

Méthodologie

(a) méthode de mise en œuvre

Deux axes méthodologiques majeurs caractérisent le projet :

- il est centré sur les attentes et les besoins des patients, en particulier des jeunes,
- il se base sur une stratégie participative tenant compte des compétences, des attentes et des besoins de l'ensemble des acteurs concernés.

Les résultats obtenus seront analysés par une évaluation avant/après des indicateurs de processus et des aspects qualitatifs et quantitatifs afin de fournir des arguments pour la diffusion des résultats qui seront discutés aux séminaires nationaux et relayés aux niveaux sous-régional et international.

Les principales caractéristiques de la mise en œuvre

- Une **stratégie participative**. Une stratégie participative, par l'écoute et la prise en compte des avis de tous les acteurs identifiés, sera privilégiée à tous les niveaux. Ce processus sera atteint grâce aux réunions des comités de pilotage de chaque zone. Une collaboration étroite et un dialogue constant réuniront les équipes du projet et les responsables des programmes à tous les niveaux.

- Le **patient au centre des préoccupations**. Le patient se situe au centre de multiples déterminants qui influencent ses décisions et en fin de compte sa prise en charge. Hélas, la personne, dans toute sa complexité, disparaît souvent derrière sa pathologie. L'approche holistique, devra fédérer les énergies, coordonner les actions, et aboutir à une synergie positive de tous les acteurs. C'est un travail de dialogue, de rencontres, d'apprentissage à l'écoute, dans le respect de normes de qualité technique.

- Une **recherche constante de l'équité**. Un effort spécifique sera fourni en vue d'améliorer l'équité dans l'accès aux soins de santé et aux services de qualité. Une attention particulière sera portée en vue de réduire les inégalités liées au genre ou à l'âge et de favoriser l'accès aux soins pour les plus pauvres.

- Une **stratégie d'auto-apprentissage**. Tout au long du projet, le renforcement auprès des acteurs d'une culture d'auto-évaluation et de réflexion sur ses pratiques sera favorisée par des outils de monitoring, utilisant des données quantitatives et qualitatives et appuyées par les comités régionaux.

- Une **approche pluridisciplinaire**. Ce projet réunira diverses disciplines : santé publique, gynécologie-obstétrique, socio-anthropologie, mobilisation sociale et communautaire. Des mécanismes garantissant un vrai travail en commun seront prévus : travail en équipe anthropologue/prestataire de soins dans l'identification des attentes et des besoins des patients et de leur communauté.

- Une **mise en contexte**. Le projet se veut sous-régional. Cela exige une approche et des outils communs ainsi que des échanges fréquents. Le projet sera contextualisé pour respecter les spécificités des pays, et des régions. L'échange d'expériences sera une source de réflexion pour chacun des acteurs et constituera un des points clés de la mise en réseau des participants.

- Une **vision globale de la santé génésique**. La santé génésique est trop éclatée en multiples facettes, créant un dédale où le patient se perd, tout particulièrement s'il est jeune. Une vision globale implique la création de réseaux et un dialogue constant entre les acteurs en plus d'une information très complète des utilisateurs.

Les principales étapes de la mise en œuvre

- Le projet débutera par une recherche locale des informations nécessaires à l'analyse situationnelle, suivie d'un **atelier sous-régional** réunissant les partenaires des trois pays, et au cours duquel le projet sera affiné, le plan de travail des équipes élaboré, et les responsabilités de chacun clairement définies.

- Après la phase exploratoire, les **interventions prioritaires**, adaptées aux contextes, seront identifiées, choisies par les différents acteurs, et mises en place dans chacune des zones.

- Une **rencontre semestrielle** sera organisée alternativement dans chaque site. Chaque réunion fera l'objet d'un rapport. Elles seront préparées par les comités de pilotage des zones et la coordination générale pour suivre la mise en place des interventions, discuter les résultats et visiter les sites.

- Une **évaluation technique et scientifique** est prévue. Des mécanismes formels de suivi de processus et une étude quasi expérimentale avant/après permettront d'obtenir des arguments scientifiques forts à présenter aux décideurs politiques et aux organisations internationales pour orienter les programmes.

Un conseiller permanent participera activement à la réussite de toutes ces étapes dans les trois pays.

(b) raisons motivant le choix de la méthodologie proposée

La méthodologie proposée devra pouvoir corriger certains dysfonctionnements : une approche trop verticale de la santé génésique, le rôle trop confidentiel de nombreux acteurs, en particulier la société civile,

l'isolement des équipes, l'oubli du patient, l'approche trop morcelée de la santé génésique qui délaisse de nombreuses personnes, en particulier les adolescents et les jeunes.

La méthode participative assurera une bonne adéquation entre besoins et attentes des acteurs, une meilleure **estime de soi** et une plus grande **motivation**. L'**appropriation** par les acteurs assurera la pérennité du projet. Le soutien des communautés, l'engagement des élus et leaders, la volonté des prestataires et le renfort de l'Etat, rendra le projet durable et utile pour d'autres actions dans ce domaine. Les **bénéfices secondaires** pour le secteur santé (et d'autres secteurs) sont certains.

Le **travail fédérateur et synergique** mené par le projet doit être un gage de réussite.

La méthodologie privilégie les **échanges** entre les niveaux du système de santé, entre les différentes spécialités, entre équipes de régions différentes. Un tel échange facilite la mise en œuvre des activités et permet également d'influencer les décideurs à partir d'expériences menées sur le terrain.

Les nombreuses recommandations internationales pour la **décentralisation** de la prise en charge médicale et psycho-sociale en santé génésique restent souvent sans effet du fait de l'absence d'appropriation en périphérie, de la faible participation des communautés et de la difficulté d'adapter localement les normes de ces programmes. Le défi de ce projet est de réussir une approche intégrée, dans un esprit de dialogue, d'échange et de partage des responsabilités pour démontrer que la qualité de la prise en charge du patient peut être améliorée.

(c) si l'action prolonge une action existante, veuillez expliquer de quelle manière elle repose sur les résultats de cette action

Dans deux des trois zones concernées par le projet PASSAGE, le projet AQUASOU – Projet d'amélioration de l'accès et de la qualité des soins obstétricaux d'urgence – a été mis en œuvre.

Maroua est la capitale de la province de l'Extrême Nord, la plus peuplée et une des plus pauvres du Cameroun. L'ensemble des structures de soins de la ville (structures de référence, structures périphériques publiques et privées) a été mis en réseau pour une amélioration de l'accès à des soins obstétricaux sous l'autorité de la Délégation provinciale de la santé et du Gouvernement de la Province ; quelques acteurs de la société civile ont été impliqués dans le processus. Il reste à impliquer l'ensemble des acteurs et les autres services présents dans la ville concernés par la santé reproductive.

Le projet AQUASOU a été mis en œuvre dans le district sanitaire du secteur 30 (475.000 hab), un des quatre districts de la ville de **Ouagadougou**. Un système de partage des coûts pour les urgences obstétricales a été mis en place avec succès depuis janvier 2005, impliquant les collectivités locales, le Ministère de la Santé, les comités de gestion des centres de santé, les structures privées, les associations d'usagers. Le projet PASSAGE permettra de passer à une échelle plus large en soutenant les acteurs locaux dans l'extension du système de partage des coûts et des démarches d'amélioration de la qualité des soins (projet de service, audits, rencontre usagers-prestataires...) aux trois autres districts de la ville de Ouagadougou.

(d) procédures d'évaluation interne

Evaluation du processus de mise en place de l'intervention

Par des interviews, des focus groups et des observations d'interactions entre acteurs, les équipes pluridisciplinaires décriront l'évolution des processus de médiation sociale, les facteurs influençant la réussite ou non des interventions. Les comités de pilotage tiendront un carnet de bord où chacun pourra inscrire les événements (ou l'absence d'événements) qui semblent significatifs et permettent d'éclairer le déroulement du processus. Ce carnet de bord sera un des instruments d'évaluation de processus utilisé lors des missions inter-pays. Une documentation, incluant les modifications qualitatives et quantitatives observées dans l'offre et l'accessibilité des soins et services, sera réunie tout au long du projet.

Contrats d'objectifs

La méthode décrite plus haut rappelle le processus de recherche-action où le chercheur est partie prenante dans l'intervention et non simple observateur. Chaque structure qui cette approche devra en définir les objectifs et les indicateurs. C'est dans ce cadre que certaines pratiques d'audit des pratiques ou d'organisation de staffs multidisciplinaires seront organisées.

Etude avant /après

Pour justifier la pertinence de l'approche par une argumentation scientifique solide et pour assurer sa diffusion, une étude avant/après sera réalisée.

Choix des indicateurs

Une analyse situationnelle de départ permettra d'obtenir une ligne de base pour le suivi des interventions. Elle portera notamment sur les indicateurs classiques en santé reproductive (OMS), la prévalence et la morbidité des mutilations génitales féminines et sur les complications d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions. Un inventaire exhaustif des intervenants dans le domaine de la santé sexuelle et génésique sera réalisé. Cette analyse comportera enfin un volet socio-anthropologique adapté aux contextes locaux. Des indicateurs seront recueillis tout au long du projet :

- indicateurs de résultats : taux de césariennes, mortalité, besoins obstétricaux non couverts, taux de létalité des complications, % d'accouchements assistés par du personnel qualifié, prévalence contraceptive, etc.

- descripteurs de processus : degré d'adhésion des acteurs au projet (Nombre de réunions, de participants, etc...), changements de comportements (émergence et évolution de critiques et auto-critiques, changements dans les gestes techniques [polygones de qualité, partogrammes...]), évolution des opinions des différents acteurs, etc.