

CADRE DE TRAVAIL POUR LE RENFORCEMENT DES SYSTEMES DE SANTE



**NOUS AVANÇONS VERS
DES ACTIONS QUI PERMETTENT
DES CHANGEMENTS DURABLES**



AUTEUR :

Ce document a été élaboré par Action contre la Faim Espagne et l'application des principes et propositions qu'il aborde est limitée aux pays dans lesquels l'organisation opère, coexistant avec les approches d'autres sièges de l'organisation.

Ce document a été rédigé sous la direction de Bruno Abarca Tomás, spécialiste technique en santé et nutrition chez Action contre la faim Espagne. Il a bénéficié de la participation du groupe de travail technique composé de : Carmen Inés González Díaz (spécialiste technique en santé et nutrition), Menna Seged Abraha (bureau d'incidence), Antonio Vargas (conseiller principal en nutrition et santé / responsable du département Nutrition et santé), Pablo Alcalde Castro (responsable du domaine Eau et assainissement), Hélène Pasquier (responsable du domaine de la sécurité alimentaire et des moyens de subsistance), América Arias (directrice pays pour la région andine), Samson Wolderufael (coordinateur santé et nutrition pour la Syrie), Yahya Gnokane (coordinateur santé et nutrition pour le Sénégal), Zakaria Abou Diallo (coordinateur santé et nutrition pour la Mauritanie), Miguel Ángel García Arias (conseiller principal en matière de migrations), Aida Muñoz Maqueda (technicienne en sécurité hydrique et changement climatique), Miriam Teresa Ramos (spécialiste technique en eau et assainissement) et Claudio Triani (spécialiste technique en sécurité alimentaire et moyens de subsistance).

DIRECTION TECHNIQUE ET VALIDATION :

Antonio Vargas Brizuela. Conseiller principal en nutrition et santé / Responsable du domaine Nutrition et santé du département d'ingénierie technique. Action contre la faim Espagne.

Luis González Muñoz. Directeur du département d'ingénierie technique. Action contre la faim Espagne.

Menna Seged Abraha. Bureau de plaidoyer du département Plaidoyer et relations institutionnelles. Action contre la faim Espagne.

Première édition : septembre 2025.

Photographie de couverture : Alexis Huguet, pour Action contre la Faim.

Mentions légales :

© Action contre la Faim International 2025

Sauf indication contraire, la reproduction est autorisée à condition que la source soit mentionnée. Si la reproduction ou l'utilisation de données textuelles et multimédias (son, images, logiciels, etc.) nécessite une autorisation préalable, cette autorisation annulera l'autorisation générale décrite ci-dessus et indiquera clairement toute restriction d'utilisation.

Clause de non-responsabilité :

Ce document donne accès au public à des informations sur les actions et les politiques d'Action contre la Faim International. Notre objectif est de diffuser des informations précises et à jour à la date de leur publication. Nous nous efforcerons de corriger toute erreur qui nous sera signalée. Toutefois, Action contre la Faim ne peut être tenue responsable des informations contenues dans ce document.

Ces informations sont fournies à titre indicatif uniquement et ne se concentrent pas sur la situation particulière d'un individu ou d'une personne ayant une opinion morale spécifique ; elles ne sont pas nécessairement complètes, exhaustives, précises ou à jour ; elles font parfois référence à des documents ou à des sites externes sur lesquels Action contre la Faim n'a aucun contrôle et pour lesquels elle décline toute responsabilité ; elles ne constituent pas un avis juridique. La présente clause de non-responsabilité n'a pas pour but de limiter la responsabilité d'Action contre la Faim au regard des exigences de la législation nationale applicable, ni de nier toute responsabilité dans les cas où celle-ci ne peut être exclue en vertu de cette même législation.

INTRODUCTION

ACTION CONTRE LA FAIM ET L'ACTION DANS LES SYSTEMES DE SANTE

La nutrition et la santé sont étroitement liées¹. D'une part, la malnutrition et les carences nutritionnelles peuvent affaiblir le système immunitaire et augmenter la sensibilité aux infections, entraîner d'autres types de maladies et augmenter leur morbidité et leur mortalité, ou encore perturber le développement physique et intellectuel. D'autre part, les problèmes de santé physique et mentale et les maladies peuvent interférer avec les pratiques alimentaires et les soins, ainsi qu'avec l'absorption et le métabolisme des nutriments.

De même, les actions en matière de nutrition et de santé sont également interdépendantes : la couverture et la qualité des actions nutritionnelles essentielles dépendent de leur intégration dans des systèmes de santé complets, capables de faire de la couverture sanitaire universelle une réalité.

Cependant, lorsque le système de santé est faible, par exemple en raison d'un financement insuffisant ou inadéquat, d'une gouvernance défaillante qui ne réoriente pas les efforts vers les problèmes de santé prioritaires et

n'implique ni ne mobilise pas la communauté, ou d'un personnel démotivé ou mal soutenu, les services de santé et de nutrition en souffrent. Dans un système de santé fragile, la population ne peut accéder à des services efficaces de soutien à l'allaitement et à l'alimentation infantile, à la supplémentation nutritionnelle, à la prévention de toutes les formes de malnutrition, ou au diagnostic et à la prise en charge de la malnutrition aiguë. Les causes peuvent être une couverture insuffisante ou un manque d'ancrage communautaire, un fossé de confiance entre communautés et prestataires de services, des barrières économiques, une faible qualité et un impact réduit sur la faim et la malnutrition, ou l'incapacité du système à supporter les chocs violents liés aux épidémies, aux déplacements forcés, à l'instabilité sociale ou aux conflits, dans des contextes de crise humanitaire.

C'est pourquoi nous luttons contre la faim en misant sur des actions qui contribuent au renforcement des systèmes de santé et à la résilience de leurs services de soins et de leurs fonctions de santé publique², avec la flexibilité nécessaire pour combiner l'aide à court terme avec des objectifs à long terme, parallèlement au renforcement des systèmes de protection sociale³ et au soutien aux services d'eau et d'assainissement⁴. Pour ce faire, nous partons de l'analyse des systèmes de santé et de la planification d'actions cohérentes de renforcement, qui intègrent des actions sensibles et spécifiques en matière de nutrition⁵.

¹ Action Against Hunger (2017). Nutrition security policy. A common multi-sectoral understanding and approach to address undernutrition.

² Action Against Hunger (2021). International strategic plan 2021-2025.

³ Action Against Hunger (2021). Social Protection Plan 2021-2025.

⁴ Action Against Hunger (2021). WASH Strategy 2021-2025.

⁵ Action Against Hunger (2017). ACF Health System Strengthening Approach Rationale.

Ces dernières années, des progrès ont été réalisés dans le cadre de l'engagement pour le renforcement des systèmes de santé au sein du réseau international, mais des défis internes majeurs persistent⁶. Des outils ont été développés pour diagnostiquer et planifier des actions générales au niveau des districts, mais leur mise en œuvre reste parfois impossible ; certains contextes exigent des outils plus ciblés pour traiter des problèmes spécifiques. Les approches multisectorielles ont été encouragées, mais une vision fragmentée persiste, chaque secteur poursuivant ses propres objectifs. Des guides ont été élaborés pour les modalités d'intervention liées au soutien et au renforcement des systèmes de santé, mais ils ne détaillent pas suffisamment la méthodologie d'assistance technique ou d'évaluation des systèmes et services. Le travail sur les systèmes de santé s'est appuyé sur le soutien technique, sans exploiter le potentiel de l'organisation pour intégrer le plaidoyer, alors qu'une synergie entre les deux est possible. Enfin, les progrès ont été inégaux selon les régions et pays d'intervention, avec de fortes disparités en termes de capacité, d'expérience et de préparation aux actions de soutien et de renforcement.

Aujourd'hui, cependant, de nombreuses opportunités s'ouvrent pour le développement du renforcement des systèmes de santé au sein d'Action contre la Faim, dans le cadre de nos stratégies de santé et grâce à la mise en œuvre de l'approche humanitaire-développement-paix. Dans le cadre de cette approche, il devient prioritaire d'inclure dans nos programmes

d'action humanitaire en matière de santé des composantes visant à renforcer les acteurs locaux et le système de santé publique afin de s'attaquer aux problèmes structurels qui sous-tendent la crise aiguë. Une fois la transition vers le relèvement rapide franchie, nous pouvons approfondir les approches transformatrices et les solutions durables aux besoins en matière de santé.

UN OBJECTIF AMBITIEUX

Ce document vise à permettre à nos équipes de santé et de nutrition de se sentir suffisamment habilitées et capables d'introduire des éléments de renforcement des systèmes de santé dans les programmes de nutrition et de santé dans des contextes stables, et plus particulièrement lors de la transition entre les actions d'urgence et les actions de relèvement dans les crises humanitaires prolongées et chroniques.

Pour atteindre cet objectif, ce cadre de travail comprend :

Un 1. Cadre conceptuel (page 5) qui établit les bases de notre logique d'intervention dans les systèmes de santé.

Un 2. Cadre opérationnel (page 20) qui propose des actions et des possibilités de suivi pour appliquer la logique d'intervention.

⁶ Bon nombre de ces défis ont été abordés lors d'un atelier de trois jours sur la capitalisation des actions de renforcement des systèmes de santé, organisé par Action Contre la Faim en Côte d'Ivoire du 25 au 27 juin 2024.

1. CADRE CONCEPTUEL

POUR LE RENFORCEMENT DES SYSTEMES DE SANTE

Le cadre conceptuel établit les bases théoriques et conceptuelles de notre compréhension de la santé, de l'action en matière de santé, des systèmes de santé et du renforcement des systèmes de santé.

Il définit les principes et concepts clés qui sous-tendent notre approche, notamment notre conception de la santé comme un droit humain, l'interdépendance des différents éléments des systèmes de santé et l'importance d'une approche holistique pour renforcer ces systèmes.

A) NOTRE CONCEPTION DE LA SANTE ET DES SYSTEMES DE SANTE	6
B) COMMENT NOUS ADAPTONS NOS ACTIONS AU CONTEXTE.....	11
C) NOTRE LOGIQUE D'INTERVENTION	14

A) NOTRE CONCEPTION DE LA SANTE ET DES SYSTEMES DE SANTE

Nous devons établir les bases théoriques et conceptuelles de notre compréhension de la santé, de l'action sanitaire, des systèmes de santé et du renforcement des systèmes de santé. C'est sur cette base que reposent les principes et les fondements clés qui guident notre approche, notamment notre conception de la santé comme un droit humain, l'interdépendance des différents éléments des systèmes de santé et l'importance d'une approche holistique pour renforcer ces systèmes.

► SANTE

Chez Action contre la Faim, nous considérons que la santé est⁷ :

- Il s'agit du plus haut niveau de bien-être et de qualité de vie, atteint de manière digne et respectueuse, tant au niveau individuel que communautaire, en harmonie avec l'environnement.
- Il est atteint grâce à l'amélioration des conditions sociales, au respect des diversités culturelles et à la promotion d'un environnement favorable. Ces actions favorisent le développement intégral des personnes et de leur environnement, leur permettant de mener une vie saine et épanouissante.

- Il s'agit d'un droit fondamental, qui se nourrit de la réalisation d'autres droits tels que le droit à l'eau, à l'alimentation ou à un environnement sain.
- Il est non seulement promu et protégé par des services de santé, mais aussi par une action multisectorielle qui répond aux besoins en matière d'eau, d'assainissement, d'alimentation, de moyens de subsistance, de protection, etc.

► SANTE PUBLIQUE

Chez Action contre la Faim, nous considérons la santé publique comme un effort organisé visant à prévenir les maladies et à protéger et promouvoir la santé de la population, sous la direction des détenteurs d'obligations, avec le soutien des détenteurs de responsabilités et la participation et la responsabilité des détenteurs de droits.

Cet effort se traduit par des fonctions telles que la garantie de l'accès à des services préventifs et curatifs de qualité, la surveillance épidémiologique, le suivi de l'équité, l'évaluation des déterminants sociaux de la santé, la recherche, l'analyse de la capacité et des performances du système de santé, ou l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, de plans et de lois liés aux soins de santé, aux déterminants sociaux de la santé, au droit à la santé et la bonne gouvernance du système de santé^{8,9}.

⁷ Acción Contra el Hambre. (2024). Marco de trabajo en salud para el contexto de América Latina.

⁸ World Health Organization (2024). Application of the essential public health functions: an integrated and comprehensive approach to public health.

⁹ PAHO, 2019. The Essential Public Health Functions in the Americas: A Renewal for the 21st Century. Conceptual Framework and Description.

► SOINS DE SANTE PRIMAIRES

Nous considérons les soins de santé primaires comme une stratégie ambitieuse visant à garantir la santé pour tous, fondée sur le consensus selon lequel la santé est un droit et sur la nécessité d'une transformation socio-économique globale en faveur de la justice sociale et du pouvoir communautaire. Les soins de santé primaires ne sont pas seulement une simple porte d'entrée dans le système, mais la fonction centrale et le cœur d'un système de santé qui appréhende la santé de manière holistique et qui donne à la communauté le pouvoir et le contrôle^{10,11}.

► COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

Nous comprenons la couverture sanitaire universelle comme l'objectif visant à ce que toutes les personnes aient accès à l'ensemble des services de santé de qualité dont elles ont besoin, quand et où elles en ont besoin, sans subir de difficultés financières pour cela¹².

Cet objectif doit être considéré comme un facteur déterminant supplémentaire de la santé et qu'il doit s'inscrire dans le cadre d'une stratégie fondée sur les soins de santé primaires et l'investissement public¹³.

► DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE

Nous entendons par déterminants sociaux de la santé les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, se reproduisent, prennent soin des autres, travaillent et vieillissent, ainsi que les inégalités dans ces conditions, souvent résultant de politiques sociales déficientes, d'accords économiques injustes et d'une mauvaise gestion politique¹⁴.

► ACTION POUR AMELIORER LA SANTE

Chez Action contre la Faim, nous mettons en œuvre des axes de travail en matière de santé qui s'adaptent aux besoins des personnes en fonction de leur situation⁷, notamment :

- La couverture des besoins fondamentaux et la priorité accordée au sauvetage de vies humaines dans les situations d'urgence et les crises humanitaires.
- L'amélioration des capacités de résilience et l'accès à des services de santé de base de qualité.
- L'influence sur les systèmes et le renforcement des institutions afin d'obtenir des changements substantiels ayant un impact durable.

¹⁰ WHO, 2018. Declaration of Astana.

¹¹ World Health Organization, 2024. Implementing the primary health care approach: a primer.

¹² World Health Organization, 2010. The World Health Report 2010. Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage.

¹³ People's Health Movement, 2023. The Universal Health Coverage / Primary Health Care divide.

¹⁴ World Health Organization, 2010. A conceptual framework for action on the social determinants of health.

Nous adaptons donc l'approche de nos actions en matière de santé afin de contribuer à renforcer la résilience des systèmes, d'élargir la couverture des services et des besoins fondamentaux en matière de santé, de promouvoir les opportunités de développer un mode de vie sain et d'accroître l'implication et le leadership de la communauté et des individus.

► PRINCIPES D'INTERVENTION EN SANTE

Nous agissons dans le cadre de dix principes d'intervention en matière de santé⁷, qui constituent le fondement de notre action dans le domaine de la santé, quelle que soit l'action et quel que soit le contexte :



► SYSTEMES DE SANTE

Nous considérons les systèmes de santé comme un élément clé de la santé des populations. Ils regroupent toutes les organisations, institutions et ressources dont l'objectif principal est d'agir sur la santé et la nutrition, y compris les soins (curatifs et préventifs), les fonctions de santé publique et les actions influant sur les autres déterminants de la santé.

Outre les autorités et les prestataires (publics et privés), le système inclut les personnes qui prennent soin et promeuvent la santé, les communautés qui s'organisent et les initiatives collectives qui visent à améliorer la santé des personnes. Au cœur du système de santé se trouvent les personnes, en tant qu'acteurs de leur propre santé, de celle de leur communauté et de leur environnement.

SYSTEMES DE SANTE FRAGILES

Conformément aux cadres conceptuels classiques, tels que ceux proposés par l'Organisation mondiale de la santé¹⁵ et la Banque mondiale¹⁶, nous considérons qu'un système de santé est fragile lorsqu'il ne parvient pas à répondre de manière équitable et durable aux besoins de santé de la population, à faire face à la détérioration des autres déterminants sociaux de la santé, ni à protéger celle-ci contre les risques pour la santé publique. Cela résulte de limitations en matière d'accès, de couverture, de qualité ou de sécurité des services.

¹⁵ Organisation mondiale de la santé, 2007. L'affaire de tous — renforcer les systèmes de santé pour améliorer les résultats sanitaires.

¹⁶ Banque mondiale, 2004. Réussir la réforme de la santé : guide pour améliorer les performances et l'équité.

Ces limitations peuvent à leur tour avoir différentes causes. Elles comprennent des ressources insuffisantes (financières, humaines et matérielles) ou mal utilisées, une mauvaise planification, organisation et gestion des services et des systèmes d'information, ainsi qu'une mauvaise gouvernance, un manque de transparence, d'autonomisation des communautés ou de politiques publiques adéquates concernant l'ensemble des déterminants sociaux de la santé, de la maladie et de la faim.

DES SYSTEMES DE SANTE DE QUALITE

Nous comprenons que pour qu'un système de santé soit de qualité et ait ainsi un impact positif réel sur la santé de la population, il doit mettre au centre non seulement la santé des personnes, mais aussi leur bénéfice économique et leur confiance dans le système¹⁷.

Cela signifie également que les ressources, les processus et la gouvernance du système de santé doivent placer toutes les personnes au centre : des ressources adaptées aux besoins de la population, des processus qui se traduisent par des soins de santé de qualité que la population perçoit de manière positive, et une gouvernance fondée sur la responsabilité envers une population consciente de ses droits et ayant la possibilité de participer activement au système. Il en résulte un système de santé efficace, équitable et résilient face aux crises, capable de s'adapter et de répondre en toutes circonstances à l'évolution des besoins de la population en matière de santé. Cette population, à son tour, utilise et apprécie les

services qui améliorent et maintiennent sa santé et fait confiance à un système qui la traite comme titulaire d'un droit fondamental.

Le développement et le maintien d'un système de santé de qualité sont des décisions à la fois techniques et politiques. Les ressources et les capacités ne suffisent pas, il faut également un engagement fort et une volonté politique cohérente, ce qui signifie que notre action dans le domaine des systèmes de santé doit inclure un soutien technique, des ressources et un travail de plaidoyer.

► RENFORCEMENT DES SYSTEMES DE SANTE

Chez Action contre la Faim, nous sommes conscients que le développement et le maintien d'un système de santé de qualité relèvent à la fois d'une décision technique et d'une décision politique¹⁷. Il ne suffit pas de disposer de ressources et de capacités, il faut également un engagement fort et une volonté politique pour poursuivre l'objectif ultime d'améliorer et de maintenir la santé des personnes.

C'est pourquoi nous considérons que le renforcement des systèmes de santé est une combinaison d'actions techniques et de plaidoyer visant à donner aux personnes le pouvoir de changer leur situation en matière de santé, à leur garantir une couverture sanitaire universelle et des conditions de vie dignes.

¹⁷ Kruk, et al, 2018. *High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution.*

ACTEURS DU CHANGEMENT EN SANTÉ

Nous considérons qu'un système de santé ne se résume pas à l'ensemble de ses services. Avant tout, un système de santé est l'ensemble des personnes qui ont droit à la santé, qui non seulement utilisent les services de santé, mais qui ont (et devraient avoir) une grande influence sur les services de santé, leur propre état de santé et celui de leurs communautés.

C'est pourquoi nous estimons que le renforcement des systèmes de santé doit contribuer à développer le potentiel des personnes au sein de la communauté, en s'appuyant sur les principes et les valeurs de la stratégie de soins de santé primaires, en promouvant une vision de la santé comme un droit et en créant un environnement propice à l'autonomisation. C'est pourquoi nous contribuons à donner aux personnes les capacités, les moyens et la reconnaissance nécessaires pour participer aux mécanismes de contrôle et de prise de décision, à l'analyse des problèmes et à l'identification des solutions, ainsi qu'à la fourniture de services de prévention, de promotion, de diagnostic, de traitement et de réadaptation, tout en défendant et en promouvant le potentiel de transformation des agents de santé de la communauté, avec un soutien, une reconnaissance et des incitations appropriés.

COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

Nous voulons que tout le monde ait accès à l'ensemble des services de santé de qualité dont il a besoin, quand et où il en a besoin, sans en subir les conséquences financières.

Nous pensons également que la seule façon d'atteindre l'objectif de la couverture sanitaire universelle est de renforcer un système de santé

éminemment public, axé sur les soins de santé primaires, capable de tirer parti des ressources privées sans que celles-ci aient un impact négatif sur sa gouvernance, son efficacité et son équité. C'est pourquoi nous apportons non seulement notre soutien à l'amélioration des services, mais nous insistons également sur la nécessité d'un investissement public fort et stable dans des systèmes de santé qui incluent tout le monde, y compris les plus vulnérables, qui favorisent la solidarité et l'équité, qui génèrent des incitations positives entre les prestataires et les assureurs et qui cherchent à répondre aux besoins de santé des personnes avec un rapport coût-efficacité élevé.

CONDITIONS DE VIE DIGNES

Nous comprenons que les décisions prises par les personnes concernant leur santé et celle de leur communauté dépendent en grande partie de la manière dont elles sont affectées par les déterminants sociaux de la santé, qui sont eux-mêmes marqués par les injustices sociales, la situation économique des personnes et les inégalités de pouvoir, d'argent et d'accès aux ressources.

C'est pourquoi, dans le cadre de l'approche multisectorielle qui caractérise notre travail dans la lutte contre la faim, nous assumons la responsabilité d'aborder non seulement la couverture sanitaire universelle ou les possibilités de participation communautaire en matière de santé, mais aussi la sécurité hydrique, alimentaire et des revenus, l'inégalité entre les sexes, l'environnement, la protection sociale et les politiques qui influencent tous ces aspects.

B) COMMENT NOUS ADAPTONS NOS ACTIONS AU CONTEXTE

Toutes nos interventions en matière de santé sont menées dans le but de renforcer les systèmes de santé, en fonction du contexte. Nous nous efforçons toujours de faire en sorte que nos actions puissent conduire à la restauration d'un système de santé de qualité dès que possible.

Pour ce faire, nous évaluons en permanence la faisabilité de combiner l'action humanitaire d'urgence avec des éléments de rétablissement rapide de la capacité et de la fonctionnalité du système, et d'opérer une transition progressive vers une transformation et un renforcement durables, toujours en fonction d'une adaptation stratégique au contexte, aux besoins et aux opportunités.

► NOTRE PORTE D'ENTREE VERS LA SANTE EST GENERALEMENT L'ACTION HUMANITAIRE

Nous sommes une organisation humanitaire mondiale qui œuvre pour éliminer la faim dans le monde. C'est pourquoi la plupart de nos actions en matière de santé et de nutrition se concentrent sur les contextes de crises humanitaires, où les conséquences des conflits, des déplacements forcés de populations ou de l'instabilité politique et sociale deviennent parfois chroniques, persistent et génèrent une vulnérabilité cyclique à l'insécurité alimentaire et nutritionnelle, au changement climatique et aux inégalités pendant des années.

Bien que nous intervenions également dans des contextes stables présentant une grande fragilité structurelle, où il est viable et pertinent de

travailler avec une approche transformatrice pour le renforcement durable des systèmes de santé, il est encore plus courant que nous commencions et consolidions des interventions à des fins humanitaires.

NOUS VEILLONS A CE QUE NOTRE ACTION HUMANITAIRE AIT DES EFFETS POSITIFS SUR LA SANTE ET LES SYSTEMES DE SANTE

Dans les situations d'urgence humanitaire où le système de santé est inexistant, ne parvient pas à atteindre les personnes qui en ont besoin, n'a pas la capacité d'offrir des services essentiels ou n'est pas disposé à le faire, nous assumons la responsabilité de mettre en place des services de santé essentiels à titre temporaire avec un niveau minimum de disponibilité et d'accès, et d'influer sur l'accès de la population à ces services, afin de répondre immédiatement aux besoins les plus urgents et de réduire les risques pour la santé publique.

Lorsque les besoins ou le contexte le permettent, nous cherchons à assurer la transition vers le soutien à la reprise du système de santé. Cela contribue à restaurer et à maintenir la mobilisation communautaire pour la protection de la santé, la capacité fonctionnelle des services de santé essentiels accessibles, une meilleure protection contre les nombreux risques sociaux, économiques et de santé publique qui subsistent, et un niveau minimum de préparation collective et institutionnelle pour mieux répondre qu'auparavant aux nouveaux chocs ou à la réapparition des causes qui ont provoqué la crise humanitaire. Nous évitons de mener des actions de santé indépendantes des services de santé publics s'ils existent et s'il y a une volonté politique de collaboration ou une possibilité de la rechercher.

NOUS INTEGRONS DES ACTIONS TRANSFORMATRICES LORSQUE CELA EST PERTINENT, VIABLE ET RESPONSABLE

Pour accroître la résilience du système de santé et réduire sa vulnérabilité face à de nouveaux chocs et facteurs de risque de détérioration grave, les actions à court terme à visée éminemment humanitaire ne suffisent pas. Bien que ces actions puissent avoir un effet positif sur les systèmes de santé, le maintien de leurs acquis nécessite l'intégration, au moins partielle, d'actions de renforcement durable, si les conditions nécessaires à cela sont réunies.

C'est pourquoi, une fois que les services essentiels sont disponibles et fonctionnels, nous essayons de passer à une approche transformatrice à moyen et long terme qui vise à améliorer durablement les performances, l'équité, la qualité et l'efficacité du système de santé par des actions sur la gouvernance, le leadership, les politiques de santé, les stratégies, les plans, l'organisation interne, les processus et les fonctions du système. Ces actions renforcent les fondements du système, aident à se préparer à de nouvelles urgences de santé publique et contribuent même à générer la stabilité, la paix et la sécurité humaine, réduisant ainsi le risque de nouvelles crises.

► NOUS UTILISONS DES CRITERES CLES POUR INTRODUIRE DES ACTIONS TRANSFORMATRICES DANS LES INTERVENTIONS HUMANITAIRES.

Afin d'envisager la possibilité d'associer des actions de renforcement à nos actions humanitaires dans les systèmes de santé, nous devons évaluer le contexte et vérifier que plusieurs conditions sont réunies.

LA SITUATION SANITAIRE DE LA POPULATION

Le premier objectif d'une réponse sanitaire lors d'une crise humanitaire est de prévenir et de réduire la mortalité et la morbidité excessives. Dans un environnement où le taux brut de mortalité dépasse le seuil d'urgence aiguë, il convient de maintenir en priorité une approche humanitaire qui, tout en s'efforçant de contribuer par un soutien technique et financier au maintien des capacités, du fonctionnement et de l'accès aux services de santé du pays, ne doit pas détourner ses maigres ressources vers des objectifs à long terme.

Toutefois, une fois que la morbidité et la mortalité excessives se sont stabilisées, nous devons commencer à intégrer des éléments de renforcement permettant de surmonter les problèmes qui empêchent le rétablissement du système.

LA SITUATION DU SYSTEME DE SANTE

Dès que la disponibilité et la fonctionnalité du système de santé local commencent à se rétablir, il est possible d'envisager des actions visant à renforcer à long terme les éléments qui se stabilisent et se rétablissent. De plus, le fait de ne mettre en œuvre que des actions à court terme peut avoir des effets négatifs sur la gouvernance et la reconstruction d'un système de santé fragmenté. Lorsque l'aide humanitaire sera interrompue ou réduite, la fragilité du système de santé le rendra vulnérable à de nouveaux chocs et incapable de se rétablir complètement.

LA SITUATION DANS LE CONTEXTE D'INTERVENTION

Afin de pouvoir introduire des éléments de renforcement à long terme du système de santé qui s'intègrent à nos actions humanitaires, il doit exister un environnement propice. Cela signifie, au minimum, que :

- a) Il existe une volonté politique des autorités de renforcer le système de santé national et de recevoir un soutien extérieur.
- b) Le renforcement du soutien aux autorités et aux services publics n'entre pas en conflit avec nos principes humanitaires de neutralité et d'indépendance. Il est nécessaire de veiller à ce que nos actions ne nous amènent pas à prendre parti pour ou contre une partie impliquée dans les hostilités et ne nous obligent pas à nous soumettre aux pouvoirs politiques.
- c) Les actions de renforcement à long terme contribuent à répondre aux priorités identifiées par le cluster santé (ou d'autres mécanismes de coordination sectoriels) et aux objectifs fixés dans les plans d'intervention humanitaire.

LES OPPORTUNITES DE FINANCEMENT

Le renforcement à long terme des systèmes de santé doit être, au moins en partie, aligné sur les priorités des bailleurs de fonds potentiels, afin d'augmenter les chances de financement.

La plupart sont engagés dans le nexus humanitaire-développement-paix et soutiennent le renforcement des systèmes de santé. Par exemple, la DG ECHO recommande que les acteurs humanitaires identifient et saisissent

les opportunités de réduire la vulnérabilité à de futures crises sans compromettre les principes humanitaires, que les interventions de développement et de résilience soient anticipées dans les crises prolongées, et que les actions de santé soient intégrées aux services existants pour renforcer les capacités du système. Les bailleurs humanitaires valorisent souvent les actions qui renforcent les systèmes face aux chocs et réduisent durablement le besoin d'interventions d'urgence.

NOS CAPACITES

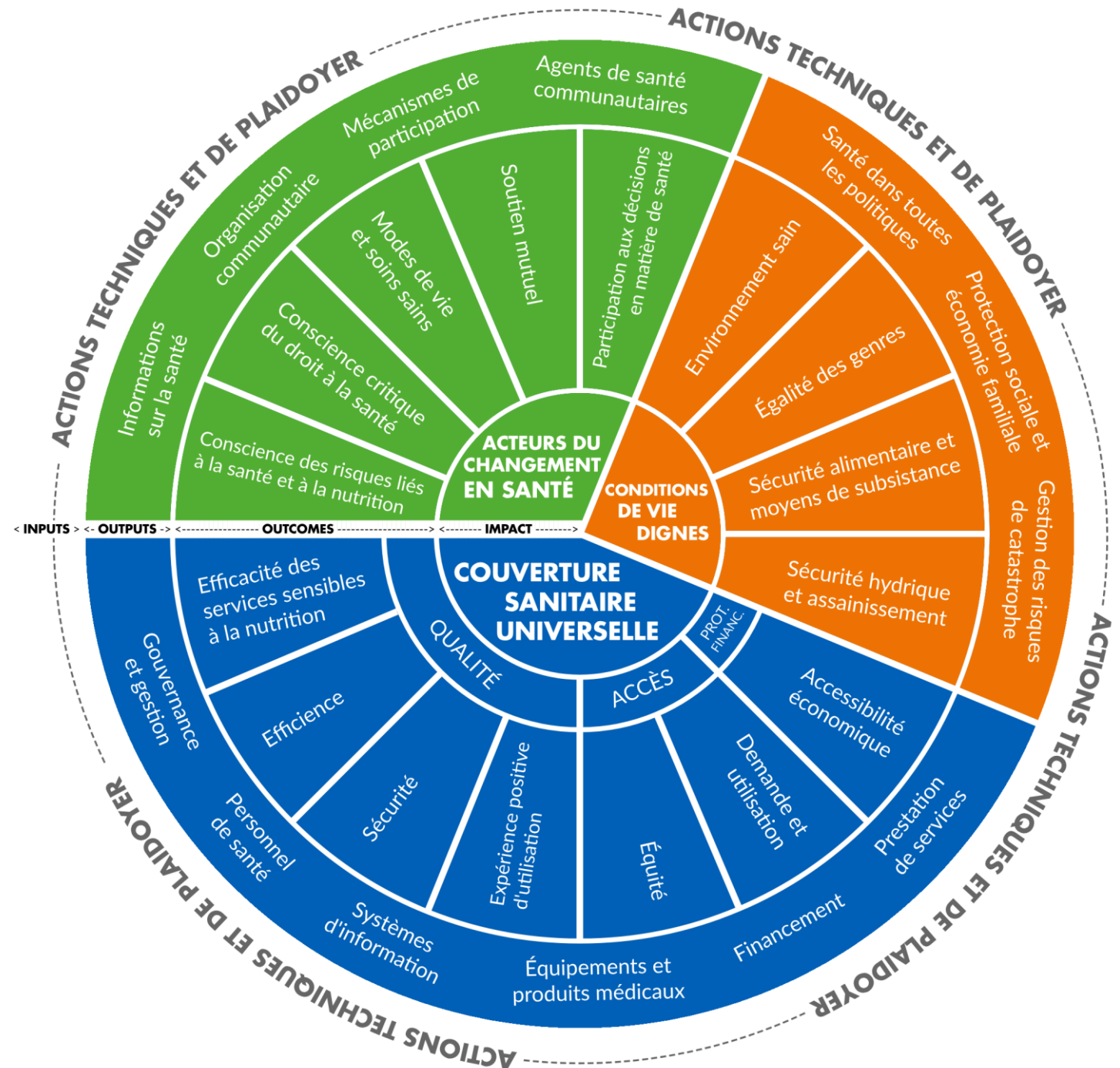
Pour aborder l'introduction de composantes de renforcement et de transformation dans nos interventions humanitaires ayant un impact sur les systèmes de santé, nous devons nous assurer de disposer : d'une bonne relation établie avec le ministère de la Santé et les autorités compétentes ; d'une connaissance adéquate du fonctionnement et des besoins du système de santé, de la situation des déterminants sociaux de la santé et du cadre réglementaire des politiques publiques pertinentes ; d'un personnel local compétent ayant une expérience de travail dans les services de santé publics et les communautés ; et la capacité de recruter du personnel spécialisé dans l'assistance technique et le plaidoyer pour le renforcement des systèmes de santé au moins au niveau du district.

L'étude du contexte nous permettra de réaliser une analyse qui facilitera la prise de décision quant à la manière d'aborder l'inclusion potentielle d'actions transformatrices pour le renforcement du système de santé, ou une éventuelle transition progressive vers une approche cohérente, en accord avec notre logique d'intervention.

C) NOTRE LOGIQUE D'INTERVENTION

Notre logique d'intervention repose essentiellement sur les résultats que nous recherchons lorsque nous intervenons dans un système de santé, à trois niveaux : a) Le premier niveau concerne la capacité du système de santé et de ses acteurs (OUTPUTS). c) Cette capacité, une fois renforcée, contribue à produire des changements (OUTCOMES) dans les comportements et les attitudes des personnes et de leurs communautés, dans les conditions physiques et environnementales du milieu où elles vivent, ainsi que dans la performance et la résilience des services de santé. c) Il en résulte une amélioration durable (IMPACT) de nos trois objectifs et de la santé des personnes.

Le cadre opérationnel détaille les actions qui, selon le contexte, contribuent à produire ces résultats, ainsi que la manière de caractériser et de suivre chacune de ces dimensions (OUTPUTS et OUTCOMES).



► OBJECTIF 1 : ACTEURS DU CHANGEMENT EN SANTÉ

OUTPUTS :

Informations sur la santé. Les personnes ont un accès élargi à des informations de qualité sur la santé et le bien-être, les déterminants sociaux, l'organisation du système de santé, les services disponibles, les mythes, les croyances et les pratiques saines.

Organisation communautaire. La communauté renforce ses systèmes de collaboration, avec des groupes de femmes, de jeunes et des associations locales qui deviennent des acteurs clés pour promouvoir la santé, des normes sociales et des rôles de genre sains, ainsi que la cohésion sociale.

Mécanismes de participation. Les personnes peuvent exprimer leur droit à la santé et participent à la collecte et au suivi des plaintes et des demandes ou à des mécanismes formels de concertation en matière de santé, tels que des comités ou des forums de consultation citoyenne.

Agents de santé communautaires. Les communautés disposent de personnes formées, reconnues, motivées et engagées, qui dirigent la promotion de la santé, la surveillance épidémiologique et la gestion

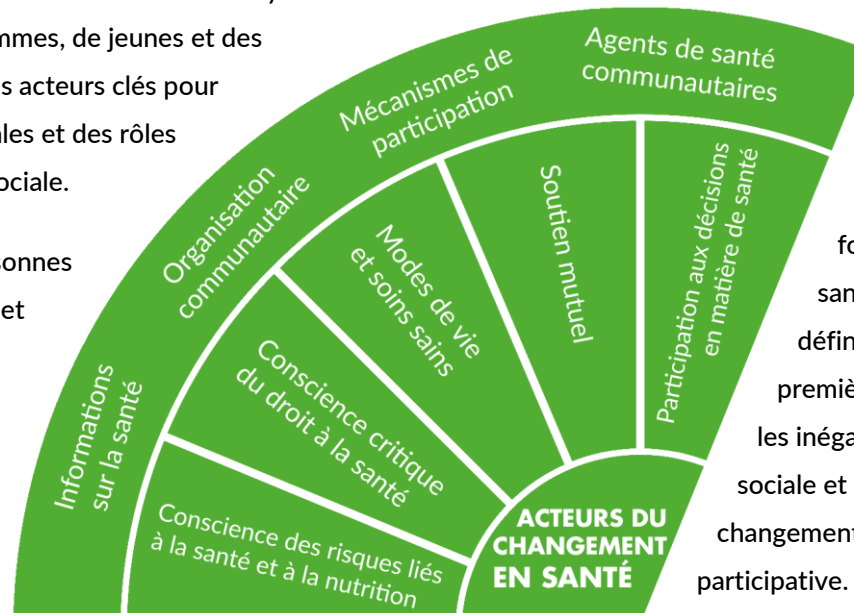
(identification, traitement de base et orientation) des problèmes et des besoins clés en matière de santé.

OUTCOMES :

Conscience des risques liés à la santé et à la nutrition. Les personnes ont une connaissance suffisante de leurs propres besoins en matière de santé et de ceux des autres membres de leur famille et de leur communauté, ainsi que des facteurs qui peuvent les mettre en danger, notamment les aspects liés à la nutrition, à la santé reproductive et sexuelle, à la santé maternelle, à la santé infantile, à la santé mentale et à l'hygiène.

Conscience critique du droit à la santé. Les personnes connaissent les aspects fondamentaux de leurs droits en matière de santé et de prestation de soins, tels qu'ils sont définis dans les politiques publiques. Il s'agit là d'une première étape pour pouvoir reconnaître les injustices, les inégalités et les lacunes des systèmes de protection sociale et de santé, ainsi que pour pouvoir exiger des changements et des améliorations de manière active et participative.

Modes de vie et soins sains. Les personnes peuvent choisir en toute conscience et sans entrave des comportements, des pratiques et des attitudes sains pendant l'adolescence, la grossesse, l'accouchement et la période post-partum, ainsi que pendant l'éducation des enfants, avec une



parentalité respectueuse qui inclut un soutien émotionnel, une bonne hygiène, une alimentation adéquate et des soins appropriés en général.

Soutien mutuel. Les membres de la communauté (y compris les agents de santé) créent et entretiennent des réseaux de soutien social, une culture de solidarité, des efforts collectifs pour le bien commun (tels que la protection contre les épidémies), un système communautaire de protection des personnes les plus vulnérables, et même des initiatives de mutualisation des fonds et des risques sanitaires, telles que les assurances santé communautaires.

Participation aux décisions en matière de santé. Les mécanismes existants doivent garantir une représentation équitable et effective des hommes, des femmes, des enfants et des groupes ayant des besoins particuliers (y compris les personnes handicapées, les minorités, les LGTBIQ+ et les migrants, entre autres) dans les décisions prises concernant l'élaboration des politiques de santé, le système de santé et l'accès aux ressources.

► OBJECTIF 2 : COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

OUTPUTS :

Gouvernance et gestion. Une bonne gouvernance s'appuie sur des cadres stratégiques et des réglementations solides pour la prestation des services de santé et les fonctions de santé publique, ainsi que sur des mécanismes favorisant la participation communautaire, la responsabilité et la transparence. Elle dispose également de systèmes et de procédures

permettant de gérer les ressources disponibles, d'organiser la prestation des services, de contrôler les performances et de les améliorer.

Personnel de santé. Le personnel de santé, y compris les agents de santé communautaires, doit être suffisant et bien réparti, mais aussi bien rémunéré, préparé à l'exercice de ses fonctions, suffisamment soutenu sur le plan technique et émotionnel, satisfait, motivé et ayant la possibilité de participer à l'amélioration du fonctionnement du système.

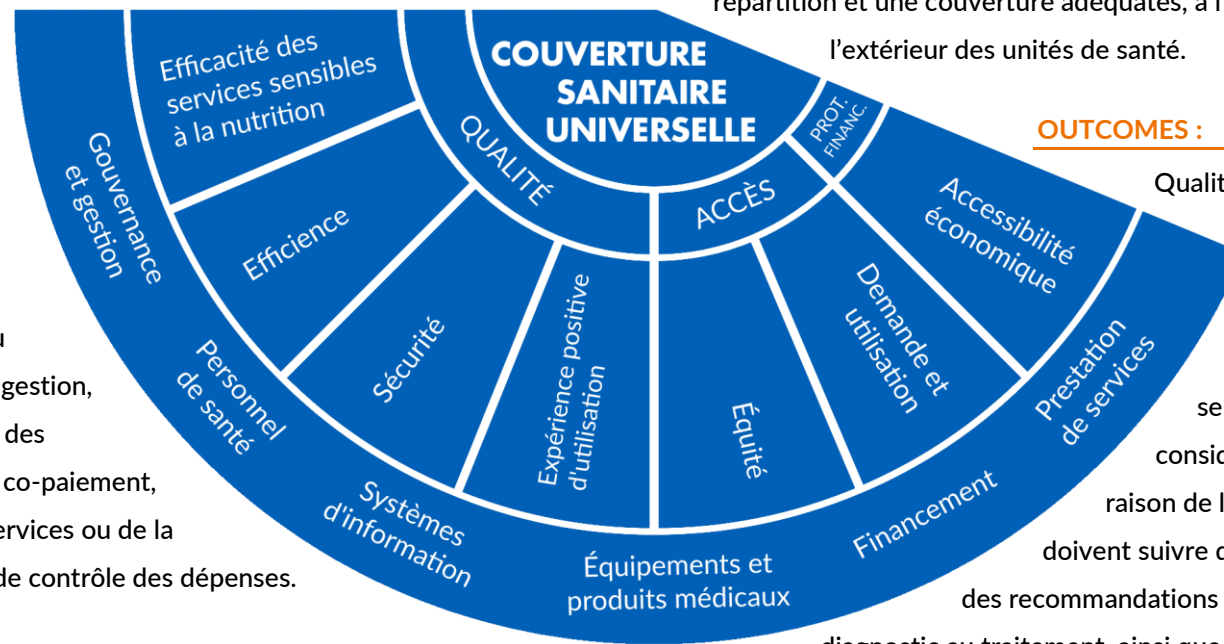
Systèmes d'information. Certaines fonctions clés du système de santé dépendent d'une surveillance épidémiologique (au sein de la communauté et des unités de santé) et des risques adéquate, en coordination avec la surveillance et le contrôle de la santé animale et environnementale, ainsi que d'une bonne utilisation des outils (numériques ou non) pour l'enregistrement, la communication et l'analyse des données.

Équipements et produits médicaux. Le bon fonctionnement des services de santé dépend en grande partie de la mise en place et de l'entretien d'infrastructures et d'équipements non médicaux (électricité - durable si possible -, eau, assainissement, répartition des salles et des chambres avec intimité, communications, technologies numériques, transport et équipements de protection), ainsi que d'une gestion adéquate des produits médicaux tels que les médicaments essentiels, les fournitures jetables, les équipements médicaux et le matériel anthropométrique, depuis leur acquisition jusqu'à leur stockage, leur distribution et la gestion des déchets.

Financement. L'accès équitable aux services de santé dépend de manière significative des dépenses directes à la charge des patients, des sources de financement et des investissements publics, du budget disponible et de sa gestion, des modalités d'assurance, des systèmes de gratuité et de co-paiement, de l'achat stratégique de services ou de la mise en place de mesures de contrôle des dépenses.

Prestation de services. Le système doit être conçu pour que les services aient la capacité de répondre aux besoins de santé de toute la population (avec des éléments clés tels que la nutrition, la planification familiale, les soins prénatals, l'assistance à l'accouchement et en post-partum, les soins néonataux, la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë, la promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, les soins préventifs et curatifs pour les enfants incluant la vaccination, la prise en charge des violences basées sur le genre, la santé des adultes, la santé mentale, la promotion de la santé, la surveillance épidémiologique, les références et les orientations), de manière intégrée et sectorisée (empanelment), adaptée aux variations climatiques, saisonnières et démographiques, fondée sur les soins de santé primaires, et avec une

répartition et une couverture adéquates, à l'intérieur comme à l'extérieur des unités de santé.



OUTCOMES :

Qualité, grâce à :

- a) L'efficacité des services de santé sensibles à la nutrition. Les services que nous considérons comme essentiels en raison de leur sensibilité à la nutrition doivent suivre des protocoles cliniques et des recommandations fondés sur des preuves, du diagnostic au traitement, ainsi que la transversalisation des aspects liés au genre et à la santé mentale.

b) Efficience. Les services et le personnel qui les fournit doivent être disponibles conformément à la planification convenue, en faisant un usage rationnel des produits médicaux et autres ressources afin de garantir au mieux la viabilité financière (ce qui est particulièrement important dans les modèles basés sur le recouvrement décentralisé des coûts).

c) Sécurité. Les services doivent respecter les normes en matière de prévention et de contrôle des infections, de vie privée et de confidentialité, et intégrer les principes fondamentaux de protection (*ne pas nuire*).

d) Expérience positive d'utilisation. Une approche centrée sur les personnes vise à satisfaire les titulaires de droits. Cela nécessite de garantir l'acceptabilité culturelle et sociale des services (par exemple, traitement personnalisé, délais d'attente, respect de la dignité des personnes dans la prise de décisions concernant leur santé) et la confiance dans les prestataires et les autorités (par exemple, communication claire des informations, cohérence dans les décisions, résolution des problèmes), ainsi qu'une utilisation efficace des mécanismes existants pour formuler des plaintes et des recommandations.

Accès, par le biais de :

a) L'équité. Le système doit garantir l'absence de discrimination fondée sur le sexe, l'âge, l'origine ethnique, les croyances, les revenus, l'assurance ou le lieu de résidence et l'origine dans la prestation des services ou la possibilité d'adhérer à des régimes d'assurance maladie, et reconnaître de manière pratique leur droit aux soins de santé. Il est nécessaire d'éliminer les obstacles à l'accès aux services de santé et à la prestation de services à la population.

b) Demande et utilisation. Il ne suffit pas que les services soient disponibles ou théoriquement accessibles. Il s'agit là de moyens permettant d'accroître la demande et l'utilisation des services de santé qui répondent aux problèmes de santé et aux besoins des personnes. Cela se reflète dans le nombre de consultations ambulatoires, le comportement en matière de recherche de soins médicaux ou l'expérience des titulaires de droits qui surmontent les obstacles ou tirent parti des facilitateurs pour utiliser ces services.

Protection financière contre les dépenses de santé, grâce à l'accessibilité économique. L'accès aux services de santé est largement déterminé par les coûts directs (paiements directs et copaiements) et indirects (transport, soins aux personnes dépendantes, paiements pour des services et produits médicaux couverts mais non disponibles, paiements informels ou illégaux aux prestataires de soins de santé). Le système doit offrir des soins de santé abordables pour les familles, tant en termes de volume (coûts subventionnés) que de mode de paiement (prépaiement et assurances maladie durables et accessibles).

► OBJECTIF 3 : CONDITIONS DE VIE DIGNES

OUTPUTS :

La santé dans toutes les politiques. La santé ne dépend pas uniquement des soins médicaux. Les politiques publiques (logement, commerce, fiscalité, protection sociale, alimentation, éducation, transport, eau, environnement, etc.) influencent fortement les déterminants de santé, les obstacles aux habitudes saines et les résultats sanitaires. Elles doivent donc être conçues en tenant compte de leurs impacts sur la santé et éviter les effets négatifs. Pour cela, il faut des mécanismes de participation et de redevabilité avec la société civile, ainsi que des plans de mise en œuvre dotés de ressources adéquates.

Protection sociale et économie familiale. La protection sociale s'articule autour de normes et de lois, de plans de prestations sociales et de services publics de base. Elle contribue à protéger les personnes contre les risques auxquels elles sont confrontées tout au long de leur vie et ceux liés à leurs

moyens de subsistance, en luttant contre la pauvreté et en garantissant l'accès universel aux services essentiels et l'exercice de leurs droits¹⁸.

Gestion des risques de catastrophe. L'existence de stratégies et de plans de prévention et de gestion des risques de catastrophes naturelles et de conflits armés, assortis d'une allocation adéquate des ressources, est essentielle pour atténuer l'impact de ces catastrophes sur les risques épidémiques, les vies et les ressources des personnes et de leurs communautés.

OUTCOMES :

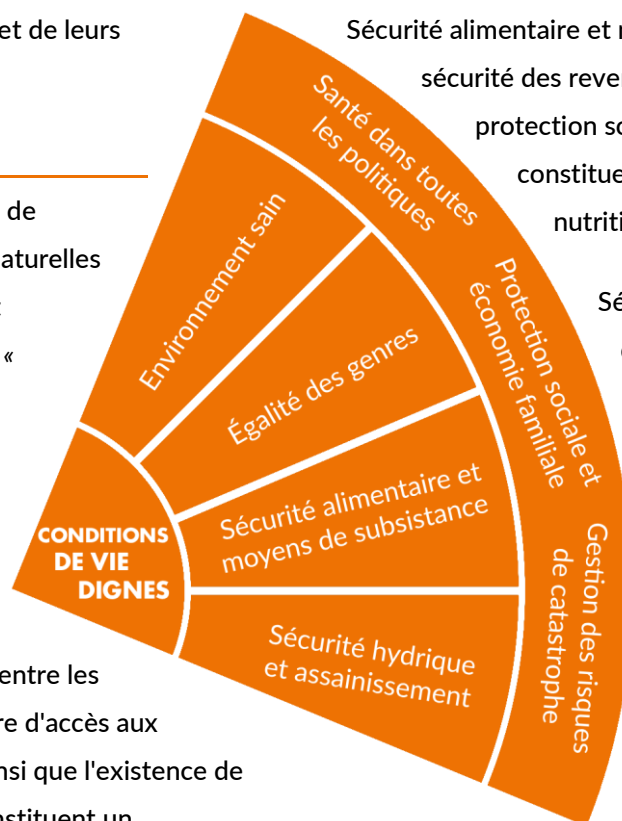
Un environnement sain. La lutte contre la dégradation de l'environnement, la gestion adéquate des ressources naturelles et la régénération durable des systèmes agricoles sont essentielles pour la santé (conçue selon une approche « *One Health* » dans laquelle la santé humaine, la santé animale et la santé des écosystèmes sont interconnectées) et ses déterminants, tels que la sécurité alimentaire, la durabilité du développement socio-économique et même la paix.

Égalité des genres. L'égalité des droits et des chances entre les femmes, les hommes, les filles et les garçons en matière d'accès aux moyens de subsistance, à l'éducation et au pouvoir, ainsi que l'existence de politiques et de mesures contre la violence sexiste constituent un

déterminant clé de la santé et du bien-être de toutes les personnes et de leurs communautés. En outre, il est essentiel d'adopter une approche intersectionnelle et de reconnaître que le genre interagit avec d'autres déterminants sociaux de la santé, tels que la situation socio-économique, l'âge, l'origine ethnique, le handicap et l'orientation sexuelle, en renforçant ou en atténuant leurs effets sur la santé.

Sécurité alimentaire et moyens de subsistance. La sécurité alimentaire et la sécurité des revenus, grâce à l'emploi, à l'entrepreneuriat, à la protection sociale (y compris les transferts monétaires), constituent un déterminant clé de l'alimentation, de la nutrition, des soins, de la santé et de l'accès aux services.

Sécurité hydrique et assainissement. Le manque d'accès à des sources d'eau potable sûres et à des installations sanitaires sûres dans les foyers, les communautés et les établissements publics, avec une gestion adéquate, est un facteur déterminant dans la propagation des maladies d'origine hydrique, cutanées et vectorielles, entre autres, et une cause fondamentale de malnutrition et de morbidité et mortalité.



¹⁸ Ceci s'inscrit dans le cadre d'Action contre la Faim, 2021. Plan de protection sociale 2021-2025, document qui définit notre conception de la protection sociale chez Action contre la Faim et la manière dont nous encadrons, sous son égide, la couverture sanitaire universelle.

2. CADRE OPERATIONNEL

POUR LE RENFORCEMENT DES SYSTEMES DE SANTE

Le cadre opérationnel traduit les principes, les approches et la logique d'intervention définis dans le cadre conceptuel en un ensemble d'actions et de possibilités de suivi.

Il facilite ainsi la mise en œuvre efficace d'interventions qui contribuent au renforcement des systèmes de santé dans divers contextes, en particulier dans les crises humanitaires prolongées, lors de la transition entre la phase post-urgence et le rétablissement des capacités du système de santé.

A) ACTIONS TECHNIQUES ET DE PLAIDOYER.....	21
B) SUIVI, EVALUATION ET APPRENTISSAGE.....	33

A) ACTIONS TECHNIQUES ET DE PLAIDOYER

Ce cadre opérationnel propose une logique d'intervention générale, adaptable à chaque contexte. En fonction des besoins de la population, du contexte général d'intervention, des capacités du système lui-même, ainsi que de nos moyens et possibilités, nous pouvons aborder le renforcement du système de santé en utilisant différentes actions parmi celles dont nous disposons, afin d'obtenir certains *OUTPUTS*.

► OBJECTIF 1 : ACTEURS DU CHANGEMENT EN SANTÉ

OUTPUTS	Informations sur la santé
	Organisation communautaire
	Mécanismes de participation
	Agents de santé communautaires

ACTIONS D'INFORMATION SUR LA SANTÉ

Nous pouvons mettre en œuvre des actions¹⁹ techniques²⁰ et de plaidoyer dans le cadre d'interventions humanitaires ayant un effet positif sur les systèmes de santé²¹ :

- Enquête quantitative de base sur les connaissances, les attitudes et les pratiques en matière de priorités de santé publique, tenant compte des besoins des hommes, des garçons, des femmes et des filles²².
- Communication générale à l'aide d'affiches, de brochures et de courts messages vidéo ou audio sur des thèmes clés de santé publique et de nutrition, y compris des informations sur les services de santé disponibles.
- Communication ciblée sur les risques et les recommandations en matière de santé publique et de nutrition à l'intention des personnes très vulnérables, grâce à une recherche active au sein de la communauté.

¹⁹ Ni pour ce *OUTPUT* ni pour aucun autre, les actions considérées comme fondamentales pour l'évaluation des besoins et l'identification des interventions ne sont incluses.

²⁰ Lorsque nous parlons d'actions techniques, nous faisons généralement référence à un soutien technique (par exemple, l'assistance technique de personnel spécialisé), logistique (par exemple, la mobilisation de véhicules ou la mise à disposition d'entrepôts) ou financier (contribution à un fonds pour un programme ou couverture du coût de services sélectionnés).

²¹ Toutes les actions humanitaires ayant un effet positif sur les systèmes de santé, pour tous les *résultats*, doivent être menées, dans la mesure du possible, en collaboration avec les autorités sanitaires de district et les organisations locales de la société civile travaillant dans le domaine de la santé, en cherchant à générer des capacités et des résultats qui perdurent dans la communauté et le système de santé après la fin des activités.

²² Les enquêtes et autres études menées dans des contextes d'action humanitaire peuvent avoir un effet positif sur les systèmes de santé si les autorités et les organisations locales sont impliquées dans leur conception et leur mise en œuvre, ou si les résultats leur sont communiqués, avec une analyse conjointe des mesures de réponse.

- Distribution de kits de base pour la promotion de l'hygiène et de la santé personnelle et familiale²³. Par exemple, des kits d'hygiène infantile ou des kits d'hygiène menstruelle.

Lorsque cela est pertinent, faisable et responsable, nous devons intégrer des actions techniques et de plaidoyer transformatrices pour renforcer le système de santé :

- Études qualitatives et recherche-action participative sur les priorités de santé publique, pour des approches visant à modifier les comportements.
- Aide en espèces et sous forme de coupons conditionnée à la fréquentation des services de santé préventifs (tels que les soins prénataux) afin d'encourager ces pratiques dans les contextes où il n'existe pas d'obstacles significatifs à l'accès.
- Communication ciblée, répétée et complète à des groupes de population segmentés, avec des messages numériques périodiques, des sessions de groupe ou des réunions ponctuelles et périodiques de groupe. Par exemple, programmation dans les centres publics de « cours de préparation à l'accouchement » ou programmation de rappels du calendrier vaccinal des enfants.

- Soutien aux programmes de promotion de la santé à l'école.
- Promotion de l'allaitement maternel et d'une alimentation et de soins appropriés pour les nourrissons et les jeunes enfants.

ACTIONS POUR L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

Nous pouvons mettre en œuvre des actions techniques et de plaidoyer dans le cadre d'interventions humanitaires ayant un effet positif sur les systèmes de santé :

- Campagnes de mobilisation communautaire pour la réponse et le contrôle des épidémies.
- Actions de sensibilisation, de promotion de la santé et de mobilisation communautaire avec les leaders communautaires et religieux, et dans les lieux de rencontre communautaires.

Lorsque cela est pertinent, viable et responsable, nous devons intégrer des actions techniques et de plaidoyer transformatrices pour renforcer le système de santé :

- Promotion, création et maintien de groupes de soutien entre pairs, en présentiel ou en ligne, sur la promotion de la santé. Par exemple, des groupes en présentiel d'adolescents et de jeunes adultes (sur les droits et la santé sexuelle et reproductive), ou des

²³ La distribution de kits ou d'autres biens (y compris du matériel de communication) dans des contextes humanitaires peut avoir un effet positif sur les systèmes de santé si leur contenu est conçu avec la participation de la communauté et si les autorités locales et les organisations locales sont impliquées dans leur conception et leur distribution, ce qui leur donne une visibilité permettant d'améliorer leur acceptation et la confiance du public.

groupes via messagerie numérique pour soutenir l'allaitement et les soins aux enfants, entre autres.

- Participation d'experts à des groupes de soutien entre pairs afin de clarifier les doutes, de réfuter les mythes qui peuvent causer du tort et d'identifier les cas nécessitant un soutien individuel externe.
- Promotion d'activités génératrices de revenus au niveau communautaire pour soutenir les programmes de santé communautaire.
- Appui technique et financier aux organisations sociales de base qui promeuvent la santé et défendent le droit à la santé.
- Promotion d'espaces de dialogue nouveaux ou existants au sein de la communauté où il est possible de discuter des problèmes de santé, du droit à la santé, de l'accès aux services de santé ou des politiques publiques en matière de santé.

ACTIONS EN FAVEUR DES MECANISMES DE PARTICIPATION

Nous pouvons mettre en œuvre des actions techniques et de plaidoyer dans le cadre d'interventions humanitaires ayant un effet positif sur les systèmes de santé :

- Création ou soutien de systèmes de collecte de commentaires et de plaintes concernant la qualité, le traitement et l'acceptabilité des services de santé disponibles.

- Soutien aux comités de santé rurale et aux comités de gestion des centres de santé, ainsi qu'à leurs canaux de communication avec les autorités sanitaires infranationales.

Lorsque cela est pertinent, viable et responsable, nous devons intégrer des actions techniques et de plaidoyer transformatrices pour renforcer le système de santé :

- Analyse et évaluation de l'expérience d'utilisation et recommandations pour l'amélioration des services de santé destinés aux utilisateurs, à l'aide de méthodes qualitatives et de la collecte de témoignages de patients.
- Promotion d'espaces de dialogue et de consultation citoyenne pour l'évaluation participative des services de santé et pour l'élaboration et la révision des politiques publiques de santé et des plans d'action.
- Renforcement des capacités des organisations sociales de base qui participent aux consultations et aux espaces d'analyse et de conception des politiques publiques de santé.
- Soutien aux mouvements et collectifs de la société civile dans la revendication d'engagements envers des objectifs sous-nationaux, nationaux et mondiaux en matière de santé et de nutrition.
- Organiser des sessions communautaires et des ateliers participatifs pour renforcer les capacités de leadership des personnes sous-représentées dans les sphères du pouvoir.

ACTIONS POUR LES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES

Nous pouvons mettre en œuvre des actions **techniques** et de **plaidoyer** dans le cadre d'interventions humanitaires ayant un effet positif sur les systèmes de santé :

- Identification et sélection d'agents de santé communautaires²⁴.
- Formation de base en promotion de la santé, de l'hygiène et de la nutrition des agents de santé communautaires.
- Formation des agents de santé communautaires à la prise en charge de la malnutrition aiguë, des maladies infantiles courantes, au suivi du bien-être des femmes enceintes, aux conseils personnalisés sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, ou à la surveillance communautaire des risques épidémiologiques et de santé publique.
- Mobilisation des agents de santé communautaires grâce à des programmes structurés comprenant la planification des activités, la fourniture de ressources et d'équipements, la mise en place de mesures incitatives, la supervision des performances et le suivi.

Lorsque cela est pertinent, faisable et responsable, nous devons intégrer des actions **techniques** et de **plaidoyer** transformatrices pour renforcer le système de santé :

- Développement et amélioration de la supervision des agents de santé communautaires par les responsables de district.
- Intégration, sous l'égide du ministère de la Santé et des autorités infranationales, des agents de santé communautaires travaillant avec différentes organisations indépendantes, avec des mécanismes de coordination pour l'harmonisation des programmes.
- Recherche et apprentissage liés à l'évaluation des expériences pilotes de mobilisation des agents de santé communautaires pour la prise en charge de la malnutrition aiguë ou d'autres actions innovantes.
- Évaluation de la stratégie de santé communautaire ou du programme des agents de santé communautaires au niveau du district ou au niveau national et identification des améliorations, recommandations et orientations pour sa mise en œuvre.
- Évaluation de la politique nationale de santé communautaire et identification de recommandations fondées sur des données probantes pour l'inclusion de la reconnaissance formelle et du soutien financier public des agents de santé communautaires.
- Promotion d'espaces de dialogue, dynamisation des alliances et rédaction de rapports afin d'encourager les autorités à élaborer des

²⁴ Cette action peut avoir un effet positif sur le système de santé si elle est développée en collaboration avec les autorités sanitaires, en intégrant dès le début les agents de santé communautaires dans les programmes publics de santé communautaire, ou en planifiant leur intégration future lorsque les autorités auront la capacité suffisante pour le faire.

plans opérationnels de mise en œuvre de leurs politiques et programmes d'agents de santé communautaires, avec l'allocation budgétaire nationale et infranationale correspondante.

- Promotion et soutien à la création d'associations d'agents de santé communautaires qui défendent leurs droits du travail, leur reconnaissance institutionnelle et leur participation aux processus décisionnels.

► OBJECTIF 2 : COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

OUTPUTS	Gouvernance et gestion
	Personnel de santé
	Systèmes d'information
	Équipements et produits médicaux
	Financement
	Prestation de services

ACTIONS EN MATIÈRE DE GOUVERNANCE ET DE GESTION

Nous pouvons mettre en œuvre des actions techniques et de plaidoyer dans le cadre d'interventions humanitaires ayant un effet positif sur les systèmes de santé :

- Élaboration d'accords de collaboration et de mécanismes de coordination avec les autorités régionales et les centres de santé (dans lesquels les femmes sont représentées de manière adéquate) pour la mise en œuvre d'actions de soutien²⁵.
- Soutien aux comités de gestion des centres de santé.

Lorsque cela est pertinent, viable et responsable, nous devons intégrer des actions techniques et de plaidoyer transformatrices pour renforcer le système de santé :

- Élaboration et mise en œuvre, en collaboration avec les autorités, de plans d'urgence et de gestion des crises de santé publique.
- Élaboration de programmes de formation et de soutien au personnel administratif et de gestion des autorités sanitaires infranationales et des centres de santé.
- Soutien à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques, d'espaces et de mécanismes pour la coordination publique des organisations indépendantes travaillant dans le domaine de la santé et des prestataires privés de services de santé.

²⁵ Pour un effet positif accru sur le système de santé, ces mécanismes peuvent envisager non seulement les plans d'action et les droits et responsabilités de chaque partie dans la mise en œuvre des activités, mais aussi les aspects liés au suivi, à la transition vers une stratégie de sortie et à une évaluation permettant de tirer des enseignements.

- Développement, en collaboration avec les autorités sanitaires régionales, d'exercices conjoints de diagnostic et de planification²⁶.
- Soutien aux plans de décentralisation régionale et de district des compétences en matière de santé.
- Soutien aux évaluations des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs sous-nationaux, nationaux et mondiaux en matière de santé et de nutrition, avec identification des mesures correctives.
- Soutien aux exercices de transparence et de responsabilité des autorités sanitaires.
- Création d'espaces de participation citoyenne et communautaire pour l'évaluation des besoins et l'analyse des défis du système de santé, ainsi que des progrès en matière de santé et de nutrition.
- Supervision, accompagnement direct et formation en cours d'emploi du personnel de santé.
- Paiement des salaires, des compléments de salaire et des primes liées à la performance (ou à la prestation de services sélectionnés) au personnel de santé.
- Soutien psychosocial et en santé mentale au personnel de santé.
- Actions de plaidoyer contre les attaques visant le personnel de santé.

Lorsque cela est pertinent, faisable et responsable, nous devons intégrer des actions techniques et de plaidoyer transformatrices pour renforcer le système de santé :

- Formation courte (moins d'une semaine) aux compétences en communication, aux soins de santé humanisés (et au traitement respectueux) et à la promotion de la santé.
- Formation courte (moins d'une semaine) sur la sécurité des patients et les mesures de prévention de la transmission des infections dans les environnements de soins de santé.
- Communication ciblée à l'aide d'outils numériques destinés aux prestataires de soins de santé, avec des messages clés et des

ACTIONS DESTINÉES AU PERSONNEL DE SANTÉ

Nous pouvons mettre en œuvre des actions techniques et de plaidoyer dans le cadre d'interventions humanitaires ayant un effet positif sur les systèmes de santé :

- Formation courte (moins d'une semaine) du personnel de santé et non sanitaire des services de santé sur des thèmes prioritaires.

²⁶ Nous disposons pour cela du *guide Action Against Hunger, 2017. Health System Strengthening Guide: From Diagnosis to Planning*, qui propose une méthodologie pour des exercices d'une durée de plusieurs semaines ou mois.

rappels sur les protocoles de soins de santé et les recommandations des guides cliniques.

- Évaluation de la satisfaction du personnel de santé et promotion et mise en œuvre de mesures visant à améliorer le bien-être au travail.
- Élaboration et mise en œuvre de politiques visant à respecter et à protéger les droits du personnel de santé (y compris les agents de santé communautaires).
- Développement et amélioration des outils et procédures de gestion des ressources humaines, y compris les termes de référence du personnel, les processus de sélection, l'intégration du personnel à de nouveaux postes, les évaluations périodiques des performances, les programmes de promotion interne et le développement de carrière, entre autres.
- Élaboration ou mise à jour de programmes de formation agréés et de programmes d'études pour le personnel du système de santé.
- Développement de programmes d'accréditation du personnel du système de santé.
- Soutien à la création et au maintien de mécanismes de collaboration et de coordination entre les agents de santé

communautaires et le personnel de santé des unités de santé et des autorités infranationales²⁷.

ACTIONS EN FAVEUR DES SYSTÈMES D'INFORMATION

Nous pouvons mettre en œuvre des actions techniques et de plaidoyer dans le cadre d'interventions humanitaires ayant un effet positif sur les systèmes de santé :

- Soutien à la collecte de données de routine dans les centres de santé et par des équipes mobiles, et à leur communication aux autorités sanitaires.
- Enquêtes SMART et enquêtes sur la couverture des services de santé et de nutrition.
- Soutien aux systèmes d'alerte précoce pour la détection d'événements potentiels et la gestion des alertes et des réponses de santé publique.

Lorsque cela est pertinent, faisable et responsable, nous devons intégrer des actions techniques et de plaidoyer transformatrices pour renforcer le système de santé :

- Soutien à la numérisation des systèmes d'information sur la santé et au développement ou à la mise en œuvre d'autres outils

²⁷ Parfois, lors de crises humanitaires plus ou moins longues, certains membres du personnel ont été formés par des organisations indépendantes ou ont acquis une expérience professionnelle qui peut ne pas être reconnue par le système de santé qui existait avant la crise.

numériques (tels que ceux utilisés pour aider les prestataires de services de santé à prendre des décisions).

- Soutien aux systèmes de surveillance épidémiologique, d'enquête sur les épidémies et de recherche de cas.
- Soutien aux autorités sanitaires et au personnel de gestion des centres de santé dans le cadre d'exercices d'analyse périodique des données collectées par le système d'information sanitaire et d'analyse ponctuelle d'enquêtes et d'évaluations spéciales, afin d'identifier les priorités, les problèmes et les solutions.

ACTIONS EN MATIÈRE D'ÉQUIPEMENTS ET DE PRODUITS MÉDICAUX²⁸

Nous pouvons mettre en œuvre des actions techniques et de plaidoyer dans le cadre d'interventions humanitaires ayant un effet positif sur les systèmes de santé :

- Approvisionnement²⁹ en équipements médicaux, fournitures médicales et médicaments³⁰ pour les équipes mobiles, les unités de santé, les véhicules de transport de patients et les agents de santé communautaires³¹.

- Aménagement et équipement des pharmacies des districts sanitaires, des unités de santé et des équipes mobiles soutenues par l'approvisionnement.
- Contrôle des stocks de produits médicaux.

Lorsque cela est pertinent, faisable et responsable, nous devons intégrer des actions techniques et de plaidoyer transformatrices pour renforcer le système de santé :

- Formation et supervision en matière de gestion des produits médicaux dans les entrepôts et les pharmacies des districts, des unités de santé et des équipes mobiles.
- Élaboration et mise en œuvre de stratégies, de systèmes, de guides et de procédures pour l'acquisition, le stockage, la distribution, le suivi et la gestion générale des produits médicaux.
- Élaboration et mise en œuvre de plans de formation et de systèmes de suivi de la prescription rationnelle des médicaments.
- Élaboration et mise en œuvre de stratégies et de plans visant à réduire les déchets médicaux et leur impact sur l'environnement.

²⁸ Dans la catégorie des produits médicaux, nous incluons les aliments destinés à des fins médicales spéciales (tels que les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi).

²⁹ Conformément à la *procédure opérationnelle standard d'Action contre la Faim pour l'approvisionnement en produits médicaux*.

³⁰ Dans de rares cas, nous pouvons fournir des vaccins, bien que ces produits soient généralement fournis directement par le ministère de la Santé ou l'UNICEF.

³¹ En général, notre travail se concentre sur les services de santé communautaires et les soins primaires, limitant l'équipement des hôpitaux et des centres de niveau secondaire et tertiaire à certains services de réhabilitation nutritionnelle et de prise en charge de la malnutrition infantile aiguë avec complications, conformément à *Action contre la Faim, 2022. Services de santé sensibles à la nutrition et produits médicaux connexes* et avec la *liste standard des produits médicaux d'Action contre la faim*.

- Plaidoyer en faveur de l'élaboration, de l'amélioration et de la mise en œuvre de politiques et de plans d'action pour l'accès aux médicaments et l'investissement public efficace dans les produits médicaux.
- Plaidoyer en faveur de l'inclusion de certains produits dans les listes nationales de médicaments essentiels.
- Soutien aux autorités nationales de réglementation des produits médicaux dans le contrôle de leur fabrication, de leur vente et de leur distribution.

ACTIONS DE FINANCEMENT

Nous pouvons mettre en œuvre des actions techniques et de plaidoyer dans le cadre d'interventions humanitaires ayant un effet positif sur les systèmes de santé :

- Intégration des personnes vulnérables et des réfugiés dans les régimes publics et communautaires d'assurance maladie existants.
- Contribution au paiement ou au remboursement des coûts liés à la prestation de services de santé prioritaires, afin de garantir la gratuité de ces services (ou le co-paiement le plus faible possible).
- Aide sous forme de transferts monétaires inconditionnels (en espèces) et de coupons, limités à des services (tels que les soins d'accouchement ou le transport d'urgence des patients) ou à des biens spécifiques (tels que des moustiquaires) ou avec une

approche polyvalente pour la couverture des coûts indirects des soins de santé.

Lorsque cela est pertinent, faisable et responsable, nous devons intégrer des actions techniques et de plaidoyer transformatrices pour renforcer le système de santé :

- Évaluations du rapport coût-efficacité des interventions sanitaires ou des modèles innovants de prestation de services, et évaluations de l'impact socio-économique des problèmes de santé et des épidémies.
- Mise en place de modèles de financement ou d'incitation des prestataires de services de santé liés à la performance, qui génèrent des incitations positives pour l'augmentation de la productivité et de la qualité des soins.
- Soutien à la création et au maintien de modèles d'assurance maladie communautaires.
- Promotion d'espaces de dialogue, dynamisation des alliances et rédaction de rapports visant à promouvoir l'augmentation de la quantité et de la qualité des investissements publics dans les services de santé et de nutrition.
- Plaidoyer en faveur d'une couverture sanitaire universelle reposant sur une gouvernance et des investissements publics solides, ainsi que sur des principes forts en matière de soins primaires et d'équité en santé.

- Soutien aux évaluations de l'espace fiscal et à l'analyse de modèles innovants de financement de la santé.

ACTIONS POUR LA PRESTATION DE SERVICES

Nous pouvons mettre en œuvre des actions techniques et de plaidoyer dans le cadre d'interventions humanitaires ayant un effet positif sur les systèmes de santé :

- Sélection et hiérarchisation d'un ensemble de services de santé essentiels à soutenir ou à fournir, qui intègrent des services nutritionnels essentiels.
- Organisation et déploiement d'équipes de santé mobiles pour desservir les populations qui n'ont pas accès en continu à des services de santé statiques³².
- Soutien aux autorités dans le développement de campagnes de vaccination, d'actions de prévention et de réponse aux épidémies, et d'autres campagnes de santé publique (telles que la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide).
- Soutien aux systèmes de référence et de contre-référence des patients.

- Études d'analyse des obstacles et des facilitateurs de l'accès et de l'utilisation des services de santé.
- Réhabilitation et entretien des infrastructures sanitaires essentielles endommagées ou en mauvais état, y compris les bâtiments, les accès, les véhicules, le mobilier, le réseau électrique, les infrastructures de communication ou les infrastructures d'eau et d'assainissement.
- Mise en place d'infrastructures temporaires pour la fourniture de services de santé essentiels jusqu'à ce que des infrastructures permanentes réhabilitées ou en bon état soient disponibles.

Lorsque cela est pertinent, faisable et responsable, nous devons intégrer des actions techniques et de plaidoyer transformatrices pour renforcer le système de santé :

- Élargissement de l'éventail des services de santé sensibles à la nutrition et spécifiques à la nutrition afin de couvrir tous les besoins des femmes, des hommes, des filles et des garçons.
- Élaboration de stratégies et de plans régionaux ou nationaux de communication des risques et de promotion de la santé dans les centres de santé et au sein de la communauté.

³² Cette action peut avoir un effet positif sur les systèmes de santé si elle est menée en coordination avec les autorités sanitaires dans le prolongement des services de santé publics existants, selon un modèle qui peut rester en place dans le cadre d'un plan d'urgence après la fin du projet.

- Mise en place de systèmes d'accréditation des prestataires de services de santé agréés.
- Soutien aux plans de développement et d'amélioration du réseau de services de santé.
- Soutien aux actions de certification des unités et des services de santé (par exemple, « hôpital ami des bébés »).

► OBJECTIF 3 : CONDITIONS DE VIE DIGNES

OUTPUTS	Santé dans toutes les politiques
	Protection sociale et économie familiale
	Gestion des risques de catastrophe

ACTIONS POUR LA SANTE DANS TOUTES LES POLITIQUES

Nous pouvons mettre en œuvre des actions techniques et de plaidoyer dans le cadre d'interventions humanitaires ayant un effet positif sur les systèmes de santé :

- Plaidoyer pour l'accès humanitaire aux populations dans le besoin et pour leur accès aux services de santé essentiels.

Lorsque cela est pertinent, viable et responsable, nous devons intégrer des actions techniques et de plaidoyer transformatrices pour renforcer le système de santé :

- Promotion d'espaces interministériels de coordination intersectorielle pour l'élaboration de politiques, de plans et de programmes de santé publique.
- Influence pour l'intégration de l'analyse de genre et d'une vision transformatrice du genre dans les politiques de multiples secteurs ayant un impact sur la santé publique (par exemple, pour la lutte contre la violence de genre, la promotion de la coresponsabilité dans les soins, l'amélioration de l'accès à l'eau et à l'énergie qui allègent la charge des femmes et des filles, ou la promotion de l'accès à l'éducation pour les femmes et les filles, entre autres).

ACTIONS EN FAVEUR DE LA PROTECTION SOCIALE ET DE L'ECONOMIE FAMILIALE

Nous pouvons mettre en œuvre des actions techniques et de plaidoyer dans le cadre d'interventions humanitaires ayant un effet positif sur les systèmes de santé :

- Réhabilitation des infrastructures essentielles d'eau et d'assainissement, y compris les travaux communautaires.
- Aide sous forme de transferts monétaires à usages multiples.

Lorsque cela est pertinent, viable et responsable, nous devons intégrer des actions techniques et de plaidoyer transformatrices pour renforcer le système de santé :

- Soutien aux autorités pour l'amélioration du réseau d'eau et d'assainissement.

- Initiatives pour la création d'emplois.
- Développement d'associations rurales d'épargne et de crédit.
- Plaidoyer pour l'élaboration, l'amélioration et la mise en œuvre de politiques de protection sociale.
- Plaidoyer en faveur de l'intégration d'une vision transformatrice du genre dans les politiques de protection sociale (par exemple, en faveur d'un meilleur accès aux crèches et aux écoles maternelles permettant l'intégration des femmes sur le marché du travail, de systèmes de retraite et d'assurance sociale et sanitaire qui ne dépendent pas des cotisations individuelles, de politiques d'emploi inclusives, ou de congés et de permis de travail pour les parents).
- Sessions de groupe et ateliers communautaires pour aborder les différences de pouvoir entre les sexes dans la prise de décision au sein du foyer.

Lorsque cela est pertinent, viable et responsable, nous devons intégrer des actions techniques et de plaidoyer transformatrices pour renforcer le système de santé :

- Analyse communautaire participative des événements potentiels et mobilisation pour la gestion des risques.
- Soutien aux mécanismes publics multisectoriels d'urgence et de réponse aux crises.
- Gestion communautaire des systèmes sylvopastoraux grâce à une approche holistique.
- Développement, amélioration et construction d'infrastructures d'approvisionnement en eau et d'assainissement résistantes au climat.
- Renforcement des services vétérinaires.

ACTIONS POUR LA GESTION DES RISQUES DE CATASTROPHES

Nous pouvons mettre en œuvre des mesures techniques et de sensibilisation dans le cadre d'interventions humanitaires ayant un effet positif sur les systèmes de santé :

- Soutien aux municipalités dans la surveillance et la gestion des risques géologiques et climatiques.

B) SUIVI, EVALUATION ET APPRENTISSAGE

Nous devons évaluer la situation des systèmes de santé, suivre les progrès et les résultats de nos actions, évaluer les résultats obtenus et tirer les enseignements de notre expérience et de nos interventions.

UN MODELE FLEXIBLE ET ADAPTABLE

Notre modèle nous permet de nous concentrer sur les *outputs* et les *outcomes* de nos interventions, qu'il est donc nécessaire d'analyser. La manière de les caractériser et de les mesurer doit également tenir compte des particularités du contexte et de l'étape du cycle du projet à laquelle nous nous trouvons :

- Au stade de l'évaluation des besoins, nous devons comprendre la situation dans laquelle se trouve, au moins de manière générale, chaque *output* et chaque *outcome* du système de santé.
- Au stade de l'identification des interventions, nous devons être en mesure d'identifier les *outputs* et les *outcomes* prioritaires, de comprendre les causes et les facteurs déterminants de leur état actuel, ainsi que les actions les plus viables susceptibles de contribuer à un changement.
- Pendant la mise en œuvre du projet, nous devons être en mesure de comprendre comment progresser dans la réalisation des *outputs* et des *outcomes*, et ce qui facilite ou entrave ces progrès.

- Pour l'évaluation et l'apprentissage, nous devons être en mesure d'analyser quelles actions ont permis d'obtenir les changements escomptés et lesquelles n'y sont pas parvenues, de comprendre pourquoi et d'identifier les domaines susceptibles d'être améliorés et innovés pour de futures interventions et alternatives.

CARACTERISATION ET MESURE

Pour chaque *output* et chaque *outcome*, il est suggéré de le caractériser, de l'analyser et de le comprendre, ainsi que de le mesurer à l'aide d'un indicateur.

- Une bonne caractérisation est essentielle pour comprendre le contexte dans lequel un indicateur est produit, qui pourrait autrement être difficile à interpréter correctement. Elle peut nécessiter une observation directe, une revue de la littérature et des documents, ou l'utilisation d'outils de collecte et d'analyse de données qualitatives et quantitatives tels que des entretiens ou des enquêtes.
- Le calcul et l'analyse des indicateurs sont nécessaires pour faciliter la comparaison et la communication des informations. En fonction de l'indicateur, il est recommandé d'utiliser des questionnaires, des échelles ordinales (de 1 à 4) qualitatives (basées sur des critères préétablis évalués à l'aide d'une méthodologie qualitative) fondées sur l'avis d'experts (au moins trois évaluateurs) et l'analyse des registres statistiques des centres de santé, principalement, qui sont utiles, faciles à calculer et orientés vers l'action.

Tableau 1 : Résumé des indicateurs pour l'objectif 1 : acteurs du changement en santé.

	DIMENSION	INDICATEUR	SOURCE DES DONNÉES
OUTPUTS	Informations sur la santé	Indice des connaissances de base en matière de santé et de nutrition	Questionnaire
	Organisation communautaire	Proportion d'adultes et de jeunes participant à des initiatives communautaires ayant un impact sur la santé	Questionnaire
	Mécanismes de participation	Indice d'inclusivité et de qualité délibérative des processus de participation citoyenne en matière de santé	Évaluation par des experts
	Agents communautaires de santé	Indice de fonctionnalité du programme des agents de santé communautaires	Évaluation par des experts
OUTCOMES	Conscience des risques liés à la santé et à la nutrition	Indice de sensibilisation aux risques liés à la santé et à la nutrition	Questionnaire
	Conscience critique du droit à la santé	Pourcentage de personnes capables d'identifier au moins trois droits fondamentaux liés à la santé et de décrire comment exercer l'un d'entre eux	Questionnaire
	Modes de vie et soins sains	Allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de vie	Questionnaire
	Soutien mutuel	Indice de capital social et cohésion sociale	Questionnaire
	Participation aux décisions en matière de santé	Indice de participation citoyenne aux décisions en matière de santé et à la mise en œuvre de changements et d'améliorations	Évaluation par des experts

► OBJECTIF 1 : ACTEURS DU CHANGEMENT EN SANTÉ

SUIVI DES INFORMATIONS RELATIVES À LA SANTÉ

Pour caractériser cet *output*, il est recommandé d'étudier les connaissances en matière de santé et de nutrition des membres de la communauté. Cela nécessite d'étudier le niveau d'éducation approximatif de ces personnes, les sources d'information sur la santé auxquelles elles ont accès (des supports éducatifs distribués par des acteurs de la santé et de la nutrition aux médias, aux réseaux sociaux et aux contacts directs avec des pairs, des agents communautaires ou du personnel de santé, par exemple), la facilité ou les obstacles qu'elles rencontrent pour trouver des réponses à des questions spécifiques sur la santé et la nutrition, leur capacité à

comprendre les informations sur la santé auxquelles elles ont accès (par exemple, un rapport médical de soins primaires ou les instructions figurant sur l'emballage des compléments alimentaires), la confiance qu'elles ont dans leurs propres connaissances et leur capacité à prendre soin de leur santé et de celle de leurs proches, ou la capacité qu'elles estiment avoir à expliquer clairement un problème de santé lors d'une consultation médicale.

En l'absence d'indicateur standardisé, il est suggéré d'utiliser un indice de connaissances de base en matière de santé et de nutrition. Celui-ci doit être élaboré à partir d'un questionnaire portant sur des thèmes tels que la connaissance des avantages des services de santé préventifs tels que les soins prénatals ou la vaccination des enfants, sur des pratiques telles que

l'espacement des grossesses, l'allaitement maternel précoce ou l'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels, ou encore la connaissance des services de santé pertinents à leur disposition (tels que la disponibilité d'une consultation hebdomadaire sur la santé sexuelle et reproductive, le numéro de téléphone d'assistance pour les cas de violence sexiste, ou le nom et les coordonnées de l'agent de santé communautaire de leur région)³³.

Cette approche complète celle utilisée pour évaluer la conscience des risques liés à la santé et à la nutrition (plus axée sur la connaissance et la manière de réagir à un problème ou à un risque sanitaire grave) ou celle utilisée pour évaluer les modes de vie et soins sains (plus axée sur les pratiques, les attitudes et les comportements).

SUIVI DE L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

Pour caractériser cet *output*, il est recommandé d'explorer les différentes initiatives et activités collectives en faveur de la santé qui sont menées dans la communauté, la manière dont les différentes personnes y participent, leur satisfaction quant à la manière dont elles sont coordonnées ou dirigées, et leur satisfaction quant aux résultats obtenus et à leur impact sur la santé publique.

En l'absence d'indicateur standardisé, il est suggéré d'utiliser une échelle de 1 (très faible) à 4 (très élevé) pour estimer la proportion d'adultes et de jeunes participant à des initiatives communautaires ayant un impact sur la santé (telles que les associations de femmes et de jeunes, ou le bénévolat en tant que promoteur de la santé). Pour calculer l'indicateur, plusieurs questions peuvent être utilisées dans un questionnaire quantitatif auprès de la population, ventilé par sexe et par âge, adapté à partir des questions suivantes : « *Participez-vous à une association, une initiative ou des activités communautaires utiles pour améliorer la santé des personnes de votre communauté ? (Oui / non)* », « *En quoi consistent ces activités et votre participation ? (Réponse ouverte ou à choix multiples)* », et « *Dans quelle mesure êtes-vous impliqué(e), en général, dans les activités que vous mentionnez ? (Très peu / un peu / assez / beaucoup)* »³⁴.

SUIVI DES MECANISMES DE PARTICIPATION

Pour caractériser cet *output*, il est recommandé d'explorer les aspects liés à l'existence de mécanismes et de voies de participation citoyenne dans l'analyse des résultats du système de santé, de ses politiques et de ses services, ainsi que l'identification et le suivi des applications en vue d'améliorations. Il convient également d'étudier le caractère inclusif de ces mécanismes (et la représentation des personnes particulièrement touchées par les problèmes de santé ou traditionnellement exclues), la qualité du flux d'informations (les participants disposent-ils réellement d'informations

³³ L'outil *Indikit.net* de l'organisation humanitaire tchèque *People In Need* comprend une base de données multilingue contenant des recommandations de questions (et des méthodes d'évaluation des réponses possibles) sur ces thèmes et d'autres thèmes pertinents.

³⁴ Dans les cas où il s'agit d'un *output* prioritaire, d'autres possibilités d'évaluation plus avancées peuvent être explorées, telles qu'une échelle ordinale (de 1 à 4) qualitative (basée sur des critères préétablis évalués à l'aide d'une méthodologie qualitative) fondée sur l'avis d'experts (au moins trois évaluateurs analysent les informations disponibles et s'accordent par écrit sur leur avis concernant chaque critère).

adaptées à leur compréhension des sujets de discussion, du processus de consultation ou de participation et de sa portée réelle attendue ?), la qualité délibérative et l'analyse de la viabilité des propositions, la satisfaction à l'égard de ces mécanismes et le niveau de confiance accordé aux autorités sanitaires³⁵.

En l'absence d'indicateur standardisé, il est suggéré d'utiliser une échelle ordinale qualitative basée sur l'avis d'experts pour quantifier un indice d'inclusivité et de qualité délibérative des processus de participation citoyenne en matière de santé dans une zone de santé.

Cette approche complète celle utilisée pour suivre la participation aux décisions en matière de santé (plus axée sur la manière de parvenir à des accords et sur l'engagement institutionnel à les assumer et à les mettre en œuvre avec une allocation adéquate des ressources), ainsi que celle utilisée pour suivre la gouvernance et la gestion (qui comprend, entre autres, la responsabilité et la transparence dans l'amélioration du système de santé et de ses services).

SUIVI DES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES

Pour caractériser cet *output*, il est recommandé d'étudier les facteurs qui déterminent le degré de fonctionnalité d'un programme d'agents de santé communautaires³⁶ (depuis leurs rôles jusqu'à la manière dont ils sont

équipés, supervisés et motivés), et en particulier la manière dont le système de santé les soutient³⁷ (avec des ressources, des procédures de gestion et une bonne gouvernance).

Il est suggéré d'utiliser comme indicateur l'indice de fonctionnalité du programme des agents de santé communautaires, calculé comme la moyenne des résultats obtenus pour dix dimensions à l'aide d'une échelle ordinale qualitative de fonctionnalité (de 1 à 4), évaluée par des experts³⁶.

ÉVALUATION DE LA CONSCIENCE DES RISQUES LIÉS À LA SANTÉ ET À LA NUTRITION

Pour caractériser cet *outcome*, il est recommandé d'explorer les connaissances, les comportements, les pratiques et les attitudes clés liés à la réaction face à des problèmes aigus et à des risques importants pour la santé. Il est important d'adapter la caractérisation aux risques épidémiologiques de chaque contexte. Nous éviterons ainsi de poser des questions sur des sujets génériques ou peu importants, afin de nous concentrer sur les comportements (individuels et collectifs) pertinents pour aborder un problème de santé réel dans ce contexte (comme la recherche de soins de santé en cas de signe de gravité pendant la grossesse et la petite enfance), ou face à un risque réel pour la santé publique (comme la violence domestique ou les épidémies infectieuses possibles et en cours).

³⁵ Pour l'élaboration et l'adaptation de cette échelle au contexte d'intervention, il est possible d'utiliser comme référence Francés-García et La Parra-Casado, 2022. *Herramienta multidimensional para la medición de la calidad de la participación en salud*.

³⁶ Pour ce faire, nous disposons d'un outil très complet : Community Health Impact Coalition, 2018. *Community Health Worker Assessment and Improvement Matrix (CHW AIM) : Updated Program Functionality Matrix for Optimizing Community Health Programs*.

³⁷ Nous disposons également d'un outil qui complète le précédent : World Vision International, 2023. *Health Systems Assessment and Improvement Matrix (S-AIM): A tool for assessing and improving health systems in support of community health worker programmes*.

En l'absence d'indicateur standardisé, il est suggéré d'utiliser un indice de sensibilisation aux risques sanitaires et nutritionnels. Celui-ci doit être élaboré à partir d'un questionnaire individuel soumis à un échantillon représentatif, dans lequel l'enquêteur pose une série de questions prédéfinies liées à ses connaissances sur différents sujets pertinents dans le contexte, et enregistre la qualité de la réponse, de manière dichotomique (correct/incorrect) ou continue (par exemple, sur une échelle de 1 à 4 allant de complètement incorrect à complètement correct). Les questions peuvent porter sur des thèmes tels que la connaissance des signes de gravité pendant la grossesse, chez le nouveau-né³³, et chez les enfants de moins de cinq ans souffrant de malnutrition aiguë sévère, ainsi que sur l'importance épidémiologique (en termes de fréquence et de gravité) des maladies infectieuses endémiques, et sur l'importance et la manière correcte d'appliquer les mesures de contrôle de ces maladies et d'autres maladies à potentiel épidémique, en fonction du contexte.

Cette approche est complémentaire à celle utilisée pour surveiller les informations sur la santé (plus axée sur les informations et les connaissances générales en matière de santé et de nutrition) ou à celle utilisée pour évaluer les modes de vie et soins sains (plus axée sur les pratiques, les attitudes et les comportements).

ÉVALUATION DE LA CONSCIENCE CRITIQUE DU DROIT A LA SANTE

Pour caractériser cet *outcome*, il est recommandé d'explorer les connaissances que les personnes possèdent sur leurs droits fondamentaux en matière de santé (droit à l'information, aux biens et services de santé, à la participation à la santé, à ne pas subir de discrimination, à prendre des

décisions éclairées sur leur propre santé, à la vie privée et à la confidentialité, et à la responsabilité des autorités), le cadre national et local spécifique à leur exercice, leur perception de l'accès équitable à des services de qualité, les sources d'information sur le droit à la santé auxquelles elles ont accès, les obstacles qu'elles rencontrent pour accéder à ces informations et les comprendre, et la confiance qu'elles ont dans leur capacité et leur pouvoir à exercer ces droits ou à agir en cas de violation de ceux-ci.

En l'absence d'autres indicateurs standardisés permettant d'aborder un concept aussi complexe, il est suggéré d'utiliser comme indicateur le pourcentage de personnes capables d'identifier au moins trois droits fondamentaux liés à la santé et de décrire comment exercer l'un d'entre eux. Cet indicateur, évalué à l'aide d'une question dans une enquête (« *Pourriez-vous citer un droit lié à la santé que vous considérez comme important ? Un autre ? et comment pensez-vous pouvoir exercer ce droit dans votre communauté ?* ») et à une évaluation éclairée de l'enquêteur (qui doit disposer d'un guide clair sur le sujet lui permettant d'apprécier si la réponse est satisfaisante ou non), est simple, pertinent et facilement adaptable à chaque contexte d'intervention.

ÉVALUATION DES MODES DE VIE ET SOINS SAINS

Pour caractériser cet *outcome*, il est recommandé d'explorer les pratiques et les comportements considérés comme essentiels à une bonne santé. Ces pratiques comprennent celles liées à l'alimentation des nourrissons et des

jeunes enfants³⁸, les pratiques de soins aux enfants³⁹, et bien d'autres encore, telles que celles liées à l'hygiène personnelle, aux pratiques sexuelles sûres, à l'observance thérapeutique, au comportement de recherche de soins de santé et à la gestion à domicile des problèmes de santé courants (tels que la thérapie de réhydratation orale en cas de diarrhée aiguë chez les enfants), la pratique d'une activité physique, la consommation de substances, la gestion du stress et des émotions, et la prévention des risques environnementaux à la maison et dans son environnement, par exemple. La caractérisation peut être complétée, pour certains comportements et pratiques identifiés comme essentiels, par des recherches formatives et des études d'analyse des obstacles au changement de comportement, si cela est jugé particulièrement pertinent⁴⁰.

L'utilisation de l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie est suggérée comme indicateur⁴¹. Bien qu'il s'agisse d'un indicateur limité à une pratique spécifique et qui ne couvre donc pas l'ensemble des modes de vie et des soins sains, il présente plusieurs avantages. Il s'agit notamment d'un instrument couramment utilisé, facilement comparable entre différentes populations, qui fait référence à une priorité pour Action Contre la Faim et qui est lié à de nombreux

obstacles socio-économiques et culturels qui l'affectent. Dans certains contextes, il pourrait être recommandé de remplacer cet indicateur par un indice composé de plusieurs indicateurs mesurant d'autres pratiques et comportements plus sains.

Cette approche est complémentaire à celle utilisée pour suivre les informations sur la santé (plus axée sur les informations et les connaissances générales en matière de santé et de nutrition) ou à celle utilisée pour évaluer la conscience des risques liés à la santé et à la nutrition (plus axée sur les connaissances et la manière de réagir à un problème ou à un risque sanitaire aigu).

ÉVALUATION DU SOUTIEN MUTUEL

Pour caractériser cet *outcome*, il est recommandé d'explorer les aspects liés au capital social et à la cohésion sociale de la communauté. Ces aspects vont au-delà de la simple existence d'associations et de réseaux d'organisation communautaire ou de mécanismes de participation, pour se concentrer sur la vision des individus sur des dimensions complexes, qui comprennent la cohésion sociale (le sentiment que la communauté partage un objectif commun et la volonté de coopérer ensemble pour l'atteindre), la confiance dans le fait qu'il n'y a pas d'intention de nuire au sein de la

³⁸ Plusieurs outils sont recommandés pour évaluer différents aspects et différentes approches de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les pages des modalités correspondantes du Cadre technique de programmation.

³⁹ Le guide de l'OMS et de l'UNICEF, 2022, peut être utile. *Nurturing care handbook. Strategic action 4: monitor progress. How to monitor populations, implementation and individual children's development*, qui aborde différentes dimensions des soins affectueux, ainsi que l'outil d'évaluation des interactions entre le soignant et le bébé d'ACF, 2013. *Manual for the integration of child care practices and mental health into nutrition programs* (page 56).

⁴⁰ Nous disposons à cet effet d'un manuel complet, contenant de nombreuses orientations (*Action Against Hunger, 2020. Behaviour change: A step-by-step guide for interventions*), en plus du guide sur le changement de comportement de notre cadre technique de programmation.

⁴¹ La méthodologie correcte pour l'utilisation de l'indicateur est bien expliquée dans *WHO and UNICEF, 2021. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods*.

communauté, l'existence de normes morales acceptées collectivement, le sentiment commun d'identité et d'appartenance à un groupe (y compris des personnes ayant des valeurs, des identités et des modes de vie différents), ou l'engagement civique collectif⁴².

Il est suggéré d'utiliser comme indicateur un indice de capital social et de cohésion sociale, élaboré à partir d'une adaptation locale d'un questionnaire préexistant de 15 questions liées à la perception individuelle de la cohésion sociale, de la confiance, des normes, de l'appartenance, de l'identité et de l'engagement civique dans la communauté étudiée⁴².

ÉVALUATION DE LA PARTICIPATION AUX DECISIONS EN MATIERE DE SANTE

Pour caractériser cet *outcome*, il est recommandé d'explorer les aspects liés à la manière dont les institutions et les représentants des communautés s'accordent sur les décisions qui affectent la santé de la population et les services de santé, à l'engagement institutionnel à les assumer et à les mettre en œuvre avec une allocation adéquate des ressources, et aux changements effectifs dans les politiques de santé ou le fonctionnement du système de santé qui ont été influencés ou catalysés (au moins partiellement) par la communauté, et quels ont été les facteurs déterminants de la réussite ou de l'échec de cette démarche dans le passé³⁵.

En l'absence d'indicateur standardisé, il est suggéré d'utiliser une échelle ordinale qualitative basée sur l'avis d'experts pour quantifier un indice de participation citoyenne à la prise de décision en matière de santé et à la mise en œuvre de changements et d'améliorations dans un domaine de la santé.

Cette approche complète celle utilisée pour surveiller les mécanismes de participation (plus axée sur les possibilités et les voies de participation existantes, ainsi que sur le niveau d'inclusivité, le flux d'informations et la qualité délibérative de ces dernières) et celle utilisée pour surveiller la gouvernance et la gestion (qui comprend, entre autres, la responsabilité et la transparence dans l'amélioration du système de santé et de ses services).

⁴² Pour cette caractérisation, ainsi que pour le calcul de l'indicateur correspondant, il est recommandé d'utiliser Mercy Corps, 2020. *Social capital and social cohesion measurement toolkit for community-driven development operations*.

Tableau 2 : Résumé des indicateurs pour l'objectif 2 : couverture sanitaire universelle.

	DIMENSION	INDICATEUR	SOURCE DES DONNÉES
OUTPUTS	Gouvernance et gestion	Indice de leadership, de gestion, de responsabilité, de transparence et de respect institutionnel des principes des soins de santé primaires	Évaluation par des experts
	Personnel de santé	Densité du personnel de santé (pour 10 000 habitants)	Analyse des registres officiels
	Systèmes d'information	Pourcentage de rapports hebdomadaires de surveillance épidémiologique pour l'alerte précoce et la réponse, transmis en temps opportun du niveau immédiatement supérieur	Analyse des registres officiels
	Équipements et produits médicaux	Pourcentage de jours au cours du dernier mois où les médicaments essentiels n'étaient pas disponibles	Analyse des registres officiels
	Financement	Dépenses directes moyennes par consultation de soins de santé primaires	Enquêtes auprès des patients à leur sortie du centre
	Prestation de services	Indice de disponibilité des services de santé et des fonctions de santé publique dans l'unité de santé	Analyse des registres officiels et des questionnaires
OUTCOMES	Efficacité des services sensibles à la nutrition	Pourcentage d'enfants bénéficiant d'un suivi et d'un contrôle adéquats de leur croissance, parmi tous les enfants ayant reçu la troisième dose du vaccin DTP (DTP3)	Analyse des registres officiels
	Efficience	Nombre moyen de médicaments prescrits à chaque consultation médicale	Analyse des registres officiels
	Sécurité	Pourcentage de patients connaissant le dosage et le mode d'emploi corrects des médicaments qui leur ont été prescrits	Enquêtes auprès des patients à leur sortie du centre
	Expérience positive d'utilisation	Indice de satisfaction des utilisateurs des services de santé	Enquêtes auprès des patients à leur sortie du centre
	Équité	Différence entre les dépenses moyennes de santé à la charge des assurés et des non-assurés	Enquêtes auprès des patients à leur sortie du centre
	Demande et utilisation	Demande satisfaite en planification familiale par des méthodes modernes	Enquêtes auprès des patients
	Accessibilité économique et protection financière	Pourcentage de ménages ayant reporté ou évité des consultations de soins primaires en raison de leur coût au cours des trois derniers mois	Enquêtes auprès des patients

► OBJECTIF 2 : COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

SUIVI DE LA GOUVERNANCE ET DE LA GESTION

Pour caractériser cet *output*, il est recommandé d'examiner les politiques et les plans d'action en matière de santé, la gestion et l'administration quotidiennes des centres de santé, les efforts visant à améliorer les

performances, ainsi que l'existence et le fonctionnement des comités de gestion avec la participation des citoyens.

En l'absence d'indicateur standardisé, il est suggéré d'utiliser une échelle ordinale qualitative basée sur l'avis d'experts pour quantifier un indice de leadership, de gestion, de responsabilité, de transparence et du respect

institutionnel des principes des soins primaires dans une zone administrative de santé⁴³.

Cette approche est complémentaire à celle utilisée pour surveiller les mécanismes de participation (plus axée sur les possibilités et les voies de participation existantes, ainsi que sur le niveau d'inclusivité, le flux d'informations et la qualité délibérative de ces dernières) et à celle utilisée pour surveiller la participation aux décisions en matière de santé (plus axée sur la manière de parvenir à des accords et sur l'engagement institutionnel à les assumer et à les mettre en œuvre avec une allocation adéquate des ressources).

SUIVI DU PERSONNEL DE SANTE

Pour caractériser cet *output*, il est recommandé, lors d'une visite dans chaque centre, d'explorer des aspects clés comme le nombre de professionnels de santé présents, ventilés par profession, sexe et statut (permanent ou visiteur)⁴⁴. Il est aussi conseillé de compléter l'analyse par une revue de la littérature et des entretiens qualitatifs (individuels ou collectifs) avec le personnel de santé pour approfondir des aspects complexes comme leurs perceptions des risques et de la protection dont ils bénéficient (face aux dangers liés aux soins, à la violence, au harcèlement, aux conflits, au stress professionnel et à la santé mentale), l'inclusion (égalité des droits et traitement équitable sans discrimination liée au sexe, à

l'âge ou à d'autres critères), le soutien reçu (formation, accompagnement technique, rémunération, conditions de travail, facteurs non économiques, protection sociale et satisfaction vis-à-vis de l'environnement de travail) et les droits du travail (liberté d'association pour la négociation collective, protection des lanceurs d'alerte, participation aux décisions concernant le système de santé)⁴⁵. Il est également important de savoir si les centres peuvent rapidement renforcer leurs effectifs en cas de pics saisonniers de maladie, et d'identifier les raisons du manque de personnel (permanent ou saisonnier), le cas échéant.

Il est suggéré d'utiliser comme indicateur la densité du personnel de santé (pour 10 000 habitants), ventilée par profession (personnel médical, infirmier et sage-femme, dentiste et pharmacien) et par sexe. Un seuil minimum de 23 a été fixé pour atteindre une couverture sanitaire adéquate, mais les professions et les seuils déterminés par les différents bureaux régionaux de l'OMS doivent être utilisés. Cet indicateur est inclus dans les objectifs de développement durable (3.c.1.).

SUIVI DES SYSTEMES D'INFORMATION

Pour caractériser cet *output*, il est recommandé d'étudier les ressources, les outils et la capacité du système à générer des informations sur la santé de la population et les performances des services de santé, dont l'analyse permet de réagir aux menaces pour la santé publique et de générer des

⁴³ Pour le suivi de cet *output* et des autres *outputs* de cet objectif, il est possible de se référer à WHO and UNICEF, 2022. *Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens*.

⁴⁴ Parmi les nombreux outils existants pouvant servir de référence, nous recommandons l'utilisation du chapitre 3 (*personnel de santé*) de World Health Organization, 2023. *Harmonized Health Facility Assessment (HHFA) Module 1: Service availability*.

⁴⁵ Nous recommandons comme cadre d'analyse World Health Organization, 2023. *Global health and care workers compact: technical guidance compilation*.

connaissances permettant de prendre de meilleures décisions en matière de santé⁴⁶. Plus précisément, il est particulièrement important de comprendre comment, sur quoi et avec quel niveau de qualité sont collectées les informations sur les centres de santé, les problèmes de santé de la population et la surveillance épidémiologique qui permet de gérer les risques et les urgences pour la santé publique. Dans les contextes humanitaires et les situations de ressources limitées, où toutes les fonctions habituelles de surveillance épidémiologique ne sont pas possibles, l'essentiel peut être de mettre en place et de maintenir un système d'alerte précoce et de réponse aux urgences, qui permette au moins d'identifier les éventuels événements de santé publique, de gérer les alertes et d'orienter les mesures de contrôle des épidémies⁴⁷.

Il est suggéré d'utiliser comme indicateur le pourcentage de rapports hebdomadaires de surveillance épidémiologique pour l'alerte précoce et la réponse, transmis en temps utile au niveau immédiatement supérieur. Il s'agit d'un indicateur recommandé dans les normes *Sphere*, avec un objectif recommandé de 80 %. Son calcul nécessite de définir la période de validité (en autorisant par exemple un délai maximum de 24 heures à compter de la fin de la période de rapport) et les niveaux à partir desquels le rapport est transmis au niveau supérieur.

SUIVI DES EQUIPEMENTS ET DES PRODUITS MEDICAUX

Pour caractériser cet *output*, il est recommandé d'examiner l'état de toutes les catégories d'équipements : infrastructures et services de base (communications, informatique, Internet, électricité, chambres, accès, zones d'attente, transport du personnel et des patients, nettoyage et entretien), infrastructures d'eau et d'assainissement, conditions de prévention et de contrôle des infections (gestion des déchets généraux et biosanitaires, désinfection et stérilisation des dispositifs réutilisables), ainsi que les produits médicaux (vaccins, médicaments, fournitures et équipements)⁴⁸. Il faut aussi analyser le fonctionnement et la gestion de la chaîne d'approvisionnement (sélection, quantification, approvisionnement, gestion des stocks, distribution entre pharmacies et micro-pharmacies, délivrance aux patients), les performances des responsables, les procédures, protocoles thérapeutiques et listes de médicaments essentiels, entre autres.

Il est suggéré d'utiliser comme indicateur le pourcentage de jours au cours du dernier mois où les médicaments essentiels n'étaient pas disponibles. Cet indicateur doit être calculé en se référant à une liste d'au moins dix médicaments prioritaires, sélectionnés parmi ceux figurant sur la liste nationale des médicaments essentiels et correspondant au type d'unité de santé évaluée. Il s'agit d'un indicateur très courant et recommandé dans le manuel *Sphère* (avec un objectif de moins de 4 jours au cours des 30

⁴⁶ Nous recommandons comme cadre d'analyse *World Health Organization, 2012. Framework and Standards for Country Health Information Systems.*

⁴⁷ Nous recommandons comme cadre d'analyse *World Health Organization, 2023. Early warning alert and response (EWAR) in emergencies: an operational guide.*

⁴⁸ Parmi les nombreux outils existants pouvant servir de référence, nous recommandons l'utilisation de *World Health Organization, 2023. Harmonized Health Facility Assessment (HHFA).*

derniers jours). Selon le contexte et l'intervention, il est possible d'inclure certains approvisionnements prioritaires ou aliments thérapeutiques.

SUIVI DU FINANCEMENT

Pour caractériser cet *output*, il est recommandé d'étudier le modèle de financement des soins de santé primaires, y compris l'existence et le fonctionnement des systèmes de protection sociale et d'assurance, les investissements publics et leurs mécanismes, les copaiements, les systèmes de recouvrement des coûts, le budget disponible et sa gestion, l'achat stratégique de services de santé, les mesures mises en place pour contrôler les dépenses et la viabilité du modèle⁴⁹. Bon nombre de ces aspects doivent d'abord être analysés à l'échelle nationale, avant d'être transposés à l'échelle régionale, municipale ou de chaque unité de santé.

Compte tenu de l'absence d'indicateurs standardisés faciles à utiliser au niveau des centres de santé, il est suggéré d'utiliser comme indicateur le volume moyen des dépenses directes à la charge des patients pour une consultation de soins de santé primaires. Cet indicateur peut être mesuré à l'aide d'une enquête menée auprès des patients à la sortie des consultations curatives.

SUIVI DE LA PRESTATION DES SERVICES

Pour caractériser cet *output*, il est recommandé d'étudier la disponibilité, la préparation, la capacité et le fonctionnement des services essentiels qui y sont offerts. Cette évaluation doit également tenir compte de l'intégration des services, comprendre comment et dans quelle mesure ils couvrent les besoins de santé de l'ensemble de la population, la relation qui s'établit entre les différents niveaux de soins, la répartition et la couverture des services, leur capacité d'adaptation aux variations climatiques et démographiques, et l'existence de protocoles garantissant la continuité des services de soins de santé primaires en cas de crise ou d'urgence.⁵⁰

Il est suggéré d'utiliser comme indicateur un indice de disponibilité des services de santé et des fonctions de santé publique dans l'unité de santé. Cet indice doit être calculé sur la base d'une liste prédéfinie et adaptée au contexte local : a) services de santé considérés comme essentiels ; b) fonctions essentielles de santé publique. Le premier groupe peut inclure, par exemple, la prise en charge initiale des urgences, la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère, les soins prénatals de routine, les soins de routine à l'accouchement, la santé mentale, le planning familial et la contraception, la prise en charge des cas de violence sexuelle, la prise en charge du paludisme et l'administration générale des vaccins⁵¹. Le deuxième groupe doit inclure les fonctions essentielles de santé publique, telles que la promotion de la santé, la surveillance épidémiologique,

⁴⁹ La compréhension du financement de la santé nécessite parfois une analyse spécialisée. Il est recommandé d'utiliser WHO, 2020. *Country assessment guide: the Health Financing Progress Matrix*.

⁵⁰ Pour la planification de la continuité des services essentiels dans les situations d'urgence de santé publique, nous recommandons d'utiliser comme cadre de référence l'ouvrage de WHO, 2021. *Health service continuity planning for public health emergencies. A handbook for health facilities*.

⁵¹ Pour la sélection des services de santé prioritaires à inclure dans cet indice, il est recommandé d'utiliser WHO, Global Health Cluster, 2024. *Preliminary guidance for a package of high-priority health services for humanitarian response (H3 package)*.

l'enquête sur les alertes épidémiologiques ou le suivi de la capacité et de la qualité des performances des services de santé⁵². Pour le calculer, il est nécessaire de définir au préalable l'ensemble des services essentiels et les critères selon lesquels sont déterminés le niveau de disponibilité, de préparation, de capacité et de fonctionnement de chaque service⁴⁸.

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DES SERVICES SENSIBLES À LA NUTRITION

Pour caractériser cet *outcome*, il est recommandé d'examiner, lors d'une visite d'au moins deux évaluateurs dans chaque centre, la nature de certains services de santé clés qui devraient intégrer la sensibilité à la nutrition, tels que les services de santé maternelle et infantile. L'objectif n'est pas tant d'observer si les ressources et les moyens nécessaires aux services sont disponibles, mais plutôt si ceux-ci sont fournis de manière adéquate, contribuant ainsi à la résolution des problèmes de santé et à l'amélioration du bien-être des patients.

L'indicateur suggéré est le pourcentage d'enfants bénéficiant d'un contrôle et d'un suivi adéquats de leur croissance, parmi tous les enfants ayant reçu la troisième dose du vaccin DTP (DTP3). L'utilisation de cet indicateur, peu courant, nous permet de savoir si les services de santé infantile (tels que la vaccination de routine) intègrent correctement les services nutritionnels essentiels (tels que le suivi de la croissance infantile). Par « contrôle et suivi adéquats de leur croissance », on entend un enregistrement clair et correct de l'âge, du poids et de la taille dans le dossier correspondant, la preuve du

début d'un traitement ou de conseils nutritionnels en cas d'insuffisance pondérale ou de malnutrition aiguë, et les efforts déployés pour surmonter les problèmes si la guérison ne se produit pas.

ÉVALUATION DE L'EFFICIENCE

Pour caractériser cet *outcome*, il est recommandé d'étudier l'utilisation rationnelle des ressources (budgets, personnel et produits médicaux). Un aspect essentiel de cette analyse concerne la qualité des prescriptions et l'utilisation rationnelle des médicaments (l'administration des bons médicaments aux bons patients, aux bonnes doses, pendant la bonne durée et au bon prix). L'utilisation excessive et inappropriée de médicaments, en particulier d'antibiotiques, entraîne non seulement une augmentation de la morbidité et de la mortalité et du risque de résistance aux antimicrobiens, mais constitue également une cause importante de gaspillage des ressources. Les problèmes de polymédication ou d'utilisation inappropriée des médicaments et de leurs versions génériques représentent en outre un coût important pour le système de santé et les familles, en particulier lorsqu'ils se concentrent sur les dépenses directes⁵³.

Il est suggéré d'utiliser comme indicateur le nombre moyen de médicaments prescrits à chaque consultation médicale. Cet indicateur, qui peut être complété et contextualisé par d'autres (tels que le pourcentage de médicaments prescrits sous leur nom générique, le pourcentage de consultations au cours desquelles un antibiotique ou un médicament injectable est prescrit, ou le pourcentage de médicaments prescrits figurant

⁵² Pour l'identification des fonctions de santé publique à évaluer au niveau du district : WHO, 2022. *Joint external evaluation tool: International Health Regulations (2005), third edition*.

⁵³ Pour l'étude de ce qui concerne la prescription rationnelle de médicaments, il est recommandé d'utiliser WHO, 1993. *How to investigate drug use in health facilities: selected drug use indicators*.

sur la liste nationale des médicaments essentiels), est facile à calculer et fournit des informations facilement comparables entre différents centres de santé, ou avant et après une intervention visant à améliorer la qualité et la rationalité des prescriptions. Il doit être calculé en examinant toutes les prescriptions d'une série chronologique de consultations, divisées par le nombre de consultations. Il peut se référer à n'importe quel motif de consultation ou en spécifier un en particulier (par exemple, la diarrhée aiguë chez les enfants). Il est indépendant du fait que les patients aient finalement acheté ou non les médicaments (ce qui peut biaiser les enquêtes auprès des utilisateurs). Il nécessite une certaine adaptation locale, afin d'assurer sa comparabilité avant-après ou entre les centres, de clarifier la manière de compter certains produits (par exemple, les médicaments combinés doivent être comptés comme un seul) ou de fixer les buts et objectifs du changement.

ÉVALUATION DE LA SECURITE

Pour caractériser cet *outcome*, il est recommandé d'examiner le respect des normes de prévention et de contrôle des infections, la clarté de la communication des informations sur l'utilisation sûre des médicaments, la confidentialité et la manière dont les principes de base de la protection sont transversalisés.

Il est suggéré d'utiliser comme indicateur le pourcentage de patients qui connaissent le dosage et le mode d'utilisation corrects des médicaments

qu'ils ont reçus⁵³. Cet indicateur va au-delà de la mesure de la capacité d'un centre de santé à garantir la sécurité des utilisateurs et permet d'évaluer ses performances en matière de qualité des consultations médicales, en partie liées au temps qui leur est consacré, aux efforts déployés pour informer et garantir la bonne compréhension des informations, et même à la confidentialité et à la tranquillité dans lesquelles s'est déroulé le dialogue entre le patient et le prestataire de services⁵⁴.

ÉVALUATION DE L'EXPERIENCE POSITIVE D'UTILISATION

Pour caractériser cet *outcome*, il est recommandé d'interroger les utilisateurs (de préférence à leur sortie du centre de santé) sur leurs perceptions et leurs opinions concernant les ressources (telles que le personnel, les installations ou les produits médicaux disponibles), les processus (tels que les temps d'attente, la qualité du traitement reçu, la clarté des informations fournies, les possibilités de poser des questions et de recevoir des informations fiables et compréhensibles, ou les mécanismes existants pour déposer des plaintes) et les résultats obtenus (tels que la satisfaction de leurs attentes, la résolution de problèmes de santé et la contribution à la prévention de futurs problèmes de santé), ainsi que leur volonté de recourir à nouveau aux services de santé ou de les recommander à une autre personne.

Il est suggéré d'utiliser comme indicateur un indice de satisfaction des utilisateurs des services de santé, obtenu à partir d'une enquête

⁵⁴ D'autres indicateurs alternatifs peuvent être pris en considération, tels que le pourcentage de respect adéquat des recommandations en matière d'hygiène des mains (qui nécessite une observation directe par des personnes ayant reçu une formation spécifique et est donc plus susceptible d'entraîner des erreurs de mesure) ou le pourcentage de consultations au cours desquelles des questions sont posées sur les médicaments actuellement utilisés (ce qui nécessite également une observation directe).

quantitative menée auprès d'un échantillon d'utilisateurs des services de santé après leur utilisation⁵⁵.

ÉVALUATION DE L'EQUITE

Pour caractériser cet *outcome*, il est recommandé d'analyser la discrimination et les obstacles à l'accès, notamment financiers. Il faut évaluer les coûts à la charge des patients (hors couverture), qu'ils soient directs (consultations, médicaments, examens, etc.) ou indirects (transport, perte de revenus, alimentation, etc.). L'estimation de ces dépenses réelles permet de mesurer l'équité du système de santé. Leur ventilation par sexe, type de consultation, origine ou statut juridique permet d'identifier les facteurs d'inégalité.

Il est suggéré d'utiliser comme indicateur la différence entre les dépenses de santé moyennes à la charge des assurés et des non-assurés. Cet indicateur repose sur le calcul du volume moyen des dépenses directes à la charge des patients pour une consultation de soins de santé primaires (pour le *résultat* du financement de la santé) et mesure la différence entre les personnes les plus vulnérables et les moins vulnérables. En fonction du contexte et de la possibilité d'obtenir des informations, la ventilation peut être adaptée, en comparant par exemple la population réfugiée à la population de la communauté d'accueil, la population des zones rurales à la population des zones urbaines, la population couverte par l'assurance maladie non contributive à la population couverte par le système

contributif, ou la population couverte par une assurance communautaire à la population couverte par une assurance publique nationale.

ÉVALUATION DE LA DEMANDE ET DE L'UTILISATION

Pour caractériser cet *outcome*, il est recommandé d'analyser les déterminants de la demande de soins selon les groupes de population et les services concernés. Cela implique aussi d'étudier les comportements de recours, les obstacles et facilitateurs à l'accès, ainsi que les interventions pouvant les influencer positivement.

L'indicateur proposé est la demande satisfaite en planification familiale par des méthodes modernes. Couramment utilisé dans les enquêtes démographiques et les objectifs de développement durable, il permet de suivre la demande et l'usage des services de santé sensibles à la nutrition dans le cadre des droits sexuels et reproductifs. Il se calcule en divisant le nombre de femmes de 15 à 49 ans utilisant une méthode moderne par le total de femmes de cette tranche d'âge utilisant une méthode (moderne ou non) et celles ayant des besoins non satisfaits (en couple ou sexuellement actives, sans contraception malgré le souhait d'éviter ou retarder une grossesse, y compris les grossesses non désirées).

ÉVALUATION DE L'ACCESSIBILITE ECONOMIQUE ET DE LA PROTECTION FINANCIERE

Pour caractériser cet *outcome*, il est recommandé d'étudier le niveau perçu et ressenti de protection financière contre les dépenses de santé offert par

⁵⁵ Pour évaluer la satisfaction des utilisateurs des services de santé, il est recommandé de se référer à WHO, 2021. *Patient satisfaction and experience at migrant health centres in Turkey*, qui utilise à son tour des outils initialement conçus pour le Yémen.

le système, ainsi que la capacité effective des personnes à faire face aux dépenses de santé.

En raison des difficultés potentielles pour calculer des indicateurs tels que ceux liés aux dépenses de santé catastrophiques (qui nécessitent des questions complexes dans un questionnaire et concernent principalement les services de santé secondaires et tertiaires, qui ne sont pas ceux sur lesquels nous concentrons nos efforts), une alternative est proposée.

Il est suggéré d'utiliser comme indicateur le pourcentage de ménages qui ont reporté ou évité des consultations de soins primaires en raison de leur coût au cours des trois derniers mois. Cet indicateur, facilement mesurable via une enquête communautaire, renseigne sur la perception et l'expérience des usagers en matière de protection financière face aux dépenses de santé, en complément des indicateurs d'équité et de financement.

Tableau 3 : Résumé des indicateurs pour l'objectif 3 : conditions de vie dignes.

	DIMENSION	INDICATEUR	SOURCE DES DONNÉES
OUTPUTS	La santé dans toutes les politiques	Indice d'engagement politique en faveur des soins de santé primaires et de la couverture sanitaire universelle	Évaluation par des experts
	Protection sociale et économie familiale	Indice de diversité alimentaire chez les femmes	Enquêtes
	Gestion des risques de catastrophe	Pourcentage de zones infranationales dans lesquelles une analyse et une cartographie de la vulnérabilité et des risques sanitaires ont été réalisées	Registres
OUTCOMES	Environnement sain	Indice de perception de la santé environnementale	Enquêtes
	Égalité des genres	Indice de participation égalitaire à la prise de décisions au sein du foyer en matière de santé familiale	Enquêtes
	Moyens de subsistance et sécurité alimentaire	Échelle d'expérience de l'insécurité alimentaire (<i>Food Insecurity Experience Scale</i> ou FIES)	Enquêtes
	Sécurité hydrique et assainissement	Indice de sécurité hydrique, d'assainissement et d'hygiène dans la communauté	Évaluation par des experts

► OBJECTIF 3 : CONDITIONS DE VIE DIGNES

SUIVI DE LA SANTE DANS TOUTES LES POLITIQUES

Pour caractériser cet *output*, il est recommandé d'examiner les politiques publiques en matière de santé (politiques, stratégies, plans et rapports de

suivi permettant d'évaluer l'affectation effective des ressources, la mise en œuvre, les progrès et les réalisations), ainsi que l'intégration des résultats en matière de santé de la population dans les politiques d'autres secteurs tels que le logement, le commerce, la fiscalité, la protection sociale, l'eau ou l'environnement, par exemple.

Il est suggéré d'utiliser comme indicateur un indice d'engagement politique axé sur les soins de santé primaires et la couverture sanitaire universelle. Cet indicateur peut être mesuré à l'aide d'une échelle ordinale qualitative évaluée par des experts sur la base de critères prédéfinis liés à l'existence de politiques nationales de santé, à l'orientation de ces politiques vers la couverture sanitaire universelle, à l'existence d'une vision stratégique cohérente, à leur mise en œuvre, l'existence de plans de suivi et d'évaluation des progrès, l'allocation de ressources au niveau infranational, la vision de ces politiques concernant les principes des soins de santé primaires et de l'équité, et la transversalité de la santé dans d'autres politiques⁵⁶.

► SUIVI DE LA PROTECTION SOCIALE ET DE L'ECONOMIE FAMILIALE

Pour caractériser cet *output*, il est recommandé d'explorer, à travers une revue de la littérature et des entretiens, les normes, les lois, les plans, les budgets et la couverture des prestations sociales et des services publics de base qui les protègent contre la pauvreté et les crises, ainsi que les stratégies d'adaptation utilisées par les ménages⁵⁷ et la diversité alimentaire des différents groupes de population.

Il est suggéré d'utiliser la diversité alimentaire des femmes comme indicateur. Cet indicateur permet de mesurer les effets de l'insécurité

alimentaire sur la qualité de l'alimentation et la diversité des groupes d'aliments consommés par les femmes en âge de procréer.

SUIVI DE LA GESTION DES RISQUES DE CATASTROPHE

Pour caractériser cet *output*, il est recommandé d'explorer les capacités locales existantes, dans les divisions administratives infranationales (provinces, États, municipalités ou districts), afin d'anticiper et de répondre aux risques et menaces pour la santé qui ont été identifiés précédemment.

Il est suggéré d'utiliser comme indicateur le pourcentage de zones infranationales dans lesquelles une analyse et une cartographie de la vulnérabilité et des risques sanitaires ont été réalisées. Cet indicateur est étroitement lié à la réalisation préalable d'une évaluation complète des risques sanitaires, facilitant ainsi la mise en œuvre de mesures de préparation et de réponse⁵⁸.

ÉVALUATION D'UN ENVIRONNEMENT SAIN

Pour caractériser cet *outcome*, il est recommandé d'étudier la situation de l'environnement, des ressources naturelles et de leur durabilité.

En l'absence d'indicateur standard, il est suggéré d'utiliser un indice de perception de la santé environnementale comme indicateur. Cet indice pourrait être calculé à partir d'une enquête quantitative menée auprès de la population générale, avec une question telle que « *Comment évalueriez-vous*

⁵⁶ Il est recommandé, comme cadre de référence de départ, le chapitre consacré à l'évaluation de la vision et des politiques, dans le cadre de la gouvernance en matière de santé, de WHO, 2022. *Health system performance assessment: a framework for policy analysis*.

⁵⁷ Il est recommandé, comme cadre de référence pour l'utilisation de cet indicateur, le document du WFP, 2008. *The coping strategies index – field methods manual*.

⁵⁸ Cet indicateur, recommandé dans l'ouvrage de WHO, 2024. *Health system resilience indicators: an integrated package for measuring and monitoring health system resilience in countries*, repose sur l'application d'outils équivalents à ceux de WHO, 2021. *Strategic toolkit for assessing risks: a comprehensive toolkit for all-hazards health emergency risk assessment*.

la qualité des facteurs environnementaux suivants dans votre environnement, sur une échelle de 1 (très mauvaise) à 5 (excellente) ? », suivie d'une liste de facteurs adaptés au contexte, tels que : la qualité de l'eau (mauvais goût, turbidité, odeurs étranges, et méfiance quant à son origine ou sa sécurité), qualité de l'air (mauvaises odeurs, fumée, poussière ou brouillard dus à la pollution provoquant toux ou irritation des yeux), stabilité du climat (augmentation des vagues de chaleur, sécheresses, pluies intenses, tempêtes ou changements dans les dates de début et de fin des saisons), exposition aux déchets ou aux substances chimiques et toxiques (telles que les pesticides ou les déchets dangereux provenant de l'industrie, des mines ou des décharges), sécurité et production alimentaires (détérioration de la qualité des sols et de la disponibilité de l'eau ou des terres cultivables, et contamination des aliments), et préservation de l'environnement naturel et de la biodiversité.

ÉVALUATION DE L'ÉGALITÉ DES GENRES

Pour caractériser cet *outcome*, il est recommandé d'étudier les dynamiques de genre existantes dans la communauté, l'inégalité des droits et des chances entre les femmes, les hommes, les filles et les garçons, et les différences en matière d'accès et de contrôle des ressources, de prise de décision, de comportements en matière de recherche de soins de santé ou de rôles liés aux soins, par exemple. Ces différences et inégalités sont un facteur déterminant pour la santé et le bien-être de tous.

Il est suggéré d'utiliser comme indicateur un indice de participation égalitaire à la prise de décision au sein du foyer en matière de santé familiale. Cet indice permet d'évaluer, au moins en partie, le pouvoir des femmes et leur participation à la prise de décision au sein du foyer sur des aspects aussi importants que la consommation de produits, la gestion des ressources économiques, les soins aux personnes dépendantes et malades, ou les décisions en matière de reproduction, qui ont un impact évident sur la santé⁵⁹.

ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET MOYENS DE SUBSISTANCE

Pour caractériser cet *outcome*, il est recommandé d'étudier le niveau de sécurité alimentaire et de revenus des familles, grâce à l'emploi, à l'entrepreneuriat, à la protection sociale et aux transferts monétaires, et la manière dont cela contribue à une meilleure alimentation, nutrition et santé.

Il est suggéré d'utiliser comme indicateur l'échelle d'expérience de l'insécurité alimentaire (*Food Insecurity Experience Scale* ou FIES). Cet indicateur permet d'étudier la fréquence et la gravité de cinq stratégies d'adaptation mises en œuvre par le ménage au cours de la semaine écoulée : consommer des aliments moins chers qui ne sont pas les préférés, demander de l'aide à des amis et à la famille, limiter la taille des portions,

⁵⁹ Il est recommandé, comme cadre de référence pour l'adaptation de la méthode de calcul de cet indicateur, le guide de la modalité « Household Decision Making » du Cadre technique de programmation d'Action Contre la Faim, et plus précisément le « *Household Decision-Making Index Kit* », et le guide dont il est extrait : Oxfam, 2017. A 'how to' guide to measuring women's empowerment.

restreindre la consommation des adultes et réduire le nombre de repas quotidiens.

ÉVALUATION DE LA SECURITE HYDRIQUE ET DE L'ASSAINISSEMENT

Pour caractériser cet *outcome*, il est recommandé d'étudier l'accès à des installations sûres d'approvisionnement en eau potable et à d'autres usages, ainsi qu'à des installations d'assainissement, et leur gestion, ainsi que d'autres conditions d'hygiène de l'environnement et du domicile, en tant que déterminants du risque de transmission des maladies zoonotiques, vectorielles et fécos-hydriques.

Il est suggéré d'utiliser comme indicateur un indice de sécurité de l'eau, d'assainissement et d'hygiène dans la communauté, calculé à l'aide d'une échelle ordinale qualitative permettant de quantifier le niveau de différentes dimensions, telles que l'accès à l'eau potable, l'accès à un assainissement amélioré, la gestion des déchets solides, la disponibilité de moyens d'hygiène, la performance de la gestion communautaire dans l'exploitation et la maintenance des installations et des services, et les conditions environnementales qui présentent des risques importants pour la santé.



© Alexis Huguet pour Action contre la Faim

