

Juin 2009

GUIDE À L'INTENTION DES  
ORGANISATIONS DE SOLIDARITÉ INTERNATIONALE

# La mission exploratoire pour l'élaboration d'un projet de prévention et de contrôle du diabète dans les pays à ressources limitées



**HANDICAP  
INTERNATIONAL**

**Auteurs :** Dr Estelle Pasquier, Dr Pauline Guimet  
Domaine Prévention et Santé, Direction des Ressources Techniques, Handicap International.

**Contributions / Individus :**

Dr Susan Girois, Dr Denis Fontaine, Pr René Ecochard, Catherine Clavel.

/ Equipes Handicap International et Partenaires :

Cambodge (2005), Philippines (2006), Nicaragua (2006), Kenya (2007), Burundi (2008), Inde (2008).

**Edition :** Handicap International - Pôle Publications Professionnelles, Catherine Clavel, Catherine Dixon.

**Création graphique :** Catherine Artiglia

**Mise en page :** Fred Escoffier

**Impression :** Vassel graphique

**Contacts :** Dr Estelle Pasquier, [estelle\\_pasquier@yahoo.fr](mailto:estelle_pasquier@yahoo.fr), Dr Pauline Guimet, [pguimet@handicap-international.org](mailto:pguimet@handicap-international.org)

**Crédit photo couverture :** Groupe de personnes diabétiques rencontrées lors d'une mission exploratoire au Burundi  
© Pauline Guimet / Handicap International 2008

Ce guide peut être utilisé ou reproduit sous réserve de mentionner la source et uniquement pour un usage non commercial.

Ce guide a été réalisé avec le soutien du mécénat de sanofi aventis.

**ISBN:** 978-2-909064-13-0

Préface	page 04
Glossaire	page 06

## Partie 1

<b>Principes</b>	<b>page 09</b>
▶ Principes généraux	page 10
▶ Définition et objectifs de la mission exploratoire	page 11
▶ Méthode de recueil des données	page 12
▶ Méthode d'analyse des données	page 15

## Partie 2

<b>Guide pratique</b>	<b>page 17</b>
▶ Préparation de la mission exploratoire	page 18
▶ Réalisation de la mission exploratoire	page 28
▶ Finalisation et suivi de la mission exploratoire	page 37

## Partie 3

<b>Boîte à outils</b>	<b>page 39</b>
▶ Carnet de bord de la mission	page 40
▶ Conseils pour la réalisation de groupes focaux	page 41
▶ Grilles d'observation	page 43
▶ Guide d'entretien	page 49
▶ Liste de vérification des résultats attendus, avant, pendant et au retour de la mission exploratoire	page 54
▶ Trame de planning de mission	page 56
▶ Modèle de profil de poste pour le chargé de mission	page 57
▶ Trame de rapport de mission exploratoire	page 59
▶ Modèle de termes de référence pour une mission exploratoire diabète	page 69

<b>Bibliographie sélective</b>	<b>page 73</b>
--------------------------------	----------------

**Ce document est un guide pour la réalisation d'une mission exploratoire, dans la perspective d'élaborer un projet de prévention et de contrôle du diabète dans un pays en développement. Il a vocation à apporter une aide méthodologique lors des différentes phases de la mission : préparation de la mission, réalisation de la mission, finalisation et suivi de la mission.** Il s'adresse aux équipes qui souhaitent mener une mission exploratoire, plus précisément au chargé de mission et à l'équipe locale de l'organisation de solidarité internationale.

Ce guide méthodologique a été élaboré à partir d'ouvrages de référence et à partir de l'expérience de Handicap International lors des missions exploratoires réalisées entre 2006 et 2008 dans 6 pays d'Asie et d'Afrique : Cambodge, Philippines, Nicaragua, Kenya, Burundi, Inde.

**Ce guide fait l'hypothèse que la mission exploratoire est réalisée une fois que la problématique du diabète a été définie comme problème de santé prioritaire dans le contexte local. En effet, pour réaliser une analyse de la situation concernant le diabète, il est nécessaire de la diviser en 2 phases :**

- Une première phase où l'on pose le diagnostic de santé<sup>1</sup> sur les principales maladies chroniques invalidantes et les principales causes de déficience pour répondre à la question « Un projet de lutte contre le diabète est-il pertinent ? Ou faut-il considérer d'abord un autre problème de santé prioritaire ? »
- Puis dans un deuxième temps, si le problème s'avère pertinent, on passe au diagnostic des problèmes liés au diabète et à l'identification de stratégies d'intervention prioritaires.

Dans l'idéal, il est optimal de réaliser les 2 phases de façon successive.

Il arrive cependant, par manque de ressources, qu'il soit impossible de réaliser les 2 phases de façon successive ; elles seront donc menées de façon concomitante. Par contre, l'analyse des données restera à réaliser de façon distincte.

**Ce guide présente uniquement la deuxième phase c'est-à-dire le diagnostic des problèmes liés au diabète et l'identification de stratégies d'intervention prioritaire.**

**Si le diagnostic de santé général n'a pas été réalisé en amont de la mission exploratoire diabète, il conviendra de l'inclure dans les objectifs de la mission exploratoire diabète.** Pour mieux connaître la méthode pour poser un diagnostic de santé général, nous vous référons aux articles méthodologiques de référence sur cette question et à l'annexe « Diagnostic de santé orienté affections invalidantes » disponibles dans le CD rom joint à ce guide.

Même dans le cas où il est déjà prévu de développer un projet de prévention et de contrôle du diabète, il est essentiel de procéder à ce diagnostic de santé, afin d'être certain que la thématique est une priorité.

---

1. M. Baumann, M.-M. CAO, Diagnostic de santé d'une population et action humanitaire : guide pratique, Santé publique 1999, Volume 11, n°1, pp. 63-75.

**Ce guide comporte trois parties :**

- une première partie sur les **principes guidant la réalisation d'une mission exploratoire**,
- une deuxième partie consistant en un **guide pratique chronologique**,
- une troisième partie comprenant une **boîte à outils et une bibliographie utiles pour mener à bien une mission exploratoire**.

**Un CD rom accompagne ce guide**, il comprend :

- **la version électronique du guide**,
- **des articles de référence sur la méthodologie de mission exploratoire**,
- **la boîte à outil de la mission exploratoire**,
- **le guide du « diagnostic de santé orienté affections invalidantes »**.

Ce guide est destiné à évoluer en fonction des retours de ses utilisateurs, par conséquent tout retour sur ce guide sera le bienvenu.

**Contact :** Estelle Pasquier : [estelle\\_pasquier@yahoo.fr](mailto:estelle_pasquier@yahoo.fr)  
Pauline Guimet : [pguimet@handicap-international.org](mailto:pguimet@handicap-international.org)

### **Problème de santé :**

Ecart entre un état de santé physique, mental, social constaté, observé, exprimé et un état de santé considéré comme souhaitable, attendu, défini par des références, des valeurs élaborées par des experts, le législateur, etc. ou des normes produites par des équipes, la société, etc... Lorsqu'il s'agit d'un problème (collectif) de santé publique, il se définit également par sa nature, mais l'écart se mesure à l'aide d'indicateurs qui recourent à la perception (indicateurs perceptuels) de la population ou des professionnels (exemple : le nombre ou le pourcentage ou la proportion de personnes ou de groupes qui cite un problème de santé comme important), et d'autres indicateurs qui se réfèrent à des données observées (indicateurs objectivés) (exemple : taux d'incidence, de prévalence, etc.).

### **Besoins de santé :**

Carences, manques auxquels il faut répondre en faisant appel à une intervention médicale c'est-à-dire un écart ou une différence entre état de santé optimal défini de façon normative et état actuel ou réel. Ce qui est requis pour remédier au problème identifié. Ils incluent bien sûr, le large champ des déterminants de la santé, tels que les besoins liés à l'éducation, l'emploi, la nourriture, etc.

Ainsi, problèmes et besoins sont des notions liées et difficiles à différencier. Pour éviter la confusion, on assimile parfois besoin de santé et problème de santé malgré la nuance qu'il conviendrait de faire entre ces deux notions (le problème peut être considéré comme objectif, le besoin comme subjectif). On peut dans la pratique les assembler et parler de « l'identification des problèmes et des besoins de santé ».

### **Diagnostic de santé communautaire/participatif :**

Processus d'appréciation dans une communauté de ses problèmes/besoins (importance quantitative, mais aussi qualitative, c'est-à-dire le ressenti des problèmes dans la vie de la population), de ses ressources, de ses traditions, de son histoire, des facteurs qui influencent sa santé et qui établit la priorité en vue d'une action. Par ailleurs, il est nécessaire de distinguer le diagnostic effectué par des professionnels sur une communauté donnée, du diagnostic réellement communautaire, participatif, c'est-à-dire réalisé en étroite collaboration avec cette communauté. Enfin, il n'est ni une étude démographique, ni épidémiologique, ni sociologique, mais tous ces aspects sont indispensables par l'éclairage qu'ils apportent.

Cette démarche constitue la première étape de la planification d'un programme de santé communautaire.

Il s'agit donc d'un travail en commun des professionnels et des membres de la communauté dans l'objectif de :

- augmenter les connaissances des professionnels sur les communautés pour améliorer leur intervention,
- favoriser la participation des communautés à la solution de leurs problèmes.

**Problèmes/besoins liés au diabète :**

Il s'agit de problèmes spécifiques au diabète dans l'organisation des soins, dans la prise en charge sociale, économique et dans l'organisation générale de la société face à ce problème de santé. Ils correspondent aux besoins et demandes d'interventions que les acteurs potentiels du projet (bénéficiaires et professionnels) expriment. Tous ces problèmes liés au diabète sont liés les uns aux autres et peuvent se décliner sous forme d'un arbre à problème.

**Demandes d'intervention :**

Les requêtes, doléances, solutions et propositions d'intervention que les professionnels d'une part et la population d'autre part vont formuler pour résoudre les « problèmes liés au diabète » qu'ils ressentent. Les demandes peuvent être explicites, formulées par un groupe ou implicites ; il faudra apprendre à les décrypter (par exemple essayer de comprendre certains comportements face aux services de santé).

**Ressources/Réponses existantes :**

Moyens locaux humains, institutionnels, physiques, géographiques, financiers, sociaux, sanitaires, etc., qui pourraient être utilisés dans la résolution des « problèmes liés au diabète ». Elles incluent aussi les réponses déjà existantes au problème défini.





# Principes

Cette première partie du guide méthodologie présente les principes guidant la réalisation d'une mission exploratoire.

Sont successivement abordés les principes généraux, la définition et les objectifs de la mission exploratoire, la méthode de recueil des données et la méthode d'analyse des données.

- ▶ **1. Principes généraux** ----- PAGE 10
- ▶ **2. Définition et objectifs  
de la mission exploratoire** ----- PAGE 11
- ▶ **3. Méthode de recueil des données** ----- PAGE 12
- ▶ **4. Méthode d'analyse des données** ----- PAGE 15

# 1. Principes généraux

## LA MISSION DEVRA ÊTRE RÉALISÉE SELON LES PRINCIPES GÉNÉRAUX SUIVANTS :

### **Une action de santé publique globale et intégrée (« comprehensive and integrated approach »)**

Selon les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé, il est fondamental d'intégrer les projets dans le système de santé existant, et de veiller à ne pas induire une fragmentation du système de santé par maladie, pour optimiser l'utilisation des ressources humaines et matérielles ainsi que pour éviter au maximum les chevauchements et rendre possibles les synergies entre différentes initiatives.

### **Une démarche basée sur les preuves (« evidence based »)**

Il est recommandé que le comité technique évalue dans la mesure du possible l'efficacité prouvée et l'efficacité (« cost effectiveness ») de chaque intervention proposée, selon les recommandations émises par les institutions et sociétés savantes, en particulier lorsqu'elles ont été adaptées aux pays à ressources limitées.

### **Une démarche éthique**

Nous attirons l'attention sur les aspects éthiques de la mission exploratoire. En effet, la mission exploratoire suscite des attentes élevées de la part des personnes interrogées. Il est donc particulièrement important de leur expliquer clairement qu'il s'agit d'une phase d'exploration, en étant clair sur l'éventualité de l'absence de mise en place d'un projet.

## 2. Définition et objectifs de la mission exploratoire

La mission exploratoire diabète est entreprise dans la perspective de planifier un projet dont les bénéficiaires finaux sont les personnes diabétiques et les personnes à risque de le devenir.

C'est la première phase du processus de programmation.

Cette phase permet d'identifier, dans une population définie, les problèmes liés au diabète, les ressources locales disponibles, les interventions possibles, et de prioriser ces problèmes et interventions.

## 3. Méthode de recueil des données

**Tout d'abord, il est recommandé de recueillir méthodiquement les données.**

### TYPES DE DONNÉES RECUEILLIES

Selon la méthode de diagnostic de santé communautaire<sup>2</sup> définie par l'Ecole de Santé Publique de Nancy en collaboration avec l'Organisation Non Gouvernementale Médecins du Monde, **les données recueillies sont de deux types :**

- **Données « de perception »** : ce sont des données qualitatives sur les besoins ressentis, la priorisation ressentie de ces besoins, les interventions envisagées, les demandes exprimées. Les données sont recueillies auprès de l'ensemble des acteurs du système : la population générale, les personnes diabétiques, les professionnels de santé, les tradipraticiens, les travailleurs sociaux, décideurs, etc.
- **Données « objectivées »** : ce sont des données épidémiologiques, ou des données d'évaluation par observation de l'enquêteur selon une méthodologie valide.

**Il est important de distinguer ces deux types de données, car elles seront traitées distinctement dans la phase suivante d'analyse des données.**

### DONNÉES À RECUEILLIR

Les informations à recueillir sont à adapter au contexte de la mission exploratoire, mais à titre indicatif nous vous proposons la liste d'informations suivante :

- **Données générales :**
  - Contexte géopolitique.
  - Informations socio-anthropologiques sur le pays (ethnies, leaders, associations, ressources, religions, éducation etc.).
  - Principaux indicateurs sanitaires.
  - Organisation générale du système de santé.
- **Données de perception sur le diabète :**
  - Besoins ressentis pour répondre aux problèmes posés par le diabète, priorisation ressentie de ces besoins, interventions envisagées, demandes exprimées par la population générale, les personnes diabétiques, les professionnels de santé, les tradipraticiens, les travailleurs sociaux et les décideurs, etc.
  - Connaissances, croyances de la population générale sur la maladie « diabète ».
  - Parcours thérapeutique des personnes diabétiques.

2. Cf « Diagnostic de santé d'une population et action humanitaire : guide pratique », M. Baumann, M.-M. Cao. Santé publique 1999, Volume 11, no 1, pp. 63-75. Article disponible sur le CD-Rom joint à ce document et téléchargeable à partir du lien suivant : <http://www.bdsp.ehesp.fr/base/scripts/ShowA.bs?bqRef=184240>

- Tradipraticiens : importance dans le parcours thérapeutique des personnes diabétiques, pratiques de soin du diabète.

- **Données objectivées sur le diabète :**

- Epidémiologie du diabète et de ses facteurs de risque environnementaux et comportementaux ;
- Politiques de santé relatives à la prévention et à la prise en charge du diabète ;
- Règles de prise en charge du patient diabétique dans le système de santé : paquet minimal d'activité, protocoles de soins à chaque niveau de formation sanitaire (primaire, secondaire ou tertiaire), protocole de référencement d'un niveau à un autre ;
- Politique de dépistage du diabète ;
- Politique multisectorielle (éducation, santé, etc.) de promotion de la santé ;
- Référentiels de pratique, comme les recommandations pour la pratique professionnelle, particulièrement s'ils ont été adaptés au contexte local ;
- Règles du système de recueil de données épidémiologiques pour le diabète ;
- Règles de l'approvisionnement en médicaments antidiabétiques ;
- Disponibilité réelle des médicaments pour les personnes diabétiques à chaque niveau de formation sanitaire ;
- Disponibilité et qualité des services de santé dans la prise en charge<sup>3</sup> de la personne diabétique à chaque niveau de formation sanitaire ;
- Services sociaux : Prise en charge sociale des patients diabétiques avec et sans complications ;
- Différentes professions pour la prévention et le contrôle du diabète : leur formation initiale et continue, la répartition des rôles entre les professionnels ;
- Associations de lutte contre le diabète : Composition, Organisation, Fonctionnement, missions, actions ;
- Aspects linguistiques : mots utilisés pour désigner le diabète dans la ou les langues locales.

### Les données sont recueillies par :

- la **recherche bibliographique** dans la littérature biomédicale, dans des documents locaux, régionaux ou nationaux.
- l'**observation** de consultations médicales, de séances d'éducation du patient diabétique, de réunions des associations de diabétiques, de formations, de la disponibilité des médicaments dans les pharmacies, de l'équipement des laboratoires d'analyses médicales..., à partir de grilles d'observation, avec prise de notes et prise de photographies si c'est possible et informatif.
- des **entretiens semi dirigés individuels ou en groupe focaux** auprès d'informateurs clés à l'aide d'un guide d'entretien.

---

3. Le terme « prise en charge » de la personne diabétique est utilisé dans son acception la plus large : dépistage, diagnostic, traitement, y compris l'éducation du patient, et la prévention et prise en charge des complications par les services de santé et de réadaptation.

## **LISTE DES PROFILS DES POTENTIELS INFORMATEURS CLÉS**

La liste présentée ci-dessous décrit le profil des potentiels informateurs clés à rencontrer lors de la mission exploratoire.

Cette liste est non exhaustive, elle est à adapter au contexte.

### **• Au niveau national :**

- Organismes internationaux (Organisation mondiale de la Santé, Fédération Internationale du Diabète, etc.) ;
- Ministère de la santé, programme national de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles, contre le diabète ;
- Hôpitaux nationaux et leurs médecins spécialistes, leurs infirmiers, leurs podologues, leurs nutritionnistes, leurs éducateurs, leurs kinésithérapeutes et leurs orthoprothésistes pour la prise en charge primaire, secondaire et tertiaire (y compris complications) du diabète ;
- Faculté de médecine, école d'infirmier, de nutritionniste, de podologue, d'éducateur, des professionnels de la rééducation fonctionnelle ;
- ONG de santé internationale travaillant dans la lutte contre le diabète ;
- Centrale nationale publique du médicament ;
- Centrale d'approvisionnement en médicaments privée (producteurs, grossistes) ;
- Association Nationale des Diabétiques ;
- Ministère de l'éducation : prévention primaire, promotion de la santé à l'école ;

### **• Au niveau régional, départemental :**

- Direction Régionale/Départementale de la Santé ;
- Hôpital régional, de district et centres de santé, publics et privés avec leurs médecins, leurs infirmiers, leurs podologues, leurs nutritionnistes, leurs éducateurs, leurs professionnels de la rééducation fonctionnelle, etc. ;
- Laboratoires publics et privés ;
- Pharmacies publiques et privées ;
- Services sociaux de prise en charge des patients (financiers, éducation, etc.) ;
- Associations de diabétiques ;
- ONG de santé internationales, nationales, locales.

### **• Au niveau de l'aire de santé, du village ciblé :**

- Population générale (groupe focal avec des personnes représentantes de différents âges et de différentes situations sociales en respectant la parité, et 1 ou 2 informateurs clés : chefs de village, associations de jeunes ou de femmes, relais communautaires, propriétaire de l'épicerie du village, etc.) ;
- Agents communautaires (santé, réadaptation) ;
- Associations locales de santé (de diabétiques) ;
- Personnes diabétiques ;
- Tradipraticiens ;
- Enseignants.

Chaque informateur clé pourra proposer de nouveaux interlocuteurs potentiels.

## 4. Méthode d'analyse des données

L'analyse des données recueillies se fera en 2 temps.

Dans un premier temps, pour chaque problème de santé identifié, il faudra classer puis croiser :

- les problèmes identifiés grâce au diagnostic de perception,
- les problèmes identifiés grâce au diagnostic objectif,
- les ressources locales disponibles,
- les stratégies d'intervention possibles.

Le diagnostic de perception va ainsi pouvoir être corroboré ou non par des données disponibles ou un recueil d'informations spécifiques (diagnostic objectif). Le diagnostic objectif permettra également de mieux comprendre certains aspects et d'approfondir l'analyse des causes du problème, voire de détecter des « problèmes liés au diabète » non exprimés, et d'identifier certaines ressources.

Pour chaque problème identifié, une stratégie d'intervention possible sera définie.

Dans un deuxième temps, il faudra prioriser les stratégies d'intervention. Pour réaliser cette priorisation, tout d'abord des critères de priorité seront définis. Nous proposons la liste de critères suivante :

- réponse existante,
- pertinence,
- acceptabilité pour les professionnels de santé,
- acceptabilité pour les personnes diabétiques et leur communauté,
- efficacité,
- efficience,
- ressources humaines,
- compétence,
- ressources financières,
- ressources techniques,
- compétences et priorités de l'ONG.

Cette liste de critères est non exhaustive, et à adapter au contexte.

Ensuite, chaque stratégie d'intervention sera décrite selon les critères de priorité définis.

Au final, un niveau de priorité sera attribué à chacune, en s'appuyant sur les critères de priorité, par consensus ou par l'attribution d'un score.

**Dans cette première partie, les principes guidant la réalisation d'une mission exploratoire ont été posés.**

**La partie 2 de ce guide s'attache à détailler les différentes étapes de la méthodologie.**



- ▶ **1. Préparation de la mission exploratoire** ----- PAGE 18
  - ETAPE 1 : REDACTION DES TERMES DE REFERENCE  
DE LA MISSION EXPLORATOIRE ----- PAGE 18
  - ETAPE 2 : CONSTITUTION DE L'EQUIPE ----- PAGE 18
  - ETAPE 3 : RECHERCHE D'INFORMATION GENERALE ----- PAGE 19
  - ETAPE 4 : CHOIX DE LA ZONE PILOTE ----- PAGE 19
  - ETAPE 5 : CREATION DU COMITE TECHNIQUE  
DE MISSION EXPLORATOIRE ----- PAGE 23
  - ETAPE 6 : IDENTIFICATION DES INFORMATEURS CLÉS -- PAGE 25
  - ETAPE 7 : PLANIFICATION DE LA MISSION ----- PAGE 26
  
- ▶ **2. Réalisation de la mission exploratoire** ----- PAGE 28
  - ETAPE 8 : RECUEIL DES DONNEES ----- PAGE 28
  - ETAPE 9 : ANALYSE QUOTIDIENNE DES DONNEES ----- PAGE 29
  - ETAPE 10 : ANALYSE FINALE DES DONNEES ----- PAGE 33
  - ETAPE 11 : RESTITUTION DES RESULTATS  
PRELIMINAIRES DE MISSION ----- PAGE 36
  
- ▶ **3. Finalisation et suivi  
de la mission exploratoire** ----- PAGE 37

# 1. Préparation de la mission exploratoire

Avant la réalisation de la mission exploratoire, différentes étapes de préparation sont nécessaires. Cette préparation de la mission sera réalisée à distance, par l'équipe locale, en lien avec le chargé de mission. Cette phase est d'une importance primordiale, une bonne préparation de la mission conditionnant le déroulement de la mission.

## ETAPE 1 : REDACTION DES TERMES DE REFERENCE DE LA MISSION EXPLORATOIRE

**Résultat attendu :** A l'issue de cette étape, les termes de référence de la mission exploratoire ont été rédigés par l'équipe locale et le chargé de mission de façon collaborative et consensuelle.

Si un diagnostic de santé général s'avère nécessaire, sa réalisation est incluse dans les termes de référence de la mission.

**Outils disponibles :** Modèle de termes de référence de mission exploratoire diabète - p. 69 ; Diagnostic de santé général - Annexe présente dans le Cdrom joint au guide

Lors de cette étape, en introduction des termes de référence, un premier document de synthèse est élaboré sur la situation nationale et locale, basé principalement sur les données de la littérature, des documents locaux et sur des données recueillies oralement auprès des structures locales.

## ETAPE 2 : CONSTITUTION DE L'EQUIPE

**Résultat attendu :** Une équipe est constituée pour la réalisation de la mission exploratoire, et ses compétences sont renforcées :

Un chargé de mission est recruté.

Un plan de formation du chargé de mission est élaboré.

Un plan de formation du chef de projet est élaboré.

**Outil disponible :** Modèle de profil de poste pour le chargé de mission - p. 57

Nous recommandons le montage en ressources humaines suivant pour la réalisation d'une mission exploratoire :

- Une équipe locale, basée dans la zone d'exploration, comprenant un chef de projet local, ainsi que des services administratifs et logistiques. L'implantation de cette équipe dans la zone d'exploration apporte une connaissance du contexte, facilite la prise de contact avec les acteurs locaux, pour des raisons aussi bien linguistiques que culturelles.
- Un chargé de mission, intervenant de façon ponctuelle en appui technique à l'équipe locale.

Dans le cas où il est nécessaire de recruter un chargé de mission nous mettons à disposition un modèle de profil de poste afin d'apporter un outil d'aide à ce recrutement.

Une fois que l'équipe qui va réaliser la mission exploratoire est constituée, il convient d'évaluer les compétences de cette équipe afin de les renforcer si nécessaire.

Si des besoins de renforcement de compétence sont identifiés, un plan de formation individuel peut être réalisé pour chaque personne, avec différentes modalités de formation : lecture des documents de référence sur le diabète, lecture du guide de mission exploratoire, séance de formation avant ou pendant la mission exploratoire, etc.

### ETAPE 3 : RECHERCHE D'INFORMATION GENERALE

**Résultat attendu** : Une revue de la littérature sur le contexte général local ainsi que sur l'épidémiologie du diabète au niveau local est réalisée.

Avant de partir, le chargé de mission réalisera une première recherche bibliographique sur le pays concerné, dans les champs suivants :

- Contexte géopolitique
- Informations socio-anthropologiques sur le pays
- Principaux indicateurs sanitaires
- Organisation générale du système de santé
- Données épidémiologiques sur le diabète dans ce pays

Ces données générales pourront être trouvées sur les sites du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), de la Banque Mondiale, de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), etc...

Concernant la recherche de données épidémiologiques, nous conseillons l'utilisation de la base de données bibliographiques biomédicale Medline, afin de trouver des informations sur l'épidémiologie du diabète.

Cette revue de la littérature pourra figurer dans l'introduction des termes de référence de la mission exploratoire.

### ETAPE 4 : CHOIX DE LA ZONE PILOTE

**Résultat attendu** : A l'issue de cette étape, une zone pilote est définie pour la mission exploratoire, et ce choix est argumenté.

Nous recommandons dans un premier temps de réaliser des projets dans une zone limitée, appelée zone pilote, avec en perspective à la fin du projet, selon les résultats du projet, la transposition des activités probantes du projet à plus grande échelle. Il faut donc choisir des zones pressenties pour être potentiellement pilotes avant d'étendre le projet plus avant. Cela fera partie des objectifs de la mission exploratoire de définir ces zones pilotes.

De la même façon, nous recommandons la réalisation d'une mission exploratoire dans une zone d'investigation limitée. En effet, il est souvent difficile dans le temps imparti à une mission

exploratoire de pouvoir évaluer les besoins dans un pays entier, d'autant plus lorsqu'on souhaite avoir une démarche communautaire participative.

La zone d'investigation doit être clairement définie. Est-ce le pays entier, une région, un ou deux districts ou départements de santé, une aire de santé ? Plus la zone est grande, plus la mission exploratoire demandera du temps et des moyens humains et financiers. Il est possible d'explorer différentes zones représentatives de différentes populations pour pouvoir choisir ensuite. L'exploration de trois zones différentes représentatives peut dans certaines conditions permettre de planifier un projet à un niveau plus macroscopique.

**Pour aider au choix de la zone d'investigation, nous proposons les critères suivants, de façon non exhaustive, sachant que tous ne pourront probablement pas être pris en compte dans le choix :**

- zone où la prévalence du diabète, connue ou estimée, est importante. Pour cela, il est important de considérer que l'épidémie touche plus les citadins que les ruraux au niveau mondial ;
- zone où la prévalence de patients déficients du fait du diabète est importante : plaies chroniques, amputés, aveugles, hémiplegiques, etc... ; en effet, cet indicateur peut être le signe d'une plus grande gravité de la maladie mais aussi d'une meilleure visibilité de cette dernière ;
- zone où un minimum d'accès aux soins est disponible pour commencer. En effet, le diabète nécessitant souvent une prise en charge biomédicale importante, il est préférable de ne pas démarrer des projets pilotes dans des zones où le système de santé est inaccessible. Le risque d'échec du projet serait alors plus important car tout ne peut être résolu par un seul projet d'ONG, surtout dans le cadre d'un nouveau projet sans expérience identique préalable. Dans un second temps, il sera intéressant de réfléchir à la décentralisation du système vers les zones moins accessibles, en s'appuyant sur le système mis en place et sur la première expérience ;
- zone où la communauté est connue pour être active ;
- zone où la demande est exprimée par un partenaire local, par la population, par des personnes diabétiques, etc.;
- zone où l'ONG est déjà implantée car elle connaît mieux la situation locale et possède déjà des moyens humains et techniques pour intervenir, ce qui est préférable pour démarrer un projet pilote ;
- zone présentant des caractéristiques particulières en termes de population.

Si la constitution du Comité Technique a déjà eu lieu, c'est le comité qui procédera au choix de la zone pilote. Sinon, des entretiens préalables avec quelques informateurs clés, comme les autorités sanitaires, les diabétologues, les associations de patients, peuvent être réalisés pour aider à la détermination de ces zones.

## CHOIX DES ZONES PILOTES DE LA MISSION EXPLORATOIRE : EXEMPLE DU BURUNDI

Handicap International a réalisé une mission exploratoire sur le diabète en mars 2008 au Burundi.

Le Burundi est un pays de l'Afrique des Grands Lacs. Il comporte une population estimée actuellement à 8.5 millions d'habitants, dont la majorité (80 %) vit en milieu rural. Le Burundi est caractérisé par un habitat dispersé, un relief escarpé, et un réseau routier mal entretenu, facteurs favorisant un certain isolement d'une partie importante de la population. La densité démographique en milieu rural est une des plus importantes au monde. Le Burundi est un pays économiquement et socialement très pauvre, classé parmi les cinq pays les plus pauvres de la planète, selon l'indice de développement humain. Cette situation est en partie la conséquence d'une guerre civile longue de 12 ans entre 1993 et 2005, ayant entraîné la destruction des infrastructures économiques et des services sociaux et l'exode vers les pays limitrophes. Le processus de paix initié en 2000 connaît encore des difficultés.

**Après une série de premiers contacts, Handicap International a identifié les principaux acteurs dans le domaine du diabète, et a constitué un comité technique de mission exploratoire. Un des objectifs de la première réunion de ce Comité était de définir les zones pilotes de la mission exploratoire.**

**Pour la définition des zones pilotes de la mission exploratoire, les critères de choix suivants ont été définis :**

- **prévalence du diabète,**
- **développement du système de santé,**
- **expression d'une demande,**
- **implantation de Handicap International.**

Il avait été décidé de façon préalable, pour un premier projet, de se limiter à un petit nombre de zones pilotes, de 3 provinces.

**L'ensemble des critères a été revu par le Comité Technique**

- **Concernant le premier critère, à savoir la prévalence du diabète au Burundi :**  
Il n'existe pas d'études de prévalence permettant de savoir si la prévalence du diabète est particulièrement élevée dans certaines provinces par rapport à d'autres. On peut faire l'hypothèse que les zones urbaines sont plus touchées par le diabète, comme c'est le cas dans la majorité des pays. Cela rend pertinent le choix de zones urbaines dans la capitale Bujumbura. Dans les autres provinces, appelées de façon courante par les Burundais, « l'intérieur », les populations sont essentiellement rurales.
- **Concernant le critère de développement du système de santé,** un seul centre de soins du Burundi peut être assimilé à un centre de niveau tertiaire pour le diabète. Il se situe en capitale. Dans les autres provinces, des centres de soins secondaires ont dans leur paquet minimal d'activités la prise en charge du diabète, mais ont des capacités limitées. Les centres de soins primaires n'ont pour l'instant pas dans leur paquet minimal d'activités la prise en charge des personnes diabétiques.
- **Concernant le critère d'expression d'une demande,** il existe une demande forte à Bujumbura, exprimée par des associations de lutte contre le diabète. Au stade de début de mission, il n'existe pas d'autre demande exprimée directement à Handicap International. En revanche, une demande a été exprimée dans la province de Makamba, et relayée par

les médias nationaux suite à des décès intervenus dans cette province, liés à l'insuffisante capacité des centres de soins pour la prise en charge des personnes diabétiques.

- **Concernant le critère d'implantation de Handicap International au Burundi**, il existe un bureau dans la capitale Bujumbura. Un bureau était auparavant implanté dans la province de Ngozi, avec un projet de santé communautaire. Le bureau a été fermé à l'issue du projet, cependant le projet avait permis la constitution d'un réseau de connaissances sur place. Handicap International Belgique est également implanté au Burundi, notamment dans les provinces de Bujumbura, Makamba et Ngozi. Dans le cadre des projets menés par Handicap International Belgique, des centres de réadaptation sont renforcés, et une prise en charge gratuite des personnes à revenus limités est assurée. Développer des projets de lutte contre le diabète dans ces zones permettrait de référer les personnes diabétiques ayant des besoins de réadaptation dans ces centres.

**Des critères supplémentaires ont été pris en compte par le Comité Technique, notamment en matière de sécurité**, étant donné le contexte sécuritaire difficile du Burundi depuis plus d'une dizaine d'années, avec une recrudescence des problèmes de sécurité lors de la période de mission. Certaines provinces ont été écartées du projet du fait de problèmes de sécurité, comme la province de Buyensa, fief des groupes rebelles.

**Suite à la revue de ces critères, 3 zones pilotes ont été définies :**

- **La province de Bujumbura mairie**

C'est une zone située en capitale, à proximité du gouvernement et des médias, et donc stratégique pour le plaidoyer et pour les actions de sensibilisation de la population générale via les médias. Handicap International a un bureau dans cette zone, et un historique d'activités préliminaires pour la prévention et le contrôle du diabète, qui ont permis le développement de relations avec des associations de personnes diabétiques, exprimant une demande d'aide. C'est dans cette zone qu'est implanté le centre de lutte contre le diabète au Burundi, centre de consultations spécialisées pour les personnes diabétiques, seul centre de soins du Burundi de niveau tertiaire pour le diabète.

- **La province de Makamba**

Handicap International n'est pas présent dans cette zone. Cependant des problèmes importants liés à la prise en charge du diabète ont été exprimés dans cette zone. Un de nos partenaires clés a déjà initié des actions dans cette zone, et donc développé une connaissance du contexte et un réseau d'acteurs.

- **La province de Ngozi**

Handicap International était auparavant implanté dans la province de Ngozi, avec un projet de santé communautaire. Le bureau a été fermé à l'issue du projet, cependant le projet avait permis la constitution d'un réseau de connaissances sur place.

## ETAPE 5 : CREATION DU COMITE TECHNIQUE DE MISSION EXPLORATOIRE

**Résultat attendu :** A l'issue de cette étape, la composition du Comité Technique de mission exploratoire ainsi qu'un planning prévisionnel de réunions du Comité sont établis.

**Nous recommandons que la mission soit supervisée par un Comité technique de mission exploratoire**, avec des réunions planifiées à l'avance, dont la fréquence est à adapter au contexte, en partant sur la base, dans l'idéal, d'une réunion hebdomadaire.

La réunion de début de mission permettra la revue des termes de référence de la mission, la validation de la méthode prévue, une dernière définition de la liste d'informateurs clés à rencontrer et des sources d'information, l'adaptation des outils de recueil des données et une revue du planning de la mission.

Les membres du Comité Technique qui participeront aux entretiens seront formés à l'utilisation de la méthode.

Une réunion finale du Comité Technique de fin de mission permettra la validation des premiers résultats de mission.

Les réunions intermédiaires permettront de réaliser des ajustements en cours de mission, et de prendre les décisions importantes liées aux aléas de la mission.

**En ce qui concerne la composition du comité technique de mission exploratoire**, nous conseillons la création d'un groupe multidisciplinaire, de 3 à 8 membres, composé d'acteurs du diabète motivés pour mettre en place un projet de lutte contre cette maladie dans la zone pilote choisie avec, par exemple, (liste non exhaustive) :

- 1 partenaire local potentiel
- 1 membre d'une association de personnes diabétiques
- 1 soignant (un médecin hospitalier et/ou 1 infirmier de centre de santé)
- 1 décideur du système sanitaire (médecin chef de district...)
- 1 acteur social et/ou éducatif (association d'éducation à la santé, professeur, assistant social pour les patients)
- 1 membre d'ONG

Cette liste peut être adaptée, modulée en fonction du contexte et de la culture locale. Il est par exemple parfois difficile de rassembler les décideurs avec les personnes diabétiques. Il doit être expliqué clairement aux différents membres pour quelle raison ils ont été choisis, et quelles sont nos attentes par rapport à leur participation à ce Comité Technique.

## CRÉATION DU COMITÉ DE MISSION EXPLORATOIRE, ET DÉROULEMENT DES RÉUNIONS DU COMITÉ TECHNIQUE : EXEMPLE DU BURUNDI

Handicap International a réalisé une mission exploratoire sur le diabète en mars 2008 au Burundi. Après une série de premiers contacts, **Handicap International a identifié les principaux acteurs dans le domaine du diabète au Burundi, et a constitué un comité technique de mission exploratoire, constitués des personnes suivantes :**

- Un médecin, clinicien consultant dans un hôpital public de la capitale Bujumbura, et ayant créé depuis 5 ans un centre privé de consultations spécialisées en diabétologie, dans lequel il exerce également une activité clinique, et diverses missions de santé publique : campagnes de dépistage, sensibilisation de la population générale, plaidoyer. Ce médecin est très motivé par la collaboration avec une ONG internationale, a déjà l'expérience de mise en place d'activités de prévention et de prise en charge du diabète au Burundi, et a une connaissance clinique de la situation du diabète au Burundi. Il sera donc un acteur clé dans ce comité pour conseiller Handicap International lors de sa mission exploratoire.
- Un médecin, point focal diabète au sein du ministère de la Santé Publique. Cet acteur a une expertise sur la structuration politique au niveau de la santé, ainsi que les processus de développement et de mise en œuvre des politiques publiques. Il pourra nous conseiller sur les informateurs clés à rencontrer au niveau politique.
- Deux membres d'une association burundaise de personnes diabétiques. Ces personnes de par leurs activités associatives ont une connaissance de la situation quotidienne des personnes diabétiques au Burundi. Ils pourront faire le lien avec la communauté. Ils ont un niveau d'éducation élevé et une reconnaissance sociale importante (un des membres est un colonel à la retraite), qui leur permettent d'être à l'aise au sein d'un comité de ce type.
- Une infirmière et une assistante sociale d'un hôpital public de Bujumbura. Ces personnes apporteront une expertise sur le rôle des paramédicaux dans la prise en charge du diabète, et sur les difficultés de prise en charge qui peuvent être rencontrées par les malades.
- L'équipe de mission exploratoire de Handicap International, composée de 3 personnes : un chef de projet local, un chargé de mission venu du siège de l'association pour apporter un appui technique et la directrice des programmes, expatriée.

**Au total le comité est composé de 9 personnes de profils très variés.**

Si l'on considère la représentation des bénéficiaires du projet, le comité compte 2 personnes diabétiques, et 7 professionnels.

Parmi les 7 professionnels représentés, les fonctions sont variées puisque le comité comprend 1 décideur, 4 professionnels de santé, et 2 managers de projet.

Au niveau des 4 professionnels sanitaires et sociaux représentés, il existe une multidisciplinarité puisque 2 médecins, une infirmière et une assistante sociale sont présents.

En termes de nationalités, le comité compte 2 personnes françaises, et 7 personnes burundaises. Considérant le genre, 5 femmes et 4 hommes sont représentés.

A noter cependant que parmi les burundais, les hommes occupent des fonctions plus élevées (médecins, décideur) que les femmes (infirmière, assistante sociale).

**Le Comité Technique s'est réuni à 2 reprises, une fois en début de mission, et une fois en fin de mission.**

**Lors de la première réunion**, le comité a globalement bien rempli ses objectifs. Les zones pilotes ont été définies, la méthode de mission exploratoire a été validée. La réunion a permis d'enrichir la liste que nous avons proposée initialement, avec des informateurs clés majeurs, comme la pharmacie de gros privée qui a en pratique le monopole de la distribution d'insuline au Burundi. Seuls quelques dysfonctionnements ont été observés et devront faire l'objet de réajustements,



au niveau de la participation et de la composition du Comité. Ainsi, la participation a été très inégale, les deux médecins ont dominé les débats, alors que l'infirmière et l'assistante sociale n'ont pas pris la parole. Il semble qu'il y ait eu des obstacles culturels, liés au genre d'une part, et au niveau de qualification moins élevé d'autre part. Il semble également que les personnes qui ne se sont pas exprimées ne soient pas très impliquées dans la thématique du diabète. Le recrutement de l'infirmière aurait sans doute pu être plus pertinent. Peut être également que nous n'avons pas pris le temps de suffisamment expliquer à ces personnes ce que nous attendions de leur participation au comité.

**La 2<sup>ème</sup> réunion**, en fin de mission, avait pour objectif de valider les résultats préliminaires de la mission exploratoire. Deux personnes supplémentaires ont été incluses dans le comité : une diététicienne, chef de projet pour un projet d'éducation pour la santé des personnes à risque cardiovasculaire. L'expertise de cette personne était essentielle, étant donné que la mission avait permis d'identifier de nombreux problèmes liés à une mauvaise information de la communauté, des malades et des médecins sur la nutrition et le diabète. Une autre personne clé avait été incluse : le directeur de la centrale nationale d'achat nationale de médicaments, qui a pu apporter son expertise sur les problèmes de commande, d'approvisionnement et de distribution des médicaments au Burundi.

Cette 2<sup>ème</sup> réunion a atteint ses objectifs, à savoir principalement la validation des problèmes identifiés lors de la mission exploratoire.

## ETAPE 6 : IDENTIFICATION DES INFORMATEURS CLÉS

**Résultat attendu** : A l'issue de cette étape, une liste des informateurs clés est constituée avec leurs fonctions, noms et coordonnées, et l'objectif de chaque rencontre.

### Conseils pour l'identification des informateurs clés :

Même si une ou deux zone(s) pilote(s) ont été ciblées, il est important de rencontrer les informateurs clés « nationaux » pour avoir une vision globale du système et de la potentialité de prise en charge du patient diabétique.

Ensuite, les zones ciblées permettront de recueillir des informations plus détaillées de la prise en charge du problème du diabète

### Méthode pour l'identification des informateurs clés :

- entretien avec un informateur clé
- recherche bibliographique
- recherche sur Internet (Site du ministère de la santé)
- Chaque personne interrogée est choisie pour son rôle dans la communauté, dans la santé ou son implication dans le problème du diabète (ce que les anglophones appellent « a purposeful choice »).

**Les informateurs clés potentiels sont donc (liste non exhaustive à adapter au contexte) :**

### Au niveau national :

- Organismes internationaux (Organisation mondiale de la Santé, Fédération Internationale du Diabète, etc.)
- Ministère de la santé, programme national de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles, contre le diabète
- Hôpitaux nationaux et leurs médecins spécialistes, leurs infirmiers, leurs podologues, leurs nutritionnistes, leurs éducateurs, leurs kinésithérapeutes et leurs orthoprothésistes pour la

- prise en charge primaire, secondaire et tertiaire (y compris complications) du diabète
- Faculté de médecine, école d'infirmier, de nutritionniste, de podologue, d'éducateur, des professionnels de la rééducation fonctionnelle
- ONG de santé internationales travaillant dans la lutte contre le diabète
- Centrale nationale publique du médicament
- Centrale d'approvisionnement en médicaments privée (producteurs, grossistes)
- Association Nationale des Diabétiques
- Ministère de l'éducation : prévention primaire, promotion de la santé à l'école

#### **Au niveau régional, départemental :**

- Direction Régionale/Départementale de la Santé ;
- Hôpital régional, de district et centres de santé, publics et privés avec leurs médecins, leurs infirmiers, leurs podologues, leurs nutritionnistes, leurs éducateurs, leurs professionnels de la rééducation fonctionnelle etc. ;
- Laboratoires publics et privés ;
- Pharmacies publiques et privées ;
- Services sociaux de prise en charge des patients (financiers, éducation, etc.) ;
- Associations de diabétiques ;
- ONG de santé internationales, nationales, locales.

#### **Au niveau de l'aire de santé, du village ciblé :**

- Population générale (groupe focal avec des personnes représentantes de différents âges et de différentes situations sociales en respectant la parité, et 1 ou 2 informateurs clés : chefs de village, associations de jeunes ou de femmes, relais communautaires, propriétaire de l'épicerie du village, etc.) ;
- Agents communautaires (santé, réadaptation) ;
- Associations locales de santé (de diabétiques) ;
- Personnes diabétiques ;
- Tradipraticiens ;
- Enseignants.

Chaque informateur clé pourra proposer de nouveaux interlocuteurs potentiels.

## **ETAPE 7 : PLANIFICATION DE LA MISSION**

**Résultat attendu :** A l'issue de cette étape, un planning prévisionnel de mission exploratoire est établi par l'équipe locale de façon collaborative avec le chargé de mission.

**Outil disponible :** Trame de planning de mission - p. 56

A ce stade, nous rappelons qu'un diagnostic de santé général doit avoir été réalisé préalablement afin de définir la pertinence de planifier un projet de lutte contre le diabète dans le contexte local. Ce guide ne concerne que la phase suivante, c'est-à-dire la définition des principaux problèmes liés au diabète et des stratégies d'intervention prioritaires.

**Néanmoins, parfois, par manque de ressources, il est impossible de réaliser les 2 phases de façon successive ; elles seront donc menées de façon concomitante. Par contre, l'analyse des données restera à réaliser de façon distincte.**

Ainsi, si le diagnostic de santé général n'a pas été réalisé en amont de la mission exploratoire diabète, il conviendra de l'inclure dans les objectifs de la mission exploratoire diabète. Pour mieux

connaître la méthode pour poser un diagnostic de santé général, nous vous référons aux articles méthodologiques de référence sur cette question et à l'annexe « Diagnostic de santé général » disponibles dans le CD rom joint à ce guide.

Une fois cette décision prise, il sera possible de procéder à la planification des activités à réaliser pendant la mission :

- Réunions de travail du Comité Technique de Mission Exploratoire (une réunion initiale, une réunion à mi mission, une réunion finale) ;
- Entretiens semi-dirigés avec informateurs clés ;
- Visites de centres de santé ;
- Observations de consultations ou de séances d'éducation des patients diabétiques ;
- Visites de laboratoires d'analyses médicales ;
- Visites de pharmacies.

Pour une plus grande cohérence de l'analyse des besoins, il est conseillé que le chargé de mission réalise l'ensemble des activités accompagné d'un membre du comité technique.

## 2. Réalisation de la mission exploratoire

### ETAPE 8 : RECUEIL DES DONNEES

#### Résultats attendus :

- Un guide d'entretien est produit pour chaque entretien prévu ;
- Une grille d'observation est produite pour chaque visite prévue ;
- Un compte rendu de chaque entretien ou visite est rédigé ;
- A l'issue de chaque entretien ou visite, les informations recueillies sont intégrées dans le rapport de mission ;
- Les données nécessaires pour poser le diagnostic sur le diabète sont recueillies.

#### Outils disponibles :

- Conseils pour la réalisation de groupes focaux - p. 41 ;
- Grilles d'observation - p. 43 ;
- Guides d'entretien - p. 49.

Accompagné d'une personne du comité technique définie, le chargé de mission recueille les données selon les activités planifiées, à l'aide des outils mis à disposition adaptés au contexte local.

**Dans un premier temps, pour poser le diagnostic de perception**, le chargé de mission réalise les entretiens prévus avec les guides d'entretien adaptés au contexte local.

Les guides d'entretien sont préparés avant la mission exploratoire et sont testés, rediscutés et travaillés avec l'équipe locale effectuant les entretiens.

Les entretiens ont pour **objectifs** de recueillir des données de perception sur les problèmes liés au diabète, les demandes d'intervention et les réponses et ou ressources déjà existantes auprès des professionnels de santé et des décideurs d'une part, et des diabétiques et de leur communauté d'autre part.

**Les entretiens se dérouleront selon la méthode des entretiens semi-dirigés ou celle des groupes focaux.** Cette dernière est particulièrement recommandée pour les entretiens avec les personnes diabétiques et leur communauté. Chaque individu ou groupe est interrogé en tant qu'acteur faisant partie d'une communauté ou d'un groupe social et essaie de classer les problèmes par ordre de gravité et de fréquence. Les intervieweurs doivent être formés aux techniques d'entretien semi dirigé et par groupe focal.

**Dans un deuxième temps, pour poser le diagnostic objectif**, le chargé de mission recueille les documents locaux disponibles et réalise les observations prévues avec les grilles d'observation adaptées au contexte local.

### **Pour recueillir les documents locaux :**

A chaque rencontre, le chargé de mission demande à son interlocuteur s'il peut obtenir une copie des différents documents disponibles sur le sujet (protocoles de soins, données statistiques, rapport d'études, etc...) Cette demande de documents est aussi orientée en fonction des problèmes liés au diabète exprimés par l'interlocuteur.

Si nécessaire, le chargé de mission peut procéder à la révision des registres de consultation et d'hospitalisation pour récupérer davantage de données objectives.

### **Les observations à réaliser sont les suivantes :**

- Observation de l'équipement disponible dans les structures de santé ;
- Observation des médicaments et matériels disponibles dans les pharmacies et les laboratoires ;
- Observation de consultations de patients diabétiques et/ou de visites hospitalières ;
- Observation de séances d'éducation du patient ;
- Observation d'un repas de personnes diabétiques ;
- Observation d'une réunion d'association ;
- Observation de formations des professionnels sur le diabète, etc.

Les observations ne peuvent pas toujours être planifiées à l'avance. C'est souvent lors des entretiens semi-dirigés que l'on peut demander à participer aux consultations des jours suivants, aux séances d'éducation du patient, à une visite de pharmacie ou de laboratoire d'analyse médicale, etc...

Le tableau des activités de la mission sera donc rempli au fur et à mesure des activités rendues possibles.

**Ces activités d'observation sont d'une importance primordiale pour la réalisation du diagnostic objectif.** Un diagnostic sur le diabète posé uniquement à partir de données déclaratives, sans recours à des activités d'observation, aura un niveau de validité bien moindre.

Enfin, le chargé de mission complétera sa recherche de données objectivées **par une recherche bibliographique dans les revues scientifiques et sur internet.**

## **ETAPE 9 : ANALYSE QUOTIDIENNE DES DONNEES PAR LE CHARGE DE MISSION**

**Résultat attendu :** A l'issue de chaque entretien ou visite, les données recueillies sont classées dans un tableau de synthèse, les besoins d'objectivation sont définis, et des recherches complémentaires sont effectuées ou planifiées pour le recueil des données objectivées.

Nous recommandons que l'analyse des données pour poser le diagnostic sur les problèmes liés au diabète soit réalisée de façon continue, au quotidien, par le chargé de mission, puis de façon finale, par le comité technique.

Il est conseillé pour le chargé de mission de procéder chaque jour à un classement des données recueillies dans le tableau suivant :

**Tableau 1 : Exemple de tableau d'analyse quotidienne des données**

Problèmes exprimés par les professionnels	Problèmes exprimés par les diabétiques et la population	Problèmes objectivés	Interventions proposées/possibles	Ressources locales existantes et possibles acteurs

Certains problèmes objectivés ne seront pas exprimés, ni par les professionnels, ni par les diabétiques et leur communauté.

Parallèlement, pour certains problèmes exprimés, des données objectivées seront disponibles mais pas pour d'autres. Il faudra alors pousser l'analyse plus loin, et chercher à trouver les informations manquantes.

Le chargé de mission réalisera une analyse approfondie des causes de chaque problème, pour en déduire d'éventuelles interventions pertinentes qui n'auraient pas été exprimées par les personnes interrogées.

Le chargé de mission essaiera donc dans la mesure du possible de remplir l'ensemble des cases du tableau. Les cases vides du tableau mettront en évidence de façon claire les lacunes pour lesquelles une recherche complémentaire est nécessaire.

**Ainsi, après avoir classé les données dans le tableau, le chargé de mission diabète essaiera de compléter les cases vides et celles pour lesquelles des précisions sont nécessaires :**

- Il recherchera les données objectivées afin d'infirmer, de confirmer ou de compléter chaque problème exprimé :
  - Soit dans la revue de la littérature déjà réalisée ou par une nouvelle recherche
  - Soit dans les documents locaux recueillis
  - Soit par ses données d'observation
- Si certaines données objectivées restent manquantes, il prévoira de récupérer de nouveaux documents locaux lors de ses futurs entretiens ou il rappellera les informateurs clés interrogés pour leur demander des informations complémentaires ;
- Il complétera ses guides d'entretien afin de creuser la causalité d'un problème avec les futurs informateurs clés ;
- Eventuellement, si possible, il rappellera les informateurs clés pour préciser certains aspects.

**Extrait d'un tableau de synthèse des problèmes identifiés croisés avec les interventions possibles et les ressources existantes lors d'une mission exploratoire réalisée à Davao, aux Philippines, en 2006.**

Problèmes	Données objectives	Interventions proposées	Ressources locales
<b>PRISE EN CHARGE DU DIABETE (PREVENTION SECONDAIRE)</b>			
<p><b>Une proportion importante des patients ont un mode de vie inadapté pour les personnes diabétiques, en termes d'alimentation et d'activité physique. Peu d'espaces d'éducation de la personne diabétique et de sa famille existent dans les centres de santé ou ailleurs.</b></p>	<p>Lors des entretiens avec les personnes diabétiques, le besoin d'éducation de ceux-ci et de leurs familles a été objectivé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rappel alimentaire des 24 heures précédentes : 3 personnes sur 7 déclarent avoir mangé des repas non équilibrés notamment avec plus de 6 repas par jour composés de nourriture excessivement grasse et sucrée.</li> <li>- 4 personnes sur 7 déclarent ne pas pratiquer d'activité physique régulière.</li> <li>- Seulement un tiers des personnes pouvaient expliquer clairement ce qu'était leur maladie.</li> <li>- Par ailleurs, une étude de 2000, suivant une cohorte de 3061 patients, a montré que même chez des personnes diabétiques suivies dans des centres de diabète philippins, seulement 1% des patients avaient une hémoglobine glyquée atteignant la cible thérapeutique (&lt;6.5%) et 41% &lt; 8%<sup>4</sup> A titre de comparaison, dans une étude française portant sur 2346 patients recrutés en médecine générale libérale, 26.6% avait une HbA1c &lt; 6.5% et 80% &lt; 8%<sup>5</sup>. Parmi ces patients philippins ayant accès à ces centres de niveau tertiaire, 11% n'avaient reçu aucune éducation et 52% n'avaient jamais été éduqués à l'autocontrôle de la maladie. Par contre, dans ces centres tertiaires, plus de 75% des patients avaient bénéficié d'une éducation sur les habitudes alimentaires, les facteurs de risques, les soins des pieds. Dans cette étude, il n'y avait pas d'informations disponibles sur la pratique régulière d'une activité physique.</li> </ul>	<p><b>- Améliorer l'éducation thérapeutique du patient et de sa famille par deux moyens :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Former les professionnels de santé et les agents communautaires à l'éducation thérapeutique des patients.</li> <li>• Promouvoir la rencontre régulière de groupes de personnes diabétiques et de leur famille pour des séances d'éducation thérapeutique collective, des séances d'activité physique, et pour la création d'un espace de parole et d'échange.</li> </ul>	<p>- Pour le support technique et la formation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PADE</li> <li>• Médecins spécialistes, infirmières éducatrices et nutritionnistes du DMC.</li> <li>• PDA</li> <li>• IDF guidelines, Kyoto Medical Center, PADE pour le support spécifique sur le pied diabétique.</li> </ul> <p>- Pour la Recherche Action sur le développement d'outils d'éducation : FNRI, NIH, PADE.</p> <p>- Pour la mise en oeuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionnels de santé primaire et agents communautaires de CHO, DJF, Alexian Brothers.</li> <li>• Volontaires du projet PASWI (activité physique déjà organisée dans certains quartiers).</li> <li>• Club de diabétiques (1 événement sportif par an déjà organisé le « walkaton event »).</li> </ul>

4. Lantion-Ang LC. Epidemiology of diabetes mellitus in Western pacific region : focus on Philippines. Diabetes Res Clin Pract 2000 ; 50 (suppl 2) : S29-S34.  
 5. Prevost G, Phan TM, Mounier-Vehier C, Fontaine P. Control of cardiovascular risk factors In patients with type 2 diabetes and hypertension in a French national study (Phenomen). Diabetes Metab 2005; 31(5) : 479-85.



**Les médicaments et les tests de laboratoires ne sont pas accessibles à tous et en particuliers aux plus pauvres. Il existe une méfiance des personnes diabétiques sur la qualité des médicaments génériques disponibles dans les centres de santé primaires.**

Ce problème d'accessibilité a pu être objectivé grâce à l'observation :

- 0 médicaments anti diabétiques ou cardio-vasculaires sur 10 nécessaires sont disponibles au niveau des centres de santé primaires
- 4/10 le sont dans la pharmacie du centre confessionnel Alexian Brothers à des prix abordables
- 14 examens de laboratoire nécessaires sur 15 sont disponibles au niveau de l'hôpital national et du centre confessionnel Alexian Brother. Par contre, 0/10 au niveau des centres de santé des quartiers.
- En 2003, 46% des Philippins vivaient avec moins de 2\$ par jour (100 pesos)<sup>6</sup> Ainsi, par exemple, selon les observations réalisées par notre équipe, pour 1 patient diabétique de type 2 traité par 1 seul médicament (metformine), le budget mensuel de médicaments et de tests de laboratoire représente 15% du revenu sans compter les coûts indirects.

**Faciliter l'accès aux médicaments et aux examens de laboratoire :**

- Réaliser une analyse approfondie des causes des problèmes de disponibilité des médicaments dans les centres de santé primaires.
- Tester la qualité des médicaments puis.
- Informer les patients sur la disponibilité et la qualité des médicaments.
- Proposer une aide à la priorisation des dépenses du ménage.
- Promouvoir la traduction des prescriptions en langue locale.
- Plaidoyer auprès du service social pour qu'ils organisent des stratégies avancées de délivrance de certificats d'indigence.
- Plaidoyer auprès du Bureau de la santé de la ville pour la mise en place d'un accès gratuit à certains médicaments antidiabétiques et antihypertenseur au niveau des centres de santé des quartiers et pour permettre un accès à un paquet minimal d'examens de laboratoire au niveau des centres de santé des quartiers et des districts.
- Entrer en négociations avec l'assurance nationale PhilHealth pour qu'elle couvre aussi les soins ambulatoires des diabétiques.
- OMS et NIH (+/- Rapid Assessment Protocol for Insulin Access développé par l'IIF<sup>7</sup> pour réaliser les études approfondies des dysfonctionnements de l'accès aux médicaments et aux examens de laboratoire malgré un système social en place.
- CHMP en France (ONG de contrôle qualité des médicaments).
- Expérience du centre confessionnel Alexian Brother qui traduit toutes les prescriptions.
- Les travailleurs sociaux du DSWD, du centre Alexian Brothers et de DJF.
- CHO
- Mairie des Barangay (1 Barangay est déjà approvisionné en antidiabétiques distribués gratuitement sur décision du conseil municipal).
- Laboratoires des centres de santé de district.
- PhilHealth avec l'aide de l'OMS et de la Coalition Philippines de contrôle et de prévention des maladies non transmissibles.

6. UNDP. Human Development Report. Country Sheet : Philippines. [En ligne] <http://hdr.undp.org/statistics/data/countries.cfm?c=PHL> (dernière consultation le 2 août 2006)

7. Beran D, Yudkin JS, de Courten M. Assessing health system for type 1 diabetes in sub-Saharan Africa : developing a « Rapid Assessment Protocol for Insulin Access ». BMC Health Service research 2006; 6 (17) : 1-9.



## ETAPE 10 : ANALYSE FINALE DES DONNEES PAR LE COMITE TECHNIQUE

### Résultats attendus :

- En fin de mission, le comité technique s'est réuni.
- La liste des problèmes identifiés est validée.
- L'analyse finale des données est réalisée, et croisée, pour chaque problème, le diagnostic de perception, le diagnostic objectif, les interventions possibles et les ressources existantes.
- Les éventuels besoins de recherche complémentaire sont définis.
- La méthode de priorisation des problèmes est définie.
- Les problèmes et les stratégies d'intervention sont priorisés.

A la fin de la mission le comité technique se réunit pour procéder à l'analyse finale des données recueillies, définir d'éventuels besoins de recherche et prioriser les problèmes et les stratégies d'intervention.

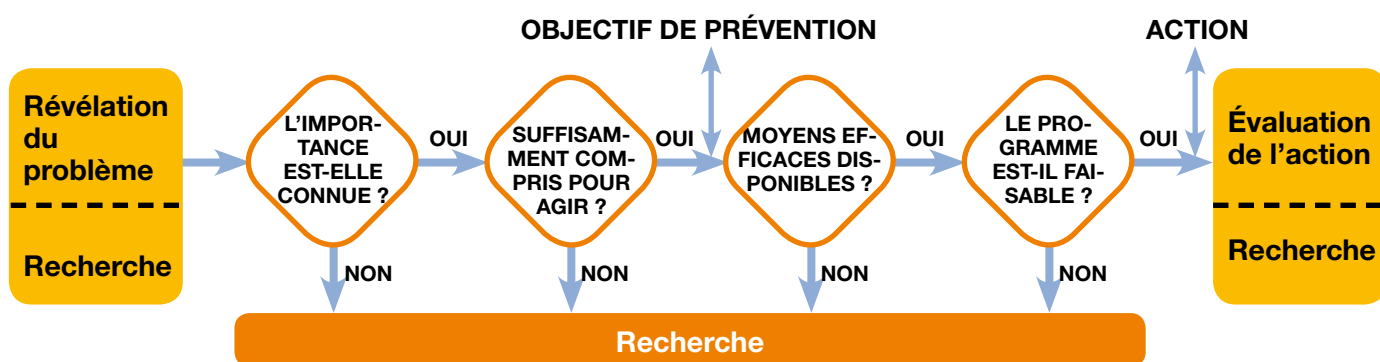
### Procéder à l'analyse finale des données recueillies

L'analyse des données recueillies consiste à croiser les problèmes exprimés, problèmes objectifs, interventions possibles, ressources locales existantes. Le tableau de synthèse 1 peut être utilisé pour présenter les informations recueillies.

### Définir d'éventuels besoins de recherche

Pour certains problèmes, une intervention est faisable mais des données nous manquent, ou bien, aucune intervention ne peut répondre au problème considéré. Dans ce cas, une recherche est nécessaire pour produire les informations nécessaires au processus de programmation. Des priorités de recherche peuvent ainsi être définies préalablement aux interventions. Et une démarche de Recherche Action peut être initiée. L'algorithme décisionnel suivant résume bien la démarche qu'il est important de suivre avant de procéder à la programmation des interventions.

#### Algorithme décisionnel pour l'identification des besoins de recherche



Dab. W. et Abenhaim, L.L. « Connaissance scientifique et action en santé publique : l'utilité de la recherche dans l'élaboration d'un programme de santé ». Canadian Journal of Public Health, vol. 75, septembre/octobre. 1984, p. 392.

### Prioriser les problèmes et les stratégies d'intervention

Pour prioriser les problèmes et les stratégies d'intervention, nous recommandons au comité technique de procéder selon les étapes suivantes :

- Regrouper les différentes interventions proposées en stratégies d'interventions
- Choisir la méthode de détermination des priorités : grille d'analyse, méthode de Hanlon, méthode du consensus, méthode d'attribution de scores, etc. Cette dernière méthode est proposée à titre d'exemple à la page suivante.
- Choisir des critères de faisabilité et d'acceptabilité : réponse existante, pertinence, acceptabilité pour les professionnels de santé, acceptabilité pour les personnes diabétiques et

leur communauté, efficacité, ressources humaines, compétence, ressources financières, ressources techniques, compétences et priorités de l'ONG ;

- Classer les stratégies d'intervention selon la méthode choisie. Par exemple, selon la méthode d'attribution des scores, pour chacune d'entre elles, il attribue un score à chaque critère, selon une échelle de mesure définie. Pour cela, le tableau suivant peut être utilisé.

**Tableau 2 : Critères de priorisation choisis pour évaluer chaque stratégie d'intervention, pondération des critères et échelle de mesure**

	Coefficient de pondération	Echelle de mesure					
		Plutôt Oui			Plutôt Non		
Notre programme est-il le seul à proposer cette stratégie ? (réponse existante)		6	5	4	3	2	1
Cette stratégie est-elle adaptée au problème lié au diabète défini ? (pertinence)		6	5	4	3	2	1
Cette intervention a-t-elle déjà prouvé son efficacité ? (fiabilité, validité, démarche qualité) basée sur des preuves		6	5	4	3	2	1
Cette stratégie convient-elle aux professionnels ? (acceptabilité)		6	5	4	3	2	1
Cette stratégie convient-elle aux diabétiques et à la population ? L'ont-ils exprimé ? Est-elle acceptable socio-culturellement ? (acceptabilité)		6	5	4	3	2	1
Cette stratégie peut-elle être réalisée à moindre coût ? (efficacité)		6	5	4	3	2	1
Y a-t-il des personnes disponibles pour réaliser cette stratégie ? Si oui, lesquelles ? (ressources humaines)		6	5	4	3	2	1
Y a-t-il des personnes compétentes pour la réaliser ? Si oui, lesquelles ? (compétences)		6	5	4	3	2	1
Peut-on trouver des ressources financières pour cette stratégie ? (ressources financières)		6	5	4	3	2	1
Peut-on avoir des ressources matérielles pour cette stratégie ? (ressources techniques)		6	5	4	3	2	1
Cette intervention correspond-elle à une priorité du programme de l'ONG locale et à ses compétences ?		6	5	4	3	2	1

Extrait de : Baumann M, Deschamps JP, Cao MM. La programmation des actions et des évaluations pragmatiques/professionnelles dans le cadre des actions humanitaires. Santé Publique 1998 ; 10(1) : p.76.

- Calcul du score total de chaque stratégie d'intervention ;
- Classement de chaque stratégie d'intervention en fonction du score total ;
- Elaboration des recommandations finales, en proposant de mettre en œuvre les stratégies ayant obtenues le plus de points comme stratégie prioritaire mais en gardant le bon sens, l'esprit critique et la cohérence.

## Exemple de classement des stratégies d'intervention, selon des critères définis

	Axe Stratégique n°1 : PREVENTION DU DIABETE					Axe Stratégique n°2 : PREVENTION DES COMPLICATIONS				
	Plai- doyer national	Information sensibilisa- tion par les 3 médias	Information sensibili- sation du personnel médical	Information sensibilisa- tion ciblée sur les groupes à risques	Action politique contre publicité	Dévelop- per une politique de dépis- tage dans la zone du projet	Développer l'éducation du patient et de sa fa- mille dans le Baran- guay	Faciliter l'ac- cessibilité et l'observance du traitement et des tests de laboratoire	Renforcer la capacité et la qualité des services de santé primaire et secondaire	Développer le système de référence/ contre réfère- rence
Réponse non existante	1	3	4	5	6	6	6	5	4	4
Pertinence	4	6	3	6	6	6	6	6	6	6
Validité, Approche qualité ?	4	4	4	6	3	5	6	6	6	6
Exprimé par les diabétiques (et leurs proches)	3	3	1	6	1	1	6	6	3	1
Exprimé par les professionnels	1	2	2	3,5	2	2,5	4	5	3,5	2
Coût-Efficacité ?	3	3	5	6	3	4	4	6	4	5
Ressources humaines disponibles	2	2	5	6	5	6	6	4	5	6
Compétences disponibles	2	2	6	4	6	4	3	5	6	6
Financement disponible	2	5	5	5	5	5	6	5	5	5
Ressources techniques disponibles	2	2	6	6	4	5	6	6	6	6
Compétence de l'ONG	4	2	4	4	6	2	5	3	1	5
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>34</b>	<b>45</b>	<b>57,5</b>	<b>47</b>	<b>46,5</b>	<b>58</b>	<b>57</b>	<b>49,5</b>	<b>52</b>
Rang par axe stratégique	5	4	3	1	2	5	1	2	4	3

## ETAPE 11 : RESTITUTION DES RESULTATS PRELIMINAIRES DE MISSION

**Résultat attendu :** Une restitution des premiers résultats de mission est réalisée en fin de mission auprès de l'équipe de l'ONG commanditaire localement, ainsi qu'auprès d'autres acteurs selon le contexte.

**Outil disponible :** Trame de rapport de mission exploratoire - p. 59

Une restitution des premiers résultats de mission est à planifier en fin de mission auprès de l'équipe de l'ONG commanditaire localement, ainsi qu'auprès d'autres acteurs selon le contexte. Les modalités de cette restitution sont à définir par le comité technique.

Dans la mesure du possible, un document synthétique contenant les résultats préliminaires est finalisé. Ces résultats préliminaires sont importants, étant donné qu'il existe souvent une attente des équipes locales et des acteurs rencontrés, pour avoir un retour immédiat sur les résultats. Cela permet de donner des premières informations, tout en laissant au chargé de mission un délai pour la rédaction du rapport final.

De façon à faciliter la rédaction du rapport de mission, nous conseillons que les informations recueillies soient consignées dans le rapport de mission au fur et à mesure de la mission, avec une traçabilité des sources.

## 3. Finalisation et suivi de la mission exploratoire

### FINALISATION DU RAPPORT DE MISSION EXPLORATOIRE

**Résultat attendu :** Le rapport de mission est envoyé à l'équipe locale dans le délai fixé dans les termes de référence. Les principaux résultats de la mission exploratoire sont restitués aux informateurs clés.

**Outil disponible :** Trame de rapport de mission exploratoire - p. 59

En règle générale, le rapport de mission exploratoire doit être écrit et disponible dans un délai d'1 mois après la fin de la mission.

### ACTIONS DE SUIVI DE LA MISSION EXPLORATOIRE

**Résultat attendu :** Un document de stratégie de suivi pour les 6 mois suivants est remis à l'équipe locale, dans un délai d'un mois après la fin de la mission. Il définit les modalités de communication et de rapport d'activité entre le chef de projet et le chargé de mission, et contient un plan d'action pour le chef de projet et pour le chargé de mission.

### RESTITUTION DES RESULTATS DE LA MISSION EXPLORATOIRE AUX INFORMATEURS CLES

**Résultat attendu :** Les principaux résultats de la mission exploratoire sont restitués aux informateurs clés.

Les modalités de restitution des résultats de la mission exploratoire aux informateurs clés doivent être définies par le Comité Technique de mission exploratoire.



## Boîte à outils et exemples de projets

- ▶ 1. Carnet de bord de la mission ----- PAGE 40
- ▶ 2. Conseils pour la réalisation  
de groupes focaux ----- PAGE 41
- ▶ 3. Grilles d'observation ----- PAGE 43
- ▶ 4. Guide d'entretien ----- PAGE 49
- ▶ 5. Liste de vérification des résultats attendus -- PAGE 54
- ▶ 6. Trame de planning de mission ----- PAGE 56
- ▶ 7. Modèle de profil de poste  
pour le chargé de mission ----- PAGE 57
- ▶ 8. Trame de rapport de mission exploratoire --- PAGE 59
- ▶ 9. Modèle de termes de référence  
pour une mission exploratoire diabète ----- PAGE 69

## 1. Carnet de bord de la mission

### DESCRIPTIF DE L'OUTIL :

Cet outil est un carnet, tenu par le chargé de mission, de façon quotidienne lors de la mission. Sur le modèle des carnets de bord utilisés notamment dans la marine, ce document permet de noter les faits significatifs sur le déroulement de la mission, de façon chronologique : décisions importantes prises, difficultés rencontrées, préoccupations, questionnements. Ce document est un document strictement interne. Il n'a pas vocation à être ni modifié, ni diffusé. Son intérêt réside dans le présent et dans le futur. Dans le moment présent, ce carnet de bord permet au chargé de mission de faire le point sur le déroulement de la mission, et donc le conduit à analyser la journée passée. Dans le futur, ce carnet de bord constitue une sorte de mémoire de la mission, dont on pourra se servir a posteriori pour justifier d'éventuels écarts entre ce qui était prévu et ce qui a été réalisé.

### Exemple :

Dimanche... mars 2008

La directrice de programmes m'a communiqué aujourd'hui la décision qu'elle a prise en concertation avec l'administrateur, de suspendre le déplacement prévu à Makamba pour des raisons de sécurité. Ce déplacement pourra être envisagé à nouveau si le contexte sécuritaire s'améliore. Le chef de projet et moi-mêmes nous sentons frustrés, cependant cette décision nous semble tout à fait fondée.



## 2. Conseils pour la réalisation de groupes focaux

### DESRIPTIF DE L'OUTIL :

Il s'agit d'un outil de formation à la réalisation de groupes focaux, destiné au chargé de mission ainsi qu'à toute personne de l'équipe amenée à réaliser un groupe focal. Il a été élaboré à partir d'un ouvrage de référence sur les méthodes des sciences humaines<sup>8</sup>.

La méthode des groupes focaux est une méthodologie d'entretien collectif, focalisée sur un ou plusieurs thèmes, qui cherche à répondre de façon collective à une ou plusieurs questions. Cette méthode permet de créer une dynamique à l'intérieur du groupe : « ils négocient des significations... et produisent la diversité et la divergence des opinions ainsi que leur consensus ». Ceci permet de dépasser les réponses personnelles et facilite le rôle que chaque individu doit avoir dans le groupe : il est acteur faisant partie d'une communauté et non acteur personnel. Pour cela, les groupes focaux comprennent au minimum 4 et au maximum 12 personnes.

Un certain nombre de problèmes peuvent apparaître lors d'un groupe focal si certains participants dominent la conversation, se taisent, coupent la parole, sont timides ou négatifs. Il faut alors développer des moyens de traiter les problèmes sans offenser les participants, ce qui est le rôle de l'animateur du groupe focal. Le tableau 3 suggère des moyens de résoudre certains de ces inconvénients :

**Tableau 3 : Résoudre les difficultés lors d'un groupe focal**

Problèmes des participants	Suggestion de résolution
<b>Le participant dominant</b> : Il ou elle peut avoir de grandes connaissances ou être leader de la communauté. Il ou elle essaie de répondre à la question dès qu'elle a été posée. Ce comportement décourage les autres participants.	Évitez de le regarder dans les yeux. Parfois vous pouvez lui proposer avec tact mais fermement : « N'oubliez pas votre point de vue mais écoutons d'abord ce que X a à dire »
<b>Le participant silencieux</b> : Il ne contribue pas à la discussion tant qu'on ne lui demande pas de prendre la parole. Parfois même lorsqu'on leur demande, il va se contenter d'être d'accord avec le point de vue d'une autre personne.	Il peut être difficile d'encourager cette personne à parler. Cependant, vous pouvez essayer dès le départ de faire participer chaque personne. Vous pouvez aussi lui adresser directement la question.
<b>Le participant « interrupteur »</b> : Il prend la parole de façon spontanée, en interrompant la personne qui est en train de parler.	Écoutez brièvement ce qu'il dit et expliquez ensuite gentiment que vous avez apprécié ce qu'il dit mais que vous aimeriez écouter aussi les autres.
<b>Le participant questionnant</b> : Il veut avoir votre opinion et vous renvoie systématiquement la question.	Expliquez au groupe que dans cette situation, ils sont les experts et que vous voulez apprendre d'eux. S'ils insistent, dites leur que vous donnerez votre opinion après la discussion.
<b>Le participant négatif</b> : Il peut être mécontent et souhaite évacuer sa colère sur vous. Il ou elle peut être très hostile.	Vous devez être très prudent. Ne soyez pas sur la défensive et essayez de reconnaître son point de vue.

8. MOSCOVICI Serge, BUSHCHINI F. Les méthodes des sciences humaines. Vendôme : PUF, 2003 : 476 p.

Par ailleurs, on peut combiner cette méthode qualitative avec celle du groupe nominal si les interlocuteurs sont lettrés. Cette dernière consiste à demander à chaque participant d'écrire la réponse sur une feuille puis de les mettre en commun pour trouver ensuite un consensus en regroupant les idées, en pondérant chaque ensemble ou en votant. Cette technique a l'avantage de permettre à chacun de réfléchir en silence et de générer des idées plus posées avant de trouver un consensus.

Les informations sont recueillies par l'enquêteur sous forme de prise de notes.

Chaque personne interrogée est choisie pour son rôle dans la communauté, dans la santé ou son implication dans le problème du diabète (ce que les anglophones appellent « a purposeful choice »).

Pour approfondir la méthode du groupe focal, et préparer la formation de l'équipe à l'utilisation de cette méthode, nous vous recommandons l'utilisation du manuel des groupes focaux<sup>9</sup>, développé dans le cadre du Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales, programme PNUD/Banque Mondiale/OMS.

---

9. DAWSON Susan, MANDERSON Lenore, TALLO Veronica L. Le Manuel des Groupes focaux : Méthodes de Recherche en Sciences Sociales sur les Maladies Tropicales n°1 [ en ligne ]. Boston : International Nutrition Foundation for Developing Countries (INFDC), 1995, 102 pages. Disponible sur <http://www.unu.edu/unupress/food2/UIN10F/UIN10F00.HTM> (consulté le 12/12/2008)

## 3. Grilles d'observation

### DESCRIPTIF DE L'OUTIL :

Ces grilles sont un outil de recueil de données d'observation, destiné à aider le chargé de mission lors de la préparation des visites et lors de la réalisation de ces visites. Ces grilles contiennent une série d'indicateurs, qui seront à adapter au contexte.

Cet outil contient 3 grilles d'observation : la première pour les visites des centres de soins (ressources humaines et ressources matérielles disponibles), la deuxième pour l'observation d'une consultation médicale, la troisième pour l'observation d'une séance d'éducation du patient.

### Grille d'observation des centres de soins

Indicateurs		Centre de soins 1	Centre de soins 2	Centre de soins 3		
Niveau de soins (primaire/secondaire/tertiaire)						
Statut du centre de soins (public/privé)						
<b>Informations générales</b>						
<b>Toilettes</b>						
<b>Etat général</b>	propres					
	moyen					
	insalubres					
<b>Fréquence des consultations (nombre de jours/mois)</b>						
<b>Nombre moyen de patients par jour de consultation</b>						
<b>Nombre de lits d'hospitalisation</b>						
<b>Nombre d'infirmières</b>						
<b>Nombre de médecins</b>						
<b>Nombre de pharmaciens</b>						
<b>Nombre de techniciens de laboratoire</b>						
<b>Nombre de nutritionnistes</b>						
<b>Existe-t-il un dossier médical pour chaque patient ?</b>						

### Équipement (oui/non)

	Centre de soins 1		Centre de soins 2		Centre de soins 3					
	Dispo- nible	Utilisé(e)	Dispo- nible	Utilisé(e)	Dispo- nible	Utilisé(e)	Dispo- nible	Utilisé(e)	Dispo- nible	Utilisé(e)
<b>1 balance</b>										
<b>1 toise</b>										
<b>1 mètre</b>										
<b>1 stéthoscope</b>										
<b>1 brassard à tension</b>										
<b>1 monofilament ou 1 diapason</b> (outils pour tester la sensibilité)										
<b>1 ophtalmo- scope</b>										
<b>1 électrocardio- graphe</b>										

### Médicaments disponibles (oui/non)

	Centre de soins 1	Centre de soins 2	Centre de soins 3		
<b>Insuline rapide</b>					
<b>Insuline intermédiaire</b>					
<b>Insuline conservée au réfrigérateur</b>					
<b>Biguanides</b>					
<b>Sulfamides hypoglycémisants</b>					
<b>IEC</b>					
<b>Autres hypotenseurs</b>					
<b>Statines</b>					
<b>KCl</b>					
<b>Glucose 10%</b>					
<b>NaCl 9‰</b>					
<b>Seringues et aiguilles pour injection d'insuline</b>					
<b>Matériel de perfusion</b>					

## Examens biologiques disponibles (oui/non)

	Centre de soins 1	Centre de soins 2	Centre de soins 3		
Glycémie capillaire					
Bandelette urinaire : glucose acétone protéines leucocytes nitrites					
HbA1c					
Ionogramme sanguin K, Na					
Creatininémie					
Microalbuminurie					
Numération formule sanguine					
Bilan lipidique : Cholestérol Triglycérides					

## Soins payants pour les patients

		Centre de soins 1	Centre de soins 2	Centre de soins 3		
Consultations payantes						
Médicaments payants						
Fonds de solidarité pour les patients indigents	Oui ou Non					
Existence de critère de définition des patients indigents	Oui ou Non					

### Protocoles de soins

	Centre de soins 1	Centre de soins 2	Centre de soins 3		
Protocoles disponibles ? (Oui ou non)					
Protocoles d'urgence (crise hypoglycémie, acidocétose)					
Protocoles d'adaptation des doses d'insuline					
Protocoles d'éducation thérapeutique du patient					
Protocoles sur le sevrage tabagique					
Protocoles de traitement des diabétiques de type 2					

### Données épidémiologiques (oui/non)

	Centre de soins 1	Centre de soins 2	Centre de soins 3		
Système de recueil de données sur le diabète					
Registres remplis					
Statistiques disponibles					

### Prise en charge spécialisée du diabète

	Centre de soins 1	Centre de soins 2	Centre de soins 3		
Traitement spécifique du pied diabétique					
Traitement par laser de la rétinopathie diabétique					
Services de réadaptation					

## Grille d'observation d'une consultation médicale

Critère (oui/non)	Centre de soins 1	Centre de soins 2	Centre de soins 3		
<b>Composition de l'équipe de soins ?</b> - médecin diabétologue - médecin généraliste - infirmière - autres					
<b>L'accueil du patient est-il satisfaisant ?</b>					
<b>Consultation individuelle ?</b>					
<b>Questions sur les symptômes du diabète ?</b> - polyurie - Polydipsie - Soif - Polyphagie - Etc...					
<b>Questions posées pour la recherche de complications et de facteurs de risque cardiovasculaire ?</b> <b>En particulier</b> - douleur à la poitrine - douleurs aux membres inférieurs à la marche - essoufflement - plaies des pieds - vue - tabagisme - suivi des recommandations nutritionnelles - activité physique - troubles de l'érection - autres					
<b>Le patient s'est-il déshabillé ?</b>					
<b>Examen complet du patient ?</b> <b>En particulier</b> - Poids - Taille - Tension Artérielle - Auscultation cardiaque - Examen des pieds avec monofilament - Examen vasculaire - Mesure du tour de taille - Examen de la cavité buccale					
<b>Examens biologiques prévus ?</b> - HBA1C - Bandelette urinaire - Bilan lipidique - Fonction rénale					
<b>Examen des yeux planifié 1 fois par an</b>					
<b>Electrocardiogramme planifié une fois par an</b>					
<b>Traitement prescrit conforme aux recommandations pour la pratique clinique ?</b>					
<b>Est-ce que le médecin a laissé la possibilité au patient de poser une question ?</b>					

Cette grille a été réalisée à partir d'un outil développé dans le cadre d'un projet d'amélioration de la qualité des soins des personnes diabétiques<sup>10</sup>.

10. Fleming BB, Greenfield S, Engelgau MM, Pogach LM, Clauser SB, Parrott MA. The Diabetes Quality Improvement Project. Moving science into health policy to gain an edge on the diabetes epidemic. *Diabetes Care* 2001 ; 24 : 1815-9.

## Grille d'observation d'une séance d'éducation thérapeutique des personnes diabétiques

Critères	Séance 1	Séance 2	Séance 3		
<b>Individuelle ou collective ?</b>					
<b>Qualification de la personne responsable de la séance ?</b>					
<b>L'accueil du patient est-il satisfaisant ?</b>					
<b>Sujets traités</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- alimentation</li> <li>- activité physique</li> <li>- traitement</li> <li>- adaptation des doses d'insuline</li> <li>- autosurveillance glycémique</li> <li>- pied diabétique</li> </ul>					
<b>Méthodes et outils utilisés ?</b>					
<b>Participation des patients ?</b>					
<b>Questions posées par les patients ?</b>					
<b>Satisfaction des patients ?</b>					
<b>Information donnée correcte ?</b>					



## 4. Guide d'entretien

### DESSCRIPTIF DE L'OUTIL :

Ce guide d'entretien est centré sur les problèmes liés au diabète, les interventions possibles et les ressources disponibles. Il peut être utilisé par le chargé de mission et l'équipe locale comme une base pour préparer les entretiens avec différents acteurs lors de la mission exploratoire.

Le guide présenté ci-dessous est structuré de la façon suivante : il comprend d'abord plusieurs séries de questions, qui seront à poser à tout informateur clé. Ces questions sont regroupées selon une logique thématique : informations générales, diagnostic de perception, diagnostic objectivé, ressources disponibles, circuit du médicament, connaissances générales de la population, partenariat.

Ensuite, ce guide comprend des séries de questions à poser spécifiquement à certains informateurs clés. Ces questions sont ainsi regroupées selon une logique de type d'acteur interrogé : personnes diabétiques, population générale, enseignants, membres d'associations de personnes diabétiques, tradipraticiens.

### Table des matières

#### Séries de questions à poser à tout informateur clé :

Questions pour poser le diagnostic de perception .....	PAGE 50
Questions pour poser le "diagnostic objectivé" .....	PAGE 50
Questions sur les ressources humaines disponibles .....	PAGE 51
Questions sur le circuit du médicament .....	PAGE 51
Questions sur le partenariat .....	PAGE 52

#### Séries de questions à poser spécifiquement à certains informateurs clés :

Questions à poser aux personnes diabétiques .....	PAGE 52
Questions à poser à la population générale .....	PAGE 52
Questions à poser aux enseignants .....	PAGE 53
Questions à poser aux membres des associations de personnes diabétiques .....	PAGE 53
Questions à poser aux tradipraticiens .....	PAGE 53

## SÉRIES DE QUESTIONS À POSER À TOUT INFORMATEUR CLÉ :

### Questions pour poser le diagnostic de perception

- Quels sont les 3 principaux problèmes liés au diabète dans votre zone ?
- Quels sont les groupes les plus touchés ou les plus vulnérables pour chaque problème ?
- Quelles solutions existent déjà pour ces problèmes ?
- Quelles pourraient-être les solutions selon vous ? Quelles sont vos attentes concernant la prise en charge de cette maladie ?

### Champs à explorer lors de l'entretien :

- Le système de santé : Quels sont les problèmes dans le système de santé de votre pays pour la prise en charge des patients diabétiques ? Quelles sont les solutions et quelles sont vos attentes ?
- Le système éducatif : idem + Le diabète fait-il partie du curriculum scolaire ?
- Le système social : idem

### Priorisation des problèmes et des solutions :

- Classer les solutions et les attentes par importance selon vous (d'après l'urgence, le nombre de personnes touchées, la sévérité du problème que l'intervention pourrait résoudre)

### Questions pour poser le "diagnostic objectif" :

- Épidémiologie du diabète et de ses facteurs de risque
- Existe-t-il un programme national spécifique de lutte contre le diabète ? ou un programme national global de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles ?
- Comment les actions prévues par le gouvernement sont-elles financées ?
- Quelles sources de financement existent pour des projets de prévention et de prise en charge du diabète ?
- Existe-t-il un programme national intersectoriel de promotion de la santé ?
- Existe-t-il des campagnes de sensibilisation de la population générale sur le diabète ou les maladies chroniques non transmissibles ? Si oui, quelles méthodes sont utilisées (médias, entretiens individuels ou collectifs, etc.)
- Un dépistage du diabète ou des facteurs de risque cardiovasculaire est-il organisé ? Si oui, par quels acteurs ? Quelle stratégie de dépistage est utilisée ? Les critères de l'Organisation Mondiale de la Santé pour le dépistage du diabète sont-ils utilisés ? Si non, pour quelles raisons ?
- Le diabète et les facteurs de risques cardiovasculaires sont-ils inclus dans le système d'information sanitaire du pays ?
- Existe-t-il des recommandations pour la pratique clinique adaptées au contexte national ?
- Quels sont les problèmes existant concernant la prise en charge médicale des personnes diabétiques ?
- Quels sont les problèmes existant concernant l'éducation thérapeutique des personnes diabétiques ?
- Existe-t-il un système de référencement des patients diabétiques ? si oui, comment ce système fonctionne-t-il ? Quels sont les moyens de communication entre professionnels de santé ? Quels sont les moyens de transports existant, leur coût ? Existe-t-il un mécanisme de solidarité pour la prise en charge de ces coûts de transport ? Quels sont les obstacles et les facteurs facilitant ce système de référencement ?

- Des services sociaux sont ils proposés aux personnes diabétiques ? Si oui, quel type, quel fonctionnement ?
- Existe-t-il une association de personnes diabétiques ?
- Quels sont les différentes options possibles pour une personne diabétique qui cherche à se faire soigner ? Vous pouvez décrire ces différentes options à l'aide d'un schéma.
- Connaissez vous quelqu'un qui pourrait nous apporter des informations intéressantes sur ce sujet, et que nous pourrions rencontrer ?

### Questions sur les ressources humaines disponibles

- Ressources humaines ?

Pour chaque professionnel listé ci dessous, demandez le nombre de professionnels disponibles, et la formation initiale et continue suivie, ainsi que les éventuels problèmes de fuite des cerveaux :

- Médecins
  - Diabétologues
  - Autres médecins spécialistes (chirurgiens orthopédiques, chirurgiens vasculaires, Néphrologues, cardiologues, ophtalmologues, médecins de rééducation fonctionnelle)
  - Professions médicales intermédiaires (par exemple « Clinical officer »)
  - Infirmières
  - Infirmières spécialisées en diabétologies
  - Nutritionnistes
  - Travailleurs sociaux
  - Kinésithérapeute
  - Technicien orthoprothésiste
- Liste des universités/écoles ou instituts de formation des professionnels de santé

### Questions sur le circuit du médicament

Questions destinées aux responsables du circuit du médicament au niveau national (centrales nationales d'achat et ministère de la santé), et au niveau local (centres de soins publics et privés).

- Les médicaments de traitement du diabète sont ils inscrits dans la liste des médicaments essentiels ?
- Existe-t-il des problèmes d'approvisionnement des pharmacies publiques ? Au niveau primaire et au niveau des hôpitaux de district ?
- Pour chaque médicament listé ci dessous, quelles modalités d'approvisionnement, quelle disponibilité et quel prix :
  - Hypoglycémisants oraux :
    - . Biguanides : Metformine (Glucophage®)
    - . Sulfamides : Glibenclamide (Daonil®) ou Gliclazide (Diamicron®) ou Glipizide (Glibenese®) ou Glinide (Novonorm®)
    - . Autres : Alpha glucose inhibitor (Glucor®), Glitazones
  - Insuline :
    - . Insuline ordinaire
    - . Insuline intermédiaire
  - Antihypertenseurs : IEC , bêta-bloquant, diurétiques, autres
  - Hypocholestérolémisants : statines
  - Consommables : aiguilles, seringues, bandelettes urinaires, bandelettes pour glycémie capillaire
  - Lecteurs de glycémie capillaire

- Quelle marge bénéficiaire est réalisée sur ces médicaments ?
- Quels sont les délais entre la commande, et l'approvisionnement des centres de soins ?
- Des contrôles qualité sont ils réalisés ?
- Les médicaments sont ils payants pour les patients ?
- Ces médicaments sont ils subventionnés par l'état, ou pris en charge par un autre mécanisme de solidarité ?
- Comment les médicaments sont ils financés ? Ce financement est il pérenne ? Autonome ?
- Existe t'il une taxe sur les médicaments ?
- Quelle est la composition de l'équipe de la pharmacie ? Quelles formations ?

### **Questions sur le partenariat**

- Avez-vous des partenaires ?
- Si oui, pouvez-vous nous parler de ces partenaires et des actions que vous menez ensemble ? S'agit-il d'un partenariat formel ou informel ?

## **SÉRIES DE QUESTIONS À POSER SPÉCIFIQUEMENT À CERTAINS INFORMATEURS CLÉS :**

### **Questions à poser aux personnes diabétiques**

- Existe-t-il un mot ou une expression en langue locale qui signifie diabète ? Comment est construit ce mot ?
- Comment avez-vous su que vous étiez diabétique ?
- Qui avez-vous contacté pour vous soigner ? Avez-vous pu consulter un médecin ? Qui a rédigé l'ordonnance pour votre traitement ?
- Quels sont les différentes options possibles pour une personne diabétique qui cherche à se faire soigner ?
- Qui s'occupe de votre suivi ? A quelle fréquence ?
- Comment vous rendez vous au centre de soins ?
- Quel est le coût du transport ?

### **Habitudes alimentaires :**

- Quelles sont vos habitudes alimentaires ? Quelles sont les conséquences de votre maladie sur vos habitudes alimentaires ?
- Pouvez-vous vous me décrire ce que vous avez mangé hier ?
- Etait ce différent de ce qu'ont mangé les autres membres de la famille ?
- Qui fait la cuisine ?

### **Questions à poser à la population générale**

- Existe-t-il un mot ou une expression en langue locale qui signifie diabète ? Comment est construit ce mot ?
- Selon vous, qu'est ce qu'est le diabète ? Quels en sont les symptômes ?
- Savez-vous comment est fait le diagnostic du diabète ?
- Connaissez-vous les complications du diabète ?
- Selon vous, quelles sont les causes du diabète ?

## Questions à poser aux enseignants

- Le diabète, ou les maladies chroniques ainsi que les facteurs de risque des maladies chroniques et les comportements favorables à la santé sont-ils intégrés dans le curriculum scolaire ? Ces sujets sont-ils abordés à l'école ?

## Questions à poser aux membres des associations de personnes diabétiques

A propos de l'association :

- Date de création
- Histoire de l'association
- Sources de financement
- Mode de gouvernance
- Nombre de membres
- Qui sont les membres ?
- Combien d'employés ?
- Missions de l'association
- Fonctionnement
- Quelle est votre dépense la plus importante ?
- Quelles sont vos activités principales ?
- Quelles sont vos priorités d'action ?
- Nombre de réunions dans l'année ?
- Nombre de participants à ces réunions ?
- Développez-vous des actions de plaidoyer ?
- Organisez-vous une formation sur le diabète de vos membres ?
- Organisez-vous des activités d'éducation des personnes diabétiques, ou des activités d'auto-soutien ?
- Avez-vous des activités de soutien financier ou de réinsertion sociale ?
- Pérennité de l'association ?

Ces informations peuvent être recherchées dans des documents, comme les statuts de l'association.

## Questions à poser aux tradipraticiens

- Comment soignez-vous les personnes diabétiques ?
- Avez-vous reçu une formation sur le diabète ?
- Êtes-vous en relation avec les centres de santé ? Si oui, quelle est la nature de cette relation ?

## 5. Liste de vérification des résultats attendus

### DESCRIPTIF DE L'OUTIL :

Ce document s'adresse au chargé de mission.

Il apporte une aide au chargé de mission, en lui permettant de vérifier que les principaux résultats attendus de la mission exploratoire ont été atteints.

3 séries de résultats attendus sont listés de façon chronologique : lors de préparation de la mission, pendant la mission, puis au retour de la mission.

Ce document permet également au chargé de mission de noter les difficultés rencontrées, et d'expliquer les raisons pour lesquelles certains résultats attendus n'ont pas été atteints.

### LISTE DE RÉSULTATS ATTENDUS À ATTEINDRE LORS DE LA PRÉPARATION DE LA MISSION EXPLORATOIRE

Les termes de référence de la mission exploratoire sont rédigés et validés par l'équipe locale et le chargé de mission de façon collaborative et consensuelle

- Un chargé de mission est recruté.
- Un plan de formation du chargé de mission est élaboré.
- Un plan de formation du chef de projet est élaboré.
- Une revue de la littérature sur le contexte national et local est réalisée (données géopolitiques, climatiques si nécessaire, socioanthropologiques, principaux indicateurs de santé)
- Une revue de la littérature sur le contexte général local ainsi que sur l'épidémiologie du diabète au niveau local est réalisée.
- Une zone pilote est définie pour la mission exploratoire
- Le choix de cette zone pilote est argumenté selon les critères de choix présentés dans le chapitre méthode de mission exploratoire.
- Une liste des informateurs clés est constituée avec les fonctions, noms, coordonnées et objectif de la rencontre
- Un planning de mission exploratoire est établi par le chef de projet

### Difficultés rencontrées lors de la préparation de la mission exploratoire

---

---

## **LISTE DE RÉSULTATS ATTENDUS À ATTEINDRE PENDANT LA MISSION EXPLORATOIRE**

- Un comité technique de mission exploratoire multidisciplinaire est créé, incluant des représentants des futurs bénéficiaires.
- Un guide d'entretien est produit pour chaque entretien prévu.
- Une grille d'observation est produite pour chaque visite prévue.
- Un compte rendu de chaque entretien ou visite est rédigé.
- A l'issue de chaque entretien ou visite, les informations recueillies sont intégrées dans le rapport de mission.
- A l'issue de chaque entretien ou visite les besoins d'objectivation sont définis, et des recherches complémentaires sont effectuées ou planifiées pour le recueil des données objectivées.
- En fin de mission, le comité technique s'est réuni
  - La liste des problèmes identifiés est validée
  - La méthode de priorisation des problèmes est définie.
  - Les problèmes sont priorisés.
  - Les stratégies d'intervention sont priorisées.
- Une restitution des premiers résultats de mission est réalisée en fin de mission auprès de l'équipe HI locale, ainsi qu'auprès d'autres acteurs selon le contexte.

### **Difficultés rencontrées pendant la mission exploratoire**

---

---

## **LISTE DES RÉSULTATS ATTENDUS À ATTEINDRE AU RETOUR DE LA MISSION EXPLORATOIRE**

- Le rapport de mission est envoyé à l'équipe locale dans le délai fixé dans les termes de référence.
- Un document de stratégie de suivi pour les 6 mois suivants est remis à l'équipe locale maximum dans un délai d'un mois après la fin de la mission. Il définit les modalités de communication et de reporting entre le chef de projet et le chargé de mission, et contient un plan d'action pour le chef de projet et pour le chargé de mission.
- Les principaux résultats de la mission exploratoire sont restitués aux informateurs clés.

### **Difficultés rencontrées au retour de la mission exploratoire**

---

---

## 6. Trame de planning de mission

### DESCRIPTIF DE L'OUTIL :

Il s'agit d'une trame de planning de mission, à utiliser lors de l'élaboration et de la mise à jour du planning de mission.

Cet outil contient tout d'abord la liste des activités à planifier, et ensuite un planning dans lequel insérer ces activités.

### MISSION EXPLORATOIRE DIABÈTE

Lieu \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Nom du chargé de mission \_\_\_\_\_

Nom de l'organisation de solidarité internationale \_\_\_\_\_

#### Entrez dans le planning de mission l'ensemble des activités à prévoir :

- Briefing avec le responsable de l'équipe locale
- Réunions de travail du Comité Technique de Mission Exploratoire : Une réunion initiale, une réunion à mi mission, une réunion finale
- Entretiens semi-dirigés avec informateurs clés
- Observations de consultations ou de séances d'éducation des patients diabétiques
- Visites de centres de santé
- Visites de laboratoires d'analyses médicales
- Visites de pharmacies
- Restitution des résultats préliminaires
- Debriefing avec le responsable de l'équipe locale

#### Planning de mission

Date	Heure	Activité	Personne responsable
Mercredi 7 novembre 2007*	8h à 9h	• Arrivée de France, transfert de l'aéroport au bureau de Nairobi • Briefing	logisticien responsable de l'équipe locale

\*exemple pour le remplissage du planning de mission



## 7. Modèle de profil de poste pour le chargé de mission

### DESCRIPTIF DE L'OUTIL :

Il s'agit d'un modèle de profil de poste, pour le recrutement du chargé de mission exploratoire « diabète ».

### PROFIL DE POSTE

#### Description de fonction :

Ce chargé de missions est directement suivi techniquement par \_\_\_\_\_

Le rattachement hiérarchique est auprès de \_\_\_\_\_

Le chargé de mission sera chargé de réaliser une mission exploratoire pour analyser la situation concernant le diabète, dans la perspective du développement d'un projet de lutte contre le diabète.

Le chargé de mission aura pour fonction d'accompagner le développement des projets de lutte contre le diabète dans une démarche qualité des projets, par le contrôle de conformité des projets par rapport au mandat de l'association, aux approches définies dans le champ des maladies chroniques invalidantes, et particulièrement de la lutte contre le diabète, et aux attendus en termes de qualité des projets.

Il suivra le guide méthodologique de mission exploratoire « diabète »<sup>11</sup>.

#### Cette fonction s'exercera à travers les rôles suivants :

- Préparation des missions exploratoires
  - Co-élaboration et /ou validation des termes de référence des missions exploratoires avec l'équipe locale.
- Réalisation des missions exploratoires.
  - Ces missions seront réalisées en collaboration avec l'équipe locale concernée
- Suivi des missions exploratoires.
  - Appui-conseil auprès de l'équipe locale en réponse à leurs besoins
  - Contrôle de la mise en œuvre des recommandations de la mission exploratoire par l'équipe locale

#### Candidat souhaité

- Avoir des capacités d'adaptation

11. Dr Estelle Pasquier et Dr Pauline Guimet, *La mission exploratoire pour l'élaboration d'un projet de prévention et de contrôle du diabète dans les pays à ressources limitées : Guide à l'intention des Organisations de Solidarité Internationale*, Lyon, Handicap International, 2008, 70 p.

- Avoir des capacités de communication
  - d'écoute, d'expression claire et synthétique,
  - de vulgarisation des connaissances techniques
  - d'écriture (rapports)
  - et certaines aptitudes à la pédagogie souhaitées (savoir accompagner plutôt que conseiller, susciter l'adhésion)
- Personne dynamique, autonome, patiente, flexible et disponible

**Profil requis (formations, expériences, compétences, langue) et préciser les critères indispensables :**

- Médecin ou infirmier ou professionnel de santé (pharmacien, paramédical, etc.) ayant des connaissances en diabétologie (Diplôme d'Etat).
- Avoir un Diplôme en santé publique et/ou une expérience en santé publique (particulièrement en évaluation des besoins, planification de la santé)
- Avoir une expérience de pratique professionnelle en tant que médecin, infirmier ou professionnel de santé en pratique clinique et/ou santé publique.
- Avoir une connaissance et/ou expérience en évaluation/ planification/ écriture de projets et en suivi/gestion/ accompagnement de projets.
- Expérience dans les Pays à revenus limités souhaitée
- Avoir une pratique d'utilisation des outils informatiques
- Langues : \_\_\_\_\_

## 8. Trame de rapport de mission exploratoire

### DESRIPTIF DE L'OUTIL :

Cet outil est une trame de rapport de mission, c'est-à-dire une trame qui doit être remplie afin de fournir le rapport de mission. Sa structure est conforme à la méthodologie recommandée dans le *Guide à l'intention des Organisations de Solidarité Internationale : La mission exploratoire pour l'élaboration d'un projet de prévention et de contrôle du diabète dans les pays à ressources limitées*<sup>12</sup>. Il contient, en bleu, des conseils ou des commentaires, qui, après prise en compte, devront être supprimés par l'utilisateur.

*Trame à remplir*

### MISSION EXPLORATOIRE POUR L'ÉLABORATION D'UN PROJET DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DU DIABÈTE

#### RAPPORT DE MISSION

Lieu \_\_\_\_\_

Dates \_\_\_\_\_

Version intermédiaire (*date* \_\_\_\_\_) Version finale (*date* \_\_\_\_\_)

Nom du chargé de mission \_\_\_\_\_

Date du rapport \_\_\_\_\_

Fonction du chargé de mission \_\_\_\_\_

Avec la participation de : (*noms des membres de l'équipe locale*)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. Dr Estelle Pasquier et Dr Pauline Guimet, *La mission exploratoire pour l'élaboration d'un projet de prévention et de contrôle du diabète dans les pays à ressources limitées : Guide à l'intention des Organisations de Solidarité Internationale*, Lyon, Handicap International, 2008, 70 p.

## **RÉSUMÉ**

*(Résumer le rapport, en conservant la structure ci-dessous)*

### **OBJECTIFS DE LA MISSION :**

### **MÉTHODOLOGIE :**

### **RÉSULTATS :**

Description du contexte :

Problèmes identifiés, interventions proposées et ressources disponibles :

Résultats de la priorisation des problèmes :

Besoins de recherche :

Recommandations concernant les principes généraux à suivre :

## HISTORIQUE DE LA MISSION

Origine de la demande

*Expliquer comment et grâce à qui la mission exploratoire a vu le jour (perception d'un besoin, expression d'une demande, précédentes activités de l'organisation dans le domaine de la santé, épidémiologie du diabète dans la zone d'exploration.*

Stratégie de l'Organisation de solidarité internationale concernant le diabète

## OBJECTIFS DE LA MISSION

*Compléter ce paragraphe en fonction des termes de référence de la mission.*

## MÉTHODOLOGIE

*Adapter le paragraphe ci-dessous en fonction de la méthodologie utilisée pendant la mission*

- ▶ **La méthodologie utilisée** est décrite dans le *Guide à l'intention des Organisations de Solidarité Internationale : La mission exploratoire pour l'élaboration d'un projet de prévention et de contrôle du diabète dans les pays à ressources limitées*<sup>13</sup>. Le principe général de cette méthodologie consiste à comparer des données qualitatives correspondant aux demandes exprimées par la population et par les personnes diabétiques d'une part et aux besoins perçus par les professionnels d'autre part avec des données quantitatives visant à objectiver les résultats. Des ressources et des solutions locales sont recherchées, afin de définir différentes possibilités d'intervention. Au terme de ce processus, les critères de priorité permettent d'évaluer et de prioriser les différentes interventions proposées.
- ▶ **Une recherche bibliographique** réalisée avant la mission a permis de mieux comprendre le problème du diabète dans le Lieu, tout en recherchant des données objectives et des informations générales sur le pays.
- ▶ **Une équipe multidisciplinaire a réalisé cette analyse de la situation :**  
*(Énumérer les fonctions des membres de l'équipe)*

13. Dr Estelle Pasquier et Dr Pauline Guimet, *La mission exploratoire pour l'élaboration d'un projet de prévention et de contrôle du diabète dans les pays à ressources limitées : Guide à l'intention des Organisations de Solidarité Internationale*, Lyon, Handicap International, 2008, 70 p.

Compléter ce paragraphe en fonction des termes de référence de la mission.

► **La zone d'exploration de nom de la zone d'exploration a été sélectionnée pour les raisons suivantes** (*décrire les raisons qui ont motivé la sélection de cette zone d'exploration, à l'aide des critères suivants*) :

- *Prévalence du diabète*
- *Prévalence du handicap*
- *Lieu dans lequel une offre de soins de base est disponible (préférable pour un projet pilote)*
- *Lieu où la société civile est active*
- *Lieu où l'organisation de solidarité internationale est déjà présente (préférable pour un projet pilote) : elle connaît ainsi la situation locale ainsi que les partenaires potentiels à mobiliser et dispose de moyens d'action humains et logistiques*

*(Insérer une carte permettant de localiser la zone d'exploration dans le monde et dans le pays)*

► **Les principaux intervenants ont été identifiés dans les quatre catégories suivantes :**

- Les institutions
- Les professionnels de santé et les travailleurs sociaux
- Les personnes diabétiques
- Les organisations de solidarité internationale et associations sociales ou sanitaires

La plupart des intervenants ont participé à des entretiens semi-directifs individuels ou en groupe. Ces entretiens ont été réalisés avec (*nom et fonction*) :

► **La description de la situation nationale et locale** s'est principalement basée sur la littérature, des documents locaux et sur des données recueillies oralement auprès des organismes et institutions locales.

► **Les données ont été analysées selon la méthode suivante** (*décrire la méthode utilisée*) :

- Méthode permettant de savoir si le diabète est un problème de santé publique majeur dans la zone d'exploration :
  
- Méthode d'identification des problèmes :
  
- Méthode de priorisation des problèmes :

► **La mission a présenté les limites suivantes**

*Décrire les limites rencontrées et indiquer si celles-ci sont liées à la méthodologie utilisée ou à d'autres facteurs (différences culturelles, problèmes linguistiques, attitudes, événements politiques, phénomènes climatiques, etc.).*

## RÉSULTATS

### ► Description du contexte

- Description générale de la situation nationale et locale

*Fournir des données géopolitiques sur la situation nationale et locale : situation géographique, nombre d'habitants, densité, population urbaine et rurale, données sociales, données ethniques, langues parlées, taux d'alphabétisation, taux de natalité, indice de développement humain et indice de développement lié au genre*

*Fournir toutes les données (climatiques ou autres) pertinentes, en fonction du contexte)*

*Si possible, fournir des données socio-anthropologiques sur la communauté au niveau national et local*

*Fournir les principaux indicateurs de santé : espérance de vie, taux de mortalité infantile et système de santé*

- Épidémiologie du diabète au niveau national et local

*Prévalence du diabète*

*Place au sein des causes de mortalité*

*Age, sexe et répartition rurale/urbaine du diabète*

*Épidémiologie d'autres facteurs de risque cardiovasculaire : obésité, hypertension, dyslipidémie et tabagisme*

*Données concernant l'évolution des modes de vie (alimentation et activité physique)*

*Indiquer si la communauté considère le diabète comme une priorité*

*Conclusion : indiquer si le diabète est un problème de santé publique majeur dans la zone d'exploration*

- Description du système de santé pour la prévention et le contrôle du diabète

*Décrire l'organisation du système de santé pour la prévention et le contrôle du diabète. Il est possible d'utiliser le cadre suivant :*

- Politique de santé sur la prévention et le contrôle du diabète
- Politique de santé sur le dépistage du diabète
- Règles de prise en charge des patients diabétiques dans les centres de santé : paquet minimum d'activité pour chaque niveau de soins et protocoles d'orientation d'un niveau à un autre
- Directives concernant la prise en charge du diabète
- Système d'information sanitaire
- Règles concernant l'approvisionnement en médicaments des centres de santé
- Services sociaux
- Différentes méthodes de prise en charge du diabète : éducation, formation et répartition des rôles
- Tradipraticiens : reconnaissance par l'État, rôle dans le cheminement thérapeutique des personnes diabétiques et pratiques

*Conclusion : Décrire quelle réponse est apportée par le système de santé au problème de santé publique posé par le diabète*

- Problèmes identifiés, interventions proposées et ressources disponibles

Les problèmes identifiés au cours de la mission peuvent être classés dans les catégories suivantes : prévention primaire, prévention secondaire et prévention tertiaire.

Problèmes identifiés en matière de prévention primaire et sensibilisation

*Pour chaque problème, indiquer le diagnostic de perception (problèmes soulevés pendant les entretiens et interventions proposées), les données objectivées et les ressources disponibles.*

Problème n° 1

Diagnostic de perception :

Données objectivées :

Ressources disponibles (*nom et, si nécessaire, brève description de l'organisation et de ses missions*) :

Problème n° 2

Diagnostic de perception :

Données objectivées :

Ressources disponibles :

...



Problèmes identifiés en matière de prise en charge du diabète (prévention secondaire)

Problème n° x  
 Diagnostic de perception :  
 Données objectivées :  
 Ressources disponibles :  
 ...

Problèmes identifiés en matière de prise en charge des complications invalidantes (prévention tertiaire)

Problème n° x  
 Diagnostic de perception :  
 Données objectivées :  
 Ressources disponibles :  
 ...

**Tableau récapitulatif des problèmes identifiés, les interventions proposées et les ressources disponibles**

Nous avons résumé dans le tableau ci-dessous les données objectivées retrouvées pour chaque problème perçu.

*Résumer le paragraphe précédent dans le tableau ci-dessous.*

	Problèmes	Données objectives	Intervention proposée	Ressources locales / acteurs existants
<b>Prévention primaire et sensibilisation</b>				
<b>Prise en charge du diabète (prévention secondaire)</b>				
<b>Prise en charge des complications invalidantes (prévention tertiaire)</b>				

Boîte à outils

## ► Résultats de la priorisation des problèmes

*Répertorier et prioriser les problèmes identifiés, en fonction du type de prévention  
Il est possible d'insérer un tableau*

- Besoins de recherche

Dans l'analyse de ces besoins, beaucoup de questions restent en suspens et nous proposons de réaliser certaines études pour pouvoir répondre de façon plus pertinente à certains problèmes :

*Énumérer les études proposées pour combler certaines lacunes (analyse plus approfondie de la situation, étude anthropologique, étude épidémiologique, etc.)*

- Recommandations concernant les principes généraux à suivre

Quel que soit le projet sélectionné par l'équipe de terrain, nous insistons sur les principes de base suivants :

*Développer les principes les plus importants, en fonction du contexte (approche globale et intégrée, non-substitution aux acteurs locaux, prise en charge des populations les plus vulnérables, approche à base communautaire, approche centrée sur le patient, pérennité et approche fondée sur le genre)*

## ANNEXES

### ► ANNEXE X - Évaluation rapide des ressources

- Structures gouvernementales

- Centres de santé

*Présenter les établissements de santé visités pour chaque niveau de soins (primaire, secondaire et tertiaire)  
Décrire brièvement leur statut (public ou privé), leurs missions et leurs activités en matière de prise en charge du diabète  
Présenter les résultats d'une évaluation rapide des ressources (ressources humaines et équipements) pour la prise en charge du diabète  
Si possible, présenter les résultats d'une évaluation rapide de la qualité des soins*

- Associations de personnes diabétiques

*Décrire les associations : date de création, membres, organisation, missions et activités.*

### ► ANNEXE X - Grilles d'observation complétées

*Fournir les grilles d'observation complétées permettant d'évaluer les équipements et les ressources des établissements de santé  
Fournir les grilles d'observation complétées permettant d'évaluer la qualité des soins*

▶ **ANNEXE X - Comptes-rendus des entretiens**

▶ **ANNEXE X - Programme de la mission**

▶ **ANNEXE X - Bibliographie**

## 9. Modèle de termes de référence pour une mission exploratoire diabète

### DESCRIPTIF DE L'OUTIL :

Ce document est un modèle pour l'écriture des termes de référence d'une mission exploratoire diabète, réalisée par un chargé de mission, pour une organisation de solidarité internationale, en collaboration avec une équipe locale.

Il pourra être utilisé par des équipes souhaitant réaliser une mission exploratoire diabète, qui adapteront les termes de référence de la mission au contexte.

### TERMES DE REFERENCE MISSION EXPLORATOIRE « DIABÈTE »

#### GENERALITES

Programme	Nom du Pays
Lieu de la mission	Nom du Pays
Type de mission	Mission exploratoire pour un projet Diabète
Temps de préparation de la mission	5 jours
Temps de la mission	15 jours de travail effectif
Temps de rédaction du rapport de mission	10 jours
Qui a demandé la mission	
Nom du Chef de projet, et du responsable de l'ONG localement bénéficiaire de la mission	
Nom de la mission	Mission Explo Diabète
Nom du Chargé de mission	
Dates	
Durée de la mission	
Coût (prévisionnel)	
Financement de la mission	

## CONTEXTE DE LA MISSION

### ► Cadre de la mission

- Description succincte du contexte (pays, zone d'action du projet et / ou du programme)
- Description rapide du programme
- Historique de la mission (historique projet, mission déjà effectuée auparavant...)

### ► Justification et enjeux de la mission

*Pourquoi et comment le besoin de mission est apparu ? Définir au mieux ce besoin*

### ► Les préalables à la mission

*Préparation de la mission :*

*Existe-t- il des documents que le chargé de mission doit lire avant sa mission ?*

*Souhaitez-vous que le chargé de mission rencontre d'autres personnes avant la mission (par email, téléphone, ...) qui pourraient être utiles à sa mission ?*

## OBJECTIFS ET RESULTATS

### ► Objectifs de la mission

*Définir les objectifs le plus précisément possible.*

**L'objectif général** de la mission est de définir quelles sont les stratégies d'intervention prioritaires dans la lutte contre le diabète dans la zone pilote, afin de préparer la planification d'un projet qui aura pour objectifs par exemple : une meilleure qualité de vie des personnes diabétiques, une diminution des complications invalidantes liées au diabète et une diminution de la mortalité liée au diabète.

### Les objectifs spécifiques :

- Réaliser cette mission avec la pleine participation de l'équipe locale afin qu'elle s'approprie complètement la démarche, le contexte et le projet lui-même pour permettre une meilleure autonomie de l'équipe dans la démarche de planification, de recherche de financement, de suivi et de mise en œuvre ensuite.
- Avoir une vue générale de la situation sanitaire dans le pays concerné et de la lutte contre le diabète, particulièrement dans les zones pilotes
- Réaliser une analyse de la situation dans une zone définie d'un commun accord avec l'équipe locale
  - définir si le diabète est ressenti comme une priorité pour la population et les professionnels, et s'il est pertinent de mettre en place un projet pour Handicap International.
  - connaître quels sont les besoins, les problèmes prioritaires que la population, les personnes diabétiques, les soignants, les travailleurs sociaux, la société civile, les associations, les élus, etc. ressentent face au diabète,
  - objectiver ces besoins par des données quantitatives
  - trouver quelles sont les solutions possibles et les ressources locales pour y répondre,
  - croiser ces solutions possibles et ces ressources locales avec les ressources, les plus-values et savoir-faire de Handicap International (Nom du Pays).
  - élaborer des stratégies d'action prioritaire, en fonction de plusieurs critères de priorité, faisabilité et acceptabilité

### ► **Méthode de la mission**

La mission sera réalisée selon la méthode décrite dans le guide « La mission exploratoire pour l'élaboration d'un projet de prévention et de contrôle du diabète dans les pays à ressources limitées : guide à l'intention des organisations de solidarité internationale » (Handicap International, 2008).

Les stratégies d'intervention proposées doivent respecter l'approche et les principes d'action des documents de référence de l'organisation de solidarité internationale organisatrice de la mission exploratoire.

### ► **Résultats attendus de la mission**

- Les résultats préliminaires de la mission exploratoire sont présentés en fin de mission à l'équipe locale sous forme de présentation orale / rapport écrit succinct.
- Un rapport de mission exploratoire est écrit conjointement avec l'équipe locale et est disponible dans un délai d'1 mois après la fin de la mission. La situation générale de la lutte contre le diabète dans le pays et particulièrement dans la zone pilote, les besoins et demandes d'intervention, les ressources locales, les principaux acteurs, leurs historiques et leurs rôles et leurs activités, les solutions et stratégies d'intervention possible, leur priorisation, et les recherches supplémentaires nécessaires y sont présentés.
- A partir du rapport de mission exploratoire, un rapport destiné aux partenaires et acteurs locaux ayant participé à la mission exploratoire est rédigé par le chargé de mission ou l'équipe locale, est disponible dans un délai d'un mois après la fin de la mission. Il appartient ensuite à l'équipe locale de diffuser ce rapport aux intéressés.
- Un debriefing de mission est réalisé par le chargé de mission au siège de HI.

### ► **Attentes du programme par rapport à la mission**

Les résultats et les attentes ne doivent pas être confondus : les résultats seront acquis lors du déroulement de la mission tandis que les attentes seront attendues à moyen voire long terme

## **DEROULEMENT DE LA MISSION**

### ► **Personnes impliquées (à rencontrer une fois sur le terrain)**

Nom	Fonction	Pourquoi ?

► **Les documents disponibles auprès de l'ONG à fournir au chargé de mission**

Nom du Document	Type de Document (narratif projet ; étude, rapport de mission, budget, ...)	Pourquoi le chargé de mission doit il consulter ce doc ?

► **Proposition de calendrier de la mission**

	QUOI ?	AVEC QUI ?	POURQUOI ?
<b>3 jours temps complet répartis sur 1 mois</b>	Préparation mission		
<b>A peu près 3 semaines</b>	<p>1- Présentation de la méthodologie à l'équipe de l'ONG sur le terrain, dernière définition de la liste d'informateurs clés à rencontrer et des sources d'information, et du planning de la mission</p> <p>2- Recueil des données :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bibliographie</li> <li>- Lecture des documents</li> <li>- Entretien avec informateurs clés</li> <li>- Réunions de travail avec comité technique</li> <li>- Recherche de données objectives</li> <li>- Observations</li> </ul> <p>3- Analyse des données et initiation du rapport de mission explo</p> <p>4- Réunion de travail avec comité technique pour déterminer les priorités des stratégies d'intervention et des recherches nécessaires.</p> <p>5- 1<sup>re</sup> restitution à l'équipe de l'ONG sur le terrain</p>	Comité technique	
<b>5 jours temps complet</b>	Finalisation du rapport de mission exploratoire		

Le calendrier de la mission pourra faire l'objet de modifications, en fonction des disponibilités de tous les acteurs impliqués dans cette mission.

**RAPPORT DE MISSION**

<b>Date souhaitée de remise des résultats préliminaires de mission</b>	<b>Dans la semaine suivant la mission</b>
<b>Date souhaitée de remise du rapport de mission</b>	<b>Dans un délai d'un mois après la fin de la mission</b>



- ANNETT H., RIFKIN S. Improving Urban health. Guidelines for rapid appraisal to assess community health needs. A focus on health improvements for low-income urban areas. Geneva : World Health Organization, 1988, 82 p. Disponible sur : [http://whqlibdoc.who.int/hq/1988/WHO\\_SHS\\_NHP\\_88.4.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1988/WHO_SHS_NHP_88.4.pdf) (consulté le 19/06/09)
- BAUMANN M., CAO M.-M.. Diagnostic de santé d'une population et action humanitaire : guide pratique, Santé publique 1999, Volume 11, no 1, pp. 63-75. Disponible sur : <http://www.bdsp.ehesp.fr/FullText/Show.asp?Ref=184240> (consulté le 20/06/09)
- BAUMANN M, DESCHAMPS JP, CAO MM. La programmation des actions et des évaluations pragmatiques/professionnelles dans le cadre des actions humanitaires. Santé Publique 1998 ; 10(1) : 71-85. Disponible sur : [http://www.bdsp.ehesp.fr/fulltext/show.asp?Url=/Sfsp/SantePublique/1998/1%20BAUMANN\\_ps.pdf](http://www.bdsp.ehesp.fr/fulltext/show.asp?Url=/Sfsp/SantePublique/1998/1%20BAUMANN_ps.pdf) (consulté le 20/06/09)
- BERAN D, YUDKIN JS, DE COURTEN M. Assessing health system for type 1 diabetes in sub-Saharan Africa : developping a « Rapid Assessment Protocol for Insulin Access ». BMC Health Service research 2006; 6 (17) : 1-9. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/17> (consulté le 20/06/2009)
- PINEAULT R, DAVELUY C. La Planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies. Montréal : Editions Nouvelles, 1995, 480 p.
- SCRIMSHAW S, GLEASON GR. Rapid Assessment Procedures – Qualitative Methodologies for Planning and Evaluation of Health Related Programmes. Boston : International Nutrition Foundation for Developing Countries, 1992. Disponible sur : <http://www.unu.edu/unupress/food2/UIN08E/uin08e00.htm> (consulté le 20/06/09).

# HANDICAP INTERNATIONAL

14, avenue Berthelot  
69361 Lyon Cedex 07

Tél. : + 33 (0) 4 78 69 79 79

Fax : + 33 (0) 4 78 69 79 94

E-mail : [contact@handicap-international.org](mailto:contact@handicap-international.org)



ISBN: 978-2-909064-13-0

Ce guide a été réalisé  
avec le soutien du mécénat de :

**sanofi aventis**

L'essentiel c'est la santé.