

Contribution au partenariat francophone pour l'équité en santé : proposition d'une approche d'optimisation des interactions entre acteurs

Présenté par

Kotchikpa Graciano AYEFOUNI

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Management

Spécialité Management de projets

Directeur de mémoire : Pr Mahamat ABDELLATIF

Le 03 octobre 2023

Devant le jury composé de :

Professeur Thierno DIALLO	Président
Chef du département des sciences économiques et administration à l'Université du Québec à Chicoutimi	
Docteur Alioune DRAMÉ	Examineur
Directeur du Département Management à l'Université Senghor	
Mahamat ABDELLATIF	Examineur
Directeur des Études et de la Recherche Appliquée à ISTA-CEMAC	

Remerciements

« Lorsque nous rencontrons quelqu'un qui nous doit de la reconnaissance, nous nous le rappelons sur-le-champ. Combien de fois rencontrons-nous des personnes à qui nous devons de la reconnaissance, sans y penser ? » Johann Wolfgang von Goethe

Gladys Bronwyn Stern a dit : *« La reconnaissance silencieuse ne sert à personne. »*

Je voudrais, ici, témoigner toute ma gratitude à toutes les personnes qui m'ont accompagné tout au long de cette aventure senghorienne et dans la rédaction de ce document. Qu'elles m'aient soutenu moralement, physiquement, spirituellement ou intellectuellement, elles ont contribué, à la mesure de leurs possibilités, à enrichir mon parcours de formation. Je pense notamment :

- Au Professeur Thierry VERDEL, Recteur de l'Université Senghor, pour l'opportunité du stage, la confiance placée en moi dans l'exécution des tâches en toute autonomie, et la bienveillance témoignée à mon égard tout au long de ce stage ;
- Au Professeur Mahamat ABDELLATIF, Directeur des Études et de la Recherche Appliquée à ISTA-CEMAC, pour avoir dirigé de main de maître ce travail ;
- Au Docteur Alioune DRAMÉ, Directeur du département Management à l'Université Senghor, pour sa disponibilité et ses multiples conseils tout au long de la formation ;
- Au Docteur Ulvick HOUSSOU et son équipe, pour m'avoir offert un bureau au sein de la DDE de l'Université Senghor, ainsi que pour l'encadrement ;
- Aux Professeurs Jean-Luc DUMAS, Ahmed MAHERZI et Nadia BENMANSOUR pour leur accompagnement tout au long de mon stage et l'opportunité offerte pour participer au colloque de la CIDMEF à Paris ;
- Au Docteur Gilbert VICENTE, Secrétaire de la CIDMEF, pour sa disponibilité et son implication dans la collecte des données pour ce travail ;
- À tout le corps professoral de l'Université Senghor, et en particulier du département management, pour la richesse de leurs enseignements qui ont façonné ma vision du monde et mes compétences en gestion ;
- À ma famille et à ma belle-famille, pour leur soutien indéfectible. Sans vous, je n'aurais pas pu tenir ces deux ans loin de ma partenaire ;
- À mon parrain Diop MOUSSA, à mon cher ami Jacques GNATOU, pour leur soutien ;
- A mon très chère amie Gracia MALU, pour son soutien tout au long de ce parcours ;
- À toute la communauté senghorienne de la 18ème promotion, en particulier la communauté togolaise, qui a su surmonter les difficultés pour rester soudée jusqu'à la fin de cette aventure.

À toutes celles et ceux qui ont contribué à cette aventure, de près ou de loin, et dont je n'ai pas eu l'occasion de citer le nom, je vous adresse mes sincères remerciements.

Dédicace

À ma douce et tendre épouse Okpè AYEFOUNI

« *Tu es une personne d'une résilience et d'une générosité exceptionnelles.* »

À mon défunt père Ognado AYEFOUNI

« *La lecture est essentielle pour ton épanouissement !
Tu es ma grâce, et je compte sur toi.* » Voici tes paroles.
Tu me les chantais à longueur de journée, et j'ai fini par
les intégrer dans ma mémoire. Sauf que tu es parti trop
tôt pour célébrer mes succès.

Résumé

L'équité en santé est un principe fondamental de la santé publique. Dans l'espace francophone, les inégalités sociales de santé sont importantes et se manifestent de diverses manières, selon le contexte socio-économique, politique et environnemental.

Pour faire face à ces inégalités, les partenariats entre différents acteurs de la santé, publics et privés, nationaux et internationaux, sont une solution possible.

L'initiative francophone pour l'équité en santé est une forme de partenariat en cours de développement. Elle a pour but de lutter contre les inégalités sociales de santé, notamment les déserts médicaux.

Cette étude a été menée pour analyser la dynamique de construction de ce partenariat et proposer des pistes d'optimisation.

Nous avons adopté une démarche de recherche analytique basée sur la revue de littérature et l'utilisation de données qualitatives.

L'étude a révélé des difficultés dans la mise en place et le développement du partenariat. En particulier, les acteurs n'ont pas encore atteint un consensus sur un ensemble d'éléments fondamentaux qui guideront leurs interactions.

Les résultats de l'étude montrent que la réussite des partenariats en santé dépend de la qualité des relations entre les acteurs. Pour garantir une collaboration efficace, il est important que les partenaires partagent des valeurs communes, des règles et principes de fonctionnement.

Pour redynamiser le processus générique de ce partenariat, la CIDMEF doit organiser des négociations permettant d'aboutir à un consensus sur ces éléments fondamentaux. Cette démarche permettra de susciter plus d'engagement de la part des acteurs et de faciliter la co-construction du plan d'action.

L'étude présentée dans ce document fournit des informations importantes sur le partenariat francophone pour l'équité en santé. Les résultats de l'étude peuvent être utilisés pour améliorer ce partenariat et le rendre plus efficace.

Mots-clefs

Désert médical, équité en santé, partenariat, initiative francophone, CIDMEF.

Abstract

Health equity is a fundamental principle of public health. In the French-speaking world, social health inequalities are significant and manifest themselves in various ways, depending on the socioeconomic, political, and environmental context.

To address these inequalities, partnerships between different health actors, public and private, national and international, are a possible solution.

The French-speaking Initiative for Health Equity is a form of partnership under development. It aims to combat social health inequalities, including medical deserts.

This study was conducted to analyze the dynamics of building this partnership and to propose avenues for improvement.

The study adopted an analytical research approach based on a literature review and the use of qualitative data.

The study revealed difficulties in the implementation and development of the partnership. In particular, the actors have not yet reached a consensus on a set of fundamental elements that will guide their interactions.

The study results show that the success of health partnerships depends on the quality of relationships between actors. To ensure effective collaboration, it is important that partners share common values, rules, and operating principles.

To revitalize the generic process of this partnership, CIDMEF must organize negotiations to reach a consensus on these fundamental elements. This approach will help to generate more engagement from actors and facilitate the co-construction of the action plan.

The study presented in this document provides important information about the French-speaking Partnership for Health Equity. The study results can be used to improve this partnership and make it more effective.

Key-words

Medical desert, Health equity, French speaking initiative, Partnership, CIDMEF.

Liste des acronymes et abréviations utilisés

- CIDMEF : Conférence internationale des doyens et des facultés de médecine d'expression française
- CADMEF : Conférence africaine des doyens de médecine d'expression française
- CIDPHARMEF : Conférence internationale des doyens de pharmacie d'expression française
- CDMPDT : Conférence des doyens de médecine, de pharmacie et de médecine dentaire de Tunisie
- DDE : Direction du Développement et de l'Entrepreneuriat de l'Université Senghor
- RESHAOC : Réseau des hôpitaux d'Afrique de l'Océan Indien et des Caraïbes
- RIFRESS : Réseau international francophone pour la responsabilité sociale en santé
- REFESP : Réseau des établissements francophones en santé publique
- AUF : Agence Universitaire de la Francophonie
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- Unesco : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
- ODD : Objectifs du Développement Durable
- OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
- ONU : Organisation des Nations Unies
- PMBoK : Project Management Body of Knowledge

Table des matières

Remerciements	i
Dédicace.....	ii
Résumé	iii
Mots-clefs	iii
Abstract.....	iv
Key-words	iv
Liste des acronymes et abréviations utilisés	v
Introduction	1
1 Problématique de l'équité en santé et de la démarche partenariale	3
1.1- Approche de construction du partenariat pour l'équité en santé	3
1.1.1- Le partenariat : un impératif pour relever les défis contemporains	3
1.1.2- Le partenariat : une démarche de construction.....	4
1.1.3- Le fonctionnement du partenariat : une question de règles, de valeurs et de principes.....	5
1.2- Milieu d'étude, état des lieux et diagnostic des difficultés à la concrétisation de l'initiative francophone pour l'équité en santé	6
1.2.1- Milieu d'étude : Conférence Internationale des Doyens et Facultés de Médecine d'Expression Française (CIDMEF)	6
1.2.2-Présentation de l'initiative francophone pour l'équité en santé.....	7
1.2.3- État des lieux : les inégalités sociales de santé	7
1.2.4- Conférence scientifique sur le partenariat en santé : piste de réflexion sur les défis de santé dans l'espace francophone.	10
1.2.5- Problème de démarche partenariale : diagnostic de l'interaction entre les institutions.....	10
1.3- Questions, objectifs, hypothèses et intérêts de la recherche	11
1.3.1- Questions de recherche	11
1.3.2- Objectifs de recherche	12
1.3.3- Hypothèses de recherche.....	12
1.3.4- Intérêts de la recherche	12
2 État de l'art sur le partenariat	14
2.1- Clarification des concepts	14

2.1.1-	Le désert médical.....	14
2.1.2-	Partenariat.....	15
2.1.3-	Collaboration	16
2.2-	Genèse et caractéristiques du partenariat	16
2.2.1-	Naissance du partenariat	16
2.2.2-	Formes de partenariats.....	17
2.2.3-	Modèles et types de partenariats en santé	19
2.2.4-	Les enjeux du partenariat.....	19
2.3-	Modèles organisationnels en partenariat.....	23
2.3.1-	Les paramètres de conception d’un modèle organisationnel	23
2.3.2-	Structures organisationnelles en projets	24
3	Méthodologie	25
3.1-	Démarche de la recherche	25
3.2-	Type d’investigation.....	25
3.3-	Choix des variables	27
3.4-	Sélection du cas	28
3.5-	Sources et collectes des données.....	29
3.5.1-	Recherche documentaire	29
3.5.2-	L’entrevue.....	30
3.5.3-	Questionnaire	30
3.6-	Traitement et analyse des données	30
3.7-	Apport du stage.....	31
3.7.1-	Structure d’accueil	31
3.7.2-	Activités menées en lien avec notre recherche	32
4	Analyse des résultats et recommandations	34
4.1-	Résultats de nos enquêtes	34
4.1.1-	Cartographie des acteurs	34
4.1.2-	Entente entre partenaires sur les règles de fonctionnement, les principes et valeurs du partenariat.....	35
4.1.3-	Interaction entre les acteurs	36
4.1.4-	Les idées générales dégagées des entrevues.....	37

4.2- Discussion.....	38
4.3- Recommandations.....	40
5 Projet d'évaluation des besoins de formation sur le développement des partenariats pour l'équité en santé dans l'espace francophone.	43
5.1 Contexte et justification.....	43
5.2 Formalisation du problème et choix de la solution.....	44
5.3 Méthodologie du projet.....	45
5.3.1 Analyse des parties prenantes.....	45
5.3.3 Structure de découpage du projet.....	47
5.4 Opérationnalisation du projet.....	47
5.4.1 Planification opérationnelle du projet.....	47
5.4.2 Budget prévisionnel.....	48
Conclusion.....	49
6 Références bibliographiques.....	i
6.1 Sources juridiques.....	i
6.2 Ouvrages.....	i
6.3 Articles.....	ii
6.4 Communications.....	vi
6.5 Rapports.....	vi
6.6 Thèses et mémoires.....	vi
6.7 Webographie.....	vii
7 Liste des illustrations.....	ix
8 Liste des tableaux.....	ix
9 Annexes.....	x
9.1 Annexe 1 : Déclaration de Djerba.....	x
9.2 Annexe 2 : Structures organisationnelles en projets.....	xii
9.3 Annexe 3 : institutions, visions, missions et valeurs.....	xiv
9.4 Annexe 4 : Guide d'entretien.....	xvii
9.5 Annexe 5 : Questionnaire.....	xix

Introduction

L'équité en santé est un principe fondamental de la santé publique (Jourdain 1998). Elle vise à garantir à tout individu, quel que soit son statut socio-économique, son origine ethnique, sa race ou son genre, un accès égal aux possibilités de vivre en bonne santé¹ grâce à des soins ponctuels, appropriés et de qualité.

Dans l'espace francophone, les inégalités sociales de santé sont importantes. Elles sont liées à un certain nombre de variables complexes et interdépendantes résultant de facteurs sociopolitiques et qui conduisent à des dissemblances dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources entre les différents groupes de population et classes sociales². Ainsi, les inégalités sociales de santé se manifestent diversement, selon le contexte socio-économique, politique et environnemental.

Pour faire face aux différents défis contemporains liés à ces inégalités, notamment les déserts médicaux dans l'espace francophone, le partenariat constitue une piste de solution qui permet de mobiliser différents acteurs de la santé, publics et privés, nationaux et internationaux, pour travailler ensemble en vue de l'amélioration de l'accès aux soins et des résultats de santé pour tous³. Selon l'Unesco (2019), « *les enjeux mondiaux sont aujourd'hui trop grands pour qu'une organisation, quelle qu'elle soit, puisse y faire face seule. D'où le besoin impérieux de partenariats qui regroupent les organisations et réseaux internationaux et assurent la coopération avec les secteurs publics et privés* ».

Si le partenariat constitue une solution pour faire face aux inégalités sociales de santé, son processus générique n'est pas à la portée de tous. Il nécessite une approche méthodologique bien élaborée et déployée méticuleusement par les porteurs de projet afin de réussir la fédération de leurs efforts vers une vision commune et l'atteinte de leurs objectifs⁴.

L'initiative francophone pour l'équité en santé est une forme de partenariat naissante dans l'espace francophone. Elle a pour but de lutter contre les inégalités sociales de santé. Les premières actions de cette initiative ont été décidées lors de la déclaration de Djerba en novembre 2022, en marge du Sommet de la Francophonie en Tunisie. Quatorze acteurs ont co-signé cette déclaration et s'engagent à lutter contre les déserts médicaux.

¹<https://www.camh.ca/fr/agent-du-changement/health-equity#:~:text=L'%C3%A9quit%C3%A9%20en%20mati%C3%A8re%20de,situation%20sociale%2C%20%C3%A9conomique%20ou%20d%C3%A9mographique.>, en ligne, consulté le 10 août 2023 à 14h41'.

² <https://health-inequalities.eu/fr/health-inequalities/#:~:text=La%20Rapport%20sur%20l'%C3%A9tat,de%20quartier%20de%20mauvaise%20qualit%C3%A9.>, en ligne, consulté le 10 août 2023 à 15h02'.

³ <https://www.who.int/fr/about/collaboration/partnerships#:~:text=Il%20est%20d%C3%A9montr%C3%A9%20que%20le,techniques%20%C3%A9tablies%20par%20l'OMS>, en ligne, consulté le 17 août 2023 à 18h51'.

⁴ https://www.tiess.ca/wp-content/uploads/2018/04/TIESS_fiche_ToC_2018_04_10.pdf, en ligne, consulté le 17 août 2023 à 18h41'.

L'engouement des acteurs pour l'initiative francophone pour l'équité en santé est une bonne nouvelle. Il est cependant important de s'assurer que cet engouement se traduise par des engagements effectifs. Pour cela, il est nécessaire de mettre en place des approches stratégiques bien mûries qui prennent en compte la diversité et la singularité des acteurs. C'est dans cette optique que s'inscrit cette étude, qui vise à déterminer le meilleur dispositif pour optimiser la coopération entre les acteurs de l'initiative.

Plusieurs actions ont été menées à la suite de cette déclaration et ont abouti à la définition des orientations, des axes et priorités stratégiques. Les activités sont actuellement en cours pour l'élaboration d'un plan d'action. Cependant, l'on a constaté qu'aucune évaluation n'a été faite sur les forces et les faiblesses de la synergie, qu'aucune négociation n'a été faite pour déterminer des valeurs communes, des principes et règles de fonctionnement qui guideront les interactions entre les acteurs, et qu'il y a une faible participation des acteurs aux réunions.

La présente étude répond à la question centrale suivante : comment optimiser les interactions entre acteurs de l'initiative francophone pour l'équité en santé ? De cette question découlent deux questions spécifiques à savoir : (1) quelles sont les motivations des acteurs à mettre en place le partenariat pour l'équité en santé dans l'espace francophone ? (2) quelles sont les difficultés que rencontrent les acteurs dans la mise en œuvre de l'initiative francophone pour l'équité en santé ?

L'étude s'interroge donc sur la dynamique de construction de ce partenariat en s'appuyant sur la complémentarité entre les acteurs et la valorisation de leurs singularités. Elle vise à identifier les institutions et leurs contributions au partenariat d'une part, et d'autre part, proposer des pistes de solutions pour améliorer les relations entre acteurs de la synergie.

Pour mener à bien cette recherche, nous avons procédé à une étude analytique basée essentiellement sur une approche qualitative de collecte des données.

Notre travail est subdivisé en cinq chapitres distincts. Le premier chapitre présente la problématique de la démarche partenariale et de l'équité en santé dans l'espace francophone. Le deuxième chapitre est consacré à la revue documentaire sur la genèse et les caractéristiques du partenariat. Les troisième et quatrième chapitres présentent, respectivement, la méthodologie adoptée dans le cadre de cette étude et les résultats obtenus, suivis des recommandations. Enfin, le cinquième et dernier chapitre présente notre projet professionnel.

1 Problématique de l'équité en santé et de la démarche partenariale

Ce chapitre présente la dynamique de la mise en place de l'initiative francophone pour l'équité en santé. Il illustre la démarche de partenariat, présente le milieu d'étude, pose le diagnostic, ainsi que les questions et hypothèses de la recherche.

1.1- Approche de construction du partenariat pour l'équité en santé

1.1.1- Le partenariat : un impératif pour relever les défis contemporains

Le partenariat apparaît de nos jours comme une nouvelle approche organisationnelle susceptible d'aider les différents acteurs du monde socio-économique, culturel et politique à faire face aux impératifs de la globalisation des phénomènes sociaux et naturels. Dans sa stratégie globale pour les partenariats, l'Unesco (2019) souligne que « *les enjeux mondiaux sont aujourd'hui trop grands pour qu'une organisation, quelle qu'elle soit, puisse y faire face seule. D'où le besoin impérieux de partenariats [...]* ».

Convaincus de la nécessité de développer des partenariats pour relever les défis imposés par le secteur de la santé, l'OMS indique dans son rapport annuel de 2003 que « *la réalisation des objectifs nationaux et mondiaux nécessite de nouvelles ressources et un niveau de coopération sans précédent entre les organismes multilatéraux, les autorités nationales, les communautés, le secteur privé et les autres parties prenantes.* » (Barry 2015). Ainsi, en adoptant la charte de Bangkok lors de la sixième conférence mondiale sur la promotion de la santé en 2005, l'OMS avait souligné que l'une des mesures pour agir sur les déterminants de la santé était « *d'établir des partenariats et des alliances avec le secteur public, le secteur privé, les organisations non-gouvernementales et internationales et la société civile, afin de mettre en place des actions durables.* »

Dans le monde, l'engagement des États à travailler ensemble pour le développement commun s'est exprimé via l'adoption des Objectifs du Millénaire (OMD 8)⁵ en l'an 2000 et ceux du développement durable (ODD 17)⁶ en 2015.

Inspiré par le modèle Nord-américain au début des années 1980, le partenariat est devenu de nos jours le maître mot des institutions internationales et des politiques publiques (Hamzaoui 2009). Ainsi, face à la raréfaction des ressources et moyens pour relever les défis contemporains imposés par les inégalités sociales, le partenariat constitue une approche

⁵ <https://www.vie-publique.fr/fiches/274925-quels-sont-les-objectifs-du-millenaire-pour-le-developpement-omd>, en ligne, consulté le 09 juillet 2023 à 15h 01'.

⁶ <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/globalpartnerships/>, en ligne, consulté le 09 juillet 2023 à 15h03'.

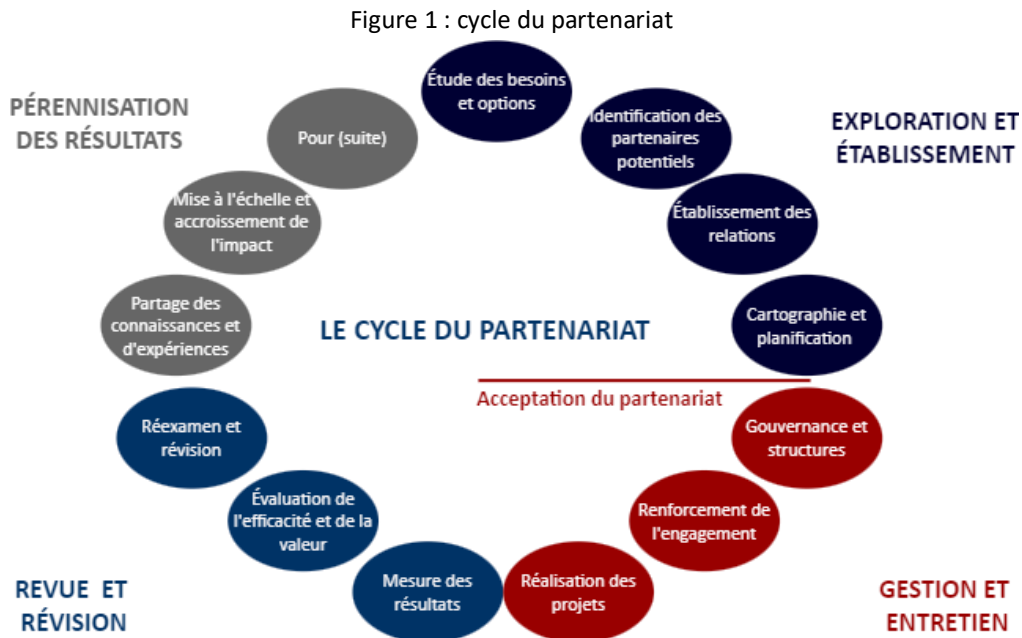
louable pour réunir les ressources, les compétences et les efforts pour tenter de faire mieux et autrement (Nadia 2003).

Le partenariat peut donc être à l'origine de solutions créatives et créatrices du fait de l'appariement des plus-values des parties prenantes. Il permet dès lors un renforcement mutuel des capacités, et favorise l'efficacité, l'efficience et la cohérence des actions⁷.

Mais alors, comment se construit une relation de partenariat durable ? C'est à cette question que nous répondons dans la section suivante. Nous verrons le processus générique d'un partenariat et l'importance de chacune des phases.

1.1.2- Le partenariat : une démarche de construction

Tennyson (2003) identifie 12 phases dans le cycle générique d'un partenariat durable. Ces phases sont essentielles pour maintenir le partenariat en équilibre et en marche jusqu'à l'atteinte des objectifs visés.



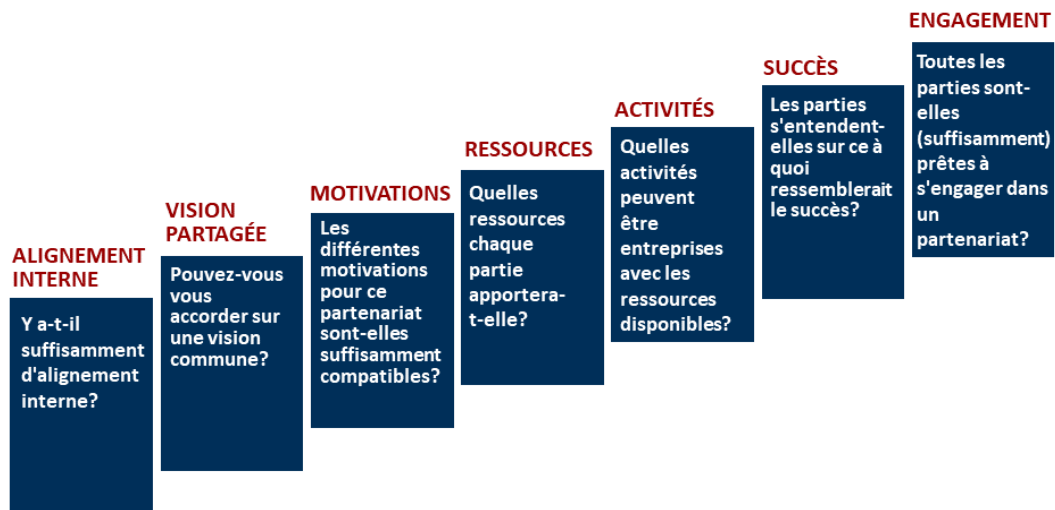
Source : Partnership Brokers Association, adapté du manuel de partenariat (2020).

En s'inspirant du manuel de partenariat, Partnership Brokers Association⁸ en a identifié sept étapes essentielles pour parvenir à un accord de partenariat.

⁷ <https://cercle.lu/download/parteneriats/ENDAconstruiregeerereevaluerunparteneriat.pdf>, en ligne, consulté le 10 juillet 2023 à 10h33'.

⁸ Partnership Brokers Association est une organisation internationale qui regroupe les professionnels chargés du développement et de la gestion des processus de collaboration. <https://www.partnershipbrokers.org/>

Figure 2 : sept étapes pour parvenir à un accord de partenariat



Source : Partnership Brokers Association (2020)

Selon Partnership Brokers association, le cycle du partenariat peut être réparti en quatre phases principales constituées chacune des étapes dont la prise en compte faciliterait la réussite du processus. Il est donc nécessaire, avant toute signature de convention ou accord de partenariat, que les partenaires prennent le temps de se connaître mutuellement en ce qui concerne leurs valeurs, leurs motivations et les types de contributions possibles. Par ailleurs, les partenaires doivent non seulement mettre en place des mécanismes de coordination capables d'assurer l'atteinte des objectifs, mais aussi chercher des opportunités pour réfléchir sur le fonctionnement de leur partenariat et les moyens de pérenniser les résultats de leurs actions.

On se pose alors la question de savoir : comment fonctionne le partenariat ? Pour répondre, nous avons consulté certains travaux dont nous faisons la restitution dans la section suivante.

1.1.3- Le fonctionnement du partenariat : une question de règles, de valeurs et de principes

Selon Niang (2005), les partenariats sont bénéfiques pour les partenaires, car ils leur permettent d'accomplir des choses qu'ils ne pourraient pas faire seuls. Cependant, ces partenariats peuvent également être source de conflits, notamment entre les organisations qui disposent de ressources financières suffisantes et celles qui en dépendent. Ces conflits sont dus à un déséquilibre de pouvoir entre les deux types d'organisations.

Ce dysfonctionnement du partenariat peut être évité en fixant un certain nombre de règles, de valeurs et de principes qui guident les interactions entre les acteurs. Ces règles, valeurs et principes doivent garantir l'égalité entre les partenaires et l'absence de domination de l'un sur l'autre.

Selon le manuel de Enda Graf⁹, le partenariat est une collaboration entre deux ou plusieurs parties prenantes qui partagent des objectifs communs. Pour réussir, le partenariat nécessite une prise de décision partagée, un partage des risques, du pouvoir, des avantages et des responsabilités. Il s'agit donc d'une relation de réciprocité qui repose sur la confiance, le respect et la communication.

Mintzberg (1982) a montré que les organisations fonctionnent en divisant les tâches et en mettant en place des mécanismes de coordination. Le partenariat, défini comme une collaboration étroite entre les partenaires sociaux et économiques¹⁰, est une forme organisationnelle qui repose sur ces mêmes principes.

Dans le cadre du partenariat pour l'équité en santé dans l'espace francophone, nous avons constaté un certain nombre de manquements dans la démarche de construction. Nous souhaitons analyser ce processus en cours afin d'identifier les faits probables qui pourraient entraîner des dysfonctionnements

1.2- Milieu d'étude, état des lieux et diagnostic des difficultés à la concrétisation de l'initiative francophone pour l'équité en santé

1.2.1- Milieu d'étude : Conférence Internationale des Doyens et Facultés de Médecine d'Expression Française (CIDMEF)

Créée le 23 janvier 1981 à Abidjan en Côte d'Ivoire dans le cadre des journées médicales africaines, la CIDMEF est un réseau institutionnel de l'Agence Universitaire de la Francophonie (AUF) dont le siège se trouve à Tours en France. De nos jours, la CIDMEF compte près de 150 facultés de médecine, dans 40 pays à travers le monde. Le principal objectif de la CIDMEF est de promouvoir la médecine de la santé dans le monde francophone dans un esprit de solidarité, de partage et de liberté¹¹. Pour atteindre son objectif, la CIDMEF s'est entourée, depuis sa création, de trois Conseils à savoir : le Conseil scientifique, le Conseil pédagogique et le Conseil d'évaluation (Gouazé 2001) ; et récemment le Conseil stratégique.

Dans son plan stratégique 2021-2025, la CIDMEF compte s'appuyer sur des axes transversaux pour faciliter l'atteinte de ses objectifs prioritaires. Ces axes concernent le partenariat, la communication et le financement. Ce plan a été élaboré au lendemain de la crise mondiale de la pandémie de la covid-19 qui a eu des impacts significatifs sur la santé dans l'espace francophone. C'est dans cette logique qu'a été initié le partenariat pour l'équité en santé dans l'espace francophone, qui fait l'objet de ce mémoire.

⁹ Enda Graf Sahel est une ONG basée à Dakar et membre de Enda Tiers-Monde. Elle travaille avec les populations urbaines en adoptant une démarche de Recherche-Action-Formative.

¹⁰ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/partenariat/58354>, en ligne, consulté 10 juillet 2023 à 11h39'.

¹¹ <https://factuel.univ-lorraine.fr/node/21865#:~:text=La%20CIDMEF%20est%20une%20ONG,40%20pays%20sur%204%20continents.>, en ligne, consulté le 31 juillet 2023 à 19h20'.

1.2.2-Présentation de l'initiative francophone pour l'équité en santé

Le partenariat francophone pour l'équité en santé est une initiative de la CIDMEF en vue de lutter contre les inégalités sociales de santé dans l'espace francophone. Cette action a été initiée à la veille du Sommet de la Francophonie à Djerba en Tunisie, en novembre 2022, et engage 14 institutions dont les rôles sont en cours de définition.

Les domaines d'intervention de ce partenariat sont : l'accès aux soins de santé, la qualité des soins de santé, la responsabilité sociale des structures de soins et de formation en santé, le numérique et la santé, l'engagement citoyen dans la santé et enfin le développement des partenariats.

Plusieurs facteurs expliquent la mise en place de ce partenariat, comme le montre les sections suivantes.

1.2.3- État des lieux : les inégalités sociales de santé

a- L'accès à la santé : le droit de tout être humain

Dans les textes juridiques et politiques, on peut trouver des dispositions qui garantissent aux individus le droit d'accéder à des soins de santé de qualité.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a reconnu en 1946, dans son préambule, que le droit d'accès à la santé est un droit fondamental de tout être humain. L'ONU a également reconnu ce droit en 1948, dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, à l'article 25. Le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Droits Humains précise que ce droit est inclusif, c'est-à-dire qu'il s'applique à tous, sans distinction¹².

Les États, comme les organisations internationales, ont pris des engagements pour le respect des droits humains fondamentaux, notamment le droit d'accès à la santé. Ils ont adopté des lois et intégré des principes garantissant ce droit dans leurs constitutions. On peut citer, par exemple, la constitution française¹³ de 1946, la constitution togolaise¹⁴ de 1992, la constitution chinoise¹⁵ de 1982, et la loi canadienne¹⁶ sur la santé de 1985.

¹² https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31_fr.pdf, en ligne, consulté le 01 mai 2023 à 17h15'.

¹³ Le préambule de la constitution de la République française du 27 octobre 1946 a été repris dans la constitution du 04 octobre 1958 (« Constitution de la République française - Assemblée nationale » 1958).

¹⁴ La loi constitutionnelle du 27 septembre 1992 souligne dans son article 34 que « l'État reconnaît aux citoyens le droit à la santé. Il œuvre pour le promouvoir » (« TGO-38025 (VERSION CONSOLIDÉE).pdf », s. d.)

¹⁵ La version consolidée de la constitution chinoise de 1982 souligne dans son article 21 le rôle de l'État en matière du droit à la santé (« République populaire de Chine, Constitution chinoise, 2018, MJP » s. d.).

¹⁶ La loi canadienne sur la santé souligne dans son article 3 que « la politique canadienne de la santé a pour premier objectif de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des Canadiens et faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou d'autre » (législatifs, 2017).

Malgré la multitude de textes juridiques qui protègent et défendent le droit d'accès à la santé, il est regrettable de constater qu'une grande partie de la population mondiale n'en bénéficie pas effectivement, en raison des nombreuses inégalités qui minent le secteur et les systèmes de santé, selon les pays et les régions.

b- Inégalités sociales de santé : une question de distribution des ressources

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), au moins la moitié de la population mondiale n'a pas accès aux soins de santé essentiels. Un rapport conjoint de l'OMS et de la Banque mondiale publié en 2017 a révélé que 800 millions de personnes ont consacré au moins 10 % de leur budget familial aux dépenses de santé, pour elles-mêmes, un enfant malade ou un autre membre de leur famille.

Les inégalités sociales de santé sont un problème mondial, et la pandémie de COVID-19 en a été une illustration. D'une part, la pandémie a mis en évidence les faiblesses des systèmes de santé, et d'autre part, elle a creusé les écarts d'accès aux soins et services de santé dans de nombreux pays.

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) définit les inégalités sociales de santé comme des différences de santé entre les individus liées à des facteurs sociaux, tels que la classe sociale, la catégorie socioprofessionnelle et économique, le niveau d'étude, etc. (Aïach 2000). Pour l'institut, ces inégalités sont évitables car elles résultent d'une distribution inégale des ressources. Il est possible d'agir sur cette distribution ou d'en atténuer les effets¹⁷. Les déserts médicaux sont l'une des manifestations les plus visibles de ces inégalités.

Les déserts médicaux sont des territoires où les gens rencontrent des difficultés d'accès aux soins et services de santé. La situation des déserts médicaux peut varier selon que l'on parle des soins de premier recours, c'est-à-dire des soins accessibles sans rendez-vous, ou des soins de deuxième recours, c'est-à-dire des soins spécialisés qui nécessitent un rendez-vous (Frélaut 2018). Dans tous les cas, les structures de formations et de soins doivent desservir les populations de leur territoire en soins nécessaires pour leur permettre de jouir effectivement de leur droit d'accès à la santé. C'est ce que souligne le Directeur Général de l'OMS, qui affirme qu'il est « *totalelement inacceptable que la moitié de la population n'ait toujours pas accès aux soins de santé les plus essentiels. Et ce d'autant plus qu'une solution existe : la couverture sanitaire universelle* »¹⁸.

Malheureusement, la couverture sanitaire universelle, qui est une priorité de l'ODD 3, est encore loin d'être atteinte dans la plupart des pays, et encore moins dans les pays francophones.

¹⁷ <https://www.inspq.qc.ca/analyses-de-l-etat-de-sante-de-la-population/surveillance-des-inegalites-sociales-de-sante> , en ligne, consulté le 23 mai 20223 à 17h16'.

¹⁸ Tedros Adhanom Ghebreyesus est élu Directeur Général de l'OMS depuis le 23 mai 2017.

c- Les inégalités sociales de santé dans quelques pays francophones

En France, 8 millions de personnes vivent dans les déserts médicaux (Souffi, 2019). Les principales raisons évoquées pour expliquer cette situation sont : le nombre réduit de médecins formés par an et les départs à la retraite multipliés ces dernières années.

En 2015, un événement scandaleux (contamination de tout un village au VIH-SIDA par la réutilisation d'une seringue et d'une aiguille lors des soins) a poussé le gouvernement cambodgien à mettre fin à l'exercice illégal de la médecine (Cettour-Rose, 2015). Par ailleurs, les problèmes de santé dans ce pays sont beaucoup plus liés à un manque d'eau courante propre, à un mauvais assainissement, aux difficultés d'accès aux centres hospitaliers, car une grande partie de la population vit dans des villages décentralisés, et aux défis de transports (Benchetrit, 2021). De plus, la couverture en assurance maladie ne touche que 30 % de la population (kappy, 2023).

Au Togo par exemple, le sous-secteur privé¹⁹ assure 41 % de la couverture sanitaire, dont 80 % se concentrent autour de la capitale Lomé et de ses environs²⁰. Cette tendance dénote de la désertification des autres régions du pays au profit de la capitale Lomé. De plus, les données les plus récentes²¹ révèlent que le pays dispose de 0,7 lits d'hôpitaux pour 1000 habitants, contre 2,9 au niveau mondial, et de 0,05 médecins pour 1000 habitants, contre 1,5 au niveau mondial. Ces données montrent la nécessité d'investir dans la formation du personnel et dans le développement des infrastructures pour favoriser la couverture sanitaire universelle.

Au Québec, la problématique des déserts médicaux suscite de vives discussions au sein de l'opinion publique. Dans une entrevue²² au Journal de Montréal, l'économiste Maria Lily Shaw (2022) déclare :

« Les décideurs sont d'ailleurs conscients de la pénurie de docteurs, puisqu'ils estiment eux-mêmes qu'il faut 1000 médecins de familles de plus dans la province. Cette réalité n'épargne pas les régions : dans les Laurentides, le Centre-du-Québec, Lanaudière et l'Estrie, le nombre de médecins par 1000 habitants est inférieur de 21,3% à la moyenne provinciale. Avec près de 22% de la population québécoise qui n'a toujours pas de fournisseurs habituels de soins de santé, il est grand temps de s'attaquer à ce problème sans tergiverser » (Shaw, 2022).

Face aux inégalités sociales de santé, et en particulier aux déserts médicaux, dans l'espace francophone, quelles pistes de solution pouvons-nous adopter ? C'est à cette question que répond la Conférence scientifique de novembre 2022 à Djerba en Tunisie.

¹⁹ (« Politique Nationale de Qualité des Services de Santé du Togo.pdf » s. d.), 2019.

²⁰ (« Politique Nationale de Qualité des Services de Santé du Togo.pdf » s. d.), 2019.

²¹ <https://www.donneesmondiales.com/afrique/togo/sante.php>, en ligne, consulté le 11 mai 2023 à 16h24'.

²² Journal de Montréal du 28 mars 2022. <https://www.journaldemontreal.com/2022/03/28/il-faut-augmenter-le-nombre-de-medecins-partout-au-quebec>, en ligne, consulté le 13 mai 2023 à 18h08'.

1.2.4- Conférence scientifique sur le partenariat en santé : piste de réflexion sur les défis de santé dans l'espace francophone.

La pandémie de Covid-19, qui a débuté en Chine, s'est propagée à tous les continents et a mis à mal les systèmes de santé du monde entier.

Selon les données les plus récentes de Statista²³, la pandémie de Covid-19 a causé la mort de près de 6,9 millions de personnes dans le monde au 6 avril 2023, dont 162 055 en France. Même si le nombre de décès imputables à la pandémie dans plusieurs pays francophones est inférieur à celui de la France, la Covid-19 a contribué au renforcement des inégalités d'accès aux soins de santé entre les pays et à l'intérieur des pays.

D'autres événements extrêmes ou situations critiques, tels que les changements climatiques, la guerre en Ukraine et les attaques terroristes dans le Sahel, continuent d'aggraver ces inégalités et de limiter les possibilités pour les communautés de bénéficier du droit d'accès à la santé.

Forts de ces constats, différents acteurs du développement et de la santé de l'espace francophone se sont réunis du 14 au 15 novembre 2022 à Djerba pour tenir une conférence scientifique sur le thème de l'initiative francophone pour le partenariat en santé. Cette rencontre a permis aux acteurs mobilisés de réfléchir aux différentes pistes de solutions à explorer, et a abouti à la déclaration de Djerba (Annexe 1 : Déclaration de Djerba), qui engage ces derniers à lutter contre les inégalités sociales en santé dans les territoires francophones.

1.2.5- Problème de démarche partenariale : diagnostic de l'interaction entre les institutions

Selon Henripin (1994), le partenariat est une relation équitable entre plusieurs parties, chacune ayant sa propre mission, qui travaillent en étroite collaboration pour atteindre un objectif commun (Tremblay, 2003a).

La mission de chaque organisation est un élément de différenciation et de complémentarité important à prendre en compte dans le partenariat. Chaque partie trouve un intérêt à travailler avec d'autres pour atteindre des objectifs communs, tout en poursuivant ses propres intérêts. Cependant, la diversité des organisations s'accompagne d'une diversité de stratégies, ce qui implique des différences en termes de culture organisationnelle, de ressources et de valeurs. Les acteurs s'engagent avec des enjeux différents. Par conséquent, il est nécessaire de négocier pour construire des relations solides (Merini, 2001).

Le partenariat pour l'équité en santé est constitué d'acteurs issus de secteurs et de stratégies différents. Après la déclaration de Djerba, plusieurs sessions d'échanges ont été initiées et ont permis d'identifier les orientations, les axes et les priorités stratégiques. Les interactions entre

²³ <https://fr.statista.com/statistiques/1101324/morts-coronavirus-monde/>, en ligne, consulté le 21 mai 2023 à 09h31'.

les acteurs se déroulent via des échanges de courriels et des réunions virtuelles, auxquelles la participation est faible.

Cependant, les documents existants ne mentionnent aucune activité relative aux échanges sur les motivations des entités en présence, afin de définir les règles, les valeurs et les principes de fonctionnement qui devraient guider leurs relations. De plus, alors que les travaux sur la planification stratégique se poursuivent sous la direction d'un petit comité de quatre personnes, aucune analyse n'a été réalisée pour identifier les forces, les faiblesses et les ressources de la synergie. Or, dans le processus de construction du partenariat, les acteurs doivent s'entendre sur leurs intérêts et les formes de contribution possibles pour bâtir leur relation et éviter les malentendus. On note également que seules quelques institutions s'engagent réellement dans le partenariat. Même si d'autres participent aux réunions de validation, leur engagement dans la démarche n'est pas vraiment visible.

Il est donc urgent que les partenaires se réunissent autour d'une table de négociation pour statuer sur le fonctionnement de la synergie, au risque de se retrouver confrontés à des dysfonctionnements à long terme.

1.3- Questions, objectifs, hypothèses et intérêts de la recherche

Le partenariat pour l'équité en santé dans l'espace francophone est en cours de mise en place. Pour atteindre ses objectifs et satisfaire les intérêts distincts des partenaires, il est nécessaire d'optimiser les relations entre les acteurs. Cela passe par la mise en place de règles claires, de principes et valeurs communs, ainsi que d'une approche managériale favorisant le développement et la mise en œuvre des activités.

Compte tenu de la diversité des acteurs, cette attente doit se faire en tenant compte de leurs domaines d'expertise, de leurs ressources et de leurs motivations propres. En d'autres termes, il est important de prendre en compte les enjeux de leurs engagements dans la synergie.

La réussite des projets dépend de la régulation des relations entre les acteurs, qui doit se faire sur base de négociation. Dans une logique d'anticipation des probables dysfonctionnements, il est donc nécessaire de redynamiser le processus en cours afin de minimiser les obstacles.

1.3.1- Questions de recherche

Dans cette étude, nous avons identifié une question centrale de recherche et deux sous-questions qui en découlent.

Question centrale de recherche : comment optimiser les interactions entre acteurs de l'initiative francophone pour l'équité en santé ?

Sous-question 1 : quelles sont les motivations des acteurs à mettre en place le partenariat pour l'équité en santé dans l'espace francophone ?

Sous-question 2 : quelles sont les difficultés que rencontrent les acteurs dans la mise en œuvre de l'initiative francophone pour l'équité en santé ?

1.3.2- Objectifs de recherche

L'objectif général de cette étude est de décrire la dynamique du partenariat né de l'initiative francophone pour l'équité en santé afin de proposer des pistes pour son amélioration.

Plus spécifiquement, cette étude vise les objectifs suivants :

Objectif spécifique 1 : identifier les enjeux de l'engagement des acteurs pour la mise en place du partenariat francophone pour l'équité en santé,

Objectif spécifique 2 : proposer des pistes d'amélioration des relations entre acteurs de la synergie.

1.3.3- Hypothèses de recherche

Nous avons formulé une hypothèse centrale et deux hypothèses secondaires, qui sont les suivantes :

Hypothèse centrale : la réussite des négociations sur les valeurs, les règles, les principes de fonctionnement et les mécanismes de coordination est une condition nécessaire à l'optimisation de la coopération entre la CIDMEF et ses partenaires.

Hypothèse secondaire H1 : la mise en place du partenariat francophone pour l'équité en santé est motivée par la complémentarité des acteurs et leur volonté de mutualiser leurs efforts pour lutter contre les inégalités sociales de santé.

Hypothèse secondaire H2 : les difficultés rencontrées par les acteurs concernent la conceptualisation et le déploiement du partenariat.

1.3.4- Intérêts de la recherche

Cette étude, qui porte sur l'optimisation des partenariats entre la CIDMEF et ses partenaires pour l'équité en santé dans l'espace francophone, vise plusieurs intérêts. Ces intérêts peuvent être regroupés en trois catégories :

Intérêt académique : apporter de nouvelles connaissances au champ de recherche en partenariat et les stratégies collaboratives.

Intérêt managérial : permettre aux acteurs engagés dans un partenariat de disposer d'outils pertinents pour le développement, le suivi et l'évaluation de leurs initiatives.

Intérêt professionnel : devenir un gestionnaire de projet capable d'influencer positivement la préparation, le développement, le suivi et l'évaluation des projets de développement durable à caractère local, national et international.

En résumé, cette section nous renseigne sur la nécessité de mener cette étude afin de faciliter la mise en œuvre de ce projet d'envergure dans l'espace francophone.

2 État de l’art sur le partenariat

Ce chapitre a pour objectif de clarifier les concepts clés, de présenter quelques théories et travaux effectués sur le sujet de la construction des partenariats.

2.1- Clarification des concepts

2.1.1- Le désert médical

L'expression « *désert médical* » est définie de différentes manières dans la littérature. Selon les études antérieures, le terme serait apparu à la fin des années 1990 (Savignat, 2013). Il a été utilisé pour mettre en lumière les défis auxquels sont confrontés les territoires ruraux, notamment le vieillissement de la population. Depuis lors, la définition du terme a évolué pour inclure tout espace géographique où les habitants ont des difficultés d'accès aux soins de santé, qu'ils soient ruraux ou urbains (Chevallard et al., 2018a).

Dans leur article intitulé “Quand les citoyens définissent eux-mêmes les priorités de santé : une analyse lexicométrique appliquée à la Région Centre-Val de Loire”, Domin et Thorigny (2019) définissent les déserts médicaux comme les territoires où la démographie des professions sanitaires est en tension, notamment en raison d’une répartition géographique inégale. Cette tension se manifeste par des zones sous-dotées, principalement rurales mais aussi urbaines et défavorisées sur les plans socio-économiques (Chevallard et al., 2018b). Même si ces définitions ne mentionnent pas explicitement les aspects d’infrastructures, ils y sont implicitement inclus, car ils contribuent à expliquer la répartition géographique des professionnels de santé.

Selon le site de la vie publique française²⁴, le désert médical désigne une zone géographique dans laquelle il est très difficile, voire impossible, de se faire soigner par un professionnel de santé en raison de l’absence de médecin à proximité.

Au terme de ces tentatives de définition, nous définissons les déserts médicaux comme des zones géographiques, urbaines ou rurales, dans lesquelles il est difficile d’accéder aux services de santé, en raison d’un manque de disponibilité d’infrastructures et/ou de professionnels de santé qualifiés.

²⁴ [14](https://www.vie-publique.fr/fiches/37859-quest-ce-quun-desert-medical-queles-actions-des-pouvoirs-publics#:~:text=Un%20d%C3%A9sert%20m%C3%A9dical%20d%C3%A9signe%20une,absence%20de%20m%C3%A9decins%20%C3%A0%20proximit%C3%A9., en ligne, consulté le 24 mai 2023 à 18h18’.</p></div><div data-bbox=)

2.1.2- Partenariat

Le terme partenariat est une expression qui nous vient de la tradition anglo-saxonne *partnership*, elle-même formée à partir de *patner* (Tremblay, 2003a). C'est un terme amphibologique qui consiste à définir les nouveaux rapports entre différentes organisations et peut prendre le sens de collaboration, de coopération, de réseaux et bien d'autres expressions.

Selon le dictionnaire Larousse en ligne, le partenariat est un système associant des partenaires sociaux ou économiques, et qui vise à établir des relations étroites de collaboration. Cette définition met l'accent sur l'étroitesse de la collaboration, mais elle ne précise pas les différentes dimensions et implications du partenariat. En effet, le sens donné à la notion peut varier en fonction du domaine d'activité et de la nature des relations entre les partenaires.

Landry et Gagnon (1999) distinguent deux acceptions du terme partenariat :

- acception économique : le partenariat est une stratégie pour affronter la concurrence ou pour survivre. Il est basé sur des relations de collaboration entre des organisations de différents secteurs économiques, afin de partager des ressources, des compétences et des connaissances.
- acception sociale : le partenariat est une solution pour contrer les inégalités économiques, culturelles, sociales et éducatives. Il est basé sur des relations de collaboration entre des organisations de différents secteurs de la société, afin de créer des synergies et de favoriser l'inclusion (Conseil Supérieur de l'éducation, 1995).

Dans les deux acceptions, le partenariat nécessite une négociation entre les partenaires, afin de définir les rôles et les responsabilités de chacun. Il est également associé à des relations de pouvoir et d'échange, qui peuvent parfois être conflictuelles (Merini, 1999).

Selon Landry (1994), le partenariat résulte d'une entente entre les parties qui, de façon volontaire et égalitaire, partagent un objectif commun et le réalisent en utilisant leurs ressources respectives de manière convergente (Piette et al., 2000).

Henripin (1994) définit le partenariat comme une relation équitable entre plusieurs parties ayant chacune sa mission propre, en vue de travailler en collaboration étroite à la réalisation d'un objectif commun. Cela implique une définition claire des rôles et des responsabilités de chacun des partenaires, le partage de valeurs communes sur lesquelles vont s'appuyer les actions et un bénéfice mutuel en fonction des contributions (Tremblay, 2003).

Les deux dernières définitions nous confortent dans notre approche du partenariat et nous guideront dans ce travail.

2.1.3- Collaboration

Le dictionnaire Larousse²⁵ définit la collaboration comme suit : « *travailler de concert avec quelqu'un d'autre, l'aider dans ses fonctions ; participer avec un ou plusieurs autres à une œuvre commune.* » En nous basant sur cette définition, nous avons identifié d'autres définitions plus élaborées qui mettent l'accent sur les acteurs de la collaboration afin de mieux positionner notre sujet.

Pour Patel et al. (2012), la collaboration implique l'engagement de deux ou plusieurs personnes dans une interaction les unes avec les autres, dans le cadre d'une rencontre ou de plusieurs (Li et al., 2018). Cette définition nous semble limitée car elle ne prend en compte que les relations entre personnes physiques. La collaboration concerne non seulement des personnes physiques, mais aussi des entités morales (Maraquin, 2015) comme les associations, les organismes internationaux, les institutions nationales et les entreprises.

Cette dimension interorganisationnelle est étayée par Wood et Gray (1991), Mattessich et Monsey (1992) et Graham et Barter (1999), qui définissent la collaboration interorganisationnelle comme un processus par lequel deux ou plusieurs organisations travaillent ensemble, selon un cadre défini, pour atteindre des objectifs communs (Gagné et al., 2022).

Li et al. (2018) proposent une définition plus complexe qui lie les personnes physiques et les personnes morales. Ils soulignent que la collaboration est un processus complexe qui fait intervenir au moins deux acteurs, dont au moins un est une personne physique et au moins un est une entité morale. La collaboration consiste en un ensemble d'actions réalisées par les acteurs, afin d'atteindre un objectif commun.

La collaboration est donc un processus d'organisation et de coordination des activités entre acteurs, qui constitue un élément clé de succès des projets de partenariat.

Nous adhérons à cette conception de la collaboration qui met l'accent sur l'organisation et la coordination des activités entre acteurs, dont au moins un est une personne physique et au moins un est une entité morale, dans le cadre d'une collaboration en synergie.

2.2- Genèse et caractéristiques du partenariat

2.2.1- Naissance du partenariat

Les institutions, qu'elles soient publiques ou privées, sont confrontées à des choix de partenariats pour survivre ou pour accomplir leurs missions. Ce choix s'explique par la recherche de compétences et de ressources qu'elles ne possèdent pas, et qu'elles ne

²⁵ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/collaboration/17140>, en ligne, consulté le 11 juin 2023 à 15h 50.

pourraient obtenir qu'en collaborant avec d'autres qui les possèdent ou qui en ont l'expertise. Les premiers travaux sur le sujet portent sur des questions économiques et politiques, notamment la construction des infrastructures et la fourniture de services publics (Tremblay, 2003b).

Selon Partnership Brokers Association (2020),

« Il est clair que les interventions mono entités n'ont pas atteint les résultats escomptés ; elles sont trop étroites dans leurs approches et leurs portées trop restreintes. Il est également vrai que de nombreuses questions sont plus imprévisibles, complexes et interdépendantes qu'elles ne l'étaient auparavant, ce qui exige des réponses beaucoup plus sophistiquées et souples. Et il y a aussi le problème supplémentaire de la rapidité, de l'ampleur et de l'impact accru de crises qu'il est de plus en plus difficile de contenir » (Brokering-Better-Partnerships-Manual-FRANCAISSep-2020.pdf, s. d.).

Le partenariat naît d'un problème identifié par des acteurs qui ont la nécessité d'agir pour le résoudre. À l'origine, les acteurs ne sont unis que par leur perception commune d'un problème (échec scolaire, violence, santé). Ce problème est souvent apparu à la suite d'un événement qui a été identifié par un ou plusieurs partenaires (Merini, 2001). C'est de l'engagement de ces acteurs dans la lutte contre le problème ou la recherche d'une solution commune que naît le partenariat. De ce fait, le partenariat ne se décrète pas, mais se construit et s'entretient, et nécessite une volonté partagée des partenaires engagés dans la synergie (Maraquin, 2015).

2.2.2- Formes de partenariats

Il existe plusieurs formes de partenariats dans la littérature. Comme nous l'avons déjà mentionné dans la clarification des concepts, on peut distinguer deux acceptions du mot partenariat (Landry et Gagnon 1999). La première acception porte sur l'économie et consiste en une stratégie pour développer les activités d'une entreprise. La deuxième acception porte sur le social et concerne les solutions pour endiguer les inégalités socioculturelles et géographiques auxquelles sont confrontées les populations. De ces deux acceptions, nous nous positionnons dans la deuxième, qui cadre avec notre domaine d'étude. Dans ce cadre, le partenariat peut prendre deux formes : l'action collective ou la démarche de travail²⁶.

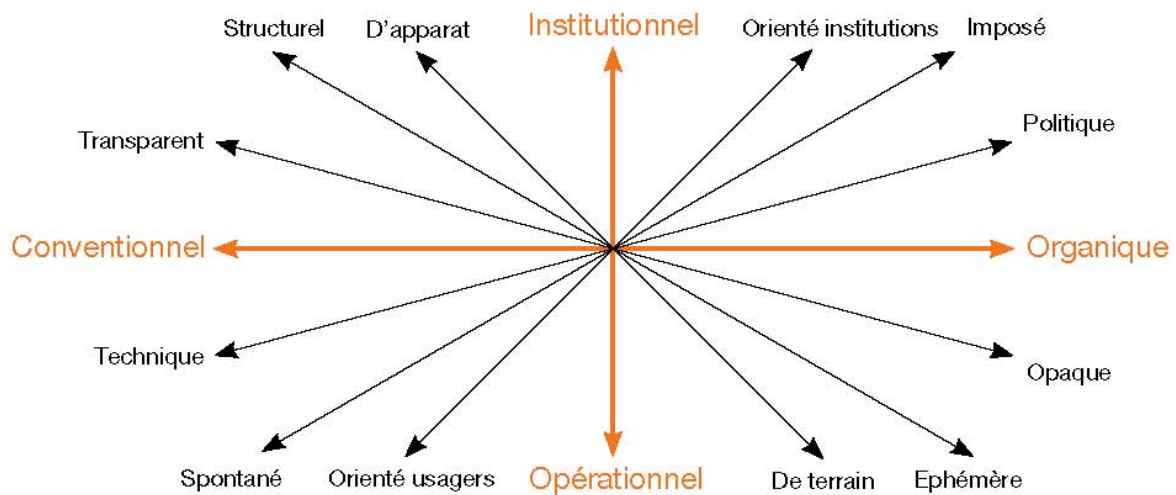
Malgré la multiplicité des écrits disponibles sur le sujet, les travaux²⁷ de Julien Damon nous semblent pertinents pour identifier les formes de partenariat dans la lutte contre les inégalités sociales. Dans son article intitulé *“Protection sociale et lutte contre l'exclusion : regard critique*

²⁶ <https://aliberconseil.com/wp-content/uploads/2019/09/Le-partenariat-et-action-sociale-et-territoriale.pdf>, en ligne, consulté le 14 juin 2023 à 14h44'.

²⁷ Julien Damon est Professeur associé à Sciences Po (cycle d'aménagement et d'urbanisme), ancien Rapporteur général du Grenelle de l'insertion, ancien chef du département « Questions sociales » au Centre d'analyse stratégique, membre du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, membre du Conseil scientifique de la Mission de recherche « Droit et Justice » (2010).

sur le partenariat”, l’auteur souligne la place importante prise par le partenariat dans l’évolution des politiques publiques en matière d’aide et d’action sociale en France et dans l’Union Européenne (Brachet et al., 2010). Pour l’auteur, le partenariat est devenu une formule quasi systémique invoquée pour appeler et décrire la mobilisation des diverses institutions engagées dans la lutte contre les exclusions. L’accent est particulièrement porté sur les partenaires sociaux traditionnels (syndicats et organisations patronales) et les autres partenaires issus des processus de décentralisation (villes, associations, régions et entreprises). Ainsi, l’auteur identifie sur une étoile de partenariat les diverses formes de partenariat possible, comme le montre la figure ci-dessous.

Figure 3 : étoile de partenariat



Source : Julien Damon, 2007.

Deux principaux axes peuvent être identifiés dans cette étoile selon l’auteur. Le premier axe oppose les partenariats conventionnels aux partenariats organiques. Les partenariats conventionnels fonctionnent sur la base des conventions, qu’elles soient formelles ou informelles, entre diverses institutions sans définition commune claire des responsabilités, des modes de financements ou des sanctions. En ce qui concerne les partenariats organiques, il est important de souligner que les institutions impliquées dans ces synergies font plus que coopérer (Damon, 2007), car elles mettent en place des structures spécifiques, à leur projet, avec une structure organisationnelle rigoureuse des droits et devoirs réciproques.

Le deuxième axe met en contraste les partenariats institutionnels et les partenariats opérationnels. Les premiers sont des accords de hautes autorités dont la concrétisation peut s’avérer parfois symbolique. A contrario, les partenariats opérationnels, plus informels que les précédents, réunissent des acteurs qui cherchent quotidiennement des solutions pour lutter contre les inégalités dans leur territoire.

2.2.3- Modèles et types de partenariats en santé

Abeykoon (2021) souligne que l’objectif des partenariats en santé est de fournir un meilleur service à un grand nombre de population. Dans cette optique, il identifie quatre principaux modèles et quatre typologies de partenariat, que nous résumons dans les tableaux suivants :

Tableau 1 : modèles de partenariat en santé

Modèles de partenariats	Descriptifs
Modèle du réseautage	C’est le modèle le plus simple. Les organismes impliqués se rencontrent régulièrement pour partager leurs pratiques et discuter des domaines communs. Le but étant de permettre aux organismes de saisir les opportunités qui se présentent, telles que le financement ou la fourniture de services spécifiques ;
Modèle de travail multi-agences	C’est le modèle dans lequel deux ou plusieurs organismes partagent des ressources mutuelles pour mener des travaux conjointement ;
Modèle de système de référence	C’est un modèle mis en place dans le but de faciliter les références interorganisationnelle ;
Modèle de consortium	Ce modèle est développé dans une approche de bénéfice mutuel, tel que l’offre conjointe de ressources ou la réalisation d’un projet multidimensionnel ou pour agir comme un groupe de pression afin que le tout soit plus grand que la sommes de ses parties.

Source : Abeykoon, 2021

Tableau 2 : typologies de partenariat

Typologies de partenariats	Descriptifs
Partenariats d’assistance technique	Soutiennent l’amélioration de l’accès aux services, la fourniture de services et de biens, y compris les médicaments et l’assistance technique.
Partenariats axés sur la recherche et le développement	Ils se concentrent généralement sur le développement de nouveaux diagnostics, médicaments et vaccins.
Partenariats de plaidoyer	Soulèvent des questions de santé et plaident pour une réponse accrue et la mobilisation des ressources.
Partenariats de financement	Fournissent des fonds pour des programmes de santé spécifiques.

Source : Abeykoon, 2021.

2.2.4- Les enjeux du partenariat

Le dictionnaire Robert²⁸ définit le mot enjeu comme ce que l’on peut gagner ou perdre, dans une compétition, une entreprise. Selon Maiga (2019), la réussite de l’action partenariale dépend de la prise en compte de sa complexité. Il souligne que « *le partenariat se doit d’être*

²⁸ <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/enjeu>, en ligne, consulté le 14 juin 2023 à 15h12’.

une pratique réfléchi de façon systémique mais aussi dans le sens de la réciprocité afin qu'il ne soit pas l'objet de mise en difficulté des acteurs car c'est bien cela qui guette cette pratique »²⁹.

a- Approches théoriques d'une action collective

L'engagement des acteurs dans un partenariat est motivé par leur rationalité. Deux courants de pensées sociologiques, l'individualisme méthodologique et l'analyse stratégique, expliquent cette rationalité.

Illustré par Raymond Boudon dans les années 1970, l'individualisme méthodologique est une approche sociologique qui explique les phénomènes sociaux par des actions individuelles. Selon cette théorie, les acteurs sociaux sont rationnels et agissent en fonction de leurs intérêts conscients. L'acteur social est donc placé dans un environnement qui le prédispose à agir d'une certaine manière. Cependant, il est également influencé par ce même environnement. L'individualisme méthodologique a été critiqué pour ne pas prendre en compte les contraintes de l'environnement sur l'action des acteurs (Niang, 2005).

L'analyse stratégique est une théorie développée par Crozier et Friedberg en 1977. Contrairement à l'individualisme méthodologique, cette théorie considère que l'acteur n'est pas rationnel de manière illimitée. Il est limité par son environnement et par ses propres ressources. En effet, il ne peut pas appréhender tous les choix possibles dans une situation problématique. Il choisit donc les premières solutions qui lui semblent les plus pertinentes, sans chercher à exploiter toutes les possibilités. Ces contraintes sont liées aux ressources dont il dispose et à la liberté dont il jouit pour agir selon sa propre vision.

Les rapports de pouvoir et d'influence qui peuvent naître de la collaboration entre les acteurs, et qui sont liés à leurs intérêts, nous amènent à mobiliser la théorie des parties prenantes. Cette théorie, développée par Freeman en 1984, soutient qu'une organisation doit prendre en compte les intérêts de toutes ses parties prenantes lors de la prise de décision.

En effet, l'engagement des parties prenantes, tant dans les processus décisionnels que dans les actions, est essentiel pour la réussite d'un partenariat. En management des projets, plusieurs outils existent pour la gestion des parties prenantes. Drecq (2017)³⁰ en propose trois : la matrice d'évaluation de l'engagement des parties prenantes, la matrice du positionnement des parties prenantes et le modèle de prédominance de Venn. Dans cette étude, nous nous référons aux deux derniers outils.

²⁹ <https://aliberconseil.com/wp-content/uploads/2019/09/Le-partenariat-et-action-sociale-et-territoriale.pdf>, en ligne, consulté le 14 juin 2023 à 15h16'.

³⁰ Vincent Drecq, Pratique de Management de projet : 46 outils et techniques pour prendre une bonne décision. <https://www.cairn.info/pratiques-de-management-de-projet--9782100758630-page-111.htm>, en ligne, consulté le 25 juillet 2023 à 15h33'.

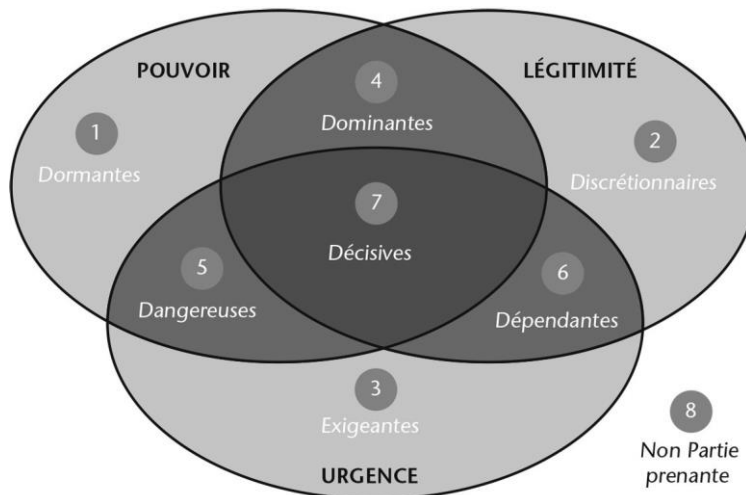
Figure 4 : matrice pouvoir et intérêt

		Intérêt pour l'initiative		
		Faible	Moyen	Élevé
Pouvoir	Faible	Effort minimal	A garder informés et expliquer les raisons du changement	
	Moyen	Suivre l'intérêt et maintenir informés		
	Élevé	Suivre l'intérêt et informer occasionnellement	A garder informés et satisfaits	Acteurs clés, engagés activement et à garder satisfaits

Source : Drecq, 2017

Après identification des acteurs ou des parties prenantes, la figure suivante permet de les positionner en fonction du pouvoir, de la légitimité et de l'urgence.

Figure 5 : modèle de Venn à trois variables



Mitchell, Agle et Wood (1997, 1999)

Source : Drecq, 2017

b- Négociation en partenariat : l'ossature de la coopération

Le partenariat est une action collective menée par des acteurs interdépendants dans le but d'atteindre des objectifs communs. Cependant, malgré la poursuite de ces objectifs, chaque acteur vise concomitamment ses intérêts personnels et ce, dépendamment des attitudes des autres acteurs qui sont à la fois ses partenaires, mais aussi ses concurrents. Dans cette dynamique, chaque acteur vise à obtenir de ses partenaires l'alignement partiel ou total de leurs attitudes à ses intérêts personnels ; lequel alignement ne pourrait être obtenu que grâce à un processus de négociation abouti qui peut être implicite ou explicite.

Selon Friedberg (2009), « *aucun acteur ne peut se désintéresser de sa capacité à influencer les comportements de ceux dont il dépend, c'est-à-dire sa capacité à offrir (ou à retenir) des ressources intéressantes et pertinentes pour les activités de ceux-ci en échange (réponse) d'un alignement partiel de leurs comportements dont dépend au moins partiellement sa propre capacité à atteindre ses objectifs, quelle qu'en soit la nature.* »

Ainsi, définie par Dupont (1994) comme une « *activité qui met en interaction plusieurs acteurs qui, confrontés à la fois à des divergences et à des interdépendances, choisissent (ou trouvent opportun) de trouver volontairement une solution mutuellement acceptable* » (Stimec, 2011), la négociation s'inscrit dans un rapport de force implicite où le pouvoir et la capacité de négocier des acteurs dépendent des ressources dont ils disposent. Toutefois, cette négociation se fait à deux niveaux en ce qui concerne les organismes. Un niveau intra-organisationnel peu visible à cause de son caractère informel et un niveau inter-organisationnel très visible à cause de son caractère formel (Morel, 2009).

De ce fait, pour que l'action en partenariat soit effective, il est nécessaire de réunir un ensemble de conditions dont la réalisation découle de l'entente de tous les acteurs impliqués sur les règles, les principes et valeurs principaux organisant leur relation (Nay, 2001).

C'est ce que traite Giauque (2005) dans son article intitulé "Les partenariats, une affaire d'adhésion et de valeurs". Le partenariat est donc considéré comme une pratique orientée action et basée sur un certain nombre de principes pour sa réussite. Et, en tant qu'action collective, il fait appel à des rapports de pouvoir (Choukir, 1977 ; Niang, 2005) qui impliquent la possibilité pour certains individus ou groupes d'agir sur d'autres selon le sens de Crozier et Friedberg (1977).

Ainsi, Partnership Brokers Association a identifié cinq principes clés pour bâtir des partenariats solides :

Tableau 3 : principes clés pour bâtir des partenariats solides

Modalités	Principes	Contenus
1	Diversité	Engagement à explorer la motivation, les valeurs et intérêts sous-jacent de chacun pour apprécier la valeur ajoutée de la diversité.
2	Équité	Accueillir avec bienveillance les opinions, les qualités et les apports de chacun.
3	Ouverture	Confiance mutuelle et communication franche.
4	Bénéfice mutuel	Garantir que tous les partenaires ont la possibilité de contribuer et de bénéficier de la collaboration.
5	Courage	Preuve d'audace face à l'incertitude vis-à-vis des autres et à la complexité des questions à résoudre.

Source : inspiré de Partnership Brokers Association Handbook (2020).

Pour leur part, Gagnon et Klein (1991) nous parlent de cinq conditions à respecter pour voir des partenariats réussis au niveau local : (1) l'équité entre les partenaires, (2) le consensus entre les partenaires, (3) le rôle central de l'initiative locale, (4) la déconcentration administrative et la décentralisation du pouvoir et (5) la structures de pouvoir local.

2.3- Modèles organisationnels en partenariat

Selon le guide de partenariat produit par le développement des ressources humaines canada (DRHC, 2000), le partenariat est défini comme « *une relation dans laquelle au moins deux parties ayant des objectifs compatibles s'entendent pour faire quelque chose ensemble* ». Cette entente stipule un ensemble de processus de négociation et de compromis (Giauque 2005), basés sur le partage des ressources, du travail, des risques, des responsabilités, de la prise de décision, des pouvoirs, des avantages et des fardeaux (SUCO, 2008). Ce processus est basé sur « *une distribution égalitaire des parts relatives à un projet collectif, et une redistribution horizontale des relations de pouvoirs.* » (Dhume, 2016).

Sachant que le partenariat constitue l'une des caractéristiques fondamentales des projets (Tremblay, 2003a), il est donc indispensable que les relations de pouvoirs qui se développent entre les acteurs prennent leur légitimité dans une configuration organisationnelle bien définie, qui favorise l'atteinte des objectifs. Dans cette perspective, nous mobilisons les travaux de Mintzberg et de Pesqueux pour élucider notre orientation.

2.3.1- Les paramètres de conception d'un modèle organisationnel

En s'inspirant des travaux de Mintzberg (1982), la structure organisationnelle est définie comme « *la somme totale des moyens utilisés pour diviser le travail entre tâches distinctes et pour assurer la coordination nécessaire entre ces tâches.* » (Livian, 2008). Cette définition met en contraste deux éléments fondamentaux de la modélisation des structures organisationnelles : la division du travail et la coordination des activités.

Dans son ouvrage « La structure des organisations », Mintzberg (1982) a identifié et regroupé en quatre catégories, huit paramètres de conception d'une organisation. Toutefois, Éric Delavallée (2019) dans Questions de management³¹ en a ressorti cinq principaux paramètres interdépendants, à la fois complémentaires et antagonistes, qui permettent de modéliser une structure organisationnelle :

- l'allocation de l'autorité ;
- le regroupement des activités ;
- l'orientation de l'action ;

³¹ <https://www.questions-de-management.com/design-organisationnel-les-5-parametres-de-conception/>, site officiel de Questions de Management. Consulté le 21 juin 2023 à 14h24'.

- la responsabilité de la performance ; et
- la régulation des comportements.

Ces paramètres de conceptions constituent donc des leviers pour la mise en place d'une structure organisationnelle au sein d'une institution ou dans le cadre d'un projet.

2.3.2- Structures organisationnelles en projets

Trois structures organisationnelles traditionnelles se dégagent de l'analyse des projets (Annexe 2 : Structures organisationnelles en projets). Selon le Project Management Book of Knowledge (PMBok), 4e édition, on distingue une structure fonctionnelle, une structure matricielle et une structure par projet. Au sein de ces structures, se dégagent différentes configurations organisationnelles qui ont, chacune, un impact sur la coordination et l'atteinte des objectifs des projets.

a- Structure fonctionnelle

Les principales composantes de cette structure sont les domaines de spécialisation, à la fois techniques et administratifs. Les projets sont confiés à une unité spécialisée dont la contribution technique est la plus importante. Chaque employé a un supérieur hiérarchique clairement identifié. Chaque département exécute son projet de manière indépendante des autres.

b- Structure matricielle

Selon la 4e édition du PMBoK, cette structure organisationnelle est une combinaison de la structure fonctionnelle et de la structure par projet. On distingue trois configurations : la structure matricielle faible, la structure matricielle équilibrée et la structure matricielle forte. Dans cette structuration, les spécialistes sont généralement rattachés hiérarchiquement à leurs directions fonctionnelles, et leurs services sont prêtés à des projets selon les besoins et sur une base temporaire³².

c- La structure par projet

La 4e édition du PMBoK identifie deux configurations : la configuration par projet et la configuration composite. Cette dernière est qualifiée de structure "commando" par Yvon Pesqueux (2020). Selon l'auteur, « les intervenants du projet sont rattachés, pour la durée de la mission relative au projet, à une structure temporaire dirigée par un chef de projet rattaché fréquemment directement à la direction générale. Ce mode de fonctionnement assure une cohésion au projet et favorise la déclinaison stratégique des objectifs du projet à tous les niveaux opérationnels » (Pesqueux, 2020).

³² http://gpp.oiq.gc.ca/Start.htm#t=l_analyse_organisationnelle_du_projet.htm, en ligne, consulté le juin 2023 à 21h44'.

3 Méthodologie

3.1- Démarche de la recherche

La recherche scientifique est une démarche qui permet d'acquérir de nouvelles connaissances sur le monde et de résoudre des problèmes de manière objective. Dans cette optique, la méthodologie de recherche se définit comme un ensemble « *d'opérations visant à recueillir des données pertinentes, à les soumettre à un protocole d'analyse approprié pour générer des connaissances par abstraction ou inférence, de façon à résoudre la question qui se dégage de la problématique* » (Paquin, 2017).

Selon Gauthier (2009), « *la méthodologie de la recherche englobe à la fois la structure de l'esprit et de la forme de la recherche et les techniques utilisées pour mettre en pratique cet esprit et cette forme* ». Ainsi, Gauthier identifie quatre phases successives à la recherche : l'établissement de l'objet d'étude, la structuration de la recherche, la formation de l'information et l'analyse de l'observation.

Notre objet d'étude est le partenariat. Considéré comme le produit d'une action collective et sociale issu d'un processus complexe³³, le partenariat est affecté par la complexité et par conséquent ses trois dimensions à savoir : la dynamique des interactions, la présence simultanée d'ordre et de désordre, et enfin la globalité (Mérian et al., 2018).

Pour étudier cet objet dans toute sa complexité, la démarche adaptée est une approche analytique qui consiste à décomposer le système, ici le partenariat, en éléments indépendants qui seront ensuite optimiser chacun, puis recomposer avec l'ensemble. Cette approche respecte le principe énoncé par Descartes en 1637, selon lequel on résout un problème difficile « *en divisant chacune des difficultés examinées en autant de parties qu'il serait requis pour mieux les résoudre* » (Mérian et al., 2018).

Ainsi, en abordant le partenariat sous l'angle des interactions à construire entre les différents acteurs, nous avons émis quelques hypothèses à l'issue de l'état de l'art, qui ont ensuite été vérifiées par des données qualitatives collectées via des enquêtes empiriques. Il s'agit d'une hypothèse centrale de recherche et de deux hypothèses secondaires qui ont guidé nos investigations sur le terrain auprès des partenaires engagés avec la CIDMEF dans la lutte contre les inégalités sociales de santé dans l'espace francophone.

3.2- Type d'investigation

Cette recherche est basée sur une approche analytique conformément à la démarche présentée ci-dessus. Pour la mener à bien, nous avons effectué, dans un premier temps, une

³³ <https://aliberconseil.com/wp-content/uploads/2019/09/Le-partenariat-et-action-sociale-et-territoriale.pdf>, en ligne, consulté le 11 juillet 2023 à 15h47'.

revue documentaire au cours de laquelle nous avons consulté différentes ressources scientifiques et institutionnelles, telles que des articles, des ouvrages et des textes politiques. Ensuite, nous avons mené des enquêtes auprès des partenaires impliqués dans l'initiative francophone pour le partenariat en santé.

En effet, pour étudier des phénomènes complexes, tels que le partenariat et les interactions entre acteurs, l'étude de cas est une approche appropriée pour mieux cerner l'objet de l'étude et mieux le comprendre. Au sens de Yin (1989), cité par Niang (2005), l'étude de cas est « *une investigation empirique qui étudie un phénomène contemporain au sein de son contexte réel lorsque les frontières entre phénomène et contexte ne sont pas clairement évidentes et pour laquelle de multiples sources de données sont utilisées* » (Niang, 2005).

Nous retenons donc que l'étude de cas est une forme d'investigation qui s'appuie sur la collecte de données empiriques et qui vise à mener une analyse approfondie d'un phénomène complexe (Stake, 1995). C'est un moyen de vérifier ou de tester des hypothèses émises à partir d'une théorie, sur le terrain afin de mieux connaître le cas à l'étude. Ainsi, une question "comment" ou "pourquoi" est posée à propos d'un ensemble d'événements contemporains sur lesquels l'enquêteur n'a que peu ou pas de contrôle (Bickman et al., 2011).

Yin (1989) a identifié deux critères pour classer les études de cas : le nombre de cas et le nombre d'unités d'analyse.

Tableau 4 : types d'études de cas selon Yin (1989)

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

Source : Niang, 2005.

Comme Niang, nous avons opté pour l'étude de cas type 1. Cette étude porte sur une unité d'analyse, comme c'est le cas dans notre recherche avec les partenaires impliqués dans la lutte contre les inégalités de santé dans l'espace francophone. Nous avons fait ce choix car il nous permet d'approfondir notre recherche et de la confronter aux théories identifiées.

Pour sa part, Stake (1995) cité par Niang (2005) identifie trois types d'études de cas, à savoir :

- l'étude de cas intrinsèque : son but est de tester un cas.
- l'étude de cas instrumental : le but poursuivi est de comprendre une problématique et de tester une théorie à partir du cas choisi.

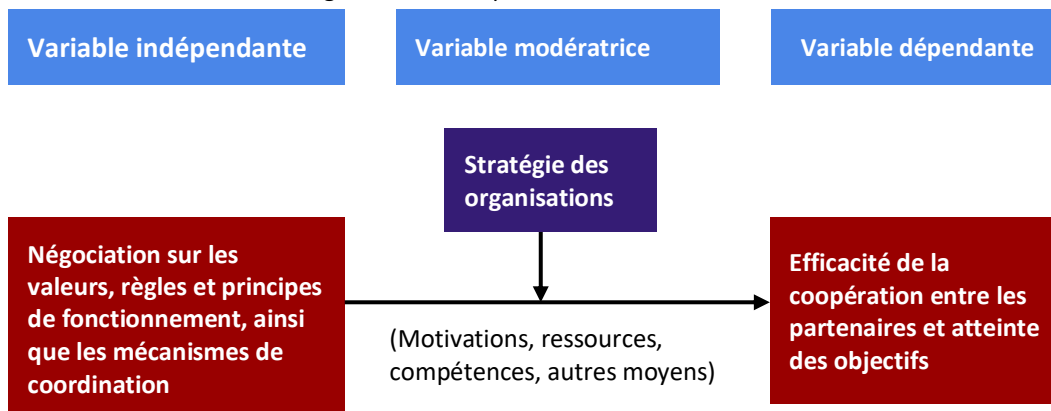
- l'étude de cas collective : le but est d'étudier plusieurs cas afin de comprendre un phénomène ou de généraliser une théorie.

Ainsi, nous avons choisi l'étude de cas instrumentale pour notre recherche, car notre objectif est d'analyser et de comprendre les interactions attendues entre la CIDMEF et ses partenaires, en nous appuyant sur les théories identifiées.

3.3- Choix des variables

La synthèse des théories de rationalités abordées dans ce travail nous a permis d'identifier trois variables. Une variable indépendante (négociation sur les valeurs, règles et principes de fonctionnement et les mécanismes de coordination), une variable modératrice (stratégie des organisations) et une variable dépendante (efficacité de la coopération entre partenaires pour l'atteinte des objectifs visés).

Figure 6 : cadre opératoire de la recherche



L'optimisation des relations entre les acteurs impliqués dans le partenariat pour l'équité en santé dans l'espace francophone passe par la définition et le respect de valeurs communes, la mise en place de règles et principes de fonctionnement, ainsi que des mécanismes de coordination efficaces et acceptés par tous. Ce processus est le fruit de négociations réussies entre ces derniers, qui confrontent leurs stratégies et les moyens dont ils disposent.

Pour chaque variable identifiée, nous avons déterminé des critères de mesure.

En ce qui concerne la variable indépendante "négociation sur les principes de fonctionnement et les mécanismes de coordination", nous avons identifié cinq critères :

- valeurs défendues par les partenaires
- principes directeurs du fonctionnement
- convergence des intérêts
- connaissance des enjeux de chaque partenaire
- structure du partenariat

Pour la variable modératrice “stratégie des organisations”, nous avons identifié cinq critères :

- vision de l’organisation
- missions de l’organisation
- valeurs de l’organisation
- intérêt pour le partenariat
- ressources apportées au partenariat

Quant à la variable “efficacité de la coopération entre les partenaires et atteinte des objectifs”, nous avons identifié cinq critères :

- implication des partenaires
- utilisation d’un système d’information approprié
- entente entre partenaires
- légitimité des pouvoirs
- atteinte des objectifs

3.4- Sélection du cas

Il existe une multitude de partenariats en santé à travers le monde. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) est elle-même en partenariat avec plusieurs organisations pour remplir pleinement sa mission de promotion de la santé, de préservation de la sécurité mondiale et de service aux populations vulnérables³⁴. Le partenariat pour lutter contre les inégalités de santé, et plus précisément les déserts médicaux, est une première dans l'espace francophone.

Nous avons choisi d'étudier ce cas car il répond aux critères de sélection de Yin (1989), à savoir qu'il est critique, révélateur et unique. Ce cas réunit des acteurs issus de secteurs différents, aux caractéristiques et motivations diversifiées. Il nous offre donc l'opportunité de tester nos théories.

Notre étude se focalise sur les différentes organisations cosignataires de la déclaration de Djerba, à l'issue des conférences scientifiques des 14 et 15 novembre 2022. Elles sont au total 14 institutions, dont la CIDMEF. Au vu de la diversité des acteurs et de leurs origines, et des possibles défis auxquels pourrait faire face cette action collective, nous avons jugé nécessaire de mener cette étude afin d'identifier et mettre en place un dispositif favorable à leur coopération.

³⁴ <https://www.who.int/fr/about/governance/world-health-assembly/the-who-and-the-wha-an-explainer#:~:text=La%20mission%20de%20l'OMS,de%20servir%20les%20populations%20vuln%C3%A9rables.,> en ligne, consulté le 12 juillet 2023 à 13h44’.

3.5- Sources et collectes des données

Nous avons choisi d'adopter une approche qualitative de collecte de données, car nous pensons qu'elle est mieux adaptée à l'étude de la dynamique partenariale et des interactions entre les partenaires. En effet, le partenariat est un système complexe, qui implique des acteurs aux motivations et aux objectifs divers. Les données quantitatives ne sont donc pas suffisantes pour comprendre ce type de phénomène.

L'approche qualitative permet d'explorer les émotions, les sentiments et les expériences personnelles des individus concernés. Elle permet ainsi de mieux comprendre les interactions entre ces derniers et le phénomène étudié³⁵. Elle permet d'explorer les émotions, les sentiments ainsi que l'expérience personnelle des individus concernés, conduisant ainsi à une meilleure appréhension des interactions entre ces derniers et le phénomène étudié. Elle ne vise pas à fournir des données représentatives ou généralisables, mais des données qui peuvent être exploitées, notamment lorsque le phénomène étudié est difficile à mesurer (Sawadogo, 2021). Ainsi, Piron et al. (2021) identifient deux objectifs principaux pour cette approche. Le premier est de pouvoir appréhender les phénomènes, de les comprendre et expliquer leurs impacts sur le comportement des individus. Le second objectif est d'apporter un éclairage sur les phénomènes sociaux afin de limiter l'induction, les prénotions ou préjugés que tout être humain possède lorsqu'il va à la rencontre des autres (Sawadogo, 2021).

Dans le cadre de notre étude, nous avons utilisé différents instruments de collecte de données, à savoir la recherche documentaire, l'entretien et le questionnaire.

3.5.1- Recherche documentaire

La recherche documentaire s'est appuyée sur la consultation de plusieurs sources, ce qui nous a permis de comprendre la dynamique qui sous-tend le partenariat. Le partenariat, en tant qu'action collective, repose sur la négociation entre les différents acteurs tout au long du processus, afin de faciliter l'atteinte des objectifs. Nous avons consulté des documents nous informant sur la naissance du partenariat, le processus générique du partenariat, les formes et types de partenariat, les enjeux et les structures organisationnelles possibles. De plus, nous avons consulté les documents relatifs à l'initiative francophone pour l'équité en santé, qui a généré ce partenariat, à savoir :

- la déclaration de Djerba
- les comptes-rendus des différentes réunions qui ont eu lieu après cette déclaration
- le plan stratégique de la CIDMEF.

³⁵ <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/>, en ligne, consulté le 21 août 2023 à 12h52'.

3.5.2- L'entrevue

L'entrevue est une technique de collecte de données très utilisée dans les sciences sociales (Baribeau et al., 2012). Elle correspond à une « *situation au cours de laquelle un chercheur, l'enquêteur, essaie d'obtenir d'un sujet, l'enquêté, des informations détenues par ce dernier, que ces informations résultent d'une connaissance, d'une expérience ou qu'elles soient la manifestation d'une opinion.* » (Loubet Del Bayle, 2012).

Cette méthode de collecte de données est d'autant plus importante que le partenariat est un phénomène social (action collective) basé sur les acteurs et leurs opinions. Dans notre étude, nous avons adopté une approche d'entrevue semi-directive basée sur un entretien unique avec un protocole d'enquête soigneusement élaboré (Annexe 4 : Guide d'entretien). Nous avons utilisé des questions ouvertes et des relances pour obtenir des données qualitatives riches et informatives. Les thèmes abordés sont : les obstacles rencontrés, les enjeux de l'engagement des acteurs, les ressources mobilisées et l'approche de coopération.

Nous avons sélectionné quatre premiers responsables des institutions impliquées, deux en Afrique, un au Canada et un en France. Nous avons utilisé une approche d'échantillonnage au jugé, en nous basant sur notre connaissance de la population cible.

3.5.3- Questionnaire

Un questionnaire (Annexe 5 : Questionnaire) a été élaboré et adressé à tous les partenaires pour collecter des données spécifiques sur leurs caractéristiques et implications dans le partenariat. Cet outil nous a permis de collecter des données à partir de questions ouvertes et fermées sur le processus de construction du partenariat pour l'équité en santé. Au total 5 acteurs sur 14 ont répondu à ce questionnaire portant sur la stratégie des organisations et leurs implications dans le processus.

3.6- Traitement et analyse des données

Le traitement des données a été réalisé à l'aide des outils Google Workspace (Google Sheets et Google Docs) et du logiciel NVIVO. Il a consisté, dans un premier temps, à purifier les données du questionnaire et à transcrire les verbatims. Dans un second temps, les données ont été codées de manière fermée en fonction des variables explicatives et à expliquer établies a priori. L'analyse des données a été réalisée à l'aide des méthodes d'analyse de contenu, notamment l'analyse sémantique, et des techniques d'interprétation des résultats, notamment l'interprétation factuelle des données.

3.7- Apport du stage

3.7.1- Structure d'accueil

Notre stage s'est déroulé dans les locaux de l'Université Senghor à Alexandrie dans le cadre du partenariat pour l'équité en santé dans l'espace francophone. Ce partenariat, né de la suite des conférences scientifiques des 14 et 15 novembre 2022 auxquelles a pris part l'Université en marge du Sommet de la Francophonie à Djerba, en Tunisie, se construit autour de cinq orientations stratégiques, cinq axes et dix priorités stratégiques. Un plan d'action stratégique doit être élaboré pour mettre en œuvre ces priorités.

Les cinq orientations stratégiques du partenariat pour l'équité en santé dans l'espace francophone :

- réaffirmer l'ambition stratégique de la Francophonie pour la santé face à la fracturation de l'ordre sanitaire mondial, notamment mise en évidence par la pandémie Covid-19 ;
- faire de l'accès à la santé dans tous les pays de la Francophonie, par l'humanisme et la solidarité, le socle de la défense des intérêts des populations ;
- concevoir un modèle d'accès à la santé dans une logique partenariale pour fournir les capacités de faire face aux besoins de santé sur tous les territoires ;
- garantir par la formation en santé la protection des intérêts vitaux des populations et les capacités académiques adaptées aux besoins de répartition des professionnels ;
- accompagner la société civile dans sa mobilisation pour une meilleure éducation en santé et une implication dans la démocratie sanitaire.

De ces cinq orientations stratégiques, cinq axes stratégiques ont été arrêté de commun accord par les partenaires :

- axe 1: renforcement de la responsabilité sociale en santé dans les institutions de soins et de formations;
- axe 2 : soutien et promotion du partenariat en santé dans les territoires;
- axe 3 : intégration du numérique dans l'offre des services de santé des populations;
- axe 4 : promotion de l'engagement citoyen au service de la santé;
- axe 5 : développement d'une politique d'influence en faveur des partenariats pour l'équité en santé dans les territoires.

Pour chaque axe stratégique, deux priorités stratégiques (PS) ont été identifiées par les acteurs portant le nombre total des priorités à dix :

- PS 1.1 : faire une évaluation objective de ce qui est acquis, en cours, prévu pour l'implémentation de la responsabilité sociale ;

- PS 1.2 : développer un processus pour l'identification objective des besoins communautaires afin de réorienter la recherche et les programmes de formation ;
- PS 2.1 : créer un observatoire sur les expérimentations de territoire mobilisant un partenariat en santé, analyser les déterminants de réussite et diffuser les retours d'expérience ;
- PS 2.2 : développer une approche spécifique aux contextes variés des différents territoires pour adapter les modèles pertinents d'expérimentations
- PS 3.1 : mettre en place des formations innovantes par supports numériques et par simulation en santé dans des cursus pluri professionnels et de développement professionnel continu ;
- PS 3.2 : développer les échanges interprofessionnels et les liens d'opérabilité entre acteurs de santé par des conduites groupées de projets en pratiques de santé incluant l'évolution numérique et l'intelligence artificielle ;
- PS 4.1 : former les étudiants aux compétences de leadership, d'engagement et de responsabilité sociale ;
- PS 4.2 : implémenter les stages en milieu communautaire et en coopération internationale pour l'acquisition des compétences suscitées et promouvoir la mobilité étudiante associée à cette démarche ;
- PS 5.1 : évaluer la capacité des institutions académique à appréhender les défis du système de santé et à formuler un développement stratégique pour y répondre ;
- PS 5.2 : s'engager à reconnaître un espace territorial comme un lieu privilégié pour évaluer l'impact des institutions de formation sur le niveau de santé de la population qui y vit par ses activités de formation, recherche et service de santé.

Pour accompagner les partenaires dans l'élaboration du plan d'action, l'Université Senghor nous a offert un stage en tant qu'auditeur en management de projet avec un background en santé. Nous avons ainsi apporté notre soutien à l'équipe de coordination déjà mise en place.

3.7.2- Activités menées en lien avec notre recherche

La mission principale de notre stage était d'animer une réflexion stratégique pour l'élaboration du plan d'action de l'initiative francophone pour l'équité en santé. Pour ce faire, nous avons participé à différentes réunions et à l'élaboration des questionnaires d'enquête pour collecter des données sur les diverses expérimentations des institutions, cartographier les acteurs, identifier les ressources de la synergie, ses forces et faiblesses, et les enjeux de l'engagement des parties prenantes. Ces données nous ont permis de proposer une démarche qui prend en compte le diagnostic de la synergie dans l'élaboration du plan d'action. Notre participation aux 22ème journées portes ouvertes de la CIDMEF nous a permis de comprendre l'importance de ce partenariat dans l'espace francophone et l'urgence de passer à l'action sur

le terrain. Nous avons également procédé à la reformulation des orientations, des axes et des priorités avec l'équipe de coordination.

En résumé, cette section montre la méthodologie que nous avons adopté pour mener à bout cette étude.

4 Analyse des résultats et recommandations

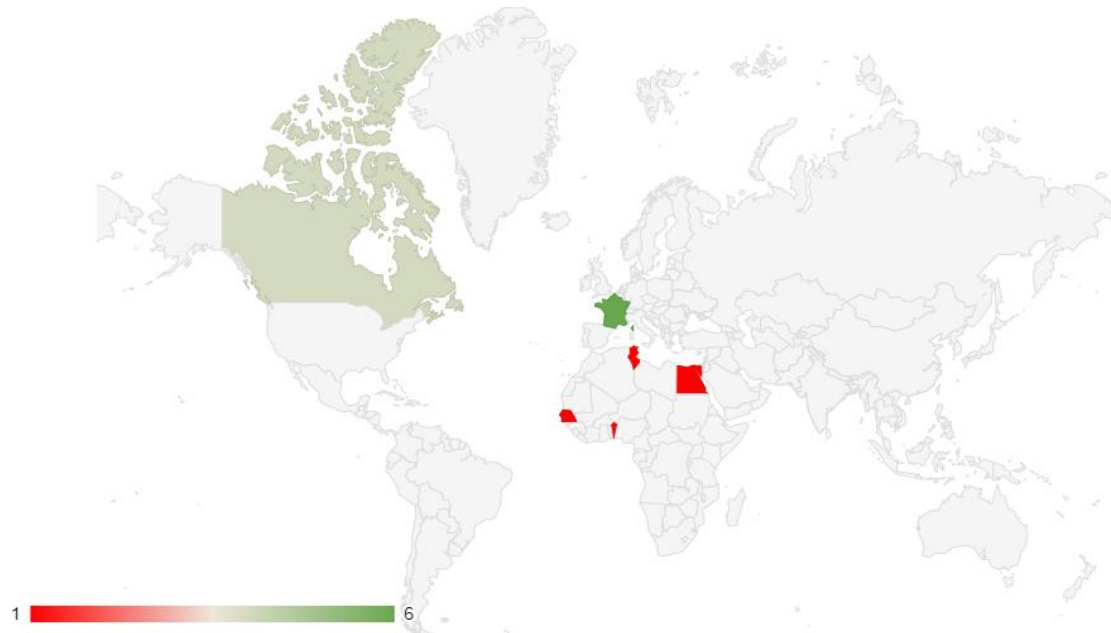
Dans les chapitres précédents, nous avons démontré que les partenariats sont indispensables pour lutter contre les inégalités sociales de santé, en particulier dans l'espace francophone. Nous avons donc proposé d'analyser la dynamique de construction de l'initiative francophone pour l'équité en santé afin de proposer un dispositif pour améliorer les relations entre acteurs et atteindre les objectifs.

4.1- Résultats de nos enquêtes

4.1.1- Cartographie des acteurs

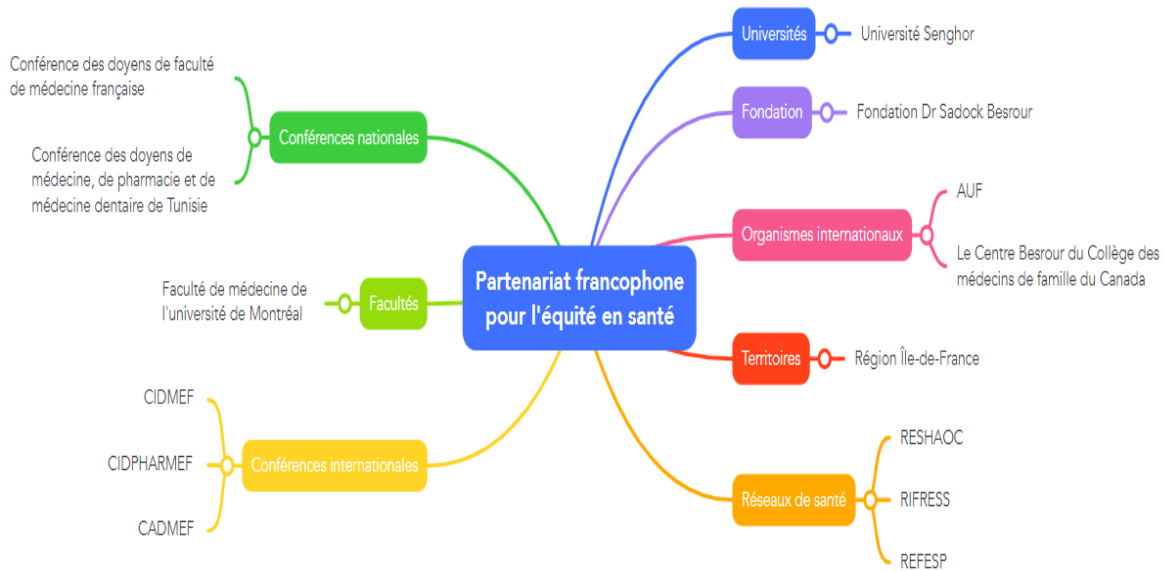
Les données collectées via le questionnaire et nos recherches personnelles sur les sites internet des institutions ont permis de dresser une cartographie des acteurs en fonction de leur pays d'implantation, de leur vision et de leur mission (Annexe 3 : institutions, visions, missions et valeurs.). Les données montrent que 42,9 % des institutions sont basées en France, 28,6 % au Canada et 7,1 % au Bénin, en Égypte, au Sénégal et en Tunisie. Ces données ont été utilisées pour créer la carte suivante :

Figure 7 : répartition géographique des institutions



Les données ont également permis de catégoriser les acteurs selon la nature de leurs institutions comme le montre la figure ci-dessous.

Figure 8 : acteurs et natures des institutions



Les institutions impliquées dans cette initiative proviennent principalement du monde universitaire et hospitalier francophone, à l'exception de la Région Île-de-France. Cependant, leurs domaines d'activités et niveaux d'expertise varient. L'espace francophone étant vaste et les pays dispersés sur le globe, avec des contextes et réalités différentes, il est évident qu'une institution ne peut pas atteindre cet objectif seule. Par ailleurs, 60% des institutions répondant à cette enquête ont plus de 10 ans d'expérience de travail en partenariat, tandis que 20% en ont entre 05 et 10 ans et 20% ont moins de 05 ans.

4.1.2- Entente entre partenaires sur les règles de fonctionnement, les principes et valeurs du partenariat

Malgré une faible participation (35.7%), notre questionnaire sur la dynamique de construction du partenariat francophone pour l'équité en santé a permis de recueillir des informations intéressantes. 80% des répondants ont déclaré avoir participé aux échanges sur les valeurs communes, tandis que 60% ont participé aux échanges sur les principes et règles de fonctionnement de la synergie. Cependant, nous avons constaté quelques divergences dans leurs réponses, comme le montre le tableau ci-après :

Tableau 5 : règles, principes et valeurs communs retenus par les acteurs

Institutions	Règles communes retenues	Principes communs retenus	Valeurs communes retenues
<i>RESHAOC</i>	NA	NA	- Solidarité - Équité - Accessibilité
<i>RIFRESS</i>	NA	NA	- Soins à la personne tenant compte de l'ensemble de ses besoins - Équité et justice sociale - Pertinence des services au contexte spécifique - Coût-efficacité pour une organisation juste et pérenne des services
<i>Faculté de médecine de l'Université de Montréal</i>	- Respect - Approche gagnant-gagnant	Tenir compte du contexte local de fonctionnement de chaque partenaire (ressources, contextes socio-économique et politique...)	- Collaboration - Respect - Courage - Éthique
<i>Université Senghor</i>	NA	NA	NA
<i>CIDPHARMEF</i>	NA	NA	NA

*NA : Non Appliqué, le répondant ne peut lister clairement les éléments d'entente.

Nos entrevues ont permis de confirmer qu'effectivement les acteurs ne se sont pas entendus sur ces éléments déterminants de la construction de leurs relations.

4.1.3- Interaction entre les acteurs

Les partenaires interagissent principalement en ligne, via des rencontres virtuelles et des échanges de mails. Les travaux effectués jusqu'à présent se sont presque tous déroulés en ligne, à l'exception de la première rencontre à Djerba, qui a donné le coup d'envoi du projet. Les données collectées auprès des répondants nous ont permis d'appréhender leurs interactions et le niveau de leur implication.

La participation à la définition des orientations stratégiques de cette initiative est de 60%, tandis que celle à la définition des axes et priorités stratégiques est de 80%. 60% des institutions participantes sont fortement impliquées dans ce processus, 20% le sont moyennement et 20% faiblement. 100% des répondants sont satisfaits de la coordination du processus de mise en place du partenariat et sont tous alignés à la vision et les objectifs poursuivis.

4.1.4- Les idées générales dégagées des entretiens

Les entretiens avec quelques acteurs nous ont permis de mettre en évidence leur expérience en partenariat multi acteurs et de dégager des idées générales sur les différents thèmes abordés. Les résultats de ces entretiens sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau 6 : idées générales des entretiens

Thèmes	Analyse sémantique
<i>Les obstacles ou difficultés rencontrées dans un travail en partenariat</i>	Les partenariats sont souvent confrontés à des difficultés notamment le manque d'engagement des parties prenantes, le manque de leadership, le non-respect des règles, valeurs et principes de fonctionnement et l'absence de coordination. De plus, la concurrence entre les acteurs peut être un frein à la réussite du partenariat.
<i>Les enjeux de l'engagement des acteurs dans l'initiative francophone pour l'équité en santé</i>	Ce projet est une opportunité pour les institutions de s'étendre et de se faire connaître. Il s'inscrit dans une stratégie de positionnement et de mise en œuvre des plans d'action. Cette initiative permet aux acteurs de collaborer et de partager leurs connaissances et leurs compétences. Les institutions sont responsables de la mise en œuvre opérationnelle du projet. Elles y consacrent des ressources, notamment du temps. Cependant, les enjeux de chacun ne sont pas connus de tous.
<i>La mobilisation des ressources pour l'initiative francophone pour l'équité en santé</i>	Dans le cadre de ce projet, les ressources mobilisées seront des services de nature intellectuelle, technique ou professionnelle. Les ressources financières seront quant à elles à la charge des partenaires locaux, en fonction de leur plan d'action.
<i>La meilleure approche de coopération et de valorisation des singularités (répartition des tâches et mécanisme de coordination) des acteurs impliqués.</i>	Pour réussir, ce projet nécessite un leadership fort et un système de pilotage efficace. Ce système doit permettre de valoriser les différences des acteurs tout en garantissant le suivi des indicateurs. Il est également essentiel que les acteurs partagent des valeurs et des principes communs. Chacun doit respecter ces éléments fondamentaux pour assurer la réussite du projet. Enfin, le plan d'action doit être coconstruit et approprié par tous les acteurs. Cela permettrait de l'adapter aux besoins et aux spécificités de chaque contexte local.

Cette section montre les résultats de nos recherches empiriques qui méritent d'être discutés pour plus de clarté.

4.2- Discussion

La cartographie des acteurs a permis de dresser un portrait des institutions impliquées dans l'initiative francophone pour l'équité en santé. Elle a révélé que ces institutions ont des visions, des missions et valeurs différentes, mais qu'elles ont toutes un objectif commun : améliorer l'équité en santé dans les pays francophones. La répartition des institutions dans l'espace francophone et la variété de leurs champs d'action constituent un atout majeur, car elle permet de couvrir un large éventail de besoins et de répondre aux spécificités de chaque territoire.

Les institutions se répartissent en trois catégories en fonction de leur périmètre d'action. La première catégorie regroupe les institutions à vocation intercontinentale telles que la CIDMEF, la CIDPHARMEF, le RESHAOC, le RIFRESS, le centre et la Fondation Docteur Sadok Besrou, le REFESP, et l'AUF. La deuxième catégorie comprend les institutions à vocation continentale, notamment africaine, comme la CADMEF et l'Université Senghor. Enfin, la troisième catégorie regroupe les institutions au périmètre d'action locale et/ou régionale, telles que la CDMPDT, la faculté de Médecine de l'Université de Montréal et la Région Île-de-France.

Malgré leurs forces respectives, les institutions impliquées dans ce partenariat ne peuvent pas relever seules les défis liés aux inégalités de santé, notamment les déserts médicaux, au niveau local et international. C'est pourquoi ce partenariat est nécessaire pour permettre aux territoires de bénéficier du vaste réseau d'acteurs qui se constituent et partagent leurs expériences.

Comme le soulignait l'Unesco dans sa stratégie globale de partenariat (2019), les défis contemporains sont devenus trop grands pour qu'une institution puisse y faire face toute seule. Les institutions directement impliquées dans la concrétisation de la déclaration de Djerba constituent un groupe de réflexion qui formule des propositions. Ces propositions sont ensuite mises en œuvre par les membres de ces institutions via leurs réseaux respectifs (interviewée 4).

L'approche adoptée dans ce partenariat structure la synergie en réseau (Tennyson, 2003). Cette structure est un système de communication qui relie les acteurs engagés dans des activités similaires. Elle présente deux avantages : elle permet de développer un profil plus large des activités et favorise la collaboration. En revanche, elle présente un inconvénient : elle demande une coordination plus large sinon plus importante du partenariat.

Sur la base des informations présentées, nous pouvons confirmer notre hypothèse secondaire H1 : « la mise en place du partenariat francophone pour l'équité en santé est motivée par la complémentarité des acteurs et leur volonté de mutualiser leurs efforts pour lutter contre les inégalités sociales de santé. »

En outre, l'optimisation de la relation entre acteurs d'une action collective est une question importante. Lors de nos interviews, nous avons identifié un certain nombre de difficultés et d'obstacles susceptibles de freiner la réussite des actions du partenariat francophone pour l'équité en santé. Ces difficultés peuvent être dues à un manque d'engagement des acteurs, à un déficit de leadership et au non-respect des codes de valeurs, des règles et principes qui doivent guider les interactions entre ces derniers.

Niang (2005) considère que la phase de conceptualisation d'une action en partenariat est la plus importante, car elle permet de fixer une vision commune et des objectifs communs. Dans le cadre ce partenariat, les acteurs partagent la vision de faire de l'espace francophone une référence en matière de politiques publiques de santé efficaces, équitables et solidaires. Ils s'engagent à poursuivre ces objectifs, ce qui témoigne d'un grand succès dans cette première phase.

Cependant, les partenaires doivent encore parvenir à un accord sur leurs valeurs communes, leurs principes et règles de fonctionnement. Cela permettrait d'optimiser leurs interactions et de favoriser l'atteinte des objectifs. Cette étape, considérée comme la plus difficile et la plus délicate dans la mise en place d'un partenariat (Niang, 2005), ne peut être réussie qu'avec un plan de négociation bien élaboré et exécuté. Comme le montre le tableau (Tableau 5), il semble que les acteurs n'aient pas échangé sur ce sujet et qu'ils agissent chacun selon sa propre vision de l'environnement de coopération. Cela constitue un risque pour la synergie.

Lors de nos interviews, un acteur nous a déclaré que sa participation au processus était due uniquement à la sollicitation des initiateurs du projet. Si certains acteurs ne sont pas motivés à coopérer, c'est peut-être dû à l'approche adoptée pour mettre en place la synergie. Toutes les étapes du processus générique des partenariats sont importantes, même si leur ordre peut varier. L'étape 3, consacrée à l'établissement des relations, est essentielle pour poser les bases de la coopération. Elle consiste à élaborer la cartographie des parties prenantes en tenant compte de leur pouvoir et de leur intérêt, ainsi que du modèle de Venn à trois variables. Cela permet de définir un plan de gestion adapté.

Merini (2001) a souligné que les acteurs s'engagent avec des enjeux différents. Par conséquent, ils doivent négocier pour construire des relations solides. Cependant, les données recueillies via le questionnaire et les idées générales dégagées de nos verbatims ne font pas mention de discussion sur les enjeux de l'engagement des acteurs ni des ressources qui pourraient être mobilisées. Cette absence de discussion est d'autant plus préoccupante que le comité de pilotage ne compte pas de spécialiste des projets.

Selon les acteurs interviewés, la réussite de ce projet dépend d'un leadership fort et d'un système de pilotage efficace. Ces éléments doivent s'appuyer sur des valeurs, des principes et des règles communs à la synergie. Il est important de négocier et de s'entendre sur ces éléments, car ils ne peuvent pas être implicites. Les acteurs interviewés s'accordent également sur la nécessité de valoriser la singularité des acteurs via un projet qui tient compte

de la diversité des contextes et de la valeur ajoutée de chacun. Pour eux, la co-construction du projet et son appropriation par tous, sont des éléments clés pour sa mise en œuvre réussie.

Dans le domaine du management, la “co-construction” est une approche de plus en plus populaire. Elle consiste à élaborer collectivement une définition de la réalité qui soit partagée et acceptée par les individus ou groupes concernés (Foudriat, 2014). Cette approche est applicable à tous les contextes où des acteurs ayant des intérêts et des points de vue différents doivent travailler ensemble pour la réussite d’un projet ou pour la définition des règles d’une organisation du travail (Foudriat, 2014). La co-construction permet aux acteurs de faire valoir leurs connaissances et leurs expertises.

Sur la base de ces résultats, nous confirmons notre hypothèse secondaire H2 : « les difficultés rencontrées par les acteurs concernent la conceptualisation et le déploiement du partenariat. »

En conclusion, nos résultats confirment notre hypothèse centrale selon laquelle « la réussite des négociations sur les valeurs, les règles, les principes de fonctionnement et les mécanismes de coordination est une condition nécessaire à l’optimisation de la coopération entre la CIDMEF et ses partenaires. » Les données de notre étude montrent que les institutions impliquées dans ce partenariat sont complémentaires, mais que la réussite de leur projet commun dépend de leur capacité à s’entendre sur des bases communes.

Les résultats de cette étude sont limités par le fait qu’elle porte sur un cas d’étude spécifique, le partenariat pour l’équité en santé dans l’espace francophone. Ils ne sont donc pas généralisables à d’autres contextes. De plus, nous avons été confrontés à quelques difficultés, notamment en ce qui concerne la collecte des données et l’accès aux ressources pertinentes. Ces difficultés ont pu affecter la qualité des résultats. Malgré ces limites, l’étude fournit des informations importantes sur le partenariat pour l’équité en santé dans l’espace francophone. Les résultats de cette étude peuvent être utilisés pour améliorer ce partenariat et le rendre plus efficace.

4.3- Recommandations

Avant de procéder aux recommandations, nous avons jugé nécessaire d’élaborer une analyse des forces, faiblesses, menaces et opportunités de la synergie en s’appuyant sur les données collectées sur le terrain :

Tableau 7: tableau FFOM ou SWOT de la synergie

Forces <ul style="list-style-type: none"> - Vaste réseau des partenaires - Ressources humaines suffisantes - Expertise en santé - Notoriété des institutions 	Faiblesses <ul style="list-style-type: none"> - Manque de ressources financières - Légitimité limitée sur les territoires - Variété des contextes - Mobilisation des acteurs
Opportunités <ul style="list-style-type: none"> - Élargissement du champ d'action des acteurs et institutions impliquées - Développement des relations 	Menaces <ul style="list-style-type: none"> - Politiques et réglementations des territoires - Crises sociopolitiques, économiques et sanitaires

FFOM : Forces, Faiblesses, Opportunité et Menace

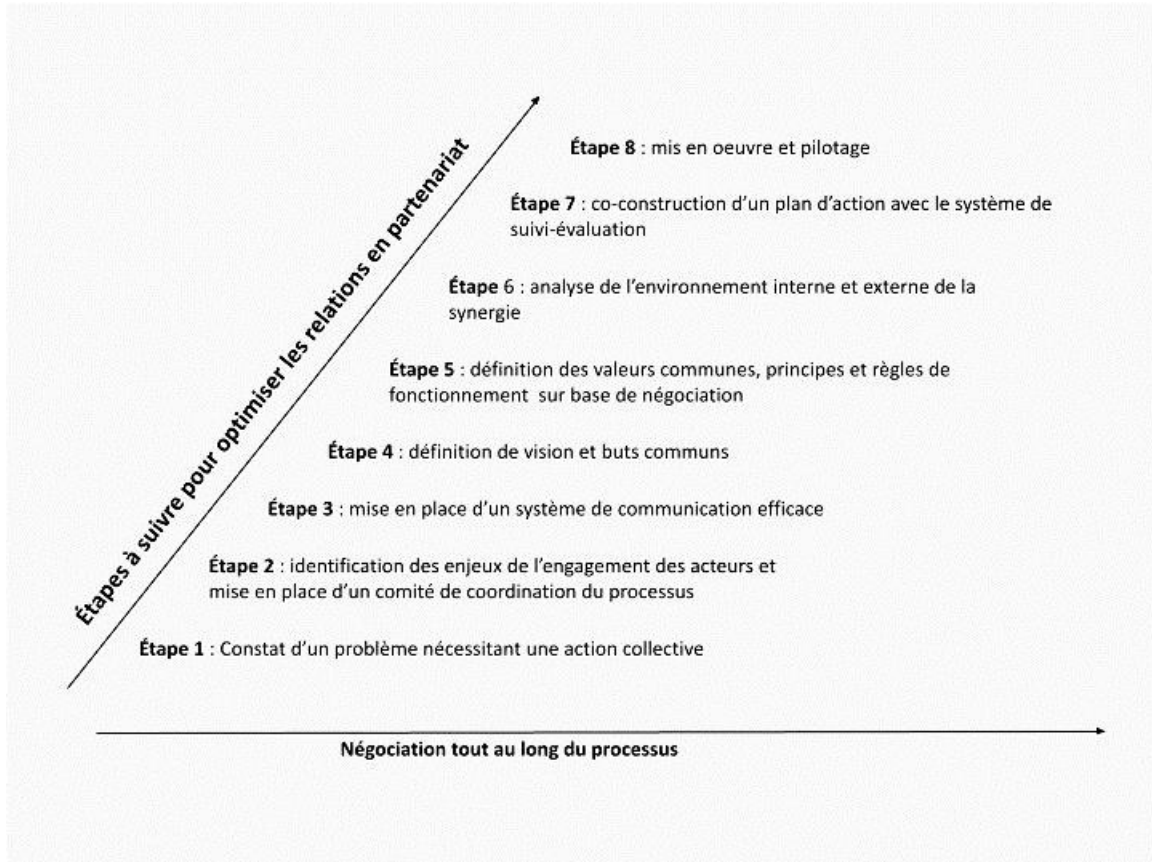
SWOT : Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats

Au vu de tout ce qui précède, nous recommandons au comité de coordination de suivre le dispositif du cycle de partenariat développé par Tennyson (2003) et :

- d'entamer des discussions avec l'ensemble des partenaires pour identifier les enjeux de leur engagement afin de maîtriser les contours du projet ;
- d'organiser des rencontres pour définir d'un commun accord les règles, les valeurs et principes de fonctionnement du partenariat ;
- de mobiliser les acteurs et coconstruire avec eux le plan d'action de l'initiative francophone pour l'équité en santé tout en tenant compte des réalités de chacun ;
- de mettre la négociation au cœur du processus générique du partenariat ;
- d'identifier un seul leader à la tête de l'équipe de coordination pour légitimer son pouvoir ;
- d'intégrer un gestionnaire de projet dans l'équipe de coordination pour son expertise ;
- de mettre en place un système de coordination et de suivi efficace du projet ; et enfin
- de renforcer le système de communication et développer un site internet pour l'initiative.

Par ailleurs, nous avons proposé un dispositif en huit (08) étapes pour l'optimisation des relations entre acteurs du partenariat comme le montre le schéma ci-dessous :

Figure 9 : dispositif d'optimisation des relations entre partenaires



En résumé, cette section présente une analyse critique des résultats de nos travaux, ainsi que les recommandations qui en découlent. Nous avons également utilisé ces données pour proposer un projet professionnel qui permettra aux initiateurs de ce projet de mieux connaître les niveaux de compétences des acteurs opérationnels en matière de développement de partenariats multi-acteurs.

5 Projet d'évaluation des besoins de formation sur le développement des partenariats pour l'équité en santé dans l'espace francophone.

Ce chapitre est consacré à la présentation de notre projet professionnel. Il découle du diagnostic SWOT effectué dans le chapitre précédent, sur les faiblesses du partenariat.

5.1 Contexte et justification

L'initiative francophone pour l'équité en santé ne fonctionne pas aussi bien qu'elle le pourrait. Cela est dû à un manque de compétences chez les acteurs impliqués. Pour améliorer la situation, il est nécessaire de renforcer leurs capacités.

L'analyse des besoins de formation est une étape essentielle pour la conception d'un dispositif pédagogique au sein d'une organisation. Selon Brassard (2005), l'analyse des besoins se définit comme « *l'effort systémique de réflexion, d'observation et de collecte de données (faits, opinions, attitudes) provenant de sources multiples visant à identifier et documenter les écarts (besoins) entre un résultat actuel et un résultat désiré.* » Il s'agit généralement des compétences dont l'organisation a besoin pour atteindre ces objectifs stratégiques. Ces compétences peuvent concerner les savoirs, les savoir-faire et les savoir-être pour mieux faire un travail.

L'initiative francophone pour l'équité en santé vise à lutter contre les inégalités sociales de santé. Elle s'appuie sur des approches de partenariats multi acteurs, la responsabilité sociale en santé des institutions de formations et de soins, et l'engagement citoyen. Cependant, l'approche actuelle de l'initiative francophone pour l'équité en santé a montré quelques limites quant au déploiement efficace des étapes de la démarche de partenariat. En effet, les partenaires locaux, c'est-à-dire les directeurs d'hôpitaux et les doyens des facultés de médecine, sont chargés de développer et de mettre en œuvre le plan d'action de la synergie. Or leurs connaissances et compétences en matière de partenariat sont encore à évaluer.

Il est donc nécessaire d'évaluer les connaissances des directeurs d'hôpitaux et des doyens des facultés de médecine, quant à leur capacité à déployer les étapes de la démarche de partenariat. Cette analyse permettra de développer un dispositif pédagogique adapté à leurs besoins réels, afin d'optimiser les résultats de l'initiative.

Ce projet d'évaluation des besoins en formation vise à contribuer à la réussite de l'initiative francophone pour l'équité en santé. Il permettra de s'assurer que les partenaires locaux disposent des compétences nécessaires pour déployer les étapes de la démarche de partenariat et atteindre les objectifs de l'initiative.

5.2 Formalisation du problème et choix de la solution

Figure 10 : arbre à problème du projet d'évaluation des besoins en formation sur le développement des partenariats en santé

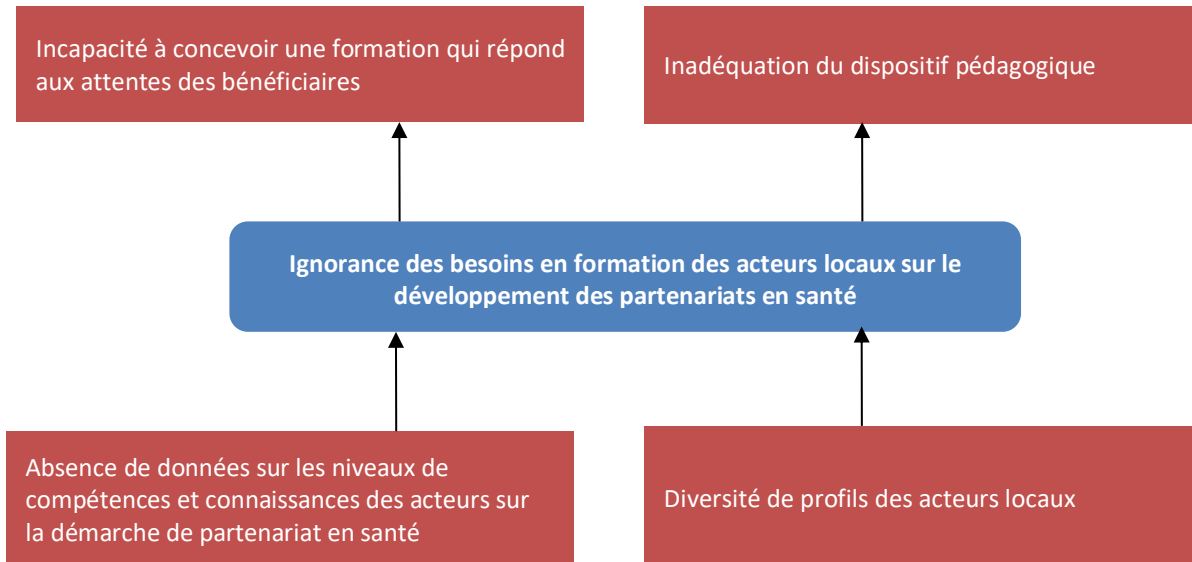
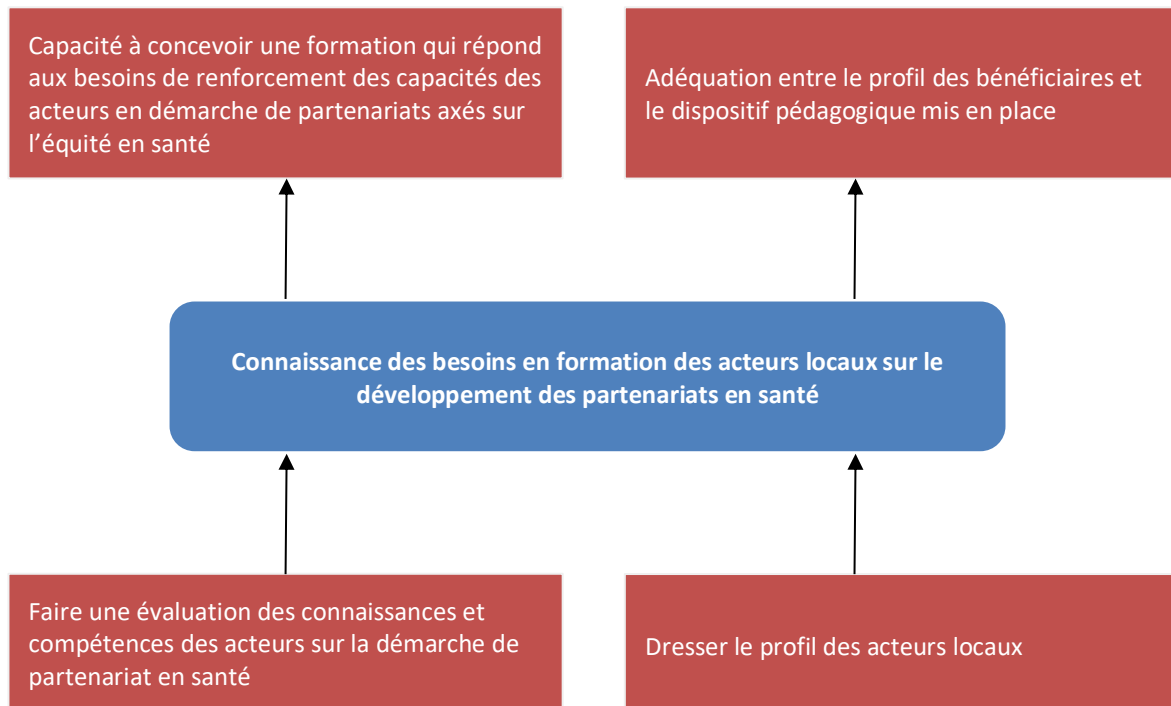


Figure 11 : arbre à solution du projet d'évaluation des besoins en formation sur le développement des partenariats en santé



Des deux pistes de solution identifiées dans la figure ci-dessus, nous optons pour l'évaluation des connaissances et compétences des acteurs locaux en matière d'initiation et de développement des partenariats en santé.

Le bénéficiaire direct de ce projet est la synergie des acteurs et les bénéficiaires secondaires sont les institutions jouissant d'une expertise en ingénierie de formation.

L'objectif général de cette évaluation est d'analyser les besoins en formation des acteurs locaux sur le développement des partenariats en faveur de la santé dans l'espace francophone.

Les objectifs spécifiques poursuivis sont :

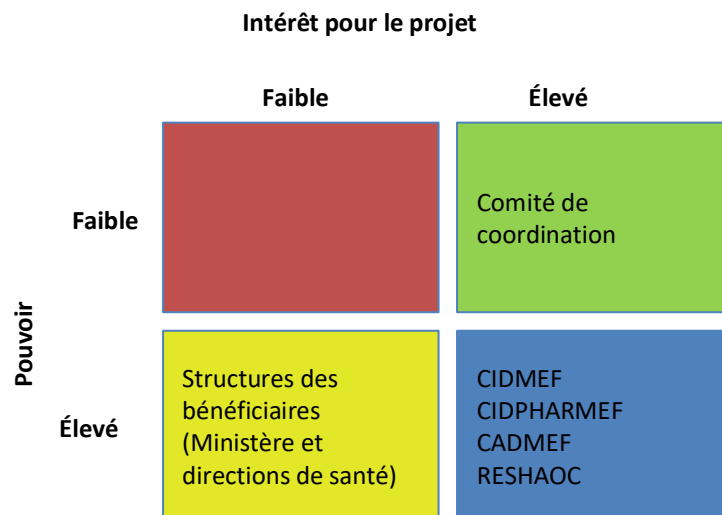
- évaluer les connaissances et compétences actuelles des acteurs en matière de démarche de partenariat en santé;
- définir les modalités de prochaines formations en développement de partenariat en santé;
- définir le profil des futurs bénéficiaires de la formation.

5.3 Méthodologie du projet

5.3.1 Analyse des parties prenantes

L'analyse des parties prenantes est une étape importante dans la conception et le déploiement de tout projet. Dans le cadre du projet d'évaluation des besoins en formation sur le développement des partenariats en santé dans l'espace francophone, nous avons identifié les parties prenantes suivantes : le comité de coordination du projet, le RESHAOC, la CIDMEF, la CIDPHARMEF, la CADMEF, les structures des bénéficiaires de la formation. Ensuite nous les avons classé en fonction de leur intérêt et pouvoir à influencer la réussite de ce projet d'évaluation comme le montre la figure ci-dessous :

Figure 12 : matrice pouvoir/intérêt des parties prenantes du projet d'évaluation des besoins.



Ainsi, il faudra :

- garder le comité de coordination informé de l'évolution de cette évaluation et leur expliquer tout changement ;
- impliquer la CIDMEF, la CIDPHARMEF, la CADMEF et le RESHAOC ; et
- informer les structures des participants à cette évaluation et suivre leur intérêt.

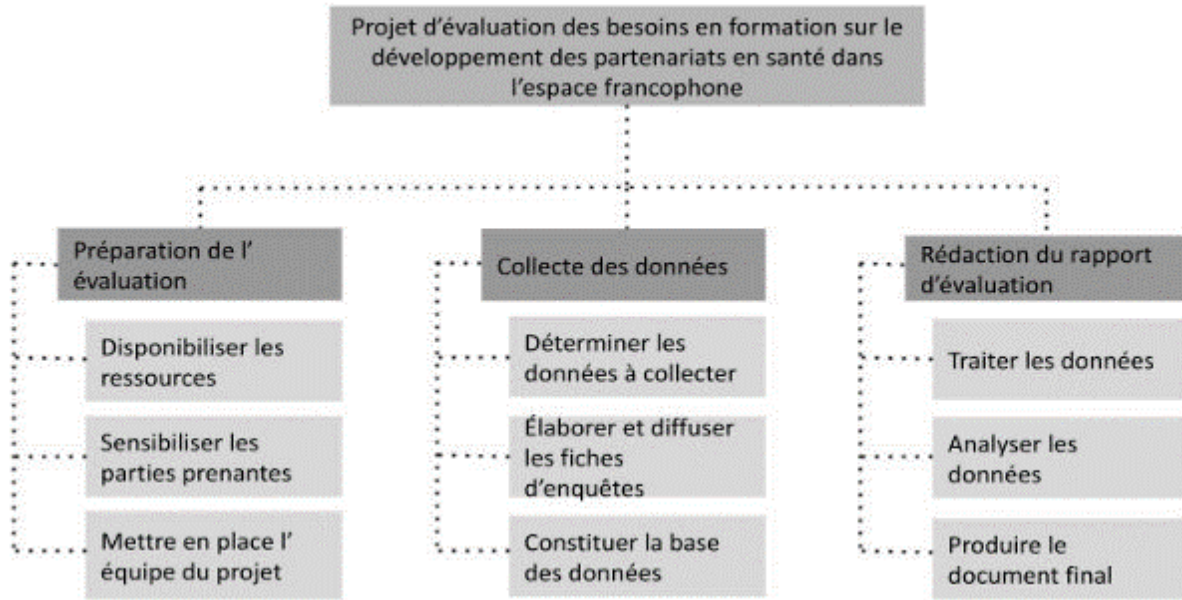
5.3.2 Cadre logique de l'évaluation des besoins en formation

Tableau 8 : cadre logique du projet d'évaluation des besoins en formation sur le développement des partenariats

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens et sources de vérification	Risque et/ou hypothèses critiques
Objectif Général	Analyser les besoins en formation des directeurs d'hôpitaux et doyens de facultés de médecine/pharmacie, en matière de développement de partenariats en santé dans l'espace francophone.	Synthèse de l'évaluation.	Rapport final de l'évaluation.	
Objectifs spécifiques	<p>OS 1 : évaluer les connaissances et compétences des directeurs d'hôpitaux et doyens des facultés de médecine/pharmacie en matière de démarche de partenariat en santé ;</p> <p>OS 2 : définir les modalités de prochaines formations en développement des partenariats en santé ;</p> <p>OS 3 : définir le profil des futurs bénéficiaires de la formation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Écart de connaissances et ou de compétences entre le niveau actuel et le niveau requis ; - Modalités de formation souhaitées ; - Caractéristiques des futurs bénéficiaires de la formation en développement de partenariat en santé. 	Rapport d'analyse des données.	L'équipe du projet et le comité de coordination travaillent étroitement pour fournir un rapport détaillé et complet sur l'analyse de besoins en formation sur le développement des partenariats en santé dans l'espace francophone.
Résultats	<p>R1 : le niveau de connaissance et les compétences des directeurs d'hôpitaux et doyens des facultés de médecine/pharmacie en matière de développement des partenariats en santé est connu ;</p> <p>R2 : les modalités des prochaines formations en développement des partenariats en santé sont définies ;</p> <p>R3 : les personnes qui bénéficieront de la formation en développement des partenariats en santé sont identifiées</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Catégorie des enquêtés - Nombre de modalités de formation proposées - Nombre de personnes ayant donné leur accord pour la formation en développement de partenariat en santé. 	<ul style="list-style-type: none"> - Liste de classification des enquêtés - Rapport d'activités 	<ul style="list-style-type: none"> - L'équipe de projet est compétente pour comparer le niveau actuel et le niveau requis de connaissances et compétences ; - Le comité de coordination est disponible pour accompagner l'équipe du projet.
Activités	<p>A1 : préparation de l'évaluation</p> <p>A2 : collecte des données</p> <p>A3 : rédaction du rapport d'évaluation</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Équipe du projet - Ordinateurs de bureau - Connexion internet 	<ul style="list-style-type: none"> - Contrat de travail - Reçus d'achats - Bureau de travail 	La CIDMEF, la CADMEF, la CIDPHARMEF, le RESHAOC et les autres parties prenantes sont impliqués ; ressources disponibles.

5.3.3 Structure de découpage du projet

Figure 13 : structure de découpage du projet



5.4 Opérationnalisation du projet

5.4.1 Planification opérationnelle du projet

Le tableau suivant présente le cadre opérationnel du projet.

Tableau 9 : planification opérationnelle du projet

N°	Description	Durée (jours)	Dépendances
	Préparation de l'évaluation		
1	Disponibiliser les ressources	15	
2	Sensibiliser les parties prenantes	30	1
3	Mettre en place l'équipe du projet	7	1
	Collecte des données		
4	Déterminer les données à collecter et la méthodologie	7	
5	Élaborer et diffuser les fiches d'enquêtes	7	4
6	Constituer la base des données	3	4 ; 5
	Rédaction du rapport d'évaluation		
7	Traiter les données	3	

8	Analyser les données	4	7
9	Produire le document final	7	7 ; 8
10	Total	83	-

5.4.2 Budget prévisionnel

Tableau 10 : budget prévisionnel du projet

Libellés	PU (€)	Quantité	Montant (€)
Préparation de l'évaluation			
Achat d'ordinateurs de bureau	800	2	1600
Sensibilisation des parties prenantes	PM		1000
Mise en place de l'équipe du projet	PM		1400
Total préparation			4000
Collecte des données			
Détermination des données et méthodologie	1400	1	1400
Élaboration et diffusion des fiches d'enquêtes	1400	1	1400
Constitution de la base des données	840	1	840
Total collecte des données			3640
Rédaction du rapport d'évaluation			
Traitement des données	840	1	840
Analyse des données	1120	1	1120
Production du document final	700	1	700
Total rédaction du rapport final			2660
Total global			10300
Imprévus (10%)			1030
Coût estimé du projet			11330
Marge (10%)			1133
Coût total du projet			12463

Conclusion

Les partenariats en santé sont essentiels pour lutter contre les inégalités de santé dans le monde, en particulier dans l'espace francophone. Pour être efficaces, ces partenariats doivent être bien conçus et mis en œuvre.

L'étude du partenariat francophone pour l'équité en santé a révélé des difficultés dans la mise en place et le développement de ce type de partenariat. Pour répondre à ces difficultés, nous avons formulé la question de recherche suivante : "Comment optimiser la coopération entre la CIDMEF et ses différents partenaires dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, notamment les déserts médicaux dans l'espace francophone ?".

L'objectif de cette étude était d'analyser la dynamique de construction de ce partenariat et de proposer des pistes d'optimisation. Nous avons donc examiné le contexte dans lequel est née cette initiative, les actions en cours pour sa concrétisation et les besoins des partenaires.

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons utilisé une méthodologie de recherche analytique, qui combine une revue de littérature et une collecte de données qualitatives. Cette méthodologie nous a permis de cartographier les acteurs impliqués dans l'initiative francophone pour l'équité en santé et de proposer une approche pour l'optimisation de leurs relations.

Les résultats de notre étude ont confirmé nos hypothèses de départ. La cartographie des acteurs impliqués dans l'initiative francophone pour l'équité en santé a révélé deux éléments fondamentaux sur leur complémentarité.

Premièrement, les institutions impliquées dans ce partenariat se distinguent par leurs visions, leurs missions et leurs valeurs, mais elles partagent un objectif commun : améliorer l'équité en santé dans l'espace francophone.

Deuxièmement, la répartition de ces institutions dans l'espace francophone et la diversité de leurs champs d'action constituent un atout majeur, car elles permettent de couvrir un large éventail de besoins et de répondre aux spécificités de chaque territoire.

Notre hypothèse secondaire H1, selon laquelle la mise en place du partenariat francophone pour l'équité en santé est motivée par la complémentarité des acteurs et leur volonté de mutualiser leurs efforts pour lutter contre les inégalités sociales de santé, est donc confirmée.

Par ailleurs, l'analyse du processus générique de l'initiative francophone pour l'équité en santé a révélé des insuffisances dans la démarche des acteurs pour initier et développer leur coopération. En effet, les acteurs doivent parvenir à une entente sur un ensemble d'éléments fondamentaux qui guideront leurs interactions. Ces éléments comprennent une vision commune et des objectifs communs, ainsi que des valeurs communes, des principes et des règles de fonctionnement.

Les acteurs de l'initiative francophone pour l'équité en santé partagent une vision commune : faire de l'espace francophone une référence en matière de politiques publiques de santé efficaces, équitables et solidaires. Cependant, ils n'ont pas encore atteint un consensus sur les autres éléments fondamentaux.

Même si ce consensus est difficile à atteindre, il est indispensable pour l'optimisation des relations entre acteurs et la réussite des actions collectives. Cette phase de négociation permet d'identifier les enjeux de l'engagement des acteurs et les stratégies à mettre en place pour une satisfaction commune.

En définitive, les résultats de cette étude montrent que la réussite des partenariats en santé dépend de la qualité des relations entre les acteurs. Pour garantir une collaboration efficace, il est important que les partenaires partagent des valeurs communes, des règles et principes de fonctionnement.

Pour redynamiser le processus générique de ce partenariat, la CIDMEF doit organiser des négociations permettant d'aboutir à un consensus sur ces éléments fondamentaux. Cette démarche permettra de susciter plus d'engagement de la part des acteurs et de faciliter la co-construction du plan d'action.

Nous proposons une démarche d'optimisation des relations, fondée sur la négociation des valeurs communes, des règles et principes de fonctionnement. Nous proposons également un projet pour évaluer les besoins en formation des partenaires locaux, qui seront chargés de la mise en œuvre opérationnelle du plan d'action.

Même si cette étude présente des limites, elle fournit des informations importantes sur le partenariat francophone pour l'équité en santé. Les résultats de l'étude peuvent être utilisés pour améliorer ce partenariat et le rendre plus efficace.

Cette étude ouvre également de nouvelles perspectives de recherche, notamment sur le profil des gestionnaires de partenariat dans les organismes à but non lucratif. Ces recherches pourraient contribuer au développement des connaissances sur ce sujet.

6 Références bibliographiques

6.1 Sources juridiques

Constitution de la République française. Assemblée nationale, 1958. <https://www.assemblee-nationale.fr/connaissance/constitution.asp>.

Constitution de l'Organisation Mondiale de la santé, 1946. <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>.

Constitution de la République togolaise de 1992. Assemblée nationale, version consolidée du 15 mai 2019.

Loi canadienne sur la santé, L.R.C. 1985, c. H-6. 18 pages. <https://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/C-6.pdf>

Déclaration universelle des droits de l'homme. Nations Unies, 1948. <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>.

République populaire de Chine. Constitution chinoise. MJP, 2018. <https://mjp.univ-perp.fr/constit/cn2018.htm>.

Partenariats mondiaux pour la santé. Résolution WHA63.10 de l'OMS, 21 mai 2010. <https://www.who.int/fr/about/collaboration/partnerships>.

6.2 Ouvrages

Bickman, Leonard, Thomas W Mangione, Dennis E Dressler, et Prem N Shamdasani. « *Applied Social Research Methods Series* ». *CASE STUDY RESEARCH*, 2011. 94 pages.

Bihl, Alain, et Roland Pfefferkorn. « *I. Le champ des inégalités* », 8-29. Repères. Paris : La Découverte, 2008. <https://www.cairn.info/le-systeme-des-inegalites--9782707152206-p-8.htm>. 128 pages.

Boivin, Antoine, Luigi Flora, Vincent Dumez, Audrey L'Espérance, Alexandre Berkese, et François-Pierre Gauvin. « Coconstruire la santé en partenariat avec les patients et le public : historique, approche et impacts du "modèle de Montréal " », 2017. 17 pages.

Bourque, Denis. *Concertation et Partenariat : Entre Levier et Piège du Développement des Communautés*. PUQ, 2008. 154 pages.

Brachet, Philippe, et Julien Damon. « *Le Partenariat Dans Le Travail Social* », 2010. 35 pages.

Charier, Marie-Dominique, David Houéto, Denis St-Amand, Étienne van Steenberghe, et Carine Villemagne. « *Charte de Bangkok : Ancrage pour de meilleures pratiques en promotion de la santé ?* », 2006. 96 pages.

Dessinges, Catherine. « *Synthèse Bibliographique : Le Concept De Pouvoir Dans Les Organisations* », 1998. 59 pages.

Paquin, Louis-Claude. « Méthodologie de la recherche-crédation », 2017. 157 pages.

Piron, Florence. « Introduction – Que sont la science et la recherche ? Vérité, savoir, connaissance, théorie, modèles », 2021.
<https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/front-matter/introduction/>

Project Management Institute, éd. *A Guide to the Project Management Body of Knowledge (PMBOK Guide)*. 4th ed. Newtown Square, Pa: Project Management Institute, Inc, 2008. 506 pages.

Stake, Robert E. *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc, 1995. 192 pages.

Tennyson, Ros. *The Partnering Toolbook*. Cambridge: The International Business Leaders Forum, 2003. 60 pages.

6.3 Articles

Penchansky, Roy, and J. William Thomas. "The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction." *Medical Care* 19, no. 2 (1981): pp 127–40.
<http://www.jstor.org/stable/3764310>.

Abeykoon, Palitha. "Partnerships in Health Development." *Journal of Health Management* 23, n° 1 (1 mars 2021): pp 143-54. <https://doi.org/10.1177/0972063421995007>.

Aïach, Pierre. "De la mesure des inégalités : enjeux sociopolitiques et théoriques". In *Les inégalités sociales de santé*, pp 81-91. Recherches. Paris : La Découverte, 2000.
<https://doi.org/10.3917/dec.fassi.2000.01.0081>.

Andreani, Jean-Claude. "Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : Etat De L'art En Marketing." *Revue française du marketing*. Vol 201/1. 2005. pp 5-22.

Baribeau, Colette, et Chantal Royer. "L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation". *Revue des sciences de l'éducation*. Vol 38/1. 2012. pp 23-45. <https://doi.org/10.7202/1016748ar>.

Barry, Mamadou. "Les partenariats public-privé pour l'aide à la santé : quelles conditions d'efficacité prendre en compte ?" *Mondes en développement*. Vol 170/2. 2015. pp 75-90.
<https://doi.org/10.3917/med.170.0075>.

Blane, David, et Pierre Aïach. "Les réponses politiques européennes face aux inégalités sociales de santé." In *Lutter contre les inégalités sociales de santé*. pp 97-107. Recherche, santé, social. Rennes : Presses de l'EHESP, 2008. <https://doi.org/10.3917/ehesp.niewe.2008.01.0097>.

Bonville, Jean de. *“Problématique, hypothèses et plan de recherche.”* In *L’analyse de contenu des médias*. pp 35-100. Culture & Communication. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur, 2006. <https://www.cairn.info/l-analyse-de-contenu-des-medias--9782804153014-p-35.htm>.

Bourdillon, François, Gilles Brücker, et Didier Tabuteau. *“Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l’heure de la mondialisation.”* In *Traité de santé publique*. 2016. pp 682-84. Traités.

Cès, Sophie. *“L’accès aux soins de santé, définition et enjeux.”* In *MC-information*. Vol 286. 2021.

Chambaud, Laurent. *“Accès aux soins : éléments de cadrage.”* *Regards* 53/1. 2018. pp 19-28. <https://doi.org/10.3917/regar.053.0019>.

Chevillard, Guillaume, Véronique Lucas-Gabrielli, et Julien Mousques. *“« Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches”*. *L’Espace géographique*. Vol 47/ 4. 2018. pp 362-80. <https://doi.org/10.3917/eg.474.0362>.

Damon, Julien. *“Protection sociale et lutte contre l’exclusion. Regards critiques sur le « partenariat ».”* *Horizons stratégiques*. Vol 3/1. 2007. pp 82-97. <https://doi.org/10.3917/hori.003.0082>.

Dhume, Fabrice. *“Sous le partenariat, les rapports de pouvoir : La réussite éducative de tous et l’échec scolaire de certains”*. *Diversité : ville école intégration*. 2013. La réussite éducative, enjeux et territoires, 172, p.73-81. (halshs-01421909)

Drecq, Vincent. *“Techniques de gestion des parties prenantes, des acteurs projet et du changement.”* In *Pratiques de management de projet*. 2e ed. : pp 111-47. Management / Leadership. Paris: Dunod, 2017. <https://www.cairn.info/pratiques-de-management-de-projet--9782100758630-p-111.htm>.

Fassin, Didier. *“Les impensés des inégalités sociales de santé.”* In *Lutter contre les inégalités sociales de santé*. pp 19-28. Recherche, santé, social. Rennes : Presses de l’EHESP, 2008. <https://doi.org/10.3917/ehesp.niewe.2008.01.0019>.

Foudriat, Michel. *“La co-construction. Une option managériale pour les chefs de service.”* In *Le management des chefs de service dans le secteur social et médico-social*. pp 229-50. Guides Santé Social. Paris : Dunod, 2014. <https://doi.org/10.3917/dunod.delal.2014.01.0229>.

Frélaut, Matthieu. *“Les déserts médicaux.”* *Regards*. Vol 53/1. 2018. pp 105-16. <https://doi.org/10.3917/regar.053.0105>.

Friedberg, Erhard. *“Pouvoir et négociation.”* *Négociations* vol 12/2. 2009. pp 15-22. <https://doi.org/10.3917/neg.012.0015>.

Gagné, Marie-Hélène, Marie-Ève Clément, Audrey Bissonnette, Valérie Gagnon, et Marie-Michèle Lemieux. *“Évolution de la collaboration interorganisationnelle dans l’offre d’un*

programme de soutien à la parentalité. Sciences & Actions Sociales. vol. 17/2. 2022. pp 31-51.
<https://doi.org/10.3917/sas.017.0031>.

Gagnon, Christiane, et Juan-Luis Klein. *“Le partenariat dans le développement local : tendances actuelles et perspectives de changement social.”* Cahiers de géographie du Québec. vol. 35/95. (12 avril 2005). pp 239-55. <https://doi.org/10.7202/022177ar>.

Giauque, David. *“Les partenariats, une affaire d’adhésion et de valeurs. Contribution théorique à l’élaboration d’une problématique.”* In *Télescope*. 2005. pp 16-30.

Gouazé, André. *“La Conférence Internationale des Doyens des Facultés de Médecine d’Expression Française aujourd’hui et demain.”* Pédagogie Médicale. Vol. 2/3. Août 2001. 146-47.
<https://doi.org/10.1051/pmed:2001028>.

Guagliardo, Mark F. *“Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges.”* International Journal of Health Geographics. Vol. 3/1. 26 février 2004.
<https://doi.org/10.1186/1476-072X-3-3>.

Hamzaoui, Pr Mejed. *“Emergence de la question de partenariat dans le champ du travail social.”* 2009.

Hours, Bernard, Marie Bonnet, et Daniel Delanoë. *“Les processus de globalisation de la santé : Entretien avec Bernard Hours réalisé par Marie Bonnet et Daniel Delanoë.”* Journal des anthropologues. N° 138-139. 15 octobre 2014. pp 19-25. <https://doi.org/10.4000/jda.4375>

Jourdain, Alain. *“Morbidity, mortality : problèmes de mesure, facteurs d’évolution, essai de prospective : colloque international de Sinaia (2-6 septembre 1996)”*. Association internationale des démographes de langue française. N° 8. Paris : Presses universitaires de France, 1998.

Lahary, Dominique. *“Esquisse d’une théorie du partenariat pour servir dans la pratique.”* 2005.

Landry, Carol, et Brigitte Gagnon. *“Les notions de partenariat et de collaboration induisent-elles un nouveau mode de recherche entre l’université et le milieu ?”* Nouveaux cahiers de la recherche en éducation. Vol. 6/2. 1999. pp 163-188. <https://doi.org/10.7202/1017002ar>.

Lang, Thierry. *“Inégalités sociales de santé”*. Les Tribunes de la santé. Vol. 43/2. 2014. pp 31-38.
<https://doi.org/10.3917/seve.043.0031>.

Li, Siying, Marie-Hélène Abel, et Elsa Negre. *“Modèle de contexte de collaboration : pour qui, pourquoi, comment ?”*. 2018.

Livian, Yves-Frédéric. *“La structure d’une organisation et ses explications.”* In *Organisation*. 4e éd. pp 49-74. Management Sup. Paris : Dunod, 2008. <https://www.cairn.info/organisation--9782100519637-p-49.htm>.

Loubet Del Bayle, Jean Louis. *“Initiation aux méthodes des sciences sociales.”* Chicoutimi : J.-M. Tremblay, 2012. <https://doi.org/10.1522/030329268>.

- Louche, Claude. *“La structure organisationnelle.”* In Psychologie sociale des organisations. pp 43-64. Psycho Sup. Paris: Dunod, 2019. <https://www.cairn.info/psychologie-sociale-des-organisations--9782100788484-p-43.htm>.
- Maraquin, Carine. *“Le partenariat c’est quoi ?”* In Handicap : pratiques professionnelles à domicile. pp 113-122. Santé Social. Paris: Dunod, 2015. <https://www.cairn.info/handicap-pratiques-professionnelles-a-domicile--9782100721368-p-113.htm>.
- Massip, Christophe. *“Le partenariat en formation. De la modélisation à une application Corinne Merini,1999.”* Spirale - Revue de recherches en éducation. Vol. 25/1. 2000. pp 215-217. https://www.persee.fr/doc/spira_0994-3722_2000_num_25_1_1520_t16_0215_0000_1.
- Morel, Christian. *“La négociation intra-organisationnelle.”* Négociations. Vol. 12/2. 2009. pp 183-193. <https://doi.org/10.3917/neg.012.0183>.
- Nay, Olivier. *“Négocier le partenariat. Jeux et conflits dans la mise en œuvre de la politique communautaire en France.”* Revue française de science politique. Vol. 51/3. 2001. pp 459-181. <https://doi.org/10.3917/rfsp.513.0459>.
- Niewiadomski, Christophe. *“Introduction.”* In Lutter contre les inégalités sociales de santé. pp 7-18. Recherche, santé, social. Rennes : Presses de l’EHESP, 2008. <https://doi.org/10.3917/ehesp.niewe.2008.01.0007>.
- Perrin, Nicolas. *“La méthode inductive, un outil pertinent pour une formation par la recherche ? Quelques enjeux pour le mémoire professionnel.”* Formation et pratiques d'enseignement en question. N°2. 2005. pp 125-137.
- Gagné, Anne-Marie, Normand Landry, Pascale Caidor, Christiane Caneva, Mathieu Bégin, et Sylvain Rocheleau. *“Rôles et contributions de l’analyse inductive dans l’étude de pratiques communicationnelles d’organismes à but non lucratif : le cas de groupes de lutte à la pauvreté au Québec.”* Enjeux et société Approches transdisciplinaires. N°8. 28 avril 2021. pp 146-172. <https://doi.org/10.7202/1076539ar>.
- Pomey, Marie-Pascale, Luigi Flora, Philippe Karazivan, Vincent Dumez, Paule Lebel, Marie-Claude Vanier, Béatrice Débarges, Nathalie Clavel, et Emmanuelle Jouet. *“Le « Montréal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé.”* Santé Publique. Vol. S1. N° HS du 18 mars 2015. pp 41-50. <https://doi.org/10.3917/spub.150.0041>.
- Savignat, Pierre. *“Déserts médicaux, vieillissement et politiques publiques : des choix qui restent à faire.”* Gérontologie et société. Vol.36/146. N°3, 2013. pp 143-52. <https://doi.org/10.3917/gs.146.0143>.
- Stimec, Arnaud. *“Les enjeux et contextes de la négociation.”* In La négociation, 2e éd. pp 9-22. Les Topos. Paris : Dunod, 2011. <https://www.cairn.info/la-negociation--9782100558360-p-9.htm>.

Tremblay, Gaëtan. *“Les partenariats : stratégies pour une économie du savoir.”* Distances et savoirs. Vol 1/ 2. 2003. pp 191-208. <https://doi.org/10.3166/ds.1.191-208>.

6.4 Communications

OMS. 2022. *“Les inégalités en matière d'accès aux services de santé sont à l'origine de l'écart d'espérance de vie : Organisation mondiale de la Santé.”* <https://www.who.int/fr/news/item/04-04-2019-uneven-access-to-health-services-drives-life-expectancy-gaps-who>.

OMS. 2022. *“14.9 millions de décès supplémentaires ont été associés à la pandémie de COVID-19 en 2020 et 2021.”* <https://www.who.int/fr/news/item/05-05-2022-14.9-million-excess-deaths-were-associated-with-the-covid-19-pandemic-in-2020-and-2021>.

Merini, Intervention de Corinne. 2001. *“Le partenariat : histoire et essai de définition.”* Actes de la journée de l'OZP. 05 mai 2001. pp 27-32.

Mercier, Samuel. 2001. *“L'apport de la théorie des parties prenantes au management stratégique : une synthèse de la littérature”*. IXe conférence de l'AIMS. 26 pages.

Mérian, Yves, Guy Planchette, André Lannoy, et Myriam Merad. Reims, 16-18 octobre 2018. *“Approche analytique et approche systémique pour la maîtrise des Risques analytiques.”* 21^e congrès de maîtrise des risques et sûreté de fonctionnement. 11 pages.

6.5 Rapports

OMS. 2017. *“La moitié de la population de la planète n'a pas accès aux services de santé essentiels.”* <https://www.who.int/fr/news/item/13-12-2017-world-bank-and-who-half-the-world-lacks-access-to-essential-health-services-100-million-still-pushed-into-extreme-poverty-because-of-health-expenses>.

World Health Organization et World Bank. *Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report*. Geneva: World Health Organization, 2017. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259817>.

6.6 Thèses et mémoires

Nadia, BENSRYHAYAR. *“La coordination et le partenariat entre les acteurs de l'hébergement : l'exemple des CHRS et SAO du Cher.”* Mémoire présenté à l'École Nationale de la Santé Publique en vue de l'obtention du grade d'inspecteur de l'action sanitaire et sociale. Rennes, France. 2003. 77 pages.

Niang, Cheikh Tidiane. *“Le partenariat des organisations engagées dans la planification familiale au Sénégal : une étude de cas.”* Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de

l'obtention du grade de Maître es Science en Administration des services de santé. Université de Montréal, Québec, Canada. 2005. 171 pages.

Paré-Plante, Andrée-Anne. « L'accessibilité aux soins de première ligne : les caractéristiques organisationnelles liées à une meilleure accessibilité de premier contact ». Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M. Sc.) en sciences cliniques. Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4. 2018. 136 pages.

Yvon Pesqueux. La théorie des parties prenantes, une théorie aisément idéologisable. Doctorat. France. 2020. (halshs-02544474)

Yvon Pesqueux. Le modèle de l'organisation par projet. Master. France. 2020. halshs-02910381

6.7 Webographie

https://unesdoc.Unesco.org/ark:/48223/pf0000370506_fre. Consulté le 6 septembre 2023.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/partenariat/58354>. Consulté le 11 juin 2023.

<https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/8362686/approche-partenariale>.

Consulté le 8 mai 2023.

[https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).

Consulté le 10 mai 2023.

<https://www.camh.ca/fr/agent-du-changement/health-equity>. Consulté le 10 août 2023

<https://repenser-son-organisation.com/fiche-n4-les-5-parametres-de-conception-2/>. Consulté le 21 juin 2023.

http://gpp.oiq.qc.ca/Start.htm#t=l_analyse_organisationnelle_du_projet.htm. Consulté le 22 juin 2023.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>. Consulté le 1 mai 2023.

<https://www.who.int/fr/about/frequently-asked-questions>. Consulté le 29 juin 2023.

https://www.auf.org/les_membres/nos-membres/conference-internationale-des-doyens-des-facultes-de-medecine-d-expression-francaise/. Consulté le 31 juillet 2023.

<https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/globalpartnerships/>. Consulté le 9 juillet 2023.

https://www.francetvinfo.fr/monde/asi/cambodge-les-medecins-sans-diplome-heritage-des-khmers-rouges_3067023.html. Consulté le 11 mai 2023.

<https://www.donneesmondiales.com/afrique/togo/sante.php>. Consulté le 11 mai 2023.

<https://www.donneesmondiales.com/asi/cambodge/sante.php>. Consulté le 11 mai 2023.

<https://www.simplitoo.fr/entreprendre-simplement/gerer-son-entreprise/gerants/gouvernance-entreprise>. Consulté le 8 mai 2023.

<https://www.globalbpa.com/introduction/quels-sont-les-avantages-et-les-inconvenients-de-la-gouvernance-actionariale/>. Consulté le 8 mai 2023.

<https://health-inequalities.eu/fr/health-inequalities/>. Consulté le 10 août 2023.

<https://www.inspq.gc.ca/analyses-de-l-etat-de-sante-de-la-population/surveillance-des-inegalites-sociales-de-sante>. Consulté le 23 mai 2023.

<https://gret.org/sante-au-cambodge-etendre-laces-a-la-securite-sociale/>. Consulté le 10 mai 2023.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/collaboration/17137>. Consulté le 11 juin 2023.

https://www.lemonde.fr/planete/article/2022/05/05/la-pandemie-de-covid-19-a-cause-entre-13-et-17-millions-de-morts-dans-le-monde-entre-janvier-2020-et-la-fin-de-2021-selon-l-oms_6124877_3244.html. Consulté le 09 mai 2023.

<https://www.education.gouv.fr/les-objectifs-de-developpement-durable-4205>. Consulté le 8 mai 2023.

<https://www.journaldemontreal.com/2022/03/28/il-faut-augmenter-le-nombre-de-medecins-partout-au-quebec>. Consulté le 13 mai 2023.

<https://lecourrier.vn/oms-progres-du-cambodge-dans-le-domaine-des-soins-de-sante/1177940.html>. Consulté le 10 mai 2023.

https://doi.org/10.1787/gov_glance-2017-en. Consulté le 26 mai 2023.

<https://www.undp.org/fr/togo/news/acces-aux-soins-toucher-le-plus-grand-nombre>. Consulté le 7 mai 2023.

https://www.lepoint.fr/sante/l-esperance-de-vie-recule-dans-le-monde-21-09-2022-2490756_40.php. Consulté le 11 mai 2023.

<https://www.lejdd.fr/Societe/voici-la-carte-de-france-des-deserts-medicaux-3896746>. Consulté le 10 mai 2023.

<https://data.worldbank.org>. Consulté le 11 mai 2023.

<http://reperesdafrique.tg/index.php/2022/05/21/togo-voici-le-nombre-de-medecins-inscrits-au-tableau-2022-de-lonmt/>. Consulté le 09 mai 2023.

<https://www.questions-de-management.com/design-organisationnel-les-5-parametres-de-conception/>. Consulté le 21 juin 2023.

<https://www.lesoleil.com/2017/03/16/systeme-de-sante-quebecois-defis-de-taille-a-relever-selon-un-rapport-482c1f16029019b249e7542bebe1f42e/>. Consulté le 09 mai 2023.

<https://lentraidmissionnaire.org/ameliorer-les-soins-de-sante-au-cambodge-le-projet-borgen>.

Consulté le 10 mai 2023.

7 Liste des illustrations

Figure 1 : cycle du partenariat	4
Figure 2 : sept étapes pour parvenir à un accord de partenariat	5
Figure 3 : étoile de partenariat	18
Figure 4 : matrice pouvoir et intérêt	21
Figure 5 : modèle de Venn à trois variables	21
Figure 6 : cadre opératoire de la recherche	27
Figure 7 : répartition géographique des institutions	34
Figure 8 : acteurs et natures des institutions	35
Figure 9 : dispositif d’optimisation des relations entre partenaires.....	42
Figure 10 : arbre à problème du projet d’évaluation des besoins en formation sur le développement des partenariats en santé.....	44
Figure 11 : arbre à solution du projet d’évaluation des besoins en formation sur le développement des partenariats en santé.....	44
Figure 12 : matrice pouvoir/intérêt des parties prenantes du projet d'évaluation des besoins.	45
Figure 13 : structure de découpage du projet	47

8 Liste des tableaux

Tableau 1 : modèles de partenariat en santé	19
Tableau 2 : typologies de partenariat	19
Tableau 3 : principes clés pour bâtir des partenariats solides	22
Tableau 4 : types d'études de cas selon Yin (1989)	26
Tableau 5 : règles, principes et valeurs communs retenus par les acteurs.....	36
Tableau 6 : idées générales des entrevues.....	37
Tableau 7: tableau FFOM ou SWOT de la synergie	41
Tableau 8 : cadre logique du projet d'évaluation des besoins en formation sur le développement des partenariats.....	46
Tableau 9 : planification opérationnelle du projet	47
Tableau 10 : budget prévisionnel du projet.....	48

9 Annexes

9.1 Annexe 1 : Déclaration de Djerba

Conscients du besoin urgent et continu de se regrouper dans la Francophonie pour : - affronter les défis posés par les inégalités sociales et leurs impacts sur la santé, - adopter une vision globale de la santé dans le contexte international, - tirer les leçons de la pandémie COVID-19 et des conséquences du changement climatique, Nous, contributeurs d'une synergie pour lutter contre la désertification en santé et partageant un ensemble de valeurs communes qui guident notre action, engageons un partenariat en santé adapté aux territoires et à la coopération d'organisations francophones et internationales.

Nous poursuivons cinq orientations stratégiques pour le soutien d'un accès équitable aux soins de santé dans la Francophonie :

- réaffirmer l'ambition stratégique de la Francophonie pour la santé face à la fracturation de l'ordre sanitaire mondial, notamment mise en évidence par la pandémie Covid-19 ;
- faire de l'accès à la santé dans tous les pays de la Francophonie, par l'humanisme et la solidarité, le socle de la défense des intérêts des populations ;
- concevoir un modèle d'accès à la santé dans une logique partenariale pour fournir les capacités de faire face aux besoins de santé sur tous les territoires;
- garantir par la formation en santé la protection des intérêts vitaux des populations et les capacités académiques adaptées aux besoins de répartition des professionnels;
- accompagner la société civile dans sa mobilisation pour une meilleure éducation en santé et une implication dans la démocratie sanitaire.

Nous identifions cinq plans exécutifs mis en œuvre par des actions communes pour la promotion de la santé dans tous les territoires :

- promouvoir la démarche de responsabilité sociale en santé dans les institutions de soins et de formation, et favoriser la recherche scientifique par une approche interventionnelle en santé des populations ;
- implémenter une plateforme d'échanges et d'observation pour les expérimentations de partenariat en santé dans les territoires afin de mobiliser les expertises, les compétences et les savoirs expérientiels et améliorer l'accès aux ressources de santé ;
- favoriser l'usage du numérique pour faciliter l'ouverture sur la collaboration interprofessionnelle, les nouvelles compétences et le co-apprentissage, et les services de santé à distance ;
- apporter aux étudiants et à la jeunesse citoyenne les compétences permettant de répondre aux défis de santé et impulser l'esprit de l'engagement ;

- développer une politique d'influence scientifique auprès des décideurs pour favoriser, soutenir et pérenniser des partenariats territoriaux au service de la santé des populations sous-desservies.

Par cette déclaration, Nous, partenaires de cette initiative :

- affirmons notre disponibilité pour contribuer à cette dynamique et invitons d'autres partenaires de la Francophonie, qualifiés dans le domaine à la rejoindre,
- et souhaitons que cette coopération assumée et confortée entre tous les acteurs fasse de l'espace francophone une référence mondiale en matière de politiques publiques de santé efficientes, équitables et solidaires.

Réunis en Conférence scientifique tenue à Djerba les 14 et 15 novembre 2022,

Les Partenaires,

Conférence internationale des doyens et des facultés de médecine d'expression française (CIDMEF)

Conférence des doyens de médecine, de pharmacie et de médecine dentaire de Tunisie
Conférence africaine des doyens de médecine d'expression française (CADMEF)

Conférence des doyens de faculté de médecine française

Réseau des hôpitaux d'Afrique de l'Océan Indien et des Caraïbes (RESHAOC)

Réseau international francophone pour la responsabilité sociale en santé (RIFRESS) Université Senghor

Faculté de médecine de l'Université de Montréal

Le Centre Besroul du Collège des médecins de famille du Canada

Fondation Dr Sadock Besroul

Conférence internationale des doyens de pharmacie d'expression française (CIDPHARMEF)

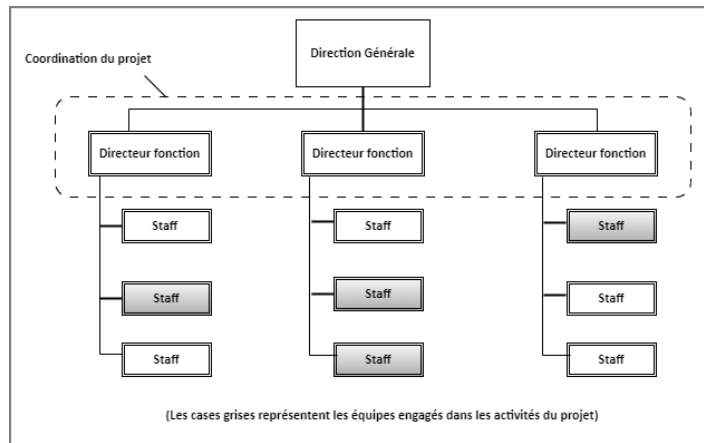
Réseau des établissements francophones en santé publique (REFSEP)

Région Ile-de-France

Agence universitaire de la francophonie (AUF).

9.2 Annexe 2 : Structures organisationnelles en projets

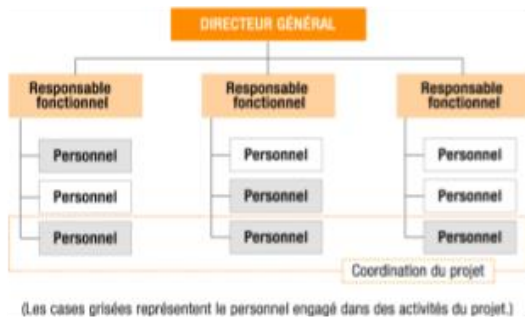
Figure : Structure fonctionnelle



Source : PMBOK, 2004.

Figure : différentes configurations de la structure matricielle

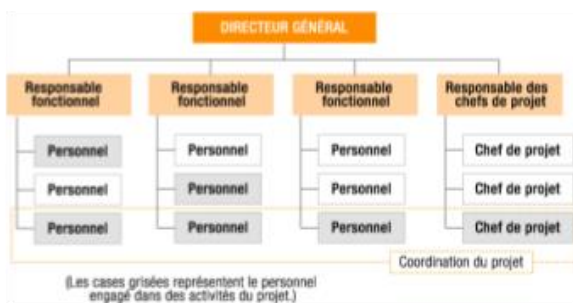
Structure matricielle faible



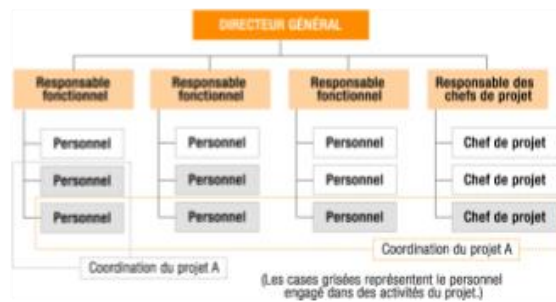
Structure matricielle équilibrée



Structure matricielle forte

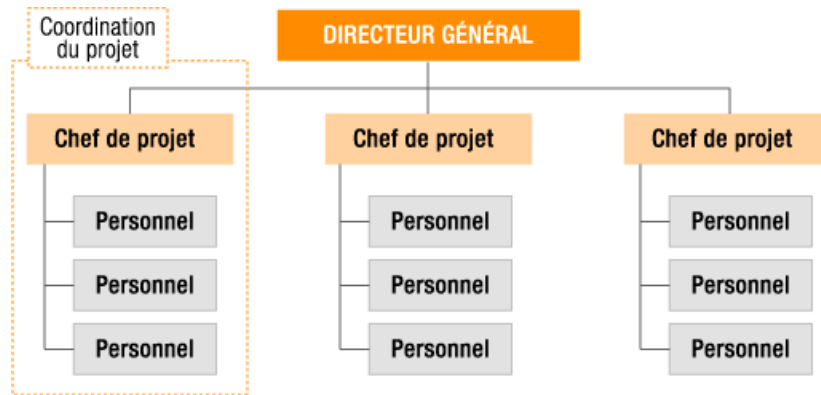


Structure matricielle mixte



Source : PMBoK, 2004.

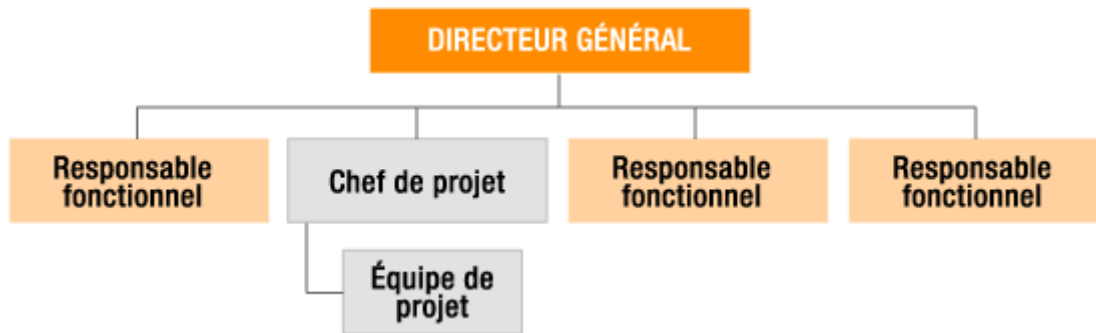
Figure : structure par projet



(Les cases grisées représentent le personnel engagé dans des activités du projet.)

Source : PMBoK, 2004

Figure : Structure commando



Source : PMBoK, 2004

9.3 Annexe 3 : institutions, visions, missions et valeurs.

Nom de l'institution	Date de création	Pays d'implantation	Vison	Valeurs	Missions
Conférence internationale des doyens et des facultés de médecine d'expression française (CIDMEF)	1981	France	Répondre aux besoins prioritaires en santé de la population	- Solidarité - Excellence - Humanisme	Promouvoir la médecine de la santé dans le monde francophone dans un esprit de solidarité, de partage et de liberté.
Conférence des doyens de médecine, de pharmacie et de médecine dentaire de Tunisie (CDMPDT)	1975	Tunisie	Devenir un leader régional en matière d'enseignement et de recherche médicale. Elle souhaite également contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des Tunisiens en leur fournissant des soins de santé de qualité.		Elle a pour mission de favoriser la coopération entre les facultés, de défendre les intérêts des étudiants et des enseignants, et de promouvoir la qualité de l'enseignement et de la recherche médicale en Tunisie.
Conférence africaine des doyens de médecine d'expression française (CADMEF)	1981	Sénégal	Contribuer à l'amélioration de la santé des populations africaines par le développement de l'enseignement et de la recherche médicale de qualité.		Elle a pour mission de favoriser la coopération entre ses membres dans les domaines de l'enseignement, de la recherche et de la pratique médicale.
Conférence des doyens de faculté de médecine française	1971	France	Faire des facultés de médecine françaises des établissements d'excellence, au service de la santé des populations françaises et mondiales.		Elle a pour mission de défendre et de promouvoir la qualité de l'enseignement médical en France.
Réseau des hôpitaux d'Afrique de l'Océan Indien et des Caraïbes (RESHAOC)	1996	Bénin	Fédérer les compétences pour la survie des entités hospitalières des États membres du réseau	- Collaboration inter hôpital et FHF - Promotion de l'expertise hospitalière - Humanisme et solidarité"	Promouvoir la collaboration, analyse et propositions de perspectives de développement de l'hôpital

Réseau international francophone pour la responsabilité sociale en santé (RIFRESS)	2017	Canada	Faire de la responsabilité sociale en santé une réalité dans tous les pays francophones.	<ul style="list-style-type: none"> - Soins à la personne tenant compte de l'ensemble de ses besoins - Équité et justice sociale - Pertinence des services au contexte spécifique - Coût-efficacité pour une organisation juste et pérenne des services 	Réunir des institutions académiques en lien avec la formation des futurs dispensateurs de soin leur permettant de définir leur responsabilité sociale.
Université Senghor	1990	Égypte	Devenir un acteur majeur de la formation et du renforcement de capacités des cadres en Afrique et pour l'Afrique.	<ul style="list-style-type: none"> - Éthique - Solidarité - Respect - Excellence - Innovation 	Former, en français, des cadres créatifs capables de relever les défis du développement durable en Afrique et en Haïti.
Faculté de médecine de l'Université de Montréal	1843	Canada	Être un leader en santé. Agir pour transformer et innover.	Excellence, humanisme, créativité, courage, collaboration	Bâtir un avenir en santé en formant des professionnels et des scientifiques socialement responsables, tout en créant des connaissances et en les partageant avec les communautés d'ici et du monde.
Le Centre Besroun du Collège des médecins de famille du Canada	2012	Canada	Créer un monde où tous ont accès à des soins de santé de qualité, peu importe leur situation socio-économique, leur origine ethnique ou leur lieu de résidence.	<ul style="list-style-type: none"> - Compassion - Apprentissage - Collaboration - Réactivité - Respect - Intégrité - Engagement vers l'excellence 	Améliorer la pratique de la médecine de famille et favoriser l'accès aux soins de santé pour les personnes vulnérables.
Fondation Dr Sadock Besroun	2007	Canada	Améliorer l'accès aux soins de santé de qualité pour tous, en particulier pour les personnes vulnérables et les populations défavorisées.		Soutenir le développement de la médecine familiale en Tunisie et au Canada.
Conférence internationale des doyens de pharmacie d'expression	2002	France	Créer un espace de dialogue et de coopération entre les facultés de pharmacie francophones, afin de favoriser l'excellence de la formation		Sa mission est de faciliter l'échange, entre facultés de pharmacie de l'espace francophone, sur des questions de formation professionnelle et scientifique dans les

française (CIDPHARMEF)			pharmaceutique et de la recherche en santé		domaines de la pharmacie et des sciences pharmaceutiques.
Réseau des établissements francophones en santé publique (REFESP)	2021	France	Fédérer les écoles et les établissements d'enseignement de santé publique de l'espace francophone.		Le REFESP a pour mission de favoriser la coopération et le partage des connaissances entre les établissements membres, de soutenir l'excellence en santé publique et de contribuer à l'amélioration de la santé des populations francophones.
Région Ile-de-France	1976	France	Être une région mondialement reconnue pour son innovation, son économie et sa qualité de vie.	Vivre ensemble Mixité Égalité	La mission de la région Île-de-France est de développer le territoire et d'améliorer la qualité de vie de ses habitants. Elle intervient dans les domaines de l'enseignement, de la recherche, de l'emploi, de la culture, du sport, de l'environnement, des transports et du développement économique.
Agence universitaire de la francophonie (AUF)	1961	France	Penser mondialement l'éducation supérieure francophone et la Francophonie scientifique et agir régionalement en respectant la diversité	<ul style="list-style-type: none"> • Le respect de la diversité des cultures et des langues ; • L'égalité des chances pour l'accès au savoir pour tous ; • La solidarité active pour un développement inclusif par le savoir ; • L'égalité entre les femmes et les hommes ; • Les considérations éthiques, humaines et scientifiques ; • Le progrès par la tolérance, la démocratie et le dialogue. 	Agir pour une francophonie universitaire solidaire engagée dans le développement

9.4 Annexe 4 : Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES PARTENAIRES COSIGNATAIRES DE L'INITIATIVE FRANCOPHONE POUR L'ÉQUITÉ EN SANTÉ

Dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de fin d'étude portant sur la mise en place d'un dispositif pour optimiser la coopération entre les acteurs impliqués dans le partenariat pour l'équité en santé dans l'espace francophone, je souhaiterais m'entretenir avec vous sur un certain nombre de questions. Ces questions portent sur les différents thèmes identifiés ci-dessous.

Thèmes :

Les obstacles ou difficultés rencontrées dans un travail en partenariat

Les enjeux de l'engagement des acteurs dans l'initiative francophone pour l'équité en santé

La mobilisation des ressources pour l'initiative francophone pour l'équité en santé

La meilleure approche de coopération et de valorisation des singularités (répartition des tâches et mécanisme de coordination) des acteurs impliqués.

Thème 1 : les obstacles ou difficultés rencontrées dans un travail en partenariat.

Question 1 : Avez-vous déjà été partie prenante d'une initiative similaire entre plusieurs acteurs institutionnels ?

Question 2 : En tant qu'acteur doté d'expériences de travail en partenariat, que pouvez-vous nous dire sur les difficultés et ou obstacles fréquemment rencontrés et qui peuvent freiner la réussite de la coopération ?

Thème 2 : les enjeux de l'engagement des acteurs dans le partenariat.

Question 3 : Volontairement vous avez choisi de vous engager dans le partenariat pour l'équité en santé dans l'espace francophone. Et vous convenez avec nous que cet engagement est motivé par des intérêts propres à votre institution. Alors, quels en sont les enjeux pour vous et votre institution aujourd'hui ?

Question 4 : Qu'est-ce que vous y gagnez et que cédez-vous en contrepartie ?

Thème 3 : la mobilisation des ressources pour le partenariat.

Question 5 : Dans le questionnaire que vous avez rempli, vous avez identifié un certain nombre de ressources que vous souhaitez ou comptez mettre à contribution dans le cadre de ce partenariat. Dites-nous comment comptez-vous y prendre réellement ?

Question 6 : Est-ce que ce sera sous forme d'un don ou d'un service/produit rendu dans le cadre des projets communs au sein desquels vous y interviendrez ?

Thème 4 : la meilleure approche de coopération et de valorisation des acteurs.

Question 7 : De par votre expérience de travail en partenariat, quelle serait la meilleure approche de travail pour une multitude d'acteurs, comme c'est le cas avec l'initiative francophone pour l'équité en santé dans laquelle vous êtes actuellement impliqué ?

Question 8 : Comment s'effectuera la répartition des tâches entre partenaires et quels sont les mécanismes de coordination ? Que faire réellement pour valoriser la singularité des acteurs ?

9.5 Annexe 5 : Questionnaire

Rubrique 1 sur 4

Enquête sur la dynamique du partenariat pour l'équité en santé dans l'espace francophone

Le partenariat pour l'équité en santé est une initiative née de la conférence scientifique et de la déclaration de Djerba en novembre 2022. A l'issue de cette déclaration, vous (acteurs cosignataires) avez mené plusieurs discussions pour identifier les orientations, les axes et les priorités stratégiques de votre action commune.

Vu l'ampleur de cette initiative dans l'espace francophone et le processus en cours pour sa mise en place effective, nous pensons qu'il est nécessaire de partir sur de bonnes bases dans l'élaboration du plan d'action, afin d'éviter des dysfonctionnements qui pourront constituer un réel obstacle dans l'atteinte de vos objectifs communs.

Pour ce faire, connaître les motivations propres de chacune des institutions sinon acteurs et les enjeux de leur engagement dans cette synergie constituent un bon point de départ pour s'entendre et établir un certain nombre de règles et principes de fonctionnement susceptible de vous conduire à l'atteinte de vos objectifs communs et de vos intérêts propres.

C'est dans cette optique que nous vous adressons ce questionnaire afin de collecter un certain nombre d'informations qui seront ensuite analyser afin de proposer un dispositif d'optimisation de votre coopération. Ce questionnaire vous prendra à peine 05 minutes à remplir, pourvu que vous ayez accès à votre plan stratégique.

Nous comptons sur votre collaboration et vous remercions d'avance pour la promptitude.

Ce formulaire collecte automatiquement les e-mails de toutes les personnes interrogées.

[Modifier les paramètres](#)

Nom de votre organisme

Réponse courte

Année de création de votre organisme

Réponse courte

Pays d'implantation de l'organisme

Vision de votre organisme

Réponse longue

Missions de votre organisme

Veillez utiliser un tiret bas (_) pour séparer les différentes missions citées.

Réponse longue

Valeurs de votre organisme

Veillez utiliser un tiret bas (_) pour séparer les valeurs citées.

Réponse longue

Expérience en partenariat de votre organisme

Moins de 05 ans

Entre 05 et 10 ans

Plus de 10 ans

Rubrique 2 sur 4

Rubrique 2 sur 4

Processus de construction du partenariat pour l'équité en santé dans l'espace francophone.

La construction d'un partenariat suit un ensemble d'étapes et de phases. Dans cette partie, nous cherchons à savoir comment votre organisme a été impliqué ou s'implique dans cette démarche.

Avez-vous participé à la définition des orientations stratégiques du partenariat pour l'équité en santé dans l'espace francophone ?

Nous voulons savoir si vous avez pris part aux discussions qui ont abouti à la proposition de ces orientations.

Oui

Non

Avez-vous participé à la définition des axes stratégiques ?

Nous voulons savoir si vous avez pris part aux discussions qui ont abouti à la proposition de ces axes.

Oui

Non

Avez-vous participé à la définition des priorités stratégiques ?

Nous voulons savoir si vous avez pris part aux discussions qui ont abouti à la proposition de ces priorités.

Oui

Non

Est-ce qu'il y a un lien entre la stratégie de votre organisme et les orientations, axes et priorités stratégiques identifiés dans le cadre de ce partenariat ?

Oui

Non

Avez-vous échangé avec les autres partenaires sur les principes et règles de fonctionnement du partenariat ?

Oui

Non

Avez-vous retenu avec les autres partenaires un certain nombre de valeurs communes dans le cadre de ce partenariat ?

Oui

Non

Rubrique 3 sur 4

Valeurs, principes et règles de fonctionnement retenus pour le partenariat

Il s'agit d'un ensemble de valeurs, principes et de règles de fonctionnement retenus après discussion avec tous les partenaires.

Vous pouvez utiliser le tiret bas (_) pour séparer les éléments identifiés.

Si vous avez répondu "Non" aux deux dernières questions précédentes, veuillez renseigner "NA".

Veuillez citer les valeurs communes retenues dans le cadre de ce partenariat.

Il s'agit d'un ensemble de valeurs communes retenues pour le partenariat.

Réponse longue

Veuillez citer les règles de fonctionnement retenues de commun accord avec les autres partenaires.

Les règles de fonctionnement permettent de clarifier les attentes et les responsabilités de chaque membre de l'équipe et d'harmoniser les comportements et de faciliter la communication, tout en établissant un cadre de travail propice à la réussite collective.

Réponse longue

Veuillez citer les principes de fonctionnement retenus de commun accord avec les autres partenaires.

Les principes de fonctionnement sont des énoncés généraux qui guident la coopération.

Réponse longue

Rubrique 4 sur 4

Qualité de la collaboration entre acteurs du partenariat pour l'équité en santé dans l'espace francophone

La qualité de la collaboration est un élément clé de succès dans une action collective. Elle se manifeste par l'engagement, la participation et la responsabilisation des acteurs afin de favoriser la coopération et valoriser les singularités.

Actuellement, quel rôle joue votre organisme dans ce partenariat ?

Réponse longue

A quel point votre organisme est-il impliqué dans les activités du partenariat ?

Faiblement impliqué

Moyennement impliqué

Fortement impliqué

Quelles sont les ressources (humaines, matérielles et ou financières) mobilisées ou que votre organisme souhaite mobiliser dans le cadre de ce partenariat ?

Réponse longue

Est-ce qu'il y a un système d'information approprié qui facilite la collaboration entre votre organisme et les autres partenaires ?

Oui

Non

Etes-vous en accord avec la coordination qui se fait du processus de mise en place de ce partenariat ?

Pas d'accord

Partiellement d'accord

D'accord

Complètement d'accord