

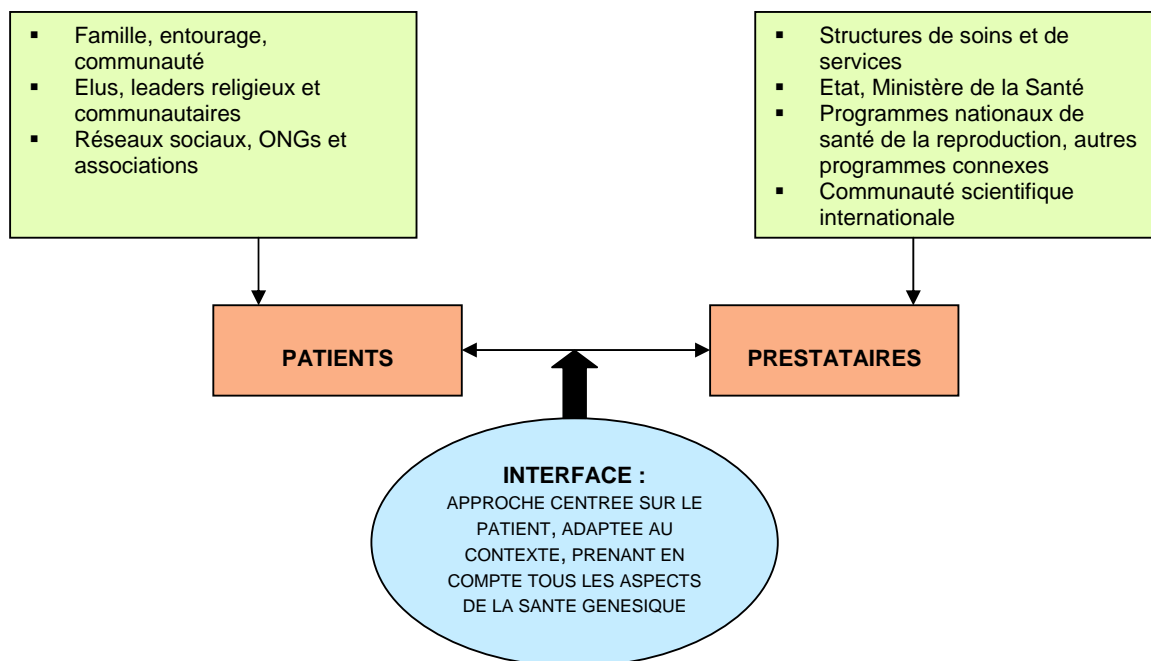
## Une organisation participative de l'offre de soins est réalisée

L'esprit qui prévaudra tout au long de la mise en œuvre du projet est celle de centrer l'approche sur le patient. Celui-ci sera considéré comme le centre de multiples déterminants pouvant influencer sur son état de santé, en particulier génésique. Cela signifie que les interventions proposées ne perdront jamais de vue les facettes souvent multiples des problèmes.

De nombreux acteurs gravitent autour du patient : conjoint, enfants, famille élargie, communauté, pairs, associations, etc. Chacun de ces acteurs sera consulté, écouté, associé dans le processus de mise en œuvre. Il ne sera pas un simple rouage dans le système, mais deviendra réellement responsable.

Chaque activité sera contextualisée. Il ne s'agit pas de mettre en œuvre des actions décidées au terme d'une réflexion théorique sans prendre en compte les réalités concrètes du terrain. Il existe toujours des opportunités et des contraintes qui ne sont pas identiques selon les zones géographiques considérées et qui peuvent évoluer dans le temps. C'est pour cette raison qu'un document de projet ne peut tout prévoir ni tout programmer dans le détail... Il doit ouvrir des pistes, définir une méthodologie, préciser des stratégies, mais être suffisamment ouvert pour saisir des occasions imprévues.

Enfin, la santé génésique sera envisagée dans sa globalité. Elle comporte de multiples aspects que le projet devra prendre en charge directement ou indirectement. L'intégration est donc une nécessité.



Les activités seront définies et mises en œuvre en parfaite collaboration avec les instances régionales du Ministère de la Santé. C'est dire que les Directions départementales ou provinciales de la santé seront non seulement des membres actifs du comité de pilotage local, mais seront consultés et impliqués dans les actions sur le terrain.

Cette double implication – institutionnelle et concrète dans les structures – est une garantie que le projet ne travaillera pas en parallèle, mais sera là pour renforcer ce qui existe déjà et éventuellement mettre en place de nouveaux cadres d'action si cela est jugé nécessaire. Ceci est particulièrement vrai pour toutes les instances de concertation et de coordination entre acteurs.

### 2.1. Amélioration de la qualité des soins et des services

C'est un aphorisme de dire que les patients ne viendront que si nous avons quelque chose à leur offrir... Or, il n'est pas sûr que les structures de soins ou de services puissent toujours offrir une prise en charge de qualité.

La qualité technique des soins et des services sera améliorée. Des formations spécifiques seront organisées pour les personnels des structures, mais également pour les autres acteurs, en particulier les responsables

des associations engagées dans le projet. Du matériel médical sera fourni pour compléter le plateau technique des services concernés.

Un accent particulier sera mis sur l'organisation des services, la continuité des soins en tenant compte des diverses composantes de la santé génésique (par exemple suivi de grossesse/accouchement/planification familiale/suivi de l'enfant), la mise en place de systèmes de référence et contre-référence performants.

La qualité relationnelle entre prestataires et patients sera améliorée. Et particulièrement vis-à-vis des groupes cibles du projet : jeunes, femmes, indigents. Dès la phase exploratoire, des pistes auront été ouvertes pour mettre en œuvre des processus de médiation sociale entre acteurs. Diverses méthodes pourront être mises en œuvre telles que des jeux de rôle, l'utilisation de la vidéo lors de consultations, le suivi d'un patient dans sa demande de soins, etc. A partir de ces réflexions et échanges, un dialogue permanent entre acteurs devrait émerger, aboutissant à la définition de réorientations possibles de cet aspect du projet.

## 2.2. Emergence de contrats d'objectifs et d'une "culture de service"

Certaines structures de soins ou de services seront identifiées comme "établissements pilotes". Dans ces formations sanitaires ou de services, des contrats d'objectifs seront mis en place : les acteurs analyseront la situation et identifieront les difficultés les plus criantes. Ils élaboreront alors une planification à moyen terme (entre 6 et 12 mois) pour mettre en œuvre les mesures destinées à résoudre les problèmes. Des objectifs seront précisés et un suivi interne organisé sur la base d'indicateurs simples. Au terme de ces actions, une évaluation sera menée en concertation avec les acteurs, et le processus pourra démarrer à nouveau. Cette réflexion sur ses propres pratiques pourra mettre en œuvre des staffs réguliers, des réunions rassemblant tous les acteurs, des audits sur les pratiques du service, etc. Au fil du temps, une véritable "culture de service" devrait voir le jour. Au terme du projet, cette approche pourra être sauvegardée, assurant la pérennité des actions.

## 2.3. Création de réseaux

Les acteurs sont multiples, mais trop souvent isolés. Cet isolement entraîne une méconnaissance de ce que fait l'autre et peut aboutir à une redondance ou à un déficit dans l'offre de soins. Le projet s'attachera à créer ou renforcer les réseaux : réseaux entre structures publiques et privées (ce processus est d'ailleurs bien engagé dans la région de Maroua au Cameroun), réseaux entre niveaux différents de la pyramide sanitaire, réseaux entre acteurs, etc...

L'organisation de ces réseaux permettra de tisser peu à peu une carte sanitaire complète en matière de santé génésique, ce qui permettra de mieux intégrer les composantes et de mieux savoir qui fait quoi dans le domaine pour en informer le patient qui en sera évidemment le premier bénéficiaire.

La création de ces réseaux aboutira également à une continuité effective des soins, à une amélioration de la qualité grâce aux échanges entre prestataires, à une participation réelle de certains acteurs souvent négligés.

## 2.4. Amélioration de l'accessibilité

L'accessibilité financière est un problème récurrent, en particulier pour les jeunes, les femmes, les plus pauvres. De multiples expériences sont actuellement en cours et le développement des micro-assurances santé est explosif dans les pays concernés. Il existe quelques succès, mais de nombreux échecs. La santé génésique semble être une porte d'entrée efficace pour mettre en œuvre des systèmes novateurs. Il en est ainsi du partage des coûts lors des urgences obstétricales à Ouagadougou ou du forfait obstétrical à Nouakchott.

Dans une première étape, le projet analysera les systèmes actuellement effectifs dans les zones concernées. De nombreux échanges auront lieu entre acteurs d'un même pays et de pays différents. De nouveaux systèmes seront proposés ou certains seront renforcés s'ils font la preuve de leur pertinence dans le contexte. L'objectif sera de réduire le plus possible les barrières financières à l'utilisation des services et d'assurer la prise en charge immédiate en cas d'urgence, y compris pour les patients démunis et les mineures.

Dès la phase exploratoire, l'analyse des interrelations entre acteurs et l'écoute des acteurs permettra de mieux comprendre les difficultés d'accessibilité socioculturelle, en particulier des jeunes. Mais l'étude sociologique ne pourra se contenter d'être exclusivement descriptive. Elle sera suivie de la mise en place de groupes de réflexion, de la définition de stratégies de plaidoyer, de la création d'espaces de dialogue et d'échange entre acteurs. Des objectifs relativement précis seront définis avec les populations cibles.

### 2.5. Création de services spécifiques pour les jeunes

Même s'ils ont des besoins manifestes en matière de santé génésique et des demandes explicites, les jeunes font rarement la démarche de consulter. Entre autres parce qu'il n'existe aucune structure adaptée pouvant répondre à leurs attentes. Le projet renforcera ou au besoin créera des centres d'écoute et d'orientation pour les adolescents et les jeunes. Cela nécessitera la participation de personnel formé et l'organisation de structures adaptées, accueillantes, conviviales. Celles-ci seront placées dans des endroits stratégiques : services de planning familial, maison des jeunes, structures spécifiques.

Un réseau de personnes référentes sera mis en place à la fois pour la prise en charge médicale et psychosociale des jeunes (contraception, information et traitement en cas d'IST, de violences sexuelles, de grossesse non désirée, etc.). Un accent particulier sera mis sur la pilule du lendemain qui pourrait réduire le nombre de grossesses non désirées. Il est bien entendu que toutes les actions seront menées dans le respect des législations en vigueur, en particulier concernant l'avortement.

### 2.6. Renforcement de l'intégration

Le projet participera à l'intégration des différentes composantes de la santé génésique. Une vision globale de la santé de la reproduction autour du patient sera privilégiée. Cela signifie que de nombreux ponts seront créés entre services, ONGs, programmes.

Cette intégration nécessite la création de passerelles par exemple à Mopti entre maternités et ONGs s'occupant de fistule obstétricale, entre maternités et centres de planification familiale, ou encore entre programme de santé génésique et programme de lutte contre le SIDA, etc.