analysis and implementation analysis is that the latter does not deal with the processes that occur between program services and meeting program objectives: its focus is the implementation of services as defined by the program.

For Rossi et al. (1999), implementation analysis is a component of program monitoring. Weiss (1998 :181) admits there are similarities, but she maintains that the main difference is at the level of evaluation objectives, that is, whether it is carried out in such a way that it is accountable to upper-level officials or program sponsors (program monitoring) or whether it is carried out in order for one to

understand what is going on and to find ways to improve the program (process evaluation).

According to Patton (1997), the aim of implementation analysis is essentially to know what is going on with the program being implemented. Implementation analysis complements effects analysis in the sense that it allows, firstly, to make sure that the program has, in fact, been implemented. It also supplies information on the characteristics of the program being implemented. According to Patton (1997), process analysis is one of the five dimensions of implementation analysis, along with effort evaluation, monitoring, components evaluation, and treatment specification.

"Process evaluations search for explanations of the successes, failures, and changes in the program. Under field conditions in the real world, people and unforeseen circumstances shape programs and modify initial plans in ways that are rarely trivial. (...) Process evaluations not only look at formal activities and anticipated outcomes, but also investigate informal patterns and unanticipated consequences in the full context of program implementation and development. Finally, process evaluations usually include perceptions of people close to the program about how things are going. A variety of perspectives may be sought from people inside and outside the program. (...) There differing perspectives can provide unique insights into program processes as experienced and understood by different people." (Patton 1997: 206).

We carried out the implementation analysis of the UNAIDS access to ARV program in Chile. The aim of this program was to make HIV/AIDS therapies accessible in developing countries (Ivory Coast, Uganda, Vietnam, and Chile). Our research was part of the evaluation process of the initiatives in the different countries. We studied the program's implementation conditions, paying particular attention to the decision-making processes. Our objective was to explain how organizational dynamics influenced the implementation of the Initiative, and to identify the factors that facilitated or hindered the implementation process of the project, in order to make recommendations. This research corresponds perfectly to Patton's definition of process evaluation. We used the strategic analysis model (Crozier & Friedberg [1977] 1992), which we thought to be an adequate tool for our research. Strategic analysis is a research approach that can be used in

completely different fields of program evaluation. However, it is also a very interesting conceptual framework for process analysis.

## ii) Theoretical concepts of strategic analysis

The strategic analysis model developed by Crozier and Friedberg ([1977] 1992) is an organizational analysis model that hinges on understanding the relationships between interdependent actors. This model is in keeping with the processual analysis of political networks movement (Kindom 1984, Crozier & Friedberg [1977] 1992, Friedberg 1993, Klijn & al. 1995, Klijn 1996, Gervais 1998). This theoretical framework cannot be disassociated from the research approach. In fact, it does not assume a priori relationships between variables, but offers a conceptualization of collective action that integrates its contingency.

The conceptualization of collective action is done through the analysis of concrete action systems. A *concrete action system* (CAS) is a set of structured games between interdependent actors whose interests may be divergent, even contradictory. A system is defined as "an interdependent set" (Crozier 1987), the interdependence of the parties constituting the basic definition of a system (Ackoff 1960). As soon as participants are dependent on each other, every collective action can be interpreted as an action system (Crozier and Friedberg [1977] 1992). This definition is similar to that of political networks, which are characterized by the interdependence of multiple actors with multiple rationalities (Marsh and Rhodes 1992, Kickert 1993).

Every actor integrated in a collective action maintains privileged relationships with certain interlocutors called *relays* (Crozier & Friedberg [1977] 1992). The existence of a CAS is shown by making the network of interdependent actors apparent. Within a concrete action system, the actors participate in *games* guided by certain more specific objectives. The definition of games reminds one of the notion of issue-streams used by Langley & al. (1995) in the study of decision-making processes. In the context of a CAS, the games are more or less integrated and linked to each other. Not all actors necessarily participate in the various games (Klijn et al 1995). However, the game may modify the CAS, just as the CAS

influences the games (Klijn et al 1995). These therefore suppose an overall regulation, mechanisms allowing the CAS to exist. In the CAS, as in the games, the interaction processes are regulated by the *rules of the game*, by which the actors "regulate and manage their mutual dependencies" (Friedberg 1993). The rules may be defined on the basis of the formal structure of the organization or on the informal practices of the actors. The rules are an indication of the existence of power relations between various actors. The rules can either be constraints or zones of uncertainty that provide the actors room to manoeuvre (Crozier & Friedberg [1977] 1992). The use that is made of the rules is part of the set of strategies that the various actors use to attain their goals. According to Crozier and Friedberg, every collective action structure is constituted as a *power system*. Power is "*the ability of an actor to structure more or less durable exchange processes in his favour by exploiting the constraints and opportunities of the situation in order to impose terms of exchange that are favourable to his interests*" (Friedberg 1993). "*Power is the natural, not to say, normal, manifestation of human cooperation that always supposes a mutual and unbalanced dependence between the actors*" (Friedberg 1993). According to Crozier and Friedberg ([1977] 1992), the study of power relations allows one to draw relatively stable actor *strategies*. The actors' strategies represent their position, their hand in the game. Actors' strategies are not only a function of their *interests*, but also of their *resources*. The resources can take the form of knowledge, expertise, status, legitimacy, etc., depending on the perceptions of the various actors (Klijn et al. 1995).

### iii) Research method

Since it favours an "inductive hypothesis" approach (Crozier & Friedberg [1977] 1992), this theoretical framework is intimately related to the research strategy.

"Forced to recognize and assume the irreducible contingency of the phenomenon that it is trying to study, strategic analysis has no choice but to adopt an *inductive hypothesis approach*, used to constitute and define the object of its study through successive steps

including observation, and comparison and interpretation of the multiple interaction and exchange processes that make up the backdrop of life within the action system under study. In short, it is an approach that uses the participants' *real-life experiences* to propose and confirm more and more general hypotheses on the characteristics of the whole." (Crozier & Friedberg [1977] 1992).

It is impossible to establish a clear boundary between the research approach and the theoretical model. According to the research approach favoured by Crozier and Friedberg ([1977] 1992), the first step consists in familiarizing oneself with the program. This implies that one first makes sure that it corresponds with the hypotheses of the existence of a concrete action system. Then, one must identify the primary characteristics of the system. As a second step, various games need to be identified and studied in depth in order for one to understand their characteristics. Once the games have been analyzed, the evaluator must "*propose and confirm more and more general hypotheses about the characteristics of the whole*" (Crozier & Friedberg [1977] 1992) in order to understand the regulation of the system in its entirety. The research questions are thus logically sequential and represent the steps to follow to understand the system.

#### **iv) Uses and criticisms**

Strategic analysis has been widely used in many different fields: the arts (Leloup 1996); politics (Donneur & Padioleau 1982); the prison (Mouhanna 1993), penal (Proulx 1993), and police (Faivre 1993) systems; and the health sector (Bélanger 1998, Gonnet 1994, Funck-Brentano 1994, Moisdon 1994, de Pourville 1994, Kutty & Vranckren 1994, Binst 1994). It is also used in the study of organizations in the public (Worm 1994, de Closets 1994, Trosa 1994, Bienaymé 1994, Chelimsky 1994) and private sectors (Guiraud 1994, Sainsaulieu 1994, Berry 1994, Morin 1994, Vulpian 1994). This model may be used whenever an action system becomes apparent.

Several criticisms have been levelled at the strategic analysis model. Jobert (1976) maintains that one cannot carry out the analysis of a concrete action system by analyzing the components of this system and their relations independently of

"their relations to groups and social classes as well as of the struggles " (Jobert 1976: 634) -- that this model rejects these as a "negligible residue" (Jobert 1976: 634) . Dion follows up on this criticism, stating that not everything is a system and that, while strategic analysis may explain the nature of exchanges within a system, it cannot explain "the reasons for the struggles or the aims of the actors" (Dion 1982: 99). It is also said that strategic analysis does not sufficiently take culture and ideology into account (Dion 1994). Jobert (1976) also underlines the fact that in strategic systemic analysis, balance of power relations are less important than power relations. This is a criticism of the conceptualization of power, which has no independent existence in strategic analysis; it is relative (Friedberg 1994), exercised by "some" over "others" (Foucault 1982). According to Crozier, "The Power, with a capital P, of those who have it and those who do not, is a myth" (Crozier 1987 : 788). This criticism can be related to Dion's (1982) analysis, which underlines that unpredictability, considered by Crozier and Friedberg as a privileged area for the exercise of power and the acquisition of new influences, is not always a source of power, but that predictability can be. In fact, in order for predictability to be a source of power, the latter must be considered as an entity held by the actor and not as something that merely exists as an act (Foucault 1982). While Bacharach and Lawler (1980) point out that strategic analysis' introduction of the notion of power in organizational theory is interesting, they lament the fact that intra-organizational policy patterns are not more clearly established.

There are several reasons why strategic analysis is an interesting tool for implementation analysis, and in particular for what Patton defines as process analysis. First, the aim of process evaluation is the study of the internal dynamics of a program, which strategic analysis allows an in-depth study of, on condition that the program be considered as a system. Secondly, process evaluation favours an inductive approach, and so does strategic analysis. Thirdly, the aim of process analysis is the study of formal and informal activities, which the conceptualization of strategic analysis allows through the notions of systems, power relations, and games between actors. Finally, process analysis is based on the actors'



perceptions, just as does strategic analysis, which takes into consideration their divergent interpretations. Strategic analysis is also particularly useful in the analysis of the third stage of Sheirer's (1994) process analysis framework, which consists in explaining the differences observed between the planned program and the one that was implemented. Sheirer underlines the fact that few evaluation reports examine the organizational structure and processes that influence the offer of services. This would be explained by the fact that evaluators wait for the results of impact studies to identify implementation problems, but it is then too late to collect valid data, real time data on the organizational processes affecting implementation (Sheirer 1996: 61). The inductive hypothesis approach favoured by strategic analysis renders the three research stages described by Sheirer inseparable. Although it necessarily implies research stages, research on program components, its degree of implementation, and the explanation of the discrepancy with respect to the planned program are carried out simultaneously. There is no time-lag in terms of data collection that would make it impossible to explain the discrepancies observed.

The strategic analysis approach is based on three essential premises (Friedberg 1994). Firstly, since the actor is capable of strategy, he does have a rationality. Secondly, this model uses a "*view of human relations as mediatized by power relations, that is, relations of unequal exchange that always include negotiation at their core*" (Friedberg 1994: 137). Thirdly, there is the use of the notion of a system.

"The use of this notion is not related to any substantive hypothesis on the nature, the properties, or the limits of the systems we are trying to understand. It is simply the formulation of a research postulate, or, if one prefers, a heuristic hypothesis on the existence of a minimal order and interdependence behind the apparent disorder of the strategies of the individual and collective actors of a given field of action. It is up to the research process to show the existence of a minimal order through the empirical reconstruction of its limits or its boundaries, its regulation mechanisms and their effects. This system can thus only be characterized *in fine*, the research process allowing explanation of how the behaviours and the strategies of the actors both keep the system in action and constantly modify it." (Friedberg 1994: 139)

The notion of a system is an absolutely determinant one for the researcher to be able to use the strategic analysis model for implementation analysis. As we have seen, several analogies lead one to suppose that strategic analysis is a very interesting conceptual tool for carrying out such an evaluation. However, to make its use possible, the researcher must necessarily formulate the hypothesis that the program being studied is a concrete action system. In process analysis, showing that a program can be considered as a system is not a problem, so long as the program is sufficiently catalyst and puts the actors in a dependency situation -- in other words, so long as the program is in fact a system. But what happens to the evaluation project if, after a time in the field, this analogy is not verified?

*c) Our experience with strategic analysis*

**i) The fall**

Upon arriving in the field, we contacted the local leaders of the organization responsible for the implementation of the project to discuss its progress, in order to familiarize ourselves with its development and the actors involved. In collaboration with the project leaders, we then identified the games that would be studied and the actors it would be interesting to meet with first. We decided to study two types of games. The first was the drugs importation process, from negotiations between the Department of Health division in charge of HIV/AIDS (CONASIDA) and the pharmaceutical laboratories to distribution to patients. The second type of game was the four work groups that were set up to advise CONASIDA on the management of the project. Each group was to deal with one specific aspect of the project. We interviewed the actors in order to document the project and to know what their involvement was in the implementation process. After having interviewed several actors and having consulted documents, we noted that the program had not created any real interdependence between the actors participating in its implementation; this was the case at both the drugs importation process level and the working group level. It

was thus impossible to consider the program as a concrete action system! Yet, theoretically, this was an essential condition of the research strategy. What was the evaluator to do? Should he drop the evaluation process here or could he still meet his evaluation objective? Let us examine what happened by going back to the games we observed.

## **ii) The landing**

### ***(1) Game 1: Importation/distribution of drugs***

The aim of the UNAIDS program was to allow the importation of drugs in developing countries at reduced prices. The UNAIDS representative came to meet with the local leaders several times to set up an importation strategy that would allow one to obtain the drugs at attractive prices. The prevailing mechanism in the country was the following:

After evaluating drug needs based on epidemiological studies and the health care protocol in place at the time, CONASIDA negotiated directly with the pharmaceutical laboratories' subsidiaries in order to try to obtain commercial benefits (price reductions, bonuses on quantities bought). Once an agreement was reached, CONASIDA sent a purchase order to the central government office in charge of all commercial transactions between the government and private companies. The central office would call for bids and the laboratories would respond. The drugs were distributed by the laboratories directly to the health centers. The hospitals sent the bills to CONASIDA. Two taxes were levied on the purchase of drugs: a tax on imported goods, and a value-added tax corresponding to approximately 30% of the price of the drugs. During negotiations in the context of the project, the pharmaceutical companies agreed to provide new benefits on condition that the Chilean government agree to exempt the laboratories from the two taxes. The UNAIDS representative succeeded in negotiating a temporary mid-term agreement respecting this condition. The drugs would no longer be ordered through the central government office but rather through UNDP, which, as an international organism, is exempt from all import and value-added taxes. The

agreement had been ratified by the government a few months prior to our arrival in the country. The only thing missing to make it totally legal was that it be approved by "Contraloria", an independent organism that ensured the legitimacy of all governmental agreements. However, even after "Contraloria" had accepted the agreement, it was not used for several months despite the benefits it contained in terms of therapy access for patients. In fact, there seemed to have been no further development in this dossier since the UNAIDS representative's last visit.

Approval of the agreement by "Contraloria" may be one reason why the UNDP structure was not used by CONASIDA, but it was probably not the only one. The other divisions of the Health Department started using the agreement as soon as it had been ratified by the Chilean government and UNDP had declared that it was ready to start the importation of the drugs. Let us also note that CONASIDA stated several times that it did not want to use the UNDP structure, not only as long as it had not been approved by "Contraloria", but also as long as financial support had not been received by UNAIDS. CONASIDA had been waiting for several months for money UNAIDS had agreed to supply to finance certain activities related to the program. Finally, let us remember that once the money was supplied, CONASIDA did not use the UNDP structure for the drug purchase of the beginning of 2000.

Only the agreement with UNDP could be associated with UNAIDS' ARV access program. Yet at the time of our arrival and during the three months of our stay, the agreement was not used; nor was any development observed apart from "Contraloria's" approval of the agreement. The agreement did, in fact, legally exist, but there was no hint of its existence in the field. Thus, even if, theoretically, it implied the presence of coordination activities between various actors that were not necessarily involved in the importation of drugs before its ratification, in practice, no change could be observed. The program had therefore not created any interdependence between the actors at the drug importation level, meaning that we could not consider it a sub-system of the CAS. This dossier was, nonetheless, a meaningful one as it shed light on CONASIDA's political role at the national level and on the power it derived from the therapy distribution and access process.

### ***(2) Game 2: The Advisory Board***

UNAIDS recommended the establishment of an Advisory Board to guide CONASIDA in the implementation of the ARV access project. Theoretically, this Board was to follow the progress of the project from its conception to its execution. CONASIDA set up four working groups (ethics, therapeutic protocol, treatment observance, resource mobilization) which included various representatives of organizations participating in the issue of access to care for individuals living with HIV/AIDS (representatives of health care personnel, NGOs, patient groups, etc.). These groups worked independently in order to produce a reference document.

At the time of our arrival, the working groups, which existed in theory, were in fact dissolved; three of the four groups had not finished their work. We met with the people that participated in this activity, but no one said they continued their work except for one actor who stated that he consulted with CONASIDA on an ad hoc basis. The Advisory Board was supposed to guide CONASIDA throughout the pilot project; instead, CONASIDA completely took it over. The working groups served to boost the implementation of the project, but their involvement, such as had been defined in the pilot project plan, did not continue. Once again, it was impossible to establish any interdependence between the actors who participated in the working groups. It was therefore not possible to consider the working groups as sub-systems of the CAS.

### ***(3) The system and the program***

Following the logic of the theoretical framework that we defined, since, at the time of our study, we could not observe any interdependence between the actors at the games level, we would have had to have concluded that none existed at the system level either. Such a conclusion, however, would have contradicted the actual situation in the field. In fact, although the games observed could not be considered as sub-systems of the CAS, the project itself continued to exist. CONASIDA still considered giving access to tri-therapy and continued recognizing the existence of the UNAIDS program, even though one noted that the

project was reappropriated at the national level. The fact that the project no longer had a sufficient existence to allow its analysis in real time did not mean that one needed to stop the evaluation. Just as there are non-decisions on certain taboo subjects (Miller & al. 1996), there are non-games in certain organizational systems that a researcher would do well to study in order to better interpret the political phenomena. In dealing with non-decisions, Miller & al. (1994: 297) underline that "A knowledge of what these issues are is likely to be as revealing, or more so, as knowledge of what is overtly being discussed". What is important to know in such cases is why the project took such a turn, why it is only its traces that could be observed. It is, above all, the result of a local dynamic and it is by studying this underlying fabric that the evaluator will be in a position to explain the level of implementation of the project and the orientation it took.

We reoriented our data collection in order to understand why the project had taken such a turn. First, we continued observing the games, or rather, the non-games, but from a slightly different perspective. It was no longer a matter of studying them in real time, which was in any case impossible to do given the evolution of the project, but of trying to go back in time in order to know what had really happened. The difficulty of such an approach is making sure the actors do not rationalize a posteriori their own past behaviour or situations, in order to avoid the emergence of resistance to objectivization strategies (Bourdieu 1993). The data collection strategy consists rather in seeking objective information from the actors, which naturally leads them to comment on the evolution of the project without forcing them into a self-examination of the situation. Secondly, we fully documented the HIV/AIDS context in the country. We met with all the actors that seemed to play a central role in the access to HIV/AIDS therapies (several supply networks parallel to government sources existing), as well as with all the actors that had been identified at the time of our interviews as playing or having played a role in the HIV/AIDS issue in the country (NGOs, associations, etc.). Finally, we seized every opportunity to observe the relations between actors: during work meetings, during observations at health centers, during the annual Convention of

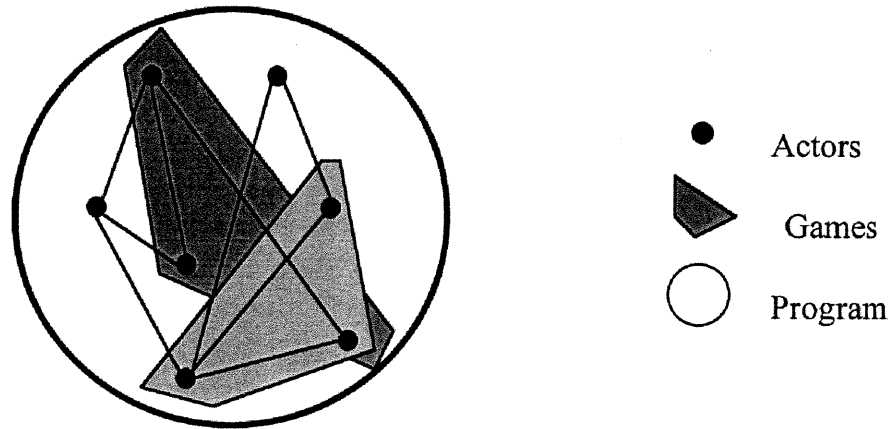
people living with HIV/AIDS, in order to analyze the relations, be they courteous or antagonistic, which is often very revealing of the contested stakes.

The reorganization of our data collection allowed us to identify the networks of actors, understand the alliances or antagonistic relationships, and understand the actors' interests and the strategies used to reach their aims. We analyzed the political dynamic of the HIV/AIDS theme at the global level. This study of the fabric underlying the project allowed us to understand the political games at the level of the HIV/AIDS theme. We were thus later able to draw conclusions regarding the evolution of the program. In fact, understanding the games between the actors and the power relations present at the global level allowed us to infer the relations between actors at the narrower program level. The actors were the same at the global and UNAIDS project level. The only difference was that all the actors participating in the theme did not necessarily play a role at the project dynamic level. Thus, the actors' interests, their strategies -- that is, the whole global political dynamic -- was repeated at the local level. This research approach is the exact opposite of that favoured by Crozier and Friedberg ([1977] 1992). Instead of transferring the games dynamic to the concrete action system, we derived the political dynamic specific to the program from the contextual dynamic. This led us to propose a new theoretical framework for strategic analysis in the context of program evaluation.

#### ***d) Proposal for a new approach to implementation analysis***

The use of the conceptual framework of network analysis implies considering the program as a system of concrete action, that is, as a network of interdependent actors. The first step thus consists in confirming or refuting this hypothesis. If the program is sufficiently catalyst to mobilize actors involved in its realization, the evaluator can use the now classic approach that consists in identifying the primary characteristics of the system, selecting various games that form an integral part of the program, and studying them in order to understand the

interests of the actors participating in these games, their strategies, the alliances , and the conflicts (see Figure 4).



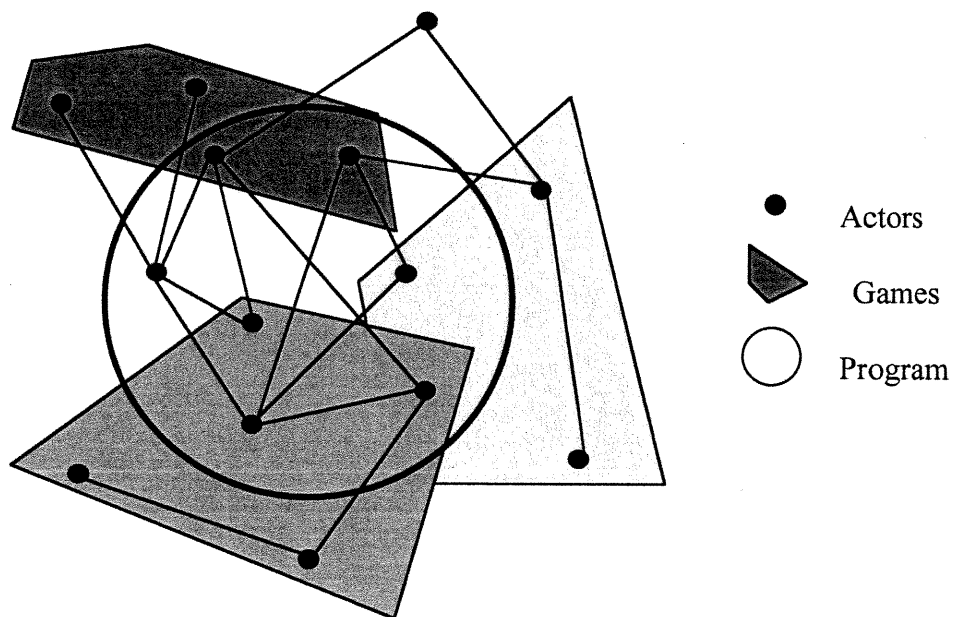
**Figure 4: From internal games to the program**

Once the evaluator fully understands the interactions between actors at the local level of the games, he can extrapolate his conclusions to the program level in order to establish what the politico-organizational dynamic is at the project level. The evaluator would then be in a position to explain the degree of project implementation and its orientation at the time its evaluation is carried out.

In cases where it is not possible to identify a network of interdependent actors involved in the realization of the program and where there are in fact traces of program implementation (it is presumed that the program was in fact implemented before it was evaluated), following the above approach is not possible. The evaluator must then check if an organizational fabric underlying the project is present. When a new program is implemented, it generally becomes attached to an existing organizational network. It is less common for a program to be implemented bringing together human resources with no previous links. And if this were the case, it would be surprising to only find traces of the program during the implementation phase. In this relational network, some actors participated in



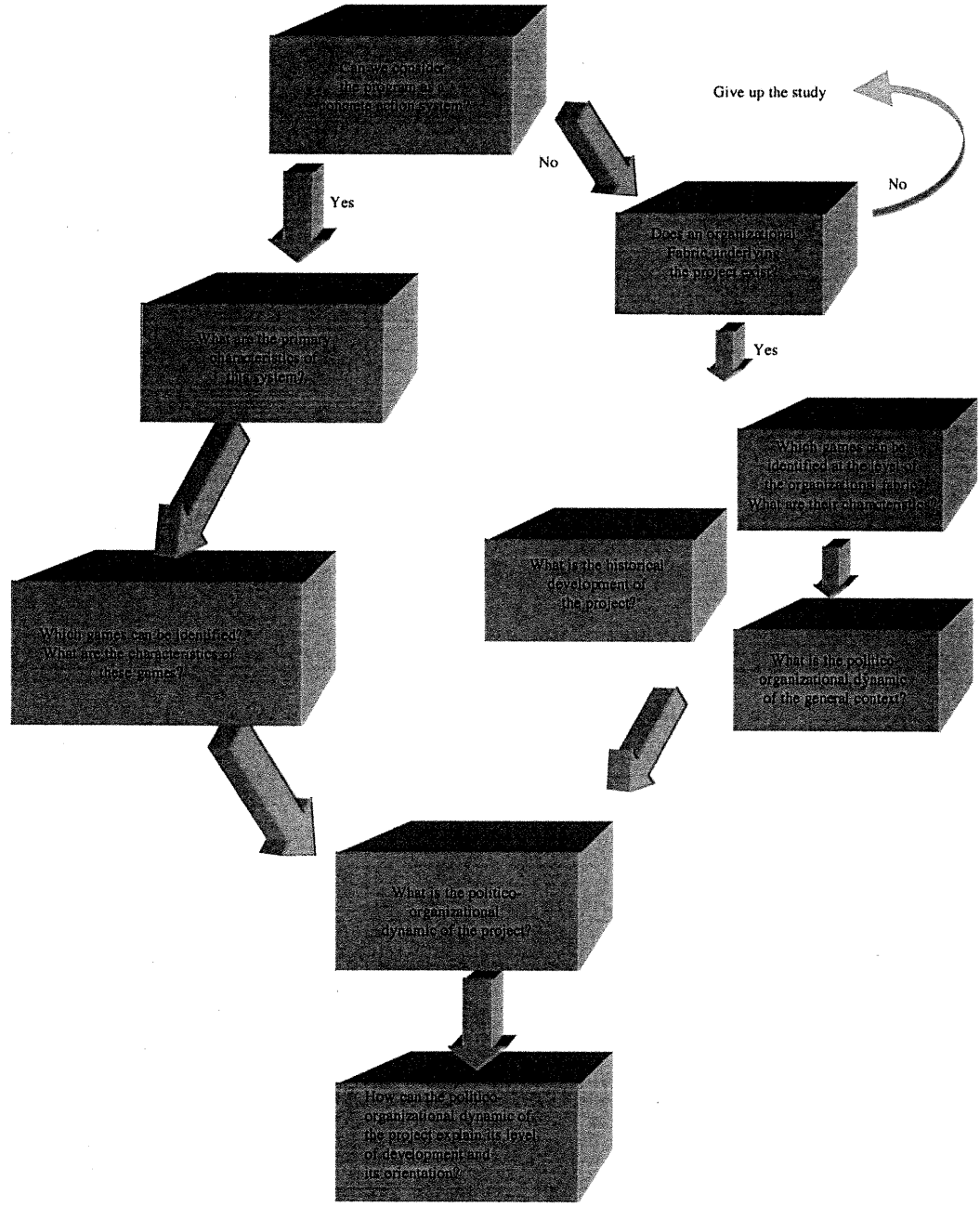
the implementation of the program, while others did not. In every case, the program was subject to the alliances and conflicts characteristic of relations between actors at the organizational field level. In the case where a program is not sufficiently present to allow implementation analysis through the identification of the sub-systems represented by the games, we believe it is possible to carry out an implementation analysis through the analysis of the regulation patterns of the organizational context underlying the program and through the retrospective analysis of the development of the project. One can continue the evaluation by approaching the project dynamic through the study of the games which are identified at the underlying fabric level, and which involve some of the actors having participated in the implementation of the project being evaluated (see Figure 5).



**Figure 5: From the fabric to the program**

Such an approach implies carrying out significant parallel research on the particularly important events of the development of the project in order to try to obtain the most complete picture of its previous evolution. This stage is present

even in cases where the program can be considered as a concrete action system. But if the program is no longer directly observable, its study probably becomes more difficult, obliging even greater precision. If the organizational fabric is nonexistent, the evaluator has no other choice but to give up his evaluation. We present the different alternatives that the researcher is faced with by means of an algorithm (see Figure 6).



**Figure 6: Strategic analysis: a conceptual framework for implementation evaluations**

### *e) Conclusion*

Strategic analysis has been widely used in organizational sociology, but it has seldom been applied to program evaluation. From our experience, it can only be adapted to this type of research at the cost of a reconceptualization of the research approach. We believe that the new model we propose for strategic analysis allows us to bridge the gap amongst three worlds: program evaluation, qualitative research, and organizational sociology. It is an approach that allows the carrying out of implementation analysis in a processual manner, providing the evaluator with a guide for the conceptualization and realization of his research, without constraining him to pre-established research categories.

There are several possible avenues one can take to establish the research approach chosen for the implementation analysis of a program. The evaluator can delve into books on evaluation theory. Chances are he will discover many classifications and discussions on methodology for each type of evaluation identified. For example, Sheirer (1994) discusses in great detail the components of process evaluation. She identifies three major categories for which different techniques exist: the identification of the components of the program ("formative evaluation, evaluability assessment, use of theory to aid program specification"), the measure of the implementation, and the analysis of the influences on implementation differences. For each category, she proposes different approaches that permit characterization of the variables of interest and conception of adapted methods of data collection. However, two possible attitudes for process evaluation exist, not necessarily compatible with such an approach. The evaluator may, after having viewed the program he wishes to evaluate, set precise evaluation objectives. In this case, a nomenclature such as the one developed by Sheirer (1994) is very helpful in clarifying the steps of the evaluation, the variables to consider, and the appropriate approaches to data collection. The evaluator may, instead, wish to focus his evaluation around the themes and stakes that are determining factors for the program managers in order to maximize the use of his research results. In this case, precise evaluation objectives only appear after relatively intense contact with the field. In such a situation, the evaluator may feel

at a loss since he can not make a direct link to pre-established categories. What is he to do in cases where he would like to approach process evaluation in a processual manner?

Qualitative research is known for being particularly appropriate for processual analysis. Our evaluator may then look for books dealing with qualitative methods and evaluation. There, he will find many discussions on different paradigms, ways of collecting and analyzing the data. However, the link between evaluation methods and evaluation estimates remains relatively undeveloped. Furthermore, the terms used in the literature on evaluation and qualitative evaluation overlap, which makes movement between the two fields of expertise more difficult. For example, for Patton (1990), formative evaluation is one of the five types of qualitative research. It is used when the objective is program improvement. Implementation analysis would then be part of formative evaluations. For Sheirer (1994), on the other hand, formative evaluation is one of the components of implementation analysis. Faced with such difficulties, the evaluator may feel ill at ease in choosing qualitative methods because they seem to allow him a more processual study approach, with no precise references on the conceptualization of his study. Furthermore, he may easily find himself in an untenable position when faced with managers asking him for explanations of how he intends to evaluate the program.

Strategic analysis meets the need to conceptualize the processual analyses of the implementation. Its integrated strategy, which permits an inductive approach while providing a theoretical research framework to guide the researcher throughout his evaluation, bridges the gap between the fields of evaluation and qualitative research.

### *f) References*

- Ackoff R.L. (1960) Systems, organizations, and interdisciplinary research, in Emery F.E. (Eds) *Systems thinking*, Penguin Modern Management readings, Penguins Books : 330-347.

- Bacharach S., Lawler E.J. (1980) *Power and Politics in Organizations. The Social Psychology of Conflict, Coalitions, and Bargaining*, Jossey-Bass Inc. Publishers,
- Berry M. (1994) L'analyse stratégique et les transformations de l'entreprise, dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.
- Bienaymé A. (1994) Guider le changement, dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.
- Bourdieu P. (1993) *La misère du monde*, Éditions du Seuil, coll. Libre Examen.
- Champagne F., Denis J-L. (1990) Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions : l'analyse d'implantation, *Service social : L'avenir des services ou services d'avenir*, vol. 41 (1) : 143-163.
- Champagne F., Denis J-L., Pineault R., Contandriopoulos A-P., (1991) Structural and political models of analysis of the introduction of an innovation in organizations : The case of the change in the method of payment of physicians in long-term care hospitals, *Health Services Management Research*, vol. 4 (2) : 94-111.
- Chelimsky E. (1994) Remarques sur l'évaluation de programmes, dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.
- Crozier M. (1987) L'analyse stratégique en milieu hospitalier : pertinence et méthodologie, *Gestions hospitalières*, n° 261, décembre 86/janvier 87 : 787-791.
- Crozier M., Friedberg E. ([1977] 1992) *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Éditions du Seuil, coll. Points Essais.
- De Closets F. (1994) La réforme modeste, dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.
- De Vulpian (1994) De l'évolution paradigmatique des gens ordinaires à l'adaptation des entreprises. Comment guider le changement?, dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.
- Denis J-L., Champagne F. (1990) L'analyse d'implantation: modèles et méthodes, *La revue canadienne d'évaluation de programme*, vol. 5, n°2 : 47-67.

- Dion S. (1982) Pouvoirs et conflits dans l'organisation : grandeur et limites du modèle de Michel Crozier, *Canadian Journal of Political Science/Revue Canadienne de science politique*, vol. XV (1) : 85-101.
- Dion S. (1994) Une stratégie pour l'analyse stratégique dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.
- Donneur A.P., Padioleau J.G. (1982) Local Clientelism in Post-Industrial Society : The example of the French Communist Party, European, *Journal of Political Research*, vol.10 (4) : 71-82.
- Faivre J-L. (1993) Ce que fait la police : le travail des policiers en tenue dans un commissariat central parisien, dans *Police, Justice, Prisons. Trois études de cas*, Éditions L'Harmattan.
- Foucault M. (1982) Le sujet et le pouvoir, dans FOUCAULT M. (1994) *Dits et Écrits 1954-1988*, Éditions Gallimard, vol.4.
- Friedberg E. (1993) *Le Pouvoir et la Règle: Dynamiques de l'action Organisée*, Éditions du Seuil.
- Friedberg E. (1994) Le raisonnement stratégique comme méthode d'analyse et comme outil d'intervention dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.
- Gervais M. (1998) Repenser le concept d'évaluation de l'efficacité d'une organisation, *The Canadian Journal of Program Evaluation*, vol.13 (2) :98-112.
- Guiraud F. (1994) Applications de l'analyse stratégique aux problèmes de l'entreprise. de l'obéissance à la responsabilité diffusée, dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.
- Jobert B. (1976) L'essentiel et le résidu (bis). Pour une critique de l'analyse systémique stratégique, *Revue française de Sociologie*, vol. XVII : 633-642.
- Kickert W. (1993) Complexity, Governance and Dynamics : Conceptual Explorations of Public Network Management, dans Kooiman J., *Modern Governance. New Government-Society Interactions*, Sage Publications, London : 191-204.
- Kingdon J.W. (1984) *Agendas, Alternatives and Public Policies*, HarperCollins Publishers, New York.

- Klijn E-H. (1996) Analysing and managing policy processes in complex networks: a theoretical examination of the concept policy network and its problems, *Administration and Society*, vol.28 (1): 90-119.
- Klijn E-H., Koppenjan J., Termeer K. (1995) Managing networks in the public sector: a theoretical study of management strategies in policy networks, *Public Administration*, vol.73 (3): 438-454.
- Langley A., Mintzberg H. Pitcher P., Posada E., Saint-Marcary J. (1995) Opening up Decision Making: The View from the Black Stool, *Organization Science*, vol. 6, n°3: 260-279.
- Leloup X. (1996) Statut professionnel et champ artistique, *Recherches sociologiques*, n°3 :49-62.
- Marsh D., Rhodes R.A.W. (1992) Policy Networks in British Politics : A Critique of Existing Approches dans Marsh D., Rhodes R.A.W., *Policy Networks in British Government*, Clarendon Press, Oxford : 1-26
- Miller S.J., Hickson D.J., Wilson D.C. (1996) Decision-Making in Organizations, *Handbook of Organization Studies*, edited by Clegg S.R, Hardy C, Nord, W.R. Sage Publications: 293-312.
- Morin P. (1994) Le raisonnement de l'analyse stratégique : son application à l'intervention dans l'entreprise, dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.
- Mouhanna C. (1993) L'impossible décloisonnement : analyse de la réforme des services sociaux de l'Administration pénitentiaire, dans *Police, Justice, Prisons. Trois études de cas*, Éditions L'Harmattan.
- Patton M.Q. (1982) *Practical evaluation*, Sage Publications.
- Patton M.Q. (1990) *Qualitative evaluation and research methods*, second edition, Sage Publications.
- Patton M.Q. (1997) *Utilization-Focused Evaluation. The New Century Text*, Third Edition, Sage Publications.
- Proulx M. (1993) Laisser-faire et gestion par la crise : sur le fonctionnement de quelques tribunaux d'instance parisiens, dans *Police, Justice, Prisons. Trois études de cas*, Éditions L'Harmattan.
- Rossi P.H., Freeman H.E., Lipsey M.W. (1999) *Evaluation a systematic approach*, 6<sup>th</sup> edition, Sage Publications.



Sainsaulieu R. (1994) Entreprise et société. Quelles sociologies? dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.

Sheirer M.A. (1994) Designing and Using Process Evaluation, in *Handbook of Practical Program Evaluation*, Wholey J.S., Hatry H.P., Newcomer K.E. editors, Jossey-Bass Publishers, San Francisco : 40-68.

Shortell S.M., Richardson W.C. (1978) Program evaluation : historical antecedents and contemporary developments in *Health Program Evaluation*, CV Mosby, St-Louis, Missouri :1-15.

Trosa S. (1994) Qui a vu passer la décentralisation?, dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.

Weiss C.H. (1998) *Evaluation. Methods for studying programs and policies*, Second edition, Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey.

Worms J-P (1994) Mais si, on peut changer la société par décret!, dans *L'analyse stratégique autour de Michel Crozier. Sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels*, Colloque de Cerisy, ed. Seuil.