



Bureau d'Appui Santé et Environnement

“Valorisons ensemble le savoir - faire endogène”

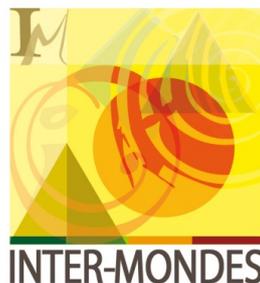
**Dans le cadre d'une étude réalisée pour le compte de
La Chaîne de l'Espoir et F3E (Paris)**

Conduite d'une étude préalable Un cas au Tchad

Esquisse méthodologique

**De Leener Philippe
Ahmat Malick
Sansebastiano Lorenza**

Juin 2020



INTER-MONDES BELGIQUE (IM-B)

32 Rue de la lanterne Magique, Boite L2.04.01 C/O FOPES
B-1348 Louvain-La-Neuve (Belgique)
Tel.: +32(0)491.223.242 - +32(0) 474.697.967
marc.totte@inter-mondes.org - philippe.deleener@uclouvain.be

www.inter-mondes.org

N° enregistrement : BE0 473.920.719 - Compte Belfius : BE38 7775 9577 3672

Liste des abréviations

CE	Chirurgie Essentielle
EP	Etude Préalable
LCDE	La Chaîne de l'Espoir
TdR	Termes de Références

Sommaire

1. Finalités de l'étude préalable	4
2. Canevas général de l'étude préalable	6
2.1. Avant le lancement de l'étude	6
2.1.1. Analyse des contextes « autour »	6
2.1.2. Analyse du contexte intérieur	6
2.1.3. Études documentaires	7
2.1.4. Ancrage national, local ou institutionnel	7
2.1.5. Choix stratégiques et grandes orientations	7
2.1.6. Échantillonnage	8
2.2. Pendant la réalisation de l'étude	8
2.2.1. Canevas général	8
2.2.2. Mise au point d'outils	8
2.2.3. Conduite des entretiens	9
2.2.4. Conduite des visites en situation réelle	9
2.2.5. Atelier de synthèse	10
2.3. Après la réalisation des travaux de terrain	10
Annexes	12
1. Canevas général des entretiens	12
2. Thèmes abordés lors des entretiens avec les bénéficiaires, en général des femmes	13
3. Canevas pour l'entretien de la personne responsable de la stérilisation	13
3.1. S'agissant des infrastructures :	13
3.2. S'agissant des ressources humaines :	13
3.3. S'agissant des prestations et de leur qualité	13
4. Canevas pour l'interview du chirurgien de l'hôpital de district	14
4.1. S'agissant de l'offre de services	14
4.2. S'agissant des ressources humaines	14
4.3. S'agissant des prestations de services et des soins	14
4.4. S'agissant des questions financières	15
4.5. S'agissant de la gestion des informations	15
4.6. En conclusion	15
5. Canevas d'entretien pour le(la) technicien(ne) supérieur(e) anesthésie et réanimation (TSAR ou infirmier faisant fonction)	15
5.1. S'agissant des infrastructures et de la logistique	15
5.2. S'agissant des ressources humaines	15
5.3. S'agissant des prestations de services et des soins	16
5.4. S'agissant du financement	16
5.4. S'agissant de la gestion de l'information	16
6. Canevas pour l'entretien de l'infirmière / infirmier chirurgical(e) (responsable de la salle d'urgence ou post op)	16
6.1. S'agissant de l'offre de services	16
6.2. S'agissant des infrastructures et moyens pour travailler	16
6.3. S'agissant des ressources humaines	17
6.4. S'agissant des prestations de services et de la qualité des soins	17
6.5. S'agissant des questions financières	17
6.6. S'agissant de la gestion de l'information	17
7. Canevas pour l'entretien du médecin-chef de l'hôpital (MCH) et médecin en chef du district (MCD)	17
8. Questions ressources transversales travaillées avec les acteurs institutionnels	18

Méthodologie de l'étude préalable (EP) Le cas de l'étude préalable chirurgie essentielle (CE) au Tchad

Le présent document a été rédigé dans la foulée d'une étude menée en février et mars 2020 qui avait pour perspective un projet d'appui au développement de la chirurgie essentielle au Tchad. D'un bout à l'autre, nous prendrons cette étude comme référence concrète. Ce document a pour vocation principale de servir de ressource méthodologique pour l'équipe de LCDE. Comme le sous-titre l'indique, il s'agit cependant d'une esquisse et non pas d'un manuel qui aurait la prétention d'avoir fait le tour de la question. Il souligne une série de points d'attention qui, pensons-nous, resteront pertinents pour d'autres études préalables.

Avant même d'entrer dans le vif du sujet, nous voulons souligner l'originalité et la force d'une étude préalable. En effet, tout compte fait, il est plutôt rare qu'une association de la taille de LCDE se donne explicitement les moyens de sonder la validité de ses « intuitions stratégiques » en faisant appel à des tiers qui ne sont pas impliqués¹ et qui peuvent « mettre les pieds dans le plat » (avec bienveillance). S'agissant des études en lien avec des perspectives d'action et de développement, le scénario le plus fréquent est celui de l'étude de (pré-)projet et, plus rarement, celui des études de faisabilité². Les promoteurs ont une idée relativement précise de ce qu'ils veulent entreprendre et font appel à des ressources externes pour les mettre en forme et vérifier leur faisabilité, notamment financière.

L'horizon de sens d'une étude préalable (notée EP dans la suite du texte) est plus large et s'ouvre d'emblée sur la possibilité de l'inattendu ou du « décalage heuristique³ ». Elle repose sur le principe suivant lequel les commanditaires ont quelques idées et un certain espace thématique au sein duquel ils envisagent que des initiatives puissent être élaborées jusqu'à prendre ultérieurement, le cas échéant, la forme d'un projet ou d'un programme de développement en bonne et due forme (ici, par exemple, cet espace thématique est borné par la CE). À la différence d'une étude de faisabilité (inception study), les cartes ne sont pas encore distribuées, il est possible de déplacer ou d'élargir les frontières « du bon, du juste et du désirable ». Les portes restent donc ouvertes pour densifier le champ du possible – et du pertinent.

Ce rappel de ce qui fait la particularité de l'étude préalable est nécessaire pour mieux camper les éléments de méthode qui vont suivre.

Pour la clarté du propos, nous prendrons comme référence méthodologique l'EP menée à propos de la CE en février et mars 2020 au Tchad. Autrement dit, nous expliciterons ci-dessous la manière dont l'EP a été menée au Tchad pour discuter d'une méthodologie plus large pour mener à bon port une EP. D'une certaine façon, cette section peut être lue comme un exercice d'auto-évaluation par les auteurs de cette étude.

1. Finalités de l'étude préalable

Une étude préalable n'a pas vocation à fournir des réponses définitives. Au contraire, même si ce n'est pas sa seule fonction, elle sera d'autant utile et pertinente qu'elle introduit de **nouvelles questions** qu'il n'aurait pas été possible de soulever si le cadre avait été d'entrée de jeu

1- Dans notre cas, nous ne connaissons pas la LCDE autrement que, incidemment, à travers les médias.
2- Les études de faisabilité sont plus conventionnelles dans les institutions multilatérales qui souvent alors mettent un accent particulier sur les questions institutionnelles et financières (PNUD, FIDA, WB, BAD, UE...)
3- Décalage ne signifie cependant pas qu'on puisse naviguer "hors sujet". En demandant d'investir la CE au Tchad, LCDE n'attendait pas que les consultants viennent avec la trypanosomiase, le paludisme ou l'onchocercose, quelle que puisse être la pertinence d'une lutte efficace contre de telles endémies.

plus étroitement délimité. Le fait d'enrichir les intuitions initiales par de nouvelles questions permet de « **(re)lancer du débat** » au sein de la structure demandeuse, ce qui peut être vu comme une des qualités d'une telle EP et, chemin faisant, elle peut faire surgir des **controverses** et ainsi faire apparaître toute l'étendue des options qui existent.

Soulever de nouvelles questions, introduire du débat mobilisant, déployer de la controverse constructive⁴ sont susceptibles de renouveler les motivations, l'enthousiasme et l'engagement au sein de la structure demandeuse d'une EP. Ces trois finalités sont importantes, mais il y en a d'autres. Par exemple, élargir la **connaissance** de l'espace social, économique, politique ou, dans le cas présent, médical, où les initiatives, leur pertinence et leur faisabilité, pourront être discutées sur des bases renouvelées. Par exemple, vérifier la solidité des **intuitions et croyances** à l'origine du désir de se lancer sur un terrain neuf. Par exemple, sur un plan plus pragmatique, clarifier – mais aussi sonder – le **paysage des acteurs** susceptibles d'être embarqués dans les perspectives envisagées. Si les circonstances sont favorables, l'EP aide à forger des complicités et jette les bases de possibles partenariats. L'EP sert ainsi à forger des relations et à communiquer plus largement.

Un des défis qui structurent dès le début le profil d'une EP se situe à hauteur de la **volonté d'agir** : en définitive qui veut quoi, quand ou, plus exactement, qui pourra incarner – donner corps, substance et

Grandes finalités d'une EP

- Faire surgir de nouvelles questions
- Créer du débat
- Nourrir des controverses constructives
- Développer la connaissance du champ visé par l'initiative
- Vérifier la solidité des intuitions et croyances
- Mettre en lumière les limites du « possible »
- Clarifier le domaine du « désirable »
- Déchiffrer le paysage des acteurs
- Problématiser le portage
- Analyser les conditions de durabilité et d'évolutivité
- Développer le pouvoir d'agir et l'imagination créatrice

vie – à la volonté d'entreprendre « quelque chose » ? C'est toute la problématique du **portage**, cruciale dès lorsqu'il s'agit de monter des initiatives : qui va les pousser ? Qui va prendre sur elle ou sur lui la responsabilité de les mener à bon port ? Pour le dire autrement, comment une idée qui au départ est lancée de l'extérieur (ici, LCDE de France) prendra-t-elle racine ailleurs (au Tchad dans notre cas) ? Ou, d'un autre point de vue, quelles idées endogènes peuvent-elles prendre forme de manière à ne pas être étouffées par des ressources extérieures ? Vue de loin et de l'extérieur, hors du Tchad par exemple, « l'évidence » de telle ou telle initiative pourrait paraître s'imposer d'elle-même. Mais qu'en est-il, vu de l'intérieur, avec toute la diversité et la conflictualité

qu'on devine. Notre « évidence » est-elle toujours aussi évidente ? Quelles autres « évidences » surgissent ? Quelles divergences ou contradictions introduisent-elles ? Par exemple, au Tchad l'idée de la chirurgie essentielle s'était elle aussi développée, ce qui amène plutôt à se demander comment créer des synergies pour viser un même objectif.

Ce défi, décisif, délimite le périmètre d'un autre défi, celui de l'avenir des initiatives, celui de leur soutenabilité (pérennité ou durabilité). Dans un langage plus dynamique, une EP doit soulever la question de **l'évolutivité**, c'est-à-dire de la manière dont un programme, un projet ou une initiative, s'installent dans la durée *tout en évoluant*, soit qu'elle se complexifie, soit qu'elle se renouvelle, soit encore qu'elle se transforme en s'adaptant et en adaptant.

Au total, on le devine, la vocation fondamentale d'une EP est de développer le **pouvoir d'agir** de ceux et celles qui veulent lancer une initiative appelée à devenir plus tard un projet ou un programme. La question qui vient immédiatement à l'esprit est celle de savoir comment se rapprocher le plus possible de telles finalités durables et pérennes.

4- Il faut se garder de ne pas confondre les « controverses » avec les « polémiques » ou, pire, les « pinailages ». L'adjectif « constructif » prend tout son sens ici : les controverses sont envisagées comme un moyen pour construire, des avancées.

2. Canevas général de l'étude préalable

Pour faire simple, nous avons considéré trois temps dans la conduite d'une EP : avant, pendant et après l'EP. Nous passons en revue ces trois moments à la lumière des travaux que nous avons menés sur le terrain entre février et juin 2020.

Aspects du contexte national : quelques clefs

En ce qui concerne la société nationale, en termes sociopolitiques et socioéconomiques :

- À l'échelle macro, analyse des grandes composantes sociales et des rapports de force qui les lient ;
- À l'échelle micro, analyse des rapports et systèmes d'exploitation, de domination, mais aussi de collaboration, de solidarité et d'entraide, notamment, mais pas uniquement, à la lumière d'une analyse des rapports de genre ou des tensions entre générations ou groupes ethniques, castes, identités régionales...
- Analyse de l'État et de l'action des pouvoirs publics de manière générale, sa capacité à fournir des services de qualité, régulier, fiable, stable, accessible...
- Analyse des tendances et évolutions au sein de la société civile dans toute sa diversité, les tensions entre autonomie et dépendance, etc. ;
- Analyse des tendances ou évolutions au sein des systèmes familiaux ;
- Analyse des tendances et évolutions au niveau des pratiques, situations et dynamiques socio-économiques, en zones urbaines, périurbaines et rurales (toujours à distinguer).

En ce qui concerne les défis de la santé :

- Analyse des référentiels internationaux en la matière (par exemple, pour la chirurgie essentielle, l'étude Lancet ou les sources OMS) ;
- Analyse du système de santé national (en référence aux piliers de l'OMS, notamment) ;
- Analyse des dynamiques de vulnérabilité / inclusion / exclusion en lien avec l'accès aux soins de santé ;
- Analyse des principaux enjeux de santé publique (études des données secondaires épidémiologiques, prévalence de certaines pathologies, mortalité et morbidité liée à l'absence de soins pour celles-ci, système de couverture médicale universelle, politiques publiques de santé / plans nationaux chirurgicaux), ...
- Analyse de l'histoire de la pratique médico-chirurgicale (expériences dans le pays et la région, retours de ces expériences, etc.) ;
- Analyse du système d'acteurs et des parties prenantes, notamment à la lumière des rapports de genre.

2.1. Avant le lancement de l'étude

2.1.1. Analyse des contextes « autour »

Une EP doit situer l'objet qu'elle étudie dans un contexte élargi. À trois niveaux au moins : le contexte global, le contexte national et les contextes spécifiques liés à l'objet de l'EP⁵. Si on ne peut pas agir profondément ni directement sur les contextes global, national ou spécifique, au moins on doit

comprendre comment ceux-ci agissent et configurent les périmètres du « possible » et du « désirable » de l'action qu'on veut entreprendre. L'analyse, même modeste des contextes, est également indispensable pour garantir la portée développementale de l'action à mener, c'est-à-dire sitôt qu'on envisage d'agir, même marginalement, sur le fonctionnement des sociétés dans lesquelles un projet ou programme pourra prendre place, ce qui est une condition pour faire du développement dans une visée de changement⁶.

2.1.2. Analyse du contexte intérieur

À côté du contexte du champ où un projet est envisagé (ici la CE au Tchad), il est nécessaire de porter un regard sur le contexte intérieur de l'institution demandeuse de l'EP (ici, LCDE). Plusieurs questions se posent : quelle est l'histoire de la demande d'étude, comment et dans quelles circonstances s'est-elle configurée, quelles controverses nourrit-elle, qu'apprend-elle sur la dynamique associative et sa trajectoire ? L'EP peut aider à resituer l'initiative envisagée dans une perspective institutionnelle plus large propice au débat, mais aussi à la clarification et consolidation des engagements.

Un des résultats qui doit suivre l'investigation du contexte intérieur est la mise en évidence de la diversité des positions et notamment des oppositions (en se gardant bien de les considérer comme des obstacles) : quels sont les arguments

5- Dans le cas de l'étude menée au Tchad, il y a au moins deux contextes spécifiques à considérer, d'une part le système de santé national qui sert de cadre à la perspective de développer la chirurgie essentielle au Tchad, mais aussi le contexte disciplinaire spécifique à la chirurgie essentielle, en l'occurrence le mouvement initié depuis 2015 dans le sillage de la Commission du Lancet en matière de Global Surgery.

6- Rappelons au passage qu'on peut faire du « développement » de deux manières différentes : soit pour solutionner un problème limité (perspective instrumentale), soit pour agir sur les mécanismes qui fabriquent le problème ciblé et qui le rendent durable (perspective transformatrice).

– pour ou contre – des uns et des autres ? Sur quoi se fondent leur soutien ou, au contraire, leur opposition ?

2.1.3. Études documentaires

C'est une phase importante, car elle permet de dresser un premier état des connaissances et des situations. Elle aide aussi à mettre le doigt sur les domaines qui auraient été négligés ou qui font débat. Par exemple, dans le cas de notre étude, la littérature met fréquemment l'accent sur les indicateurs nationaux de la santé, ce qui dans le cas d'un pays comme le Tchad est insuffisant étant donné la qualité médiocre des données chiffrées et des statistiques⁷. Les études documentaires aident à établir un lien entre l'initiative envisagée au Tchad et celles qui ont été prises ailleurs, notamment dans une perspective de comparaison et d'enrichissement.

2.1.4. Ancrage national, local ou institutionnel

Dans quelle mesure l'EP est-elle portée par des acteurs nationaux dès le départ ? Quelle est leur place dans sa conduite ? Jusqu'à quel point l'EP est-elle appropriée et par qui ? Actuellement, l'initiative de développer la CE au Tchad est principalement soutenue de l'extérieur (dans notre exemple, c'est principalement LCDE, mis à part un réel intérêt au niveau de la Faculté de médecine, marquée par des engagements concrets). C'est pour élargir la sphère des acteurs potentiellement intéressés qu'un atelier de lancement gagne à être envisagé. Dans notre cas, cet atelier a suggéré que le public institutionnel était actuellement peu mobilisé par la CE. Le choix des invités et leur préparation⁸ sont deux modalités importantes en lien direct avec des questions clefs : qui à l'avenir voulons-nous impliquer dans l'initiative de développement de la CE au Tchad ? Comment et qui responsabiliser dès le départ ?

La question du répondant local est importante dans le cadre d'un ancrage. Dans le cas de la présente étude, l'initiative part de LCDE. C'est en France qu'a pris forme l'idée de mener une étude susceptible de déclencher un processus d'accompagnement du développement de la CE au Tchad. Au moment où l'étude est lancée, il n'y a pas de répondant local porteur de l'initiative. En février 2020, il y avait un noyau de responsables universitaires qui travaillent activement pour développer la filière de formation formelle en CE, avec l'aide de LCDE. En l'occurrence ici, l'étude préalable a examiné la pertinence et la possibilité d'entreprendre une action qui va au-delà de la dimension formation universitaire.

2.1.5. Choix stratégiques et grandes orientations

Dans la phase préalable aux investigations de terrain, il est nécessaire de consolider les orientations à donner à l'étude. C'est un moment important. Dans le cas de l'étude préalable CE au Tchad, un atelier et des contacts préparatoires ont été organisés dans la sphère des commanditaires (siège LCDE à Paris). L'atelier visait à sonder les attentes, les craintes et les propositions des acteurs impliqués à LCDE, des membres du staff, mais aussi des membres de l'association. Les contacts avec les dirigeants (bureau et présidence de l'association) ne sont pas à négliger pour consacrer la cohérence et consolider les bases sur lesquelles l'étude est à construire au sein de l'association. Ces contacts et ateliers préliminaires sont favorables pour camper le contexte et « sonder l'orientation des vents » à l'intérieur de l'association. Ils servent aussi à consolider les termes de références (TdR) et étendre leur appropriation par un nombre plus large d'intéressé(e)s.

Soulignons au passage que les TdR figurent également parmi les critères de réussite d'une étude préalable. Il faut souligner spécialement deux qualités : (i) les TdR introduisent avec précision l'objet et le cadre dans lequel l'EP est conçue et envisagée et (ii) la qualité, cohérence et profondeur des questions d'orientation ainsi que leur formulation et organisation balisent efficacement le propos.

7- L'écart entre les « réalités de terrain » et les « réalités papiers » (dans les rapports) est important de sorte qu'on ne peut être que prudent dans le recours aux statistiques officielles. Des données aussi fondamentales que la démographie nationale sont parfois mal appréhendées.

8- Il s'agit d'expliquer, mais aussi de motiver ou, tout au moins, d'éveiller l'intérêt des acteurs auxquels on s'adresse.

2.1.6. Échantillonnage

Le nombre, le type et la localisation des sites ou situations où des investigations doivent être menées sont un moment important. Dans la présente étude, nous avons fait le pari que la **diversité** et les contrastes seraient enrichissants. Deux hôpitaux ont été choisis, un proche de Ndjamena (Gozator) et un autre en zone rurale (Bokoro) à près de 300 km de Ndjamena. A posteriori, il nous semble que si cet échantillon avait été élargi (3 ou 4 hôpitaux de district) la comparaison aurait pu être plus juste, davantage significative, plus large et plus riche en informations et réflexions. Mais, bien entendu, un échantillon plus large exige davantage de ressources, ce qui n'est pas toujours possible.

Les **bénéficiaires**, c'est-à-dire ici les usagers des services de santé, constituent une catégorie d'interlocuteurs à ne jamais négliger dans les investigations de terrain. Ces bénéficiaires peuvent être divers. Ce sont bien sûr les femmes, les enfants et les hommes qui ont recours aux soins de santé. Mais ce sont aussi les acteurs ou actrices organisés, par exemple les organisations ou associations communautaires, quel que soit leur objet. Ce sont également les agents de santé communautaires, les tradipraticiens, les matrones traditionnelles, les leaders locaux (hommes et femmes),... Les agents des services publics autres que la santé en fonction dans la zone d'étude peuvent aussi être consultés dans la mesure où ils ont une bonne connaissance des contextes locaux et des dynamiques qui les configurent.

Un point important à ne pas perdre de vue concerne **les exclus ou les « invisibles »**, ces catégories d'acteurs qui sont facilement oubliées du fait précisément qu'elles occupent des positions basses, sinon dominées au sein des sociétés locales. C'est le cas de certains groupes ethniques ou des membres de certaines castes. Mais cela peut aussi être le cas de catégories d'âge, par exemple les personnes âgées. En Afrique, les jeunes filles (de 8 à 14 ans) figurent régulièrement parmi les catégories de personnes régulièrement négligées alors même que leurs conditions de vie sont souvent spécialement difficiles (en zone rurale de manière évidente). Ces catégories parfois négligées peuvent avoir des besoins de santé spécifiques à prendre en considération.

Parmi les préoccupations que l'EP devra privilégier en investiguant les bénéficiaires, on soulignera donc tout spécialement l'analyse systématique des problématiques et **dynamiques d'inclusion ou d'exclusion**, les rapports de force, les conflits et les divisions. Il est nécessaire de dégager une représentation suffisamment complexe et nuancée pour ne pas s'enfermer dans une vision homogénéisée ou idéalisée des « bénéficiaires »... Dans ce cadre, une analyse en termes de genre est toujours éclairante.

Dans le cas de notre étude au Tchad, nous les avons rencontré(e)s au cours d'entretiens individuels. Il était prévu de rencontrer des groupements ou collectifs impliqués dans les actions sanitaires ; nous n'avons cependant pas pu les joindre lors de nos visites, principalement pour des raisons de temps, mais aussi parce qu'au Tchad beaucoup de ces structures sont mises en place à l'initiative de structures externes au service desquelles ces associations se placent en échange de divers avantages. De manière générale, la société civile au Tchad est souvent dépendante des ressources et impulsions externes. Il n'est pas rare que les associations « s'endorment » ou se dissipent sitôt que les projets et financements s'arrêtent.

2.2. Pendant la réalisation de l'étude

2.2.1. Canevas général

Trois étapes peuvent être identifiées : (i) préparation, (ii) visites, collecte de données et entretiens, (iii) exploitation, synthèse et validation.

2.2.2. Mise au point d'outils

Dans le cas de l'EP au Tchad, un travail conséquent a été fait pour préparer les entretiens. Une série de questionnaires ont été rédigés (inspirés notamment de NSOAP, Program in Global Surgery and Social Change) avant de mener les entretiens. L'annexe ci-après reproduit les questionnaires qui ont été conçus avant de se rendre dans les hôpitaux ou de rencontrer les acteurs ciblés. En pratique, les

personnes rencontrées ne sont pas soumises strictement à ces questionnaires. Ceux-ci servent d'arrière-plan ou d'aide-mémoire lors des rencontres.

2.2.3. Conduite des entretiens

La manière de conduire des entretiens est tout un art. Ici, nous ne mentionnerons que quelques éléments que nous avons privilégiés. Trois sortes de sollicitations ont été privilégiées : la quête d'informations ou de données, l'interpellation et l'invitation à proposer des pistes⁹. Au Tchad, notre démarche a été à la fois informative (qui, quoi, comment, où... ?) et compréhensive (pourquoi et pour quoi). En menant les entretiens, il ne faut pas hésiter à insister sur les points de désaccord ou sur les divergences. Sur le plan méthodologique, il est souvent fructueux d'investiguer les *tensions*, voire les conflits, car ils sont souvent révélateurs des vrais enjeux et des vraies limites.

Ces entretiens sont importants pour donner la parole et entendre les acteurs qui connaissent bien les situations parce qu'ils les vivent au quotidien. Leur analyse est précieuse pour délimiter avec réalisme le périmètre du possible. Ces acteurs sont particulièrement précieux pour « déchiffrer » les situations, les comportements, les arrangements que seule la Raison ne peut expliquer. Ils permettent aussi de mieux circonscrire les enjeux et ils aident ainsi à créer les conditions d'un débat fructueux.

La *durée des entretiens* est un point sensible. Ils ne doivent être ni trop brefs (sinon on n'a pas le temps de collecter les informations), ni trop longs (ils peuvent alors fatiguer ou indisposer les personnes rencontrées). En pratique, dans notre EP menée au Tchad, les entretiens ont duré entre 30 et 60 minutes, ce qui est relativement bref et qui ne nous a pas toujours permis d'aller loin dans l'exploration des mécanismes à la source des problèmes, contraintes ou limites évoqués. Plusieurs éléments l'expliquent, notamment la faible disponibilité des acteurs et le fait que souvent ils étaient en activité lors de nos passages¹⁰.

Il n'est pas possible dans cette note de rentrer dans tous les détails techniques de l'entretien. Nous soulignerons cependant l'intérêt de combiner, dans un programme d'investigation, des entretiens individuels, des entretiens à plusieurs (3 ou 4 personnes) et des *entretiens en groupe* (par exemple des focus groups rassemblant des personnes autour de quelques questions précises). Dans le cas des entretiens de groupe, on veillera particulièrement à la diversité des participant(e)s de façon à récolter des points de vue différents, de manière aussi à susciter du contraste, du débat ou de la controverse. On veillera cependant à ce que la présence de certaines personnes, du fait de leur statut ou de leur position sociale, n'entrave pas la libre expression des participant(e)s.

2.2.4. Conduite des visites en situation réelle

Voir ce qui est dit est essentiel tant *l'écart* entre ce que les personnes interrogées disent faire ou avoir d'une part et, d'autre part, ce qu'elles ont et ce qu'elles font effectivement peut être profond. En pratique, en ce qui nous concerne, les entretiens au Tchad ont d'abord été menés dans les bureaux ou sur les lieux de vie et, ensuite, ils se sont systématiquement poursuivis dans les différents lieux de travail ou d'action. S'agissant de CE, l'attention s'est portée notamment sur l'état des équipements, leur usage, la disposition des lieux, par exemple les salles d'opération. La visite des lieux donne aussi quelques idées sur l'organisation du travail et ce qui se vit entre les acteurs. Les lieux sont par ailleurs de fidèles indicateurs des limites du « possible » et du « désirable ».

Le fait d'être sur place facilite en général les échanges sur des aspects concrets. Cela offre aussi l'occasion de découvrir, parfois incidemment, ce qui peut éventuellement passer *inaperçu* ou oublier dans les échanges parlés. C'était le cas, par exemple, de ce compteur électrique qui pendait misérablement le long d'un mur à Bokoro et qui a fourni l'occasion de discuter en profondeur des questions de maintenance et de financement des amortissements. La visite a aussi permis de rencontrer cette équipe de femmes qui entretenaient les couloirs et qui montraient clairement que le défi de la salubrité n'était pas négligé dans cet hôpital.

9- Par exemple, des questions sur l'avenir à donner à une action d'accompagnement de la CE au Tchad : que pensez-vous qu'une structure comme LCDE pourrait faire pour soutenir la CE au Tchad ? Quels résultats rechercher ? Quelles actions prioritaires ? Quelle pourrait – ou devrait – être sa place ? Qui au Tchad devrait « porter » une telle initiative ?

10- Lors des travaux en février 2020, c'était particulièrement vrai pour nos visites dans les hôpitaux.

2.2.5. Atelier de synthèse

Une fois les travaux de terrain réalisés, vient le moment d'en faire le bilan et de les soumettre à un exercice d'*intelligence collective* susceptible de les valider et surtout de les enrichir. L'atelier de synthèse ne vise pas simplement à restituer les grands résultats, mais de lancer une réflexion qui pourra se prolonger le cas échéant par la suite. Dans le cas de la présente étude, il revêt une importance stratégique et opérationnelle. En effet, l'atelier de lancement à Ndjamena avait été négligé par plusieurs familles d'acteurs pourtant importantes à impliquer à l'avenir pour la pérennisation des acquis. Ce nouvel atelier, également mené à Ndjamena, se présentait dès lors comme l'opportunité de les remettre en scelle dans le processus. En l'occurrence, cet atelier a visé plusieurs résultats :

- **Restituer** l'étude menée en février et soumettre à la discussion et au débat ses résultats ;
- Approfondir en interactivité quelques **questions clefs** (par exemple celle du portage institutionnel, de l'échelle à laquelle travailler, de l'approche et des orientations à privilégier, des actes chirurgicaux à prioriser...).
- Consolider les **perspectives concrètes** de poursuite à la lumière des résultats de l'étude, notamment les prochaines étapes qui pourraient engager d'éventuels futurs partenaires.

Au cours des travaux et interventions, un certain nombre d'objectifs latéraux sont aussi poursuivis : (i) mettre en lumière des nœuds problématiques, des enjeux « non déclarés » ou implicites, des questions en suspens, (ii) définir factuellement les limites du possible, (iii) repérer de nouveaux acteurs susceptibles d'être embarqués dans le processus,...

Plusieurs dispositions ont été prises pour créer l'intérêt chez un nombre plus important de participants¹¹.

2.3. Après la réalisation des travaux de terrain

Grandes étapes d'une étude préalable orientée « intelligence collective »

AVANT son lancement

- Analyse des contextes « autour »
- Analyse du contexte « dedans » (le monde intérieur de la structure qui prend l'initiative)
- Études documentaires
- Ancrage national, local ou institutionnel
- Choix et grandes orientations
- Échantillonnage

PENDANT sa conduite

- Mise au point des outils
- Conduite des entretiens
- Conduite des visites en situation réelle
- Atelier de synthèse

APRÈS sa réalisation

- Communiquer largement les résultats (différents supports selon les publics)
- Créer les conditions pour des débats et controverses créatifs
- Organiser un atelier ou événement public

Bien entendu, classiquement, après vient la période de rédaction de l'étude et sa valorisation à deux niveaux, au sein de la structure qui commandite l'étude et dans l'environnement où l'étude prend sa pertinence.

Il faut envisager qu'il y aura au moins **deux types de lectrices**, celles qui liront en profondeur le document et celles qui sont intéressées d'en avoir les principaux éléments. Pour les premières, le rapport complet fera l'affaire, tandis que les secondes se limiteront au résumé exécutif. À l'attention de ces dernières, et de manière générale pour un public plus large, il peut être pertinent de rédiger une synthèse communicante, c'est-à-dire une synthèse mise en forme spécialement pour capturer l'attention, le cas échéant pour susciter l'envie d'en lire davantage et jeter les bases d'un débat.

L'atelier de restitution final est souvent un moment fort de l'après-réalisation dans le monde des commanditaires. C'est un moment de même nature que l'atelier de synthèse réflexion qui ponctue la phase de terrain, sauf qu'il a vocation à être travaillé – et à développer des effets – au sein de la structure qui demande l'étude. La question clef est alors la suivante : comment faire le meilleur usage

institutionnel de l'étude, que veut-on déclencher en interne comme réactions ou suites que l'EP pourrait servir ?

11- Par exemple, l'invitation leur a été adressée sous des formes différentes correspondant à des moments différents (premier contact par email, second par courrier papier et troisième par appel téléphonique direct).

Pour qu'un atelier de cette nature puisse avoir un certain retentissement, au sein de l'association ou au-delà, il doit être soigneusement préparé par la personne ou l'équipe qui a lancé l'étude. Plusieurs dispositions gagnent à être prises :

- Faire circuler le rapport et son résumé largement auprès de ceux et de celles sur lesquels on attend un effet. En somme, c'est une opération de communication interne rapprochée qui est alors nécessaire à mettre en place (à qui remettre quoi, de quelle manière et quand ?) ;
- L'atelier doit être soigneusement préparé et monté, ce qui n'est possible que si on sait exactement ce qu'on veut déclencher dans son sillage ;
- Si on pense que cela peut se révéler judicieux, il ne faut pas hésiter à lui donner un caractère formel ;
- Ses travaux doivent être capitalisés, non seulement les éventuelles conclusions, c'est-à-dire les accords sur lesquels les travaux auront abouti, mais aussi les désaccords, ce sur quoi il n'y a pas unanimité ou consensus¹².

12- Il convient de penser que les désaccords, surtout s'ils prennent l'allure de controverses constructives, sont des ressources pour la construction d'une suite solide.

Annexe

Questions et thématiques indicatives qui ont servi de guide en arrière-plan pour la conduite des entretiens durant l'étude préalable. Cas de l'enquête « Chirurgie essentielle au Tchad »

Dans cette annexe, nous réunissons les grandes questions ou thématiques qui avaient été jugées intéressantes à aborder lors des entretiens. Comme précédemment, nous reprenons à titre d'exemple, les questions abordées lors de l'étude préalable menée sur la chirurgie essentielle au Tchad entre février et mars 2020. Comme chaque entretien poursuit une trajectoire propre, les éléments ci-dessous ne correspondent pas forcément exactement aux échanges qui ont animé les discussions, certaines questions ou thématiques, non mentionnées ici, pouvant être abordées.

1. Canevas général des entretiens

Tous les entretiens vont de pair avec une visite des lieux où se déroulent les activités. Lorsque cela est possible, les entretiens sont conduits là où les activités sont menées (entretien en situation réelle). En règle générale, le canevas suivant précise un l'enchaînement qui convient à beaucoup de situations.

- Une brève présentation de la mission. Dans le cadre de l'étude « Analyse de la problématique d'accès aux soins essentiels chirurgicaux pour la population tchadienne », l'objectif de l'entretien est de comprendre les facteurs clés qui affectent l'offre des soins chirurgicaux de qualité, accessibles dans l'établissement visité. En particulier, *“nous aimerions comprendre les défis auxquels vous êtes confrontés ainsi que les principaux domaines d'amélioration envisageable pour cet établissement, tout spécialement si des efforts doivent être développés pour soutenir le développement de la chirurgie essentielle”*.
- Quelques questions introductives de base : depuis quand êtes-vous en fonction dans l'hôpital ? Quelle est votre formation de base ? Depuis quand êtes-vous diplômé ? En quoi consiste votre métier dans cet hôpital de district ? À quelles tâches consacrez-vous le plus de temps et d'énergie ? etc¹³.
- Des questions spécifiques relatives (i) aux infrastructures, équipements et logistiques, (ii) aux ressources humaines, (iii) aux prestations et à la qualité de soins, (iv) au financement et (v) à la gestion de l'information,...
- Commentaires autres, questions spécifiques variables selon les situations rencontrées lors des entretiens.

Même si les questionnaires de référence ci-dessous ne les mettent pas en lumière de la même manière, les 6 critères généraux habituellement retenus dans les plans de développement nationaux de la chirurgie, l'obstétrique et l'anesthésie¹⁴ ont été prises en considération : (i) prestations de services (procédures, soins, référencement,...), (ii) ressources humaines (formation et emploi, affectations des prestataires, supervision professionnelle,...), (iii) infrastructures et logistiques (bâtiments, qualité et disponibilité des consommables, des instruments et des équipements,...) (iv) gestion de l'information (systèmes de collecte des données, tenues des registres et enregistrements des interventions, traitements statistiques,...), (v) financement (couverture des soins universelle, calcul des coûts des prestations, coûts supportés par les patient(e)s, partage et couverture des risques financiers,...) et (vi) la gouvernance des établissements (chaîne des responsabilités, redevabilité, organisation du travail, réunions d'équipe, contrôle et évaluation...).

13- En introduction de chaque entretien, quelle que soit la personnalité rencontrée, nous avons pris soin de demander à la personne rencontrée de se présenter et de livrer quelques indications biographiques et professionnelles de base avant de rentrer dans des matières plus spécifiques en lien avec les questions qui suivent¹³.

14- Ce que dans la littérature anglo-saxonne on appelle les « six building blocks »

2. Thèmes abordés lors des entretiens avec les bénéficiaires, en général des femmes

- **L'accueil** à l'entrée de l'infrastructure médicale en investissant notamment la question toujours délicate du rôle et de la fonction de l'accueil et des personnes accueillantes ;
- **L'information** : qui oriente les patients entrant, comment précisément ? Pendant les soins, qui informe les patient(e)s de quoi, de quelle manière ? Avec quels effets sur qui et sur quoi ?
- Problématique de la **relation** entre soignant(e)s et patient(e)s depuis l'entrée dans l'hôpital jusqu'à sa sortie ;
- Le **défi du respect** des personnes et du respect de l'intimité ou de la vie privée (comment s'adresse-t-on aux patients et patientes, comment en retour ces derniers s'adressent au personnel soignant ?) ;
- Le défi de la communication entre patients et personnel soignant (notamment ces questions auxquelles nous nous sommes intéressées : comment s'établit le **dialogue** entre le personnel soignant et les patient(e)s, dans quelle mesure la personne désignée comme patient est-elle écoutée et entendue ? ...) ;
- La problématique du **consentement** (nous voulions savoir qui décide si les soins sont faits ou non, en vertu de quelles conceptions) ;
- Comment les questions de **genre** sont-elles prises en compte dans le processus de soins ?
- La question des **négligences**, par exemple les femmes laissées seules après l'accouchement ?
- Le défi de la **salubrité** (les WC, les toilettes ...), le rapport à la propreté des lieux de soin et du corps soigné ;
- Problématique du suivi de la **médication** après la prescription et de manière plus générale le vécu du processus postopératoire ;
- Le **bilan a posteriori** et notamment le niveau ou sentiment de **satisfaction** et, dans la foulée, les suggestions pour améliorer.

3. Canevas pour l'entretien de la personne responsable de la stérilisation

3.1. S'agissant des infrastructures :

- Quels sont les facteurs qui affectent votre capacité à effectuer les procédures nécessaires conformément aux règles de l'art médical ?
- Quelles sont les solutions que vous mettez en œuvre pour contourner ces difficultés ?
- Où sont discutées les difficultés et les solutions, avec qui, dans quelles circonstances ?
- Qu'en est-il des équipements suivants : matériels de base (boîtes, instruments, champs et blouses), équipements (autoclave, poupinelle), espaces de travail (salles de nettoyage/stérilisation), ressources offertes par les services publics (eau, électricité),...

3.2. S'agissant des ressources humaines :

- Combien des personnes sont-elles chargées de la stérilisation ?
- Comment la charge de travail est-elle répartie ? Qui est responsable ?
- Le niveau de compétence/formation des chargés de stérilisation correspond-il aux besoins ?
- Quelle formation spécifique avez-vous reçue ? Quel schéma pour l'apprentissage pratique ?
- Avez-vous des protocoles affichés et disponibles à tout moment ? Comment sont-ils suivis et mis à jour ? Par qui ?
- Comment décririez-vous la qualité de la gestion ou du leadership dans votre établissement ? Par exemple, qui décide de la qualité ? Quelle organisation pour améliorer la qualité ? Quelles sanctions ou récompenses en lien avec la qualité ?

3.3. S'agissant des prestations et de leur qualité

- Comment les responsabilités sont-elles réparties entre les divers services ?
- Quels sont les mécanismes de sécurité que vous utilisez dans les soins chirurgicaux ? (Qualité de la stérilisation ; organisation du travail qui ne met pas en danger ; prévention des risques dans la pratique du métier, risque pour le personnel soignant, risques pour les patient(e)s ?
- Qui s'occupe de vérifier les procédures ? Quel est votre cahier de charge, établi par qui, revu depuis quand, par qui ?

- En cas de difficultés, à qui s'adresse-t-on ? Quelle est la procédure ?

4. Canevas pour l'interview du chirurgien de l'hôpital de district

Questions introductives de base : depuis quand êtes-vous en fonction dans l'hôpital ? Quelle est votre formation de base ? Depuis quand êtes-vous diplômé ? En quoi consiste votre métier dans cet hôpital de district ? À quelles tâches consacrez-vous le plus de temps et d'énergie ? etc.

4.1. S'agissant de l'offre de services

- Dans quels délais, en moyenne, les patients peuvent-ils se rendre à l'établissement ?
- Par quels moyens de transport les patients arrivent-ils généralement (ambulance, véhicule privé, transport public, communauté, etc.)
- Comment les patients sont-ils orientés vers l'hôpital (via les centres de santé ou en accès direct) ?
- Comment le transfert des patients chirurgicaux est-il organisé vers un établissement de niveau supérieur ? (quelles conditions, suivant quelles modalités, quels risques ou inconvénients... ?)
- Quelles sont les pathologies qu'on transfère habituellement vers d'autres établissements ?
- Comment se déroule le diagnostic ? Quelles difficultés ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous pour effectuer les procédures nécessaires ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous pour fournir des soins postopératoires adéquats ?
- Quelles sont les solutions que vous mettez en œuvre ou que vous envisagez pour contourner ces difficultés ?
- De quelle manière l'infrastructure affecte-t-elle votre capacité à fournir des soins chirurgicaux de qualité ?
- Qu'en est-il des équipements suivants : matériels de base (boîtes, instruments, champs et blouses, sutures...), équipements (extracteur d'oxygène, scialytique, aspirateur...), espaces de travail (salles d'opération, salle de préparation), ressources indispensables offertes par les services publics (eau, électricité)...

4.2. S'agissant des ressources humaines

- Comment le travail est-il partagé entre le personnel qui intervient au bloc opératoire ?
Comment les non-médecins sont-ils employés pour aider aux soins chirurgicaux ? Quelles tâches leur sont confiées ?
Comment favorisez-vous un environnement de travail positif et productif, notamment pendant et après les interventions en salle d'opération ?
Comment décririez-vous la qualité de la gestion ou du leadership dans votre établissement ?
Quels sont les principaux défis auxquels votre établissement est confronté en termes de ressources humaines ?

4.3. S'agissant des prestations de services et des soins

- Quels sont les mécanismes, dispositifs et dispositions de sécurité que vous développez ou organisez pour les soins chirurgicaux ?
- Quelles formes de contrôle de qualité sont mises en place dans votre établissement ? (par exemple, prévention des infections, listes de contrôle, réunions de staff, rapport sur la morbidité et la mortalité, audit des décès, etc.) ?
- Comment votre établissement intègre-t-il les commentaires des patients ? (ex. enquêtes de satisfaction) ?
- Quels dispositifs de supervision existent-ils ? Comment les réunions de staff sont-elles menées, à quelle fréquence, dans quelle perspective ?
- Quels sont les principaux défis auxquels votre établissement est confronté pour fournir des soins chirurgicaux sûrs et de qualité ?
- Comment apprend-on dans votre établissement ? Dans quelle mesure votre établissement et votre organisation du travail sont-ils « apprenants » ? Quels sont les lieux, les moments, les manières de s'organiser qui favorisent, ou défavorisent, les apprentissages ?

4.4. S'agissant des questions financières

- Quels sont les actes chirurgicaux que les patients doivent payer ?
- Outre les actes chirurgicaux, quels sont les coûts que les patients doivent supporter ? (par exemple, les consommables, les médicaments, les examens complémentaires, l'hospitalisation) ?
- Qu'est-ce que les patients ne paient pas, et pourquoi ? Comment la perspective de la gratuité des soins et prestations est-elle envisagée dans votre travail ?
- Quelles alternatives existent et sont mises en œuvre si le patient est ou devient incapable de payer ?
- Est-elle prévue une allocation budgétaire pour les soins chirurgicaux ? Financées de quelle manière ?
- Quels sont les principaux défis auxquels votre établissement est confronté en termes de financement de la chirurgie ?

4.5. S'agissant de la gestion des informations

- Comment les informations sont-elles gérées dans votre établissement ? Dans quels buts ?
- De quelle manière les dossiers sont-ils remplis, suivis et rendus accessibles ?
- Quelles informations manquent ?
- Comment, par qui, de quelle manière les informations sont-elles mises en valeur et utilisées ? Quelles informations précisément ?
- De manière générale, quels sont les principaux défis auxquels vous êtes confrontés en matière de collecte et analyse des données ?

4.6. En conclusion

S'il fallait faire des progrès, améliorer la pratique de la chirurgie essentielle dans votre établissement, à quoi penseriez-vous prioritairement ? Quelle stratégie privilégieriez-vous ?

5. Canevas d'entretien pour le(la) technicien(ne) supérieur(e) anesthésie et réanimation (TSAR ou infirmier faisant fonction)

Questions introductives : depuis quand êtes-vous en fonction dans l'hôpital ? Quelle est votre formation de base ? Depuis quand êtes-vous diplômé ? En quoi consiste votre métier dans cet hôpital de district ? À quelles tâches consacrez-vous le plus de temps et d'énergie ? etc.

5.1. S'agissant des infrastructures et de la logistique

- Quels sont les facteurs qui influent sur votre capacité à établir un diagnostic ?
- Quels sont les facteurs qui affectent votre capacité à effectuer les procédures nécessaires ?
- Quels facteurs affectent votre capacité à fournir des soins postopératoires adéquats ?
- Qu'en est-il des équipements, instruments, ressources de base :
 - Matériels (tubes endotrachéaux, Ambou)
 - Équipement (bronchoscope, oxymètre de pouls, moniteurs, appareil d'anesthésie, gasanalysis)
 - Produits anesthésie
 - Espace (unité de soins postopératoires, espace d'accueil, salles d'opération, salle de déchocage)
 - Ressources des services publics (eau, électricité)
- Quels mécanismes existent pour le transfert en toute sécurité des patients vers un niveau de soins supérieur ?
- Quels sont les problèmes que vous rencontrez pour assurer le transfert sûr et efficace des patients gravement malades vers un niveau de soins plus élevé ?
- Quelles sont les améliorations possibles ?

5.2. S'agissant des ressources humaines

- Comment le travail est-il partagé entre les prestataires de soins d'anesthésie de cet établissement ?
- Que se passe-t-il lorsqu'aucun technicien n'est disponible ?
- Quel est le rôle des prestataires non-médecins dans les soins d'anesthésie ?
- Combien de personnes ont reçu une formation en soins d'anesthésie dans cet établissement ?
- Comment décririez-vous la qualité de la gestion ou du leadership dans votre établissement ? La prise de décisions ? La répartition des responsabilités ? Le suivi / contrôle des tâches et de la qualité ?
- Quels sont les principaux défis auxquels vous êtes confrontés en ce qui concerne le personnel d'anesthésie ?

5.3. S'agissant des prestations de services et des soins

- Quels sont les mécanismes de sécurité que vous utilisez dans les soins chirurgicaux ?
- Quelles formes de contrôle de qualité sont en place dans votre établissement ? (par exemple, prévention des infections, listes de contrôle, réunions de staff, rapport sur la morbidité et la mortalité, audit des décès, etc.)
- Comment votre établissement intègre-t-il les commentaires des patients (par exemple, enquêtes de satisfaction) ?
- Quels sont les principaux défis auxquels votre établissement est confronté pour fournir des soins chirurgicaux sûrs et de qualité ?

5.4. S'agissant du financement

- Quels sont les services d'anesthésie que les patients doivent payer ?
- Quels sont les autres coûts que les patients doivent supporter ? (par exemple, les actes, les consommables, les médicaments, les examens complémentaires, l'hospitalisation)
- Quelles alternatives existent si le patient est ou devient incapable de payer ?
- Quels sont actuellement les actes, prestations, intrants ... que les patients ne paient pas ?
- Quels sont les principaux défis auxquels votre établissement est confronté en matière de financement des soins d'anesthésie ?

5.4. S'agissant de la gestion de l'information

- Quelle est, à votre niveau, la procédure pour ouvrir et/ou compléter un dossier médical ou d'intervention ?
- Dans quelle mesure ces dossiers sont-ils correctement remplis, suivis, utilisés et accessibles ?
- Quels sont les principaux défis auxquels vous êtes confrontés en matière de collecte et analyse des données ?

6. Canevas pour l'entretien de l'infirmière / infirmier chirurgical(e) (responsable de la salle d'urgence ou post op)

6.1. S'agissant de l'offre de services

- Quelles sont les pathologies qu'on transfère habituellement vers d'autres établissements ?
- Pourquoi les patients doivent-ils être transférés vers d'autres établissements (difficultés de diagnostic, à effectuer les procédures nécessaires, à fournir des soins postopératoires adéquats ?)
- Quels sont les critères de transfert ?
- Comment ce transfert est-il organisé le transfert des patients vers un établissement de niveau supérieur ?
- Dans quelle mesure vous utilisez les fiches de référence-contre référence ?
- Quels sont les goulots d'étranglement dans le processus ?

6.2. S'agissant des infrastructures et moyens pour travailler

Quelle est la situation (accessibilité, disponibilité, qualité) des matériels, produits et médicaments ?
Qu'en est-il des équipements (ECG par exemple) ?

Qu'en est-il des espaces (salles observation) ?

Qu'en est-il des services publics (eau, électricité) ?

6.3. S'agissant des ressources humaines

- Comment le travail est-il partagé entre le personnel qui intervient au bloc opératoire ?
- Dans quelle mesure le niveau de compétence et de formation des infirmières correspond-il aux besoins chirurgicaux de cet établissement ?
- À quel titre intervenez-vous au bloc ? Comme aide et/ou comme opérateur ? De quels gestes ou actes ?
- Quelle formation spécifique ou quel apprentissage pratique avez-vous reçu ?
- Comment décririez-vous la qualité de la gestion ou du leadership dans votre établissement ?
- De votre point de vue, quels sont les principaux défis auxquels votre établissement est confronté en termes de ressources humaines ?

6.4. S'agissant des prestations de services et de la qualité des soins

- De quelle manière les infirmier(e)s de votre établissement participent-ils à la prestation des soins chirurgicaux et d'anesthésie pré et postopératoires ?
- Comment les responsabilités en matière de soins aux patients sont-elles réparties entre les services ?
- Quels sont les mécanismes de sécurité que vous utilisez dans les soins chirurgicaux ?
- Comment votre établissement aborde-t-il ou pourrait améliorer la qualité des soins ?

6.5. S'agissant des questions financières

- Quels sont les coûts hospitaliers que les patients doivent payer de leur poche ?
- Après la sortie, quels sont les coûts que les patients doivent payer de leur poche ?
- Quels sont les coûts qu'ils ne prennent pas en charge ?
- Quels sont les principaux défis auxquels votre établissement est confronté en matière de financement de la chirurgie ? (du point de vue de votre activité)

6.6. S'agissant de la gestion de l'information

- Dans quelle mesure les dossiers sont-ils correctement remplis, suivis et accessibles ?
- Comment documentez-vous les événements cliniques peropératoires ou postopératoires ?
- Dans quelle mesure êtes-vous en mesure d'exploiter ces documents de manière adéquate lorsque cela est nécessaire ?

7. Canevas pour l'entretien du médecin-chef de l'hôpital (MCH) et médecin en chef du district (MCD)

- Quels sont les principaux problèmes de santé auxquels votre hôpital / district doit faire face ?
- Quels sont ceux que vous maîtrisez ? Quels sont ceux pour lesquels votre hôpital / district ne peut pas répondre ?
- De manière générale, quelles sont les grandes préoccupations pour le bon fonctionnement de l'hôpital ou du district de santé ? Quels y sont les défis pour une médecine de qualité ?
- Parmi les problèmes de santé auxquels l'hôpital (ou le district) doit faire face, quels sont ceux qui relèvent de la CE ?
- Quels sont ceux qui pourraient être réglés grâce au développement de la CE ?
- À quels besoins l'hôpital devra-t-il répondre pour pouvoir développer efficacement la CE ?
- Que pensez-vous de votre plateau technique actuel (équipements, instruments, locaux, matériels...) ?
- Quels sont les obstacles qui empêchent l'accès aux soins dans votre région ?
- Comment la couverture universelle des soins est-elle pratiquée – ou pas – dans votre hôpital (ou votre district) ?
- Quels sont les coûts nouveaux que pourraient entraîner le développement de la CE ? Comment envisagez-vous qu'on peut y faire face ? Qui va les payer ?

8. Questions ressources transversales travaillées avec les acteurs institutionnels

Dans cette dernière rubrique, nous rassemblons les principales questions ressources qui ont été privilégiées pour l'interview des acteurs institutionnels (ministères, responsables ou agents d'hôpitaux privés, agences de coopération bi- ou multilatérale, ONG nationale ou internationale...).

- Quelle est votre compréhension de la CE ?
- Quelle est, selon vous, la place de la CE dans le système de santé au Tchad ?
- Quels sont, selon vous, les défis et enjeux en matière de santé actuellement au Tchad ? Comment le système de santé y répond-il actuellement au Tchad ?
- Quels seraient vos arguments pour et contre le développement de la CE au Tchad ?
- Quels sont, selon vous, les défis et enjeux de la CE dans le système de santé actuellement au Tchad ?
 - Quelle serait sa valeur ajoutée ? Dans quelle mesure la CE contribue-elle à s'attaquer à des priorités du système de santé du Tchad ?
 - En quoi la CE peut-elle aider à réduire les inégalités et l'exclusion en matière de soins de santé ?
 - Quels sont les atouts et limites du système de santé tchadien pour inclure la CE ?
- Comment voyez-vous sa faisabilité institutionnelle, organisationnelle, opérationnelle, financière ? Quelles sont les « ouvertures » ? Quels sont les « embûches » ou les pièges dans ces différents domaines ?
- Si le développement de la CE doit être soutenu au sein du système de santé au Tchad, qui devrait « porter » l'initiative ?
 - Quels sont au Tchad les acteurs intéressés par développer une telle perspective ?
 - Avec qui LCDE pourrait-elle faire partenariat le cas échéant ?
 - Quels acteurs possèdent quels moyens pour développer la CE au Tchad ?
- Quels devrait être la finalité de la CE dans le système de santé tchadien ?
- Qu'est-ce que vous privilégiez comme stratégie (mesures ou dispositions) pour développer la CE au Tchad ?
- Quelles sont les conditions à réaliser pour mettre en place un projet de soutien à la CE au Tchad ?
- Quelles sont les activités prioritaires qu'il faudrait alors mettre en place à l'appui d'un projet qui s'attacherait à développer la CE dans le système de santé au Tchad ? Quel pourrait-être le rôle spécifique et la valeur ajoutée d'un acteur comme LCDE pour le développement de la CE au Tchad ?
- Comment « durabiliser » des efforts du développement de la CE dans le système de santé tchadien ? Quoi « durabiliser » tout spécialement ?

Note : Avec les acteurs du Ministère de la Santé Publique, nous avons aussi discuté, lorsque cela était possible, de la politique nationale (y compris les stratégies et activités de développement) envisagée pour le progrès de l'action médicale dans les districts et notamment dans les hôpitaux de district.

Inter-Mondes Belgique

Siège

1, Place des Doyens
S/C Institut d'Etudes de Développement
Bureau A 330, 3^{ème} étage, aile A
B-1348 Louvain la Neuve (Belgique)

Adresse postale

Rue de la Lanterne magique, 32 boîte L2.04.01
B-1348 Louvain la Neuve (Belgique)

Bureau opérationnel à Bruxelles

21, rue Alexandre De Craene, B-1030 Schaerbeek
Tel : +(32)22.42.34.32
Tel.: +32(0)472.285.472 - +32(0)10.478.502 + +32(0)474.697.967

contact@inter-mondes.org - www.inter-mondes.org

N° enregistrement / TVA : BE0 473.920.719

Compte Belfius: BE38 7775 9577 3672 BIC/SWFT : GKCCBEBB

