

Justification

(a) pertinence de l'action par rapport aux objectifs du programme

Le projet PASSAGE répond à ces objectifs clairement définis dans le Règlement (CE) n° 1567/2003 du Parlement Européen et du Conseil du 15 juillet 2003 :

- par son action de sensibilisation et de mobilisation, en particulier des leaders, des politiques et des élus, on peut espérer garantir le droit à une bonne santé génésique et sexuelle de l'ensemble de la population,
- l'intervention s'adresse à toute la population, mais plus spécifiquement aux personnes ou communautés peu écoutées et peu entendues : les plus pauvres, les jeunes, les femmes,
- des actions seront menées pour faciliter l'accessibilité de tous aux soins et services dont ils ont besoin, qu'il s'agisse de l'accessibilité financière ou socioculturelle,
- la santé génésique est envisagée dans toutes ses composantes, de façon complète, en abandonnant les approches trop verticales,
- le projet s'attachera à améliorer la qualité des soins obstétricaux d'urgence et de tous les soins et services offerts dans le cadre de la santé génésique.

(b) pertinence de l'action par rapport aux priorités du programme

L'intervention s'adresse en priorité aux populations les plus démunies et les plus vulnérables de trois pays parmi les plus pauvres de la planète. Les sites d'implantation du projet ont été choisis par les autorités locales selon des critères de besoins de la population et de continuité d'actions déjà menées. Les zones d'intervention sont celles où les indicateurs en matière de santé de la reproduction sont parmi les plus alarmants. Deux d'entre elles sont déjà des sites du projet AQUASOU (Amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins obstétricaux d'urgence) impliquant les équipes à la base de cette proposition. Le projet PASSAGE pourra donc bénéficier des leçons tirées de cette première expérience, consolider un partenariat déjà très positif, approfondir et élargir l'action du projet précédent qui se terminera en janvier 2006.

L'insertion dans les systèmes de santé existants et le respect des politiques nationales seront garantis par le partenariat étroit avec les représentants du Ministère de la Santé, ainsi que la création de connexions fortes avec d'autres programmes ou projets impliqués dans la santé génésique.

Le projet mettra en œuvre les stratégies communautaires et internationales. Il s'inscrit dans les perspectives définies par les Conférences internationales sur la Population et le Développement (CIPD) et dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement. Il participe également aux plans nationaux de lutte contre la pauvreté.

La méthodologie participative qu'il propose implique l'engagement de tous les acteurs. Le partenariat initié lors du projet AQUASOU qui a montré son efficacité sera renforcé. Les ONGs et associations partenaires (ASMADE à Ouagadougou, SALAMA à Maroua, ASDAP à Mopti entre autres) joueront le rôle d'interface entre le système de santé et les populations. D'autres associations seront impliquées dans l'organisation de comités de réflexion sur les droits en matière de santé génésique et dans le plaidoyer en direction des décideurs et du législateur.

L'intervention sera menée dans trois sites, ce qui permettra l'échange d'expériences. Un dialogue sera instauré entre les acteurs des différents pays sur les problèmes rencontrés, les solutions mises en œuvre, les réussites et les échecs des uns et des autres.

Les capacités locales seront renforcées, aussi bien celles des prestataires de soins que celles des ONGs. Ce renforcement sera assuré par des formations spécifiques, par un accompagnement tout au long de l'action, par le développement de recherches-actions où les acteurs devront définir les problèmes, imaginer les solutions, les mettre en œuvre et évaluer les résultats pour définir de nouvelles étapes. Ce type d'approche assurera la pérennité de l'action au terme du projet.

Si le projet se veut essentiellement opérationnel, il ne négligera en rien les aspects scientifiques permettant de tirer des leçons étayées de l'expérience. Les rapports de suivi, l'étude avant/après, le suivi scientifique permettront l'évaluation et la diffusion des résultats.

(c) identification des besoins et contraintes perçus dans les pays cibles

Les pays concernés par le projet font partie de la liste des pays bénéficiaires de l'aide établie par le CAD au 1^{er} janvier 2003.

Les statistiques sanitaires et démographiques restent préoccupantes et montrent que beaucoup reste à faire pour atteindre les Objectifs de Développement du Millénaire.

Indicateur	Cameroun	Burkina Faso	Mali
Indice de développement humain (classement sur 177 pays)*	141	175	174
Population vivant avec < 1 USD par jour*	17,1 %	44,9 %	72,8 %
Population âgée de moins de 15 ans*	42,4 %	48%	49,2 %
Indice synthétique de fécondité*	4,6	6,2**	7,0
Fécondité des adolescentes ¹	40,4 %	23 %**	31,2 %
Population utilisant une contraception*	19 %	14% (9,7% moderne)	8 %
Population de 20 à 24 ans utilisant une contraception**	4,7 %	18,4 %	3,8 %
% accouchements assistés*	60 %	38%	41 %
Ratio de mortalité maternelle ajusté (N décès / 100 000 naissances vivantes)*	730	1 000	1 200
% de la population de 15 à 49 ans porteuse du VIH*	6,9 %	1,8 % (DHS 2003)	1,9 %
Prévalence des mutilations génitales***	20 %	77% (65% chez les 15-19 ans DHS 2003)	94 %

Sources : * Rapport mondial sur le développement humain 2004 (<http://hdr.undp.org/reports/global>)

** Enquêtes DHS (Burkina Faso 2003, Cameroun 1998, Mali 2001)

*** Centre for Reproductive Rights, 1995 (www.crip.org)

En l'an 2000, la proportion de jeunes de 10 à 25 ans était respectivement de 32, 34 et 32 % au Burkina Faso, au Cameroun et au Mali². Au Burkina Faso, chez les 15-19 ans sexuellement actifs, 84% des femmes et 63% des hommes n'ont pas recours à une méthode contraceptive moderne. Au Cameroun, plus de 40 % des jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans ont eu au moins une grossesse. Au Burkina, à 19 ans, 57 % ont déjà au moins un enfant ou sont enceintes pour la première fois (DHS 2003). L'avortement provoqué est une pratique à laquelle les adolescentes ont souvent recours même si les chiffres ne sont pas connus du fait de son caractère illégal et parce qu'il est socialement et culturellement condamné. Selon une étude menée à Ouagadougou, 22% des 15-19 ans enquêtées avaient interrompu une grossesse³.

La plupart des adolescents ayant des relations sexuelles courent des risques de grossesse non désirée et d'infections (IST/VIH). Ils consultent peu les services de santé moderne, où ils sont souvent mal accueillis s'ils recherchent des conseils en matière de santé sexuelle. Dans ces pays où la pauvreté est endémique, l'accès financier à des soins urgents devient un défi insurmontable quand on est mineure, enceinte et célibataire sans soutien familial⁴.

Les programmes de santé génésique sont encore trop verticaux, l'offre de soins et de services est très éclatée et parfois de piètre qualité : elle ne correspond pas toujours à la demande et aux besoins ressentis par la population, et les barrières économiques et socioculturelles sont considérables.

Enfin, le patient est considéré davantage comme un consommateur de soins ou de services que comme un véritable acteur de sa santé. Ignorant ses droits, isolé dans sa démarche auprès des services, soumis parfois à la réprobation de sa communauté et des prestataires, il adopte une attitude de repli ou ne consulte pas. Ceci est particulièrement vrai pour les jeunes, les pauvres, les femmes.

Les contraintes que le projet pourrait rencontrer semblent limitées et les risques seront minimisés par la méthodologie mise en œuvre :

- Les modifications de l'environnement politique sont toujours possibles, mais risquent peu d'influencer le déroulement du projet.
- La viabilité des ONGs et associations impliquées dans l'action est essentielle, mais le choix des partenaires et associés a tenu compte de ce risque.
- L'approche participative a aussi pour objectif de réduire le risque d'une adhésion trop timide du personnel de santé, liée entre autres à d'éventuelles pertes de revenus.
- Les structures privées à but lucratif faisant partie du système de santé seront invitées à jouer pleinement leur rôle de partenaires, ce qui devrait favoriser leur implication dans la démarche d'harmonisation de l'offre de services.
- Les Directions régionales ou provinciales de la Santé étant directement impliquées dans le projet, il devrait être possible d'assurer la stabilité du personnel.

¹ Proportion des adolescentes (15-19 ans) ayant déjà eu un enfant ou étant enceinte

² US Census Bureau (<http://www.census.gov/ipc/www/idbsum.html>)

³ Ouaga focus, Juin 2002, N°20, UERD, 2002

⁴ Rapport PNUD, 2004

(d) liste des groupes cibles et estimation du nombre attendu de bénéficiaires directs et indirects

Les groupes cibles du projet sont les suivants :

- les adolescents et les jeunes : ils constituent environ 30 % de la population, soit 963 000 personnes,
- les femmes enceintes et leurs familles : les taux de natalité sont compris entre 37 et 50 ‰⁵, correspondant à 152 140 grossesses attendues par an,
- La population la plus démunie qu'il sera nécessaire de bien identifier avec les ONGs et les associations locales

Les bénéficiaires seront les patient(e)s et les client(e)s, mais aussi l'ensemble des prestataires et administrateurs des structures de santé, soit plus de 200 personnes, ainsi que plus de 50 personnes engagées dans les ONGs, associations et autres institutions partenaires. Les femmes et les petites filles victimes de pratiques traditionnelles néfastes (plus de 60 % au Burkina Faso, plus de 90 % au Mali) ainsi que celles porteuses de fistules obstétricales (dans les 2 000 villages de la région de Mopti, au moins un village sur deux compte une femme fistuleuse⁶ et une étude récente montrerait qu'au Burkina l'incidence des fistules est de 1/1000 naissances vivantes bénéficieront également des stratégies d'information et de soutien. L'ensemble de la population, hommes et femmes, aura accès à davantage d'informations, pourra utiliser des services plus adaptés et plus performants et sera mieux armé pour défendre ses droits. Enfin, les institutions du Nord bénéficieront de la connaissance du terrain et de l'expérience des partenaires du Sud.

(e) raisons motivant le choix des groupes cibles et des activités

Les adolescents et les jeunes cumulent les obstacles à l'utilisation de services performants : l'accessibilité financière et socioculturelle est réduite et l'offre de soins est souvent inadaptée alors que les besoins sont gigantesques. La mortalité et la morbidité maternelles et néonatales sont parmi les plus élevées du monde, ce qui exige une prise en charge préventive et curative des femmes enceintes. Les plus pauvres ne sont jamais écoutés et doivent faire face à tellement de difficultés pour être pris en charge que bien souvent ils renoncent à consulter, alors que ce sont eux qui ont le plus besoin de soins : les pathologies dans le domaine de la santé génésique sont liées à la pauvreté. Les femmes sont les premières victimes de violences et de séquelles : violences culturellement admises (pratiques traditionnelles néfastes), violences au quotidien (y compris dans le domaine de la sexualité), séquelles invalidantes, sources d'ostracisme et de stigma (stérilité, fistules, etc).

Les prestataires de santé et des acteurs de la société civile pourront bénéficier d'un accroissement de leurs connaissances et de leurs compétences, tant au niveau technique qu'opérationnel.

Au terme du projet, nous pouvons espérer que chacun verra son estime de soi renforcée dans un esprit de respect mutuel et de travail en équipe.

Les services de santé sont actuellement trop verticaux, trop techniques et réservés au personnel spécialisé, sans assez tenir compte des patients eux-mêmes, de leurs familles, de leur communauté, ni des autres acteurs pouvant intervenir : ONGs, politiques, leaders. Le projet, par une vision plus globale, participative et fédératrice, et par une approche centrée sur le patient devra y remédier.

(f) pertinence de l'action par rapport aux groupes cibles

Les besoins des groupes cibles sont largement illustrés par les indicateurs particulièrement médiocres dans les zones d'intervention. Reste à mieux identifier et canaliser les demandes des personnes et des communautés.

Cette étape a déjà largement été effectuée dans certains domaines de la santé génésique : il existe de nombreux documents d'analyse situationnelle sur lesquels le projet pourra s'appuyer, mais qu'il devra également approfondir et compléter. Dans deux régions, le projet PASSAGE fera suite à d'autres actions pour les prolonger, élargir les zones de couverture et surtout se centrer davantage sur les populations cibles, en particulier les jeunes.

Le projet prendra en compte les demandes et les besoins de TOUS, y compris ceux des prestataires et des ONGs. Dans le respect des politiques nationales et régionales, les décisions pourront être prises en concertation avec tous les acteurs, ce qui s'inscrit parfaitement dans les politiques de décentralisation mises en œuvre par les différents Etats.

⁵ Source : www.ined.fr

⁶ Source : Obstetric Fistula Needs Assessment, www.unfpa.org