



RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ

**DU DIAGNOSTIC À LA PLANIFICATION
GUIDE**

JANVIER 2017

RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ

DU DIAGNOSTIC À LA PLANIFICATION

Secteur Nutrition et Santé
Action Contre la Faim - International

Janvier 2017

INFORMATIONS LÉGALES

..... DROITS D'AUTEUR

© Action Contre la Faim (ACF) International – 2016

Reproduction autorisée, moyennant mention de la source, sauf spécification contraire. Si la reproduction ou l'utilisation de données textuelles et multimédias (son, images, logiciels, etc...) sont soumises à autorisation préalable, cette autorisation annulera l'autorisation générale susmentionnée et indiquera clairement les éventuelles restrictions d'utilisation.

..... CLAUSE DE NON-RESPONSABILITÉ

Le présent document vise à promouvoir l'accès du public aux informations relatives à ses initiatives et aux politiques d'Action contre la Faim en général. Notre objectif est de diffuser des informations exactes et actualisées au moment de la publication. Nous nous efforcerons de corriger les erreurs qui nous seront signalées. Toutefois, ACF n'assume aucune responsabilité quant aux informations que contient le présent document.

Ces informations :

- sont exclusivement de nature générale et ne visent pas la situation particulière d'une personne physique ou morale ;
- ne sont pas nécessairement complètes, exhaustives, exactes ou à jour ;
- renvoient parfois à des documents ou sites extérieurs sur lesquels ACF n'a aucun contrôle et pour lesquels ACF décline toute responsabilité ;
- ne constituent pas de manière exhaustive un avis juridique.

La présente clause de non-responsabilité n'a pas pour but de limiter la responsabilité d'ACF de manière contraire aux exigences des législations nationales applicables ou d'exclure sa responsabilité dans les cas où elle ne peut l'être en vertu des dites législations.

PHOTO DE COUVERTURE : © Sanjit Das / Panos - Népal

DESIGN : Céline Beuvin

© Action Contre la Faim 2017, 14/16 Boulevard de Douaumont - CS 80060 - 75854 Paris Cedex 17 - France

Pour nous soutenir, consultez nos sites : www.actioncontrelafaim.org

TABLE DES MATIÈRES

INFORMATIONS LÉGALES	4
TABLE DES MATIÈRES	5
LISTE DES ACRONYMES	6
REMERCIEMENTS	7

1 - DESCRIPTION DE L'APPROCHE RSS : DIAGNOSTIC ET PLANIFICATION 8

Contexte	11
Comment utiliser ce guide ?	12
Objectif de l'approche	13
Principes fondamentaux de l'approche	13
Présentation générale de l'approche	15
Résumé de l'approche	19

3 - DIAGNOSTIC 20

Étape 1 : Phase de préparation	23
Étape 2 : Collecte des données secondaires	27
Étape 3 : Collecte des données primaires	29
Étape 4 : Analyse des risques et des capacités	33
Étape 5 : Phase de consensus	42
Étape 6 : Priorisation	52
Étape 7 : Identification des causes	55

4 - PLANIFICATION 58

Étape 8 : Identification des solutions	61
Étape 9 : Préparation en interne des partenaires	64
Étape 10 : Atelier de planification	68
Étape 11 : Mise en œuvre, Suivi & Évaluation et Accompagnement	77
References	81

5 - ANNEXES 82

LISTE DES ACRONYMES

ACF	ACTION CONTRE LA FAIM
ANJE	ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT
BSD	BUREAU DE SANTÉ DU DISTRICT
CMN	COVERAGE MONITORING NETWORK
CP	COMITÉ DE PILOTAGE
EGSD	ÉQUIPE DE GESTION DE LA SANTÉ DU DISTRICT
ES	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ
GD	GROUPE DE DISCUSSION
HSAA	HEALTH SYSTEM ASSESSMENT APPROACH - APPROCHE ÉVALUATIVE DU SYSTÈME DE SANTÉ
LFA	CADRE LOGIQUE
MAS	MALNUTRITION AIGÛE SÉVÈRE
MDS	MINISTÈRE DE LA SANTÉ
OMS	ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
ONGI	ORGANISATION NON GOUVERNEMENTALE INTERNATIONALE
ONGL	ORGANISATION NON GOUVERNEMENTALE LOCALE
ONU	ORGANISATION DES NATIONS UNIES
OSC	ORGANISATION DE LA SOCIÉTÉ CIVILE
PB	PÉRIMÈTRE BRACHIAL
PCC	PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE DES CAS
PCIME	PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE DES MALADIES DE L'ENFANT
PCMA	PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE DE LA MALNUTRITION AIGÛE
R&R	RÔLES & RESPONSABILITÉS
RP	RESPONSABLE PROJET
RSS	RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ
S&E	SUIVI & ÉVALUATION
SIS	SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE
SMART	SPÉCIFIQUE MESURABLE APPROPRIÉ RÉALISTE TEMPORALISÉ
SRMNE	SANTÉ DE LA REPRODUCTION, DE LA MÈRE, DU NOUVEAU-NÉ ET DE L'ENFANT
SS	SYSTÈME DE SANTÉ
SWOT	STRENGTHS WEAKNESSES OPPORTUNITIES THREATS - FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS ET MENACES
TDR	TERMES DE RÉFÉRENCE
TSC	TRAVAILLEURS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES

REMERCIEMENTS

La 3^e version de ce guide a été principalement rédigée par Anne-Dominique Israel (référénte Nutrition et Santé ACF-France) en collaboration avec Sarah Brousse (référénte technique RSS ACF-France). Les versions précédentes ont été développées par Anne-Dominique Israel en collaboration avec Louise Logre, Eric Kouam (consultant RSS) et Anne Berton (ancienne référénte Santé et Nutrition ACF-Afrique de l'Ouest).

Les auteurs tiennent à remercier tout le personnel ACF ayant consacré du temps à l'élaboration de ce document, permettant d'aboutir à cette nouvelle version, notamment : Caroline Antoine (référénte Santé), Olivia Freire, Fabienne Rousseau, Emilie Robert et Yara Sfeir (référéntes Nutrition et Santé ACF-Siège), Aurélie du Châtelet (référénte ACF Plaidoyers Nutrition et Santé), Yibeltal Jemberu (référént technique adjoint Nutrition et Santé ACF-Éthiopie) et Pascal Debons (référént DRM ACF-USA).

Nous souhaitons remercier tout particulièrement Peter Hailey pour ses contributions et ses révisions qui ont aidé à améliorer la qualité du document. Il est également à l'origine de la réflexion qui a mené au développement de cette approche via l'article qu'il a écrit en collaboration avec Daniel Tewoldeberha en 2010.

Nous tenons aussi à remercier l'organisation Concern Worldwide d'avoir partagé leur approche et leur expertise concernant la préparation et la gestion des pics de fréquentation (CMAM surge operational guide publié en 2016), et de nous avoir aidé à rédiger les chapitres de l'approche RSS portant sur les chocs.

Les experts suivants ont également contribué de manière significative et constructive, et nous les en remercions sincèrement : Naima Barry (spécialiste en Santé Publique) et Karl Blanchet (Directeur du Health in Humanitarian Crises Centre, et professeur agrégé en recherche sur les Systèmes de Santé à la London School of Hygiene & Tropical Medicine).

En dernier lieu, nous souhaitons remercier tout le personnel d'ACF, les organisations partenaires et les Ministères de la Santé d'Éthiopie, du Tchad, du Burkina Faso, du Sénégal, du Mali, du Niger, de la Côte d'Ivoire, de la Sierra Leone, d'Afghanistan, du Bangladesh, de Madagascar et de Djibouti. Ces personnes ont aidé à piloter les premières versions du guide, elles ont contribué aux retours d'expérience et à la mise en avant de problématiques qui ont largement participé aux enseignements permettant l'élaboration de ce guide.

1

DESCRIPTION DE L'APPROCHE RSS : DIAGNOSTIC ET PLANIFICATION

CONTEXTE

COMMENT UTILISER CE GUIDE ?

OBJECTIF DE L'APPROCHE

PRINCIPES FONDAMENTAUX DE L'APPROCHE

PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'APPROCHE

RÉSUMÉ DE L'APPROCHE



© Julien Goldstein - Libéria



PILERS DU SYSTÈME DE SANTÉ

PRESTATION DE SERVICES

RESSOURCES HUMAINES

INFORMATION

MÉDICAMENTS, VACCINS
ET TECHNOLOGIES

FINANCEMENT

LEADERSHIP /
GOUVERNANCE

ACCÈS
COUVERTURE

QUALITÉ
SÉCURITÉ

OBJECTIFS GÉNÉRAUX/ IMPACTS

AMÉLIORATION
DE LA SANTÉ
(DE NIVEAU ET ÉQUITABLE)

RÉACTIVITÉ

PROTECTION DES
RISQUES SOCIAUX ET
FINANCIERS

AMÉLIORATION DE
L'EFFICIENCE

LE SYSTÈME DE SANTÉ DE L'OMS

(Adapté du Lancet 2009)

CONTEXTE

En 2010, l'organisation non gouvernementale internationale Action Contre la Faim (ACF), a identifié la nécessité de développer un guide facile d'utilisation pour aider à repérer les lacunes et les goulots d'étranglement des systèmes de santé au niveau des Districts, afin de mettre en place une stratégie de renforcement des systèmes de santé. Des experts externes¹ ont mené deux études pour améliorer les connaissances d'ACF en matière de RSS et pour proposer des recommandations au sujet de l'approche à adopter. Depuis 2011, ACF se renseigne sur le RSS grâce aux expériences de ses partenaires et en étudiant la littérature, les outils et les méthodes existants. La première version de ce guide a été publiée en 2013, et la deuxième début 2015. Les deux versions du guide ont été testées de 2013 à 2016 en collaboration avec les gouvernements (Ministères de la Santé) de 12 pays.

Action Contre la Faim avait la réputation d'axer son action sur la nutrition, mais l'organisation a progressivement modifié son approche lors de ces 10 dernières années pour passer d'une approche verticale, focalisée sur des interventions en nutrition (notamment la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère), à une approche horizontale orientée sur le renforcement des systèmes de santé. La partie suivante explique les raisons de ce changement d'approche.

BESOIN DE SORTIR DE L'APPROCHE VERTICALE, DITE AXÉE SUR LA MALADIE

Dans le cadre conceptuel de l'UNICEF sur la malnutrition, **la santé a une importance déterminante**. La santé des femmes et des adolescentes est étroitement liée à la santé et à l'état nutritionnel de leurs futurs enfants. C'est pourquoi, afin de rompre le cercle vicieux intergénérationnel de la malnutrition, il est fondamental d'intégrer les interventions en nutrition et en santé, telles que la planification familiale, l'apport en micronutriments et les soins prénatals et postnatals, dans les services minimum de santé. De plus, la couverture universelle d'une maladie ne peut être atteinte qu'en assurant la **disponibilité** et l'**accès** au traitement à tous les niveaux du système de santé (y compris au niveau communautaire), ainsi que l'utilisation des services de santé. La prise en charge de la malnutrition aiguë sévère (MAS) suit la même logique et doit être intégrée et généralisée dans les services minimum de soins. La version remaniée de la stratégie ACF de nutrition et de santé concentre ses efforts à la fois sur la nutrition mais également sur la mise à disposition et la distribution des services minimum de santé au niveau des centres de santé (approche diagonale).

BESOIN DE MIEUX COMPRENDRE LES BARRIÈRES QUI EMPÊCHENT L'ACCÈS À LA PRISE EN CHARGE DE LA MAS

Depuis quelques années, la communauté internationale évalue activement la couverture des services de prise en charge à base communautaire de la MAS. Récemment, le réseau CMN (Coverage Monitoring Network) a étudié les facteurs influençant l'accès à la prise en charge et a publié un rapport sur le sujet [1]. Cinq des goulots d'étranglement les plus fréquemment observés sont : Un manque de connaissances sur la maladie ; un manque de connaissances du programme ; des coûts d'opportunité élevés ; la distance séparant le foyer ou la communauté du site de prestation des services ; un rejet précédent. La "communauté de la MAS" s'est rendue compte qu'une grande partie des obstacles observés (ou goulots d'étranglement) sont communs à tous les services, et que quelques-uns seulement sont propres à la MAS.

ACF a donc commencé à regarder les **leçons apprises des expériences menées par les initiatives de santé mondiale** développées dans les années 2000. Nous avons remarqué qu'en cherchant à intégrer la prise en charge de la MAS dans les services minimum de santé, nous sommes confrontés à des défis et des problématiques similaires que ceux rencontrés par les initiatives de santé mondiale (Global Health Initiatives - GHI en anglais). En effet, GAVI (vaccination), PEPFAR (VIH/SIDA) et le Fonds mondial (VIH, paludisme et tuberculose), ont appliqué, à leurs premiers stades, une approche "verticale, basée sur la maladie". Cette approche a effectivement permis de mettre l'accent sur ces maladies et de focaliser l'attention des décideurs, mais elle a aussi montré ses limites. En effet, la plupart des pays concernés ont globalement souffert de la fragilité de leur système de santé, luttant en permanence pour fonctionner efficacement et pour offrir une disponibilité de soins de qualité standard. Au milieu des années 2000, il a été reconnu que la réussite des initiatives de santé mondiale était intrinsèquement liée à la situation des systèmes de santé. Les systèmes de santé faibles présentent des goulots d'étranglement rendant difficile l'atteinte des objectifs de ces initiatives, et à l'inverse, les initiatives de santé mondiale, en utilisant une approche verticale, sont susceptibles de surcharger le système, ayant ainsi un effet défavorable voire délétère sur le système.

1 - Alice Schmidt et Dr. Steve Fabricant

UNE TENDANCE MONDIALE VERS DES APPROCHES DIAGONALES ET VERS LE RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ

La communauté internationale a pris conscience des effets potentiellement contre-productifs de l'approche verticale et a commencé à se tourner vers des schémas horizontaux ou diagonaux (l'annexe 5 fournit des explications clés sur ces approches). Pour pouvoir mettre en œuvre des approches horizontales/diagonales, les systèmes de santé doivent être renforcés. Les outils et guides proposés en matière de renforcement des systèmes de santé (RSS) sont relativement récents, comme celui développé par l'OMS en 2005 qui définit les 6 piliers des systèmes de santé. De plus, c'est seulement au cours de la 62e Assemblée Mondiale de la Santé en 2009 qu'une résolution sur le renforcement des systèmes de santé et les soins de santé primaires, a été adoptée. **Avec la généralisation de l'intégration du traitement de la MAS dans les services de soins depuis 2008, il devient essentiel de considérer le renforcement des systèmes de santé comme un nouveau regard sur le contexte, et de s'adapter en conséquence.**

COMMENT UTILISER CE GUIDE ?

QUE CONTIENT CE GUIDE ?

Le guide "Renforcement des systèmes de santé : du diagnostic à la planification" décrit l'approche globale et détaille les onze étapes qui composent le processus de diagnostic et de planification. Le but du diagnostic est d'établir une vision commune et de repérer les forces et les faiblesses du système de santé. La phase de planification permet de créer une synergie entre les acteurs en définissant des solutions et des activités à mettre en œuvre pour renforcer le système de santé et améliorer sa résilience. Le guide donne des conseils et des outils pour chacune des étapes. Il contient à la fois des explications générales sur l'approche, ainsi que des conseils et des astuces pratiques visant à faciliter la mise en œuvre de l'approche.

À QUI S'ADRESSE CE GUIDE ?

Ce guide se voulant holistique, il donne un aperçu de l'ensemble de l'approche RSS, et doit donc être lu et utilisé par tous les acteurs impliqués dans le processus. Chaque acteur peut sélectionner les informations nécessaires à ses activités, et à la fois avoir une vue d'ensemble et une compréhension globale de l'approche.

Le guide sert aussi à orienter ceux qui peuvent, à un moment donné, être impliqués dans le diagnostic ou la planification, comme le personnel national (Ministère de la Santé), le personnel de santé clé, les points focaux représentant les communautés et tous les partenaires de la région ciblée. Il faudra faire en sorte que le projet RSS soit mis en relation avec les plans nationaux, régionaux ou du District qu'il faut informer et éventuellement impliquer, pour toute action faisant appel à une contribution de leur part.

ADAPTATION DU GUIDE AUX DIFFÉRENTS CONTEXTES

Ce guide est volontairement générique de façon à ce que son contenu puisse être adapté selon le contexte. Les documents types et les outils ont été élaborés à partir d'expériences réelles, mais il est conseillé de les adapter à chaque situation. Les outils, les procédures, etc. qui existent déjà dans le District ciblé, doivent être utilisés et pris en compte lors de la mise en œuvre de l'approche RSS. Le guide est construit comme une boîte à outils. En fonction des besoins, du contexte et de la situation du système de santé ciblé, des étapes sont sélectionnées et utilisées.

OBJECTIF DE L'APPROCHE

Ce guide décrit une **approche étape par étape** qui permet d'effectuer l'évaluation du système de santé et la planification à **l'échelle du District**. Cette approche repose sur des méthodes relativement simples. Avant d'appliquer la méthode, il convient d'examiner les outils et les pratiques existants déjà au niveau du District.

L'objectif de l'évaluation est d'obtenir un aperçu de la structure du système de santé et de comprendre ses forces et ses faiblesses (diagnostic), afin de déterminer les actions prioritaires nécessaires à l'élaboration d'une stratégie de renforcement du système de santé (phase de planification). En somme, cette approche vise non seulement à renforcer le système de santé, mais également à renforcer sa résilience en améliorant ses capacités de préparation, d'absorption, d'adaptation et de transformation vis à vis des chocs/stress.

1 LA PHASE DE **DIAGNOSTIC** DE L'APPROCHE A POUR OBJECTIF DE:

- Identifier les **forces et les faiblesses** du système de santé.
- **Créer une vision commune** entre les partenaires au niveau du District.
- **Dégager un consensus** entre les acteurs sur les actions prioritaires à mettre en place pour renforcer le système.

2 LA PHASE DE **PLANIFICATION** DE L'APPROCHE A POUR OBJECTIF DE :

- **Intégrer** l'approche de renforcement des systèmes de santé dans la **planification sanitaire du District**.
- Créer une **synergie entre les acteurs** à travers le développement d'un plan d'action multi-annuel définissant les rôles et responsabilités de chacun.
- Développer une **approche de renforcement de la résilience**.

Le but est également de :

- Mettre en place **des indicateurs et des mécanismes** pour suivre l'implémentation du plan d'action du District sanitaire.
- Développer une "**planification ajustable**" et un **apprentissage en temps réel** qui aboutiront à un système de santé flexible et plus résilient.

PRINCIPES FONDAMENTAUX DE L'APPROCHE

Cette partie du guide doit être lue avant et après avoir lu l'intégralité du document. En effet, bien comprendre les notions clés sans connaître la méthode peut s'avérer quelque peu compliqué.

NOTE

UNE APPROCHE ADAPTABLE

Ce guide propose un processus, et non un modèle. Qu'est-ce que cela signifie concrètement ?

L'approche est flexible et doit être adaptée en fonction du contexte et de la situation du système de santé. Dans la plupart des pays, certaines méthodes/outils d'évaluation ou de planification sont soit déjà en place, soit en cours de test. Il est très important de ne pas réinventer la roue, de ne pas chercher à remplacer tout ce qui a déjà été accompli, mais plutôt d'intégrer et d'adapter les outils existants aux étapes proposées dans ce guide.

Cette approche étape par étape devrait aider les praticiens dans le domaine à identifier les étapes clés nécessaires pour effectuer un diagnostic et une planification de qualité, ainsi qu'à articuler ces étapes avec ce qui est déjà existant (que ce soit un outil de diagnostic ou un questionnaire, ou qu'il s'agisse d'une plateforme de planification au niveau du District).

Les outils proposés dans ce guide (questionnaires, matrice...) doivent systématiquement être adaptés au contexte.

DES ACTIONS PRATIQUES

Cette approche étape par étape est un **processus global qui met l'accent sur des actions pratiques**. Qu'est-ce que cela signifie concrètement ?

Trop souvent, les évaluations sont menées sans avoir planifié l'analyse des solutions à apporter ni la concrétisation des résultats en actions. Aucun travail de devra être commencé si le diagnostic est le seul objectif. La phase de planification est un élément indispensable de l'approche.

UNE APPROCHE SYSTÉMIQUE

De plus, la complexité des systèmes de santé ne doit pas être négligée. L'approche systémique prend en compte le fait que toute modification sur l'un des piliers du système de santé aura probablement des répercussions sur d'autres piliers car ils sont en interactions permanentes.

"Toute intervention, de la plus simple à la plus complexe, a un effet sur le système global, lequel a un effet sur chacune des interventions mises en œuvre. (...) Si l'on admet qu'aucune intervention n'est simple et que toutes ont des effets, intentionnels ou non, à l'échelle du système de santé dans son ensemble, alors il faut impérativement tenter de mieux cerner ces effets, afin d'atténuer toute dérive négative du système et d'amplifier les synergies potentielles. Pour renforcer un système de santé, il faut d'abord bien le connaître." [2]

Lors de la phase de planification, savoir anticiper les interactions entre les différentes interventions est une composante essentielle de la dynamique de travail.

FIGURE 1 : PILIERS DU SYSTÈME DE SANTÉ - APPROCHE SYSTÉMIQUE [2]



UNE APPROCHE AXÉE SUR LE DISTRICT ET DIRIGÉE PAR LE GOUVERNEMENT

Bon nombre de documents et d'outils ont récemment été développés pour évaluer les systèmes de santé. La plupart interviennent au niveau national, et proposent une approche dite "du haut vers le bas", ce qui signifie que les recommandations concernent le niveau national. Ceci est utile pour orienter les politiques de santé publique du pays, mais ne prend pas en compte les besoins et les situations des niveaux inférieurs du système de santé. L'un de ces documents, le *Health Systems Assessment Approach (HSAA) : How-To Manual* [3] développé en 2008 et mis à jour en 2012 par Health Systems 20/20 permet de réaliser une évaluation rapide et globale des fonctions clés du système de santé au niveau national. Cette méthode peut aussi permettre de recueillir des informations et des données au niveau des Districts. Cependant, les recommandations concerneront le niveau national. Cette méthode est très pertinente, elle a été utilisée, ainsi que la plupart des travaux menés par Health Systems 20/20, comme modèle pour établir ce guide. Mais, bien que l'évaluation du système de santé au niveau national soit indispensable pour favoriser les changements de politique et déterminer les actions à mettre en œuvre à l'échelle du pays, **il est souvent difficile de transposer ces recommandations au niveau des Districts**. Ce guide adopte une approche "de bas en haut", le processus commence par le niveau du District. **Nous pensons que l'évaluation du système de santé des Districts peut avoir une influence significative sur les politiques nationales. Le processus mis en avant dans ce guide devrait servir à compléter les stratégies nationales de santé des pays.**

DES PARTENARIATS COMPLÉMENTAIRES

Une stratégie de renforcement des systèmes de santé **ne peut être développée que si tous les acteurs sont impliqués**. L'approche étape par étape proposée ici doit être développée en partenariat et en coordination avec tous les acteurs de santé du District et sous la direction du bureau de santé du District. C'est une condition sine qua non. Aucun acteur intervenant au niveau du District n'a la légitimité pour proposer un tel processus seul.

Impliquer tous les acteurs est clairement le plus grand défi de l'approche proposée. Néanmoins, réussir à construire ou à renforcer les partenariats et la coordination peut être considéré comme un premier résultat et une réussite car cela permettra, à plus long terme, d'accroître la synergie. Le leadership des autorités sanitaires locales est aussi un aspect fondamental du processus. **Dernier point, mais non des moindres, les usagers des services de santé ainsi que les communautés doivent être représentés lors des ateliers et des discussions importantes tout au long du processus.**

PENSER HORIZONTAL ET/OU DIAGONAL, MAIS PAS VERTICAL

Ce guide favorise un diagnostic et un processus de planification horizontaux. Qu'est-ce que cela signifie concrètement ?

Les services de santé (préventifs et curatifs) peuvent être fournis en utilisant deux modes d'action : horizontal ou vertical. Dans le cas du **mode horizontal**, les services sont fournis par un système de santé financé par des fonds publics, ils sont communément appelés soins de santé primaires. Le **mode vertical** de prestation des services de santé implique un ciblage sélectif d'interventions spécifiques (visant une maladie par exemple) qui ne sont pas entièrement intégrés dans le système de santé. L'approche diagonale tente d'améliorer les résultats spécifiques liés à une maladie grâce au renforcement des systèmes de santé. Elle peut être perçue comme un mécanisme visant à remédier aux faiblesses du système de santé. L'approche diagonale concilie la nécessité de conserver certaines fonctions spécialisées, tout en reconnaissant que les programmes et leur mise à l'échelle demandent des systèmes de santé plus solides.

"Les interventions de renforcement des systèmes de santé doivent être complètes. De la même façon que les interventions verticales ou visant une maladie spécifique peuvent paradoxalement affaiblir les systèmes de santé primaires, les interventions RSS, si elles sont trop restreintes, peuvent avoir un intérêt limité car d'autres lacunes du système de santé auront été ignorées. Par exemple, une initiative d'envergure visant à recruter et former des agents de santé, a peu de chances d'aboutir si ces agents doivent travailler dans

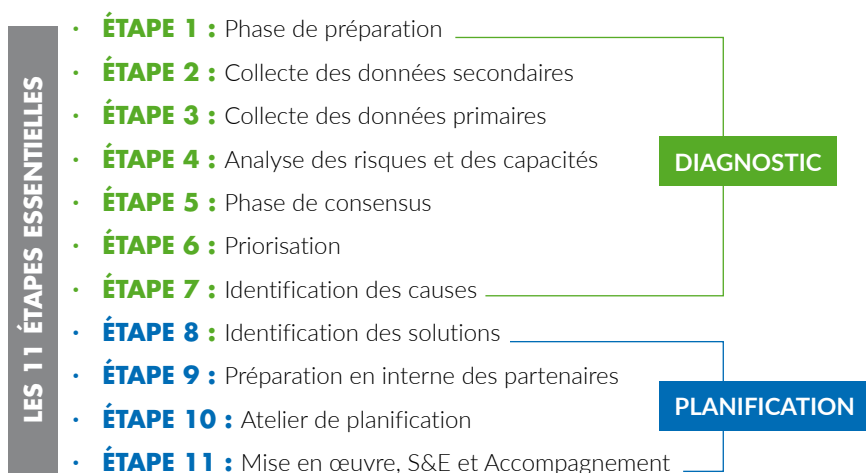
des infrastructures obsolètes, avec du matériel inadapté, avec des pénuries de médicaments ou sans système d'information. C'est pour cela que notre intervention met l'accent sur une formation transversale concernant les six piliers de l'OMS à plusieurs niveaux du système de santé : District, établissement de soins, communauté."[4]

Le processus et les outils proposés ici ont été développés pour une approche horizontale globale/complète. On pourra aussi choisir l'approche diagonale (selon la spécialité des parties prenantes des éléments supplémentaires peuvent être ajoutés au diagnostic initial).

PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'APPROCHE

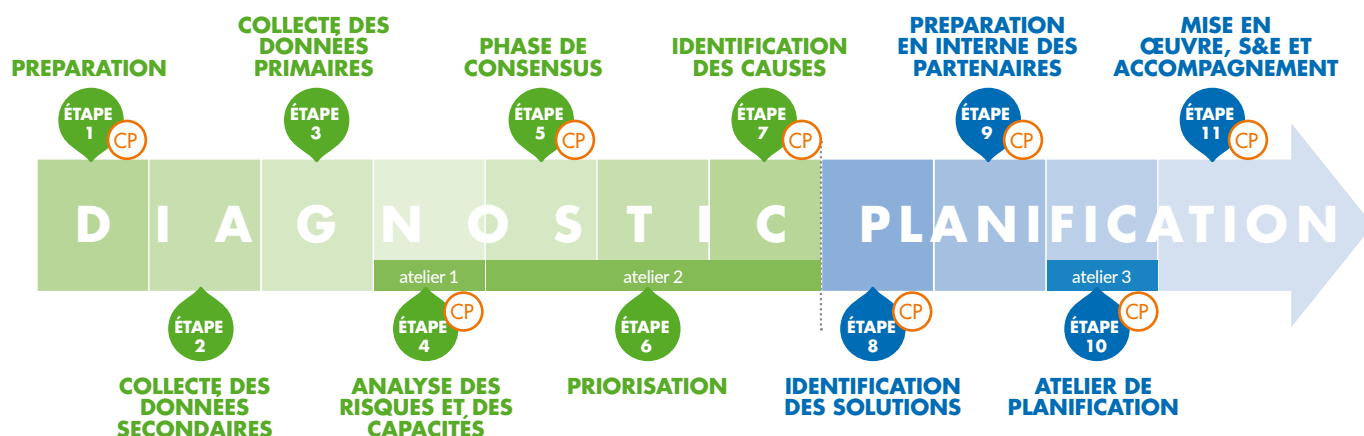
STRUCTURE DE L'APPROCHE

Ce document propose un processus en 11 étapes promu par ACF, qui doit être considéré comme un processus pour la mise en œuvre de l'approche RSS, plutôt qu'une méthode et un outil à utiliser obligatoirement. Si des outils existent déjà dans le District et/ou le pays où vous travaillez tels qu'un planning annuel, des processus de budgétisation ou d'autres outils, il est important de d'abord voir comment cette approche peut venir compléter les outils et les méthodes existants puis voir comment il est possible de les articuler ensemble ou de les compléter. Les étapes principales de l'approche sont décrites ci-dessous.



- **LE DIAGNOSTIC** doit fournir des informations détaillées sur les forces et les faiblesses du système de santé en ce qui concerne les six piliers définis par l'OMS, à savoir : *i) la gouvernance, ii) le financement, iii) la prestation des services, iv) les ressources humaines pour la santé, v) l'approvisionnement et vi) le système d'information sanitaire*. L'approche proposée pour les étapes du diagnostic est une combinaison de plusieurs méthodes qui ont été adaptées (voir annexe 1).
- **LA PHASE DE PLANIFICATION** doit appuyer l'élaboration de stratégies globales visant à renforcer le système de santé en se basant sur le diagnostic initial. La phase de planification n'a pas seulement pour but de renforcer le système de santé, mais elle tient aussi compte de ce qui doit être fait à court terme pour répondre aux besoins immédiats de la population. De plus, la méthode permet de proposer des activités/ approches améliorant la résilience afin que le système soit préparé à absorber, s'adapter et se transformer face à des chocs prévisibles, exceptionnels, de petite, moyenne ou grande échelle. Cette phase est basée sur plusieurs études et projets sur la question qui ont été adaptés (voir annexe 1).

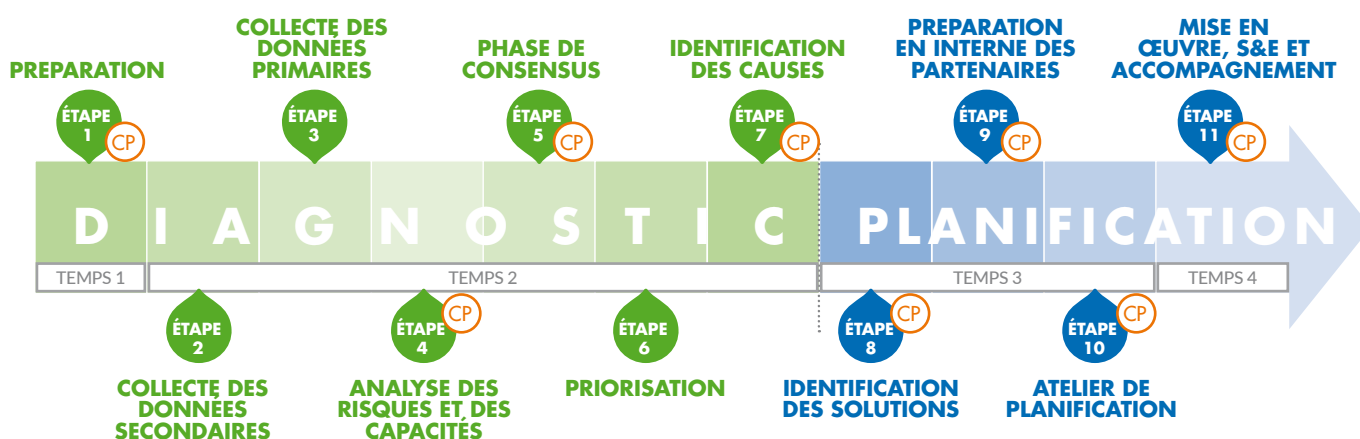
Le schéma ci-dessous représente les différentes étapes de l'approche RSS.



CIBLAGE GÉOGRAPHIQUE

L'approche proposée doit être appliquée au plus petit niveau administratif du système de santé qui est souvent le "District". Il n'est pas recommandé de l'appliquer au niveau régional (voir les principes fondamentaux de l'approche - approche axée sur le District). Pour que le diagnostic soit représentatif, il faut prendre en compte les hétérogénéités dans la région ciblée. Par exemple, les différences entre l'environnement urbain et l'environnement rural seront prises en compte à chaque étape du processus.

TIMING ET DURÉES



- **TEMPS 1** : La phase de préparation peut prendre de 4 à 8 semaines, c'est la plus importante. Elle doit démarrer bien avant les autres étapes. **C'est au cours de cette étape que la durée et le calendrier de l'ensemble de l'exercice seront déterminés.** Nous conseillons de commencer la phase de préparation au moins 2 mois avant le début de la phase de diagnostic. Idéalement, 4 mois est une bonne durée.
- **TEMPS 2** : Pour réaliser les étapes de diagnostic il faut compter au moins 6 semaines, à partir de la collecte des données secondaires jusqu'à l'étape de rédaction du rapport préliminaire et de priorisation (voir tableau en annexe 2). **Ceci peut prendre plus de temps selon le contexte** (et doit être défini lors de la phase de préparation). La durée dépendra de l'effectif et des compétences de l'équipe d'évaluation, de la portée de l'évaluation et de la superficie de la région à évaluer. Elle dépendra aussi beaucoup de la proactivité des partenaires et de leurs disponibilités pour participer à l'atelier de diagnostic (trouver un créneau pour organiser un atelier de 3-4 jours avec tous les partenaires est souvent la raison pour laquelle cette durée doit être rallongée).
- **TEMPS 3** : Pour réaliser les étapes de planification il faut compter au moins 5 semaines. Dans certains contextes, les étapes de planification auront lieu directement après les étapes de diagnostic, cependant, elles peuvent aussi être planifiées 1 à 3 mois après. Cela dépendra beaucoup du planning des programmes de santé locaux. Ces prévisions sont à effectuer pendant la phase de préparation.
- **TEMPS 4** : Pour la mise en œuvre des activités ainsi que le suivi et l'évaluation il faut compter plusieurs années (période prévue pour mener à bien les activités). Ici, il faut garder à l'esprit le fait que cette méthode est une approche à long terme. Sa mise en œuvre doit donc tenir compte du temps qu'il faut au District pour réaliser correctement les objectifs RSS.

Le timing et les durées dépendent directement du contexte. Il n'y a pas de règle générale, chaque exercice devra s'adapter aux calendriers locaux, aux disponibilités des partenaires et aux emplois du temps des acteurs clés. Une estimation détaillée du planning à prévoir est présentée en Annexe 2. Le diagnostic et la planification RSS doivent être raccordés à d'autres plannings (budget et planification sanitaire du District, planning stratégique des partenaires, etc.). Les informations suivantes sont des estimations du nombre de semaines minimum nécessaires, elles s'inspirent d'expériences pilotes menées entre 2014 et 2016.

NOTE

ACTEURS PRINCIPAUX ET BESOINS EN RESSOURCES HUMAINES

Les principaux acteurs concernés par l'approche RSS sont généralement ceux qui sont impliqués dans le fonctionnement du système de santé au niveau du District. Il est important de bien comprendre les rôles et les responsabilités de chaque acteur dans le système de santé avant de mettre en place l'approche RSS. Les tableaux ci-dessous présentent d'une part les principaux acteurs et leurs rôles respectifs et d'autre part les besoins supplémentaires en ressources humaines. À chaque étape du guide, vous trouverez plus de détails concernant les rôles et les responsabilités de ces acteurs.

TABLEAU 1 : DESCRIPTION DES PRINCIPAUX ACTEURS

PRINCIPAUX ACTEURS	
ACTEURS	RÔLES & RESPONSABILITÉS
MINISTÈRE DE LA SANTÉ AU NIVEAU DU DISTRICT	L'EGSD (Équipe de Gestion de la Santé du District) dirige tout le processus Le Comité de pilotage répond directement au directeur du BSD.
COMITÉ DE PILOTAGE (CP)	Dirigé par l'EGSD et composé de représentants de toutes les parties prenantes du District sanitaire (ne doit pas être composé de plus de 10 partis), il est créé pendant l'étape 1. Principaux rôles : - Adapter la méthodologie au contexte - Préparer les outils, planifier le calendrier et les durées - S'investir activement dans chacune des étapes du processus et les valider - Briefer les partenaires sur les étapes, les résultats, etc.
PARTENAIRE PRINCIPAL	Un des partenaires aura un rôle plus important et appuiera le MdS pour diriger et organiser tout le processus. Ce partenaire sera le "co-leader" ou le "partenaire principal" .
AUTRES PARTENAIRES	Les autres partenaires sont : tous les acteurs ayant un rôle dans le système de santé du District, et n'étant pas impliqués dans le CP. Cela comprend les ONG locales et internationales, l'ONU, les bailleurs de fonds, les équipes de gestion de la santé au niveau de la région, le personnel de santé publique et privée, les communautés, etc. Tous les partenaires participeront aux ateliers 2 et 3 et pourront être sollicités à d'autres moments.

TABLEAU 2 : DESCRIPTION DES RESSOURCES HUMAINES SUPPLÉMENTAIRES

RESSOURCES HUMAINES SUPPLÉMENTAIRES	
ACTEURS	RÔLES & RESPONSABILITÉS
RESPONSABLE PROJET RSS (RP RSS)	Recruté pendant la phase de préparation. Il/Elle est en poste pendant toute la durée du projet et soutient l'EGSD et le CP pour diriger le processus et mettre en œuvre les étapes de diagnostic et de planification (la plupart du temps, le RP RSS est recruté par le co-leader ou partenaire principal).
FACILITATEUR/ MODÉRATEUR RSS	Recruté pour un minimum de 2 mois. Son rôle de facilitateur consiste à aider les équipes à organiser les ateliers, atteindre les objectifs fixés et animer les moments importants du diagnostic et de la planification (étapes 4, 5, 6, 7, 8, 9 et 10). La mission est divisée en 2 phases : le diagnostic et la planification. Si la planification est prévue très rapidement après le diagnostic, le consultant peut rester sur place. Sinon, il quitte la mission et reviendra pour le début de l'étape 10 (<i>TdR disponibles en annexe 4</i>). La plupart du temps, le/la Facilitateur/Modérateur RSS est recruté par le co-leader ou partenaire principal mais ne fait pas partie de l'organisation. Il doit rester neutre et soutiendra principalement l'EGSD pour diriger le processus.
ÉQUIPE D'ÉVALUATION, AVEC UN RESPONSABLE DE LA SAISIE DES DONNÉES	Recrutés pour recueillir les données primaires et secondaires (étapes 2 et 3), parmi les organismes partenaires ou le MdS. Les principaux rôles de cette équipe sont premièrement de rassembler la documentation pertinente (étape 2). Puis de participer à la collecte des données primaires en effectuant des observations directes, ainsi qu'en animant les entretiens individuels et les groupe de discussions. L'équipe sera également chargée d'évaluer les données recueillies.

..... DIFFICULTÉS POSSIBLES

Des difficultés possibles liées à l'approche et aux principes sous-jacents énoncés plus haut, sont listées ci-dessous. Cette liste n'est pas exhaustive, vous pourrez rencontrer d'autres difficultés au cours des étapes en fonction du contexte dans lequel vous vous trouvez. La liste ci-dessous devrait vous permettre d'anticiper certains problèmes observés lors des expériences pilotes menées entre 2014 et 2016.

TABEAU 3 : NOTIONS CLÉS ET LIMITES DE L'APPROCHE

DIFFICULTÉS POSSIBLES	QUE FAIRE ?
Il faut se renseigner sur ce qui existe déjà et se préparer longtemps avant l'exercice.	Cela demande un investissement de départ des partenaires avant de planifier quoi que ce soit.
Mobilisation des partenaires et des équipes terrain pendant une longue période. Effet potentiellement négatif sur la participation active.	Définir à l'avance un planning détaillé avec les partenaires. Il est important d'assurer une bonne participation. Il est aussi important de rappeler régulièrement le planning aux partenaires.
Faire participer les utilisateurs et la communauté au processus est un défi considérable.	Plusieurs stratégies peuvent être mises en œuvre en fonction du contexte. Pour chaque étape, ces stratégies sont détaillées dans le guide.
L'aspect systémique de l'approche est souvent négligé après le diagnostic et au cours de la phase de planification.	S'assurer que tous les partenaires sont bien impliqués dans toutes les étapes. Il est important de prendre assez de temps pour effectuer correctement la planification et de l'articuler non pas autour des piliers du système mais autour des arbres causaux et des arbres à solutions. Les outils proposés de l'étape 7 à l'étape 10 sont censés réduire ce risque.
Bon nombre de faiblesses ou de goulots d'étranglement identifiés au cours du processus dépendent de la réglementation et des institutions régionales ou nationales.	Des représentants nationaux doivent être impliqués dans le processus. Pendant la phase de planification, bon nombre d'actions s'appliqueront au niveau régional/central. La stratégie de plaidoyer et le plan d'action doivent être considérés comme des objectifs du processus.
Les partenaires sont nombreux et variés : des usagers aux acteurs du secteur privé. La difficulté est d'arriver à tous les mobiliser. Le fait que le MdS se charge de ce processus et y consacre beaucoup de temps représente un autre défi.	La phase de discussion et de préparation est le moment le plus opportun pour mobiliser les partenaires. La réalisation d'une cartographie 4W (qui fait quoi, où et quand) est essentielle pour n'oublier aucun partenaire. Il faudra constamment veiller à encourager les usagers à se mobiliser.
Les ONG internationales ont tendance à rester dans leur domaine de prédilection et à proposer uniquement les services qu'elles offrent traditionnellement. Dans certains pays, même le MdS propose des services avec une approche très verticale.	Sortir de la logique verticale pourra nécessiter des actions de sensibilisation sur le sujet, ainsi que des formations préalables sur les concepts clés du renforcement des systèmes de santé.

RÉSUMÉ DE L'APPROCHE

OBJECTIFS

OBJECTIFS GÉNÉRAUX

- Renforcer le système de santé
- Améliorer la résilience du système de santé

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- Diagnostic du système de santé, mise en évidence des forces et des faiblesses.
- Réalisation d'un plan pluriannuel RSS du District avec tous les partenaires. Il inclut des activités de renforcement, de soutien et de substitution pour chaque stade et pour chaque objectif RSS. Les rôles, les responsabilités et l'estimation des coûts sont également définis.

PRINCIPES FONDAMENTAUX

- Une approche adaptable
- Des actions pratiques
- Une approche systémique
- Une approche axée sur le district et dirigée par le gouvernement
- Des partenariats complémentaires
- Penser horizontal et/ou diagonal, mais pas vertical



2

DIAGNOSTIC

ÉTAPE 1 : PHASE DE PRÉPARATION

ÉTAPE 2 : COLLECTE DES DONNÉES SECONDAIRES

ÉTAPE 3 : COLLECTE DES DONNÉES PRIMAIRES

ÉTAPE 4 : ANALYSE DES RISQUES ET DES CAPACITÉS

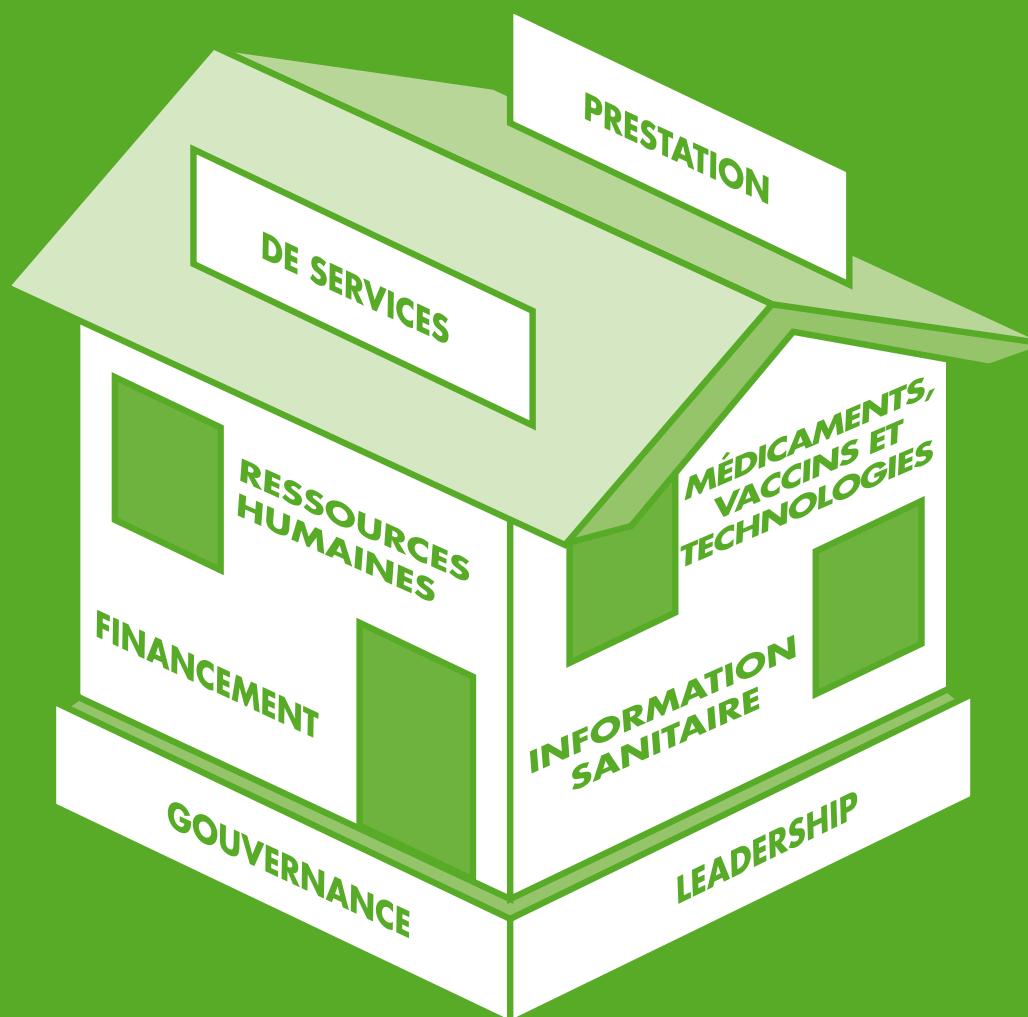
ÉTAPE 5 : PHASE DE CONSENSUS

ÉTAPE 6 : PRIORISATION

ÉTAPE 7 : IDENTIFICATION DES CAUSES

© ACF - Chad



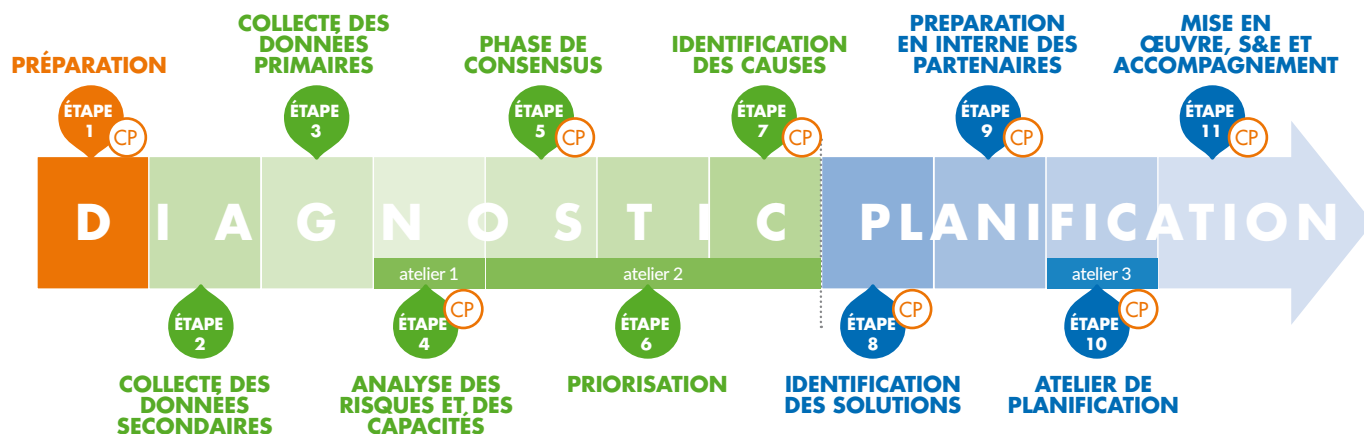


.....

REPRESENTATION DES SIX PILIERS D'UN SYSTÈME DE SANTÉ EFFICACE

(Adapté du Lancet 2009)

ÉTAPE 1 : PHASE DE PRÉPARATION



Au cours des discussions préliminaires, l'EGSD/MdS a donné son accord pour effectuer le RSS du diagnostic à la planification. Un premier calendrier avec les périodes prévues pour la préparation, le diagnostic et la planification a également été rédigé.

TABLEAU 4 : CADRE DE TRAVAIL DE L'ÉTAPE 1

ÉTAPE 1 – PHASE DE PRÉPARATION
OBJECTIFS - Développer et se mettre d'accord avec les partenaires du District sur les principes de base et les objectifs du diagnostic et de la planification RSS - Définir la portée, la méthodologie, les outils et le planning - Identifier les acteurs clés qu'il faut impliquer et les mobiliser
QUI EST CONCERNÉ ? - Autorités du District - Responsable Projet - Partenaires - Autres acteurs clés
MÉTHODES - Identification des partenaires clés en effectuant la cartographie 4W du District - Création du Comité de pilotage - Formation du Comité de pilotage et des partenaires sur l'approche - Sensibilisation à l'importance et aux défis des partenariats
RÉSULTATS - Le Comité de pilotage est créé - Les principales caractéristiques de la méthode ont été définies

Cette étape est déterminante pour la réussite du processus car elle pose les bases de la structure et de la stratégie de l'approche RSS.

LEADERSHIP ET APPROPRIATION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Comme indiqué précédemment, des discussions préliminaires avec les autorités sanitaires du District ont eu lieu avant le début du processus. Ces autorités doivent montrer une volonté et un intérêt forts pour mener à bien et gérer les exercices de diagnostic et de planification de leur système de santé.

Définir les objectifs et la portée du processus :

- Les exercices d'évaluation et de planification couvriront-ils un District entier ou une sous-division administrative ? Dans certains pays, un District peut représenter une vaste zone composée de beaucoup de sous-Districts. Pour se décider, il faudra tenir compte de l'homogénéité de la zone d'étude et de la faisabilité.
- En zone urbaine, la zone à définir dépendra de la densité de la population, de la faisabilité et de la plus petite entité décisionnaire locale du secteur de la santé. À nouveau, l'homogénéité de la zone sera déterminante.

Une fois les points précédents identifiés, il est nécessaire d'investiguer les processus et outils existants au niveau de l'EGSD, tels qu'un planning annuel, un processus de budgétisation, etc.

La rédaction des termes de référence pour l'ensemble du processus (exemple en annexe 4) sera réalisée par l'EGSD et le partenaire principal :

- 1 Contexte
- 2 But du processus, objectif général et objectifs spécifiques
- 3 Méthodologie
- 4 Résultats attendus
- 5 Calendrier
- 6 Composition du Comité de pilotage et définition de son rôle

Le MdS doit gérer l'ensemble du processus avec le soutien technique du partenaire principal.

IDENTIFIER LES PARTENAIRES CLÉS : CARTOGRAPHIE 4W

Afin de bien démarrer le processus, il est important d'identifier et de comprendre **"qui fait quoi, où et quand ?"**. Il convient de faire le lien avec d'autres cartographies qui auraient été effectuées auparavant : stratégies de plaidoyer, stratégies de secteur, etc.

La plupart des ONG internationales intervenant au niveau des systèmes de santé pensent connaître parfaitement les acteurs, mais en réalité, certains acteurs non-traditionnels sont laissés de côté. **Tous les acteurs doivent être pris en compte : les ONGI, les usagers, le secteur privé, les soigneurs traditionnels, les institutions académiques, etc.** La méthode de cartographie proposée ci-dessous, aidera à identifier tous les acteurs pertinents impliqués dans le système de santé au niveau du District.

Les 2 objectifs de la cartographie 4W :

- Identifier et sélectionner les acteurs clés qui formeront un Comité de pilotage équilibré
- Identifier les informateurs clés pour la phase de diagnostic et les partenaires clés pour la phase de planification

Pour effectuer la cartographie des acteurs du système de santé, voir annexe 3.

GARANTIR L'IMPLICATION ET LA PARTICIPATION DE LA COMMUNAUTÉ

Ce que l'on entend par **l'implication de la communauté dans la santé** est une contribution des membres de la communauté au secteur de la santé. Ces membres ont des responsabilités plus ou moins étendues en fonction de la situation et du pays.

Dans certains cas, la communauté n'assume que des responsabilités sociales en mettant des structures à disposition pour accueillir les programmes de santé. Dans d'autres, la communauté a des responsabilités sociales et techniques. L'implication de la communauté dans la santé veut dire que les communautés prennent en charge leur propre santé en :

- Adoptant des comportements adaptés afin de prévenir et traiter les maladies
- Promouvant des comportements sanitaires optimaux



© Alicia García - Mauritanie

- Participant activement aux activités de lutte contre les maladies
- Contribuant à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi des programmes de santé
- Fournissant des ressources pour la santé

L'implication de la communauté dans la santé demande donc une participation de la communauté dans l'atteinte des objectifs des programmes de santé. L'implication de la communauté dans la santé est le pivot des programmes de soins de santé primaires élaborés à Alma Ata en 1978 et lors de l'Initiative de Bamako. **Tout au long du processus, il faudra prendre en compte et surveiller l'implication de la communauté. L'étape de création du Comité de pilotage et les étapes de collecte des données primaires et secondaires sont des moments critiques pour :**

- Inclure les membres de la communauté dans le processus
- Évaluer le niveau d'implication de la communauté et en tenir compte pour la phase de planification

CRÉATION DU COMITÉ DE PILOTAGE

Après avoir réalisé la cartographie 4W, une réunion doit être organisée avec les autorités sanitaires du District afin de définir la composition du Comité de pilotage. En effet, il est fondamental que les acteurs clés participent activement à l'élaboration, à la planification et à la mise en œuvre du processus sous la direction du MdS. C'est important pour assurer, dès le début, la transparence et l'appropriation du processus.

Les principales activités du Comité de pilotage sont décrites dans le tableau ci-dessous. Il convient d'organiser rapidement une première réunion pour lancer officiellement la phase de préparation.

Les usagers et les membres de la communauté doivent être représentés dans le Comité de pilotage. Les acteurs du secteur privé, s'ils jouent un rôle important, doivent aussi faire partie du Comité (voir annexe 3).

NOTE

FORMATION DES PARTENAIRES

Il est très important de s'assurer que tous les acteurs impliqués dans l'approche RSS aient le même niveau de compréhension de l'approche et des principes derrière toute la stratégie. Les partenaires pourront ainsi apporter plus de valeur ajoutée à l'approche et développer leurs propres capacités. Les membres du Comité de pilotage et tous les partenaires impliqués dans le processus doivent connaître et comprendre les notions clés du système de santé et du RSS. Au cours de la phase de préparation, il est important d'évaluer leur niveau de compréhension et de consacrer une demi-journée pour leur expliquer les définitions clés présentées en annexe 5. Une présentation-type des principales notions à assimiler est disponible en annexe 6.

DÉTAILS DE LA PHASE DE PRÉPARATION

La phase de préparation comprend :

- Des activités menées par le Comité de pilotage sous la direction du MdS.
- Des activités menées par le partenaire principal avec le point focal du MdS et soumises ensuite au Comité de pilotage pour validation.

TABLEAU 5 : ACTIVITÉS DE LA PHASE DE PRÉPARATION

COMITÉ DE PILOTAGE	PARTENAIRE PRINCIPAL AVEC LE RP RSS ET MDS
• Convenir des TdR. • Définir les rôles et les responsabilités des membres du Comité de pilotage. • Rassembler les outils et les méthodes déjà en place au niveau du District ou proposés au niveau national (pour les phases de diagnostic et de planification). • Se mettre d'accord sur la méthodologie du diagnostic et de la planification. • Adapter les outils proposés au contexte. • Définir les timings et les durées. • Rassembler la littérature existante pour la collecte des données secondaires. • Établir la liste des partenaires à convoquer pour chaque atelier.	• Établir le budget en fonction de la méthodologie choisie. • Faire la liste des informations secondaires à recueillir, des personnes à interroger et des centres à évaluer. • Établir le calendrier des réunions du Comité de pilotage (fréquence et dates). • Sélectionner l'équipe d'évaluation (traducteur(s), personne(s) qui recueille(nt) les données, transcripteur(s) de données) et la former aux objectifs et à la méthodologie. • Préparer le matériel et la logistique pour la phase de diagnostic. • Préparer et valider l'itinéraire pour la collecte des données primaires. • Préparer le plan du rapport.

SENSIBILISATION À L'IMPORTANCE DES PARTENARIATS

SUIVI DES PARTENARIATS

Il est essentiel de comprendre, dès le départ, que l'aspect partenariat sera le plus grand défi de toute l'approche. Cet aspect doit être surveillé régulièrement et une **charte de partenariat** (présentant les principes clés du partenariat et rattachée aux TdR) peut être élaborée et approuvée par le Comité de pilotage.

RISQUES LIÉS AUX PARTENARIATS

- **DÉSÉQUILIBRE DES POUVOIRS** : Les ONG internationales ont tendance à imposer leurs idées aux autorités sanitaires locales, aux OSC (Organisations de la Société Civile) et aux ONG locales, cette lutte de pouvoir peut également se produire entre les organismes des Nations Unies et les ONG internationales.
- **NEUTRALITÉ** : Tout au long du processus, il y aura toujours un risque que les acteurs influencent le diagnostic à cause de l'image qu'ils veulent renvoyer ou en fonction de ce qu'ils veulent, ou ne veulent pas, voir ou faire à un stade ultérieur. Il est important d'essayer de conserver la neutralité tout au long du processus.

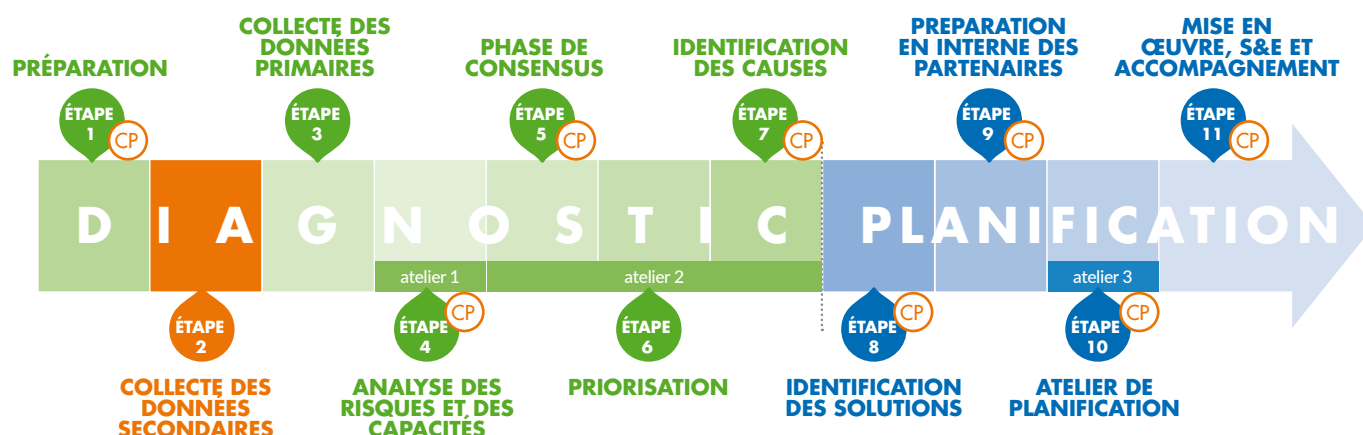


À LA FIN
DE
L'ÉTAPE 1

ASSUREZ-VOUS QUE :

- Toutes les parties prenantes du système de santé sont représentées dans le Comité de pilotage. Les communautés doivent être incluses.
- Les membres du Comité de pilotage et les partenaires sont formés à l'approche RSS et aux principes fondamentaux.
- Toutes les caractéristiques de l'approche ont fait l'objet de discussions approfondies, sont comprises et acceptées de tous.

ÉTAPE 2 : COLLECTE DES DONNÉES SECONDAIRES



L'étape précédente a permis de créer un Comité de pilotage formé sur le RSS et de se mettre d'accord sur les grandes lignes de la méthode (i.e. portée, méthodologie, outils, planning et acteurs clés).

TABLEAU 6 : CADRE DE TRAVAIL DE L'ÉTAPE 2

ÉTAPE 2 – COLLECTE DES DONNÉES SECONDAIRES
OBJECTIFS
Obtenir des informations pertinentes sur chaque pilier du système de santé et sur le contexte
QUI EST CONCERNÉ ?
- Responsable Projet - Comité de pilotage - Équipe d'évaluation
MÉTHODES
Rassembler les documents officiels existants auprès des informateurs clés
RÉSULTATS
Les informations secondaires concernant chaque pilier et le contexte ont été rassemblées pour être analysés ultérieurement

Les informations secondaires sont des informations qui existent déjà.

L'équipe d'évaluation, avec l'appui du Comité de pilotage, rassemble des documents officiels (à la fois des documents publiés et de la littérature grise) provenant d'informateurs clés du gouvernement et du MdS, de bailleurs, d'agences des Nations Unies, d'ONG et de sites internet officiels. Ces documents doivent fournir un aperçu du contexte, des informations et des données sur le système de santé, sur la situation sanitaire actuelle et sur la situation des maladies infantiles. Ils fournissent également des informations sur les politiques, les programmes et/ou les interventions passés, actuels et prévus par les principaux acteurs ainsi que leur analyse critique (rapports de plaidoyer). Les stress/chocs de types 1 et 2 (voir les définitions en annexe 5) sont aussi décrits en précisant les tendances des chocs, l'explication des causes et les réponses qui ont été mises en place. **Ces informations sont recueillies au niveau national, régional et au niveau du District.**

Il n'est pas indispensable d'avoir complètement terminé cette étape pour commencer la collecte des données primaires. A ce stade, les lacunes existantes pourront être identifiées et classées par ordre de priorité afin de pouvoir récolter des informations nécessaires durant l'étape 3. Il est possible de poursuivre ce processus jusqu'aux étapes d'analyse et de rédaction du rapport. Des informations complémentaires pourront découler de la collecte des données primaires.

Le tableau (annexe 7) donne un aperçu des documents à examiner par pilier et les indicateurs/informations correspondants pour évaluer le système de santé. Il convient de porter une attention particulière sur l'organisation de la communauté.

Les principaux documents à étudier sont :

- 1 La politique et la stratégie de santé communautaire
- 2 Les interventions communautaires en cours pour la santé et la nutrition de la mère et de l'enfant
- 3 La structure administrative de la communauté
- 4 Les documents et articles sur les causes des maladies et de la malnutrition dans le District/pays
- 5 Les mécanismes de gestion des interventions communautaires (SRMNE, PCIME, ANJE, PCC, etc.)
- 6 Les documents et articles sur la préparation et les réponses à tous les types de stress/chocs
- 7 Les rapports de plaidoyer concernant la nutrition et la santé

Le tableau (annexe 8) présente des indicateurs/informations à identifier par "domaine" de capacité pour l'évaluation de la communauté.

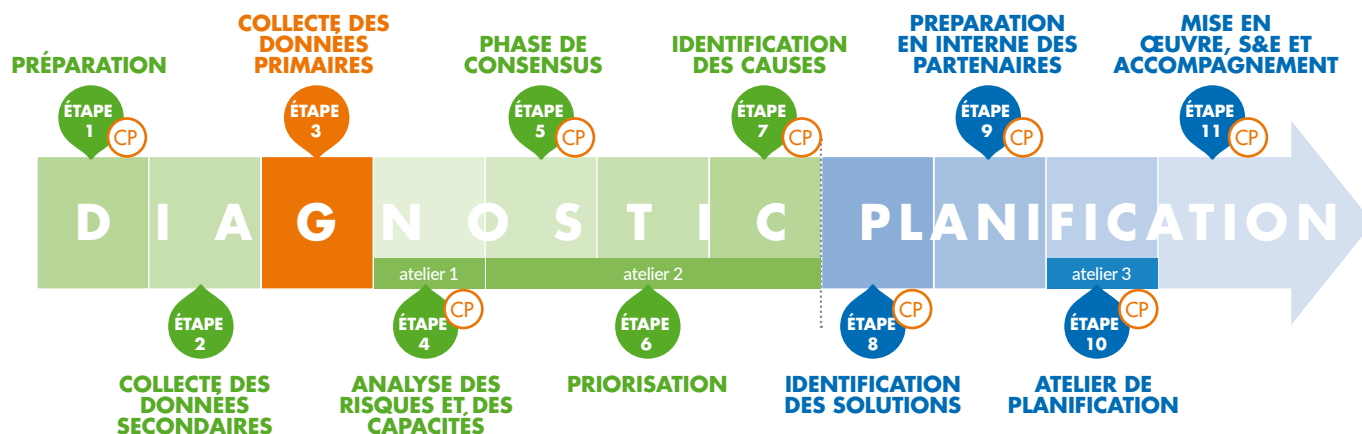


À LA FIN
DE
L'ÉTAPE 2

ASSUREZ-VOUS QUE :

- Tous les documents clés indiqués ci-dessus ont été rassemblés.
- Toutes les informations des informateurs clés ont été rassemblées et ce pour chaque niveau du système de santé.
- Les organisations communautaires ont été sollicitées pour fournir les documents clés.

ÉTAPE 3 : COLLECTE DES DONNÉES PRIMAIRES



L'étape précédente a permis de rassembler les données secondaires de niveau national, régional et du District, ainsi que d'apporter une vision détaillée du contexte et des piliers du système de santé. Si un diagnostic similaire a déjà été effectué récemment, il faudra revoir quelles sont les données primaires à recueillir afin de ne pas produire des doublons.

TABLEAU 7 : CADRE DE TRAVAIL DE L'ÉTAPE 3

ÉTAPE 3 – COLLECTE DES DONNÉES PRIMAIRES	
OBJECTIFS	
- Obtenir un aperçu de la situation du système de santé du District, et commencer à identifier ses forces et ses faiblesses - Décrire et comprendre la manière dont les communautés et le personnel de santé perçoivent le système de santé	
QUI EST CONCERNÉ ?	
- Responsable Projet - Comité de pilotage - Partenaires - Facilitateur	
MÉTHODES	
- Exploiter les données recueillies lors de l'étape précédente et adapter la méthode en conséquence - Choisir un échantillon d'établissements de santé qui soit représentatif du District - Recueillir les données primaires à travers : - L'observation directe - Les groupes de discussion - Les entretiens individuels - Analyser les données recueillies en réalisant : - L'analyse statistique des données quantitatives - L'analyse SWOT des données qualitatives	
RÉSULTATS	
- L'analyse des données primaires et secondaires grâce aux analyses statistiques et SWOT a été effectuée - Les informations pertinentes concernant la situation du système de santé (contexte, piliers, disponibilité, demande, utilisation, tendances des chocs, perception des services, etc.) ont été rassemblées	

Les informations primaires sont des informations nouvelles qui doivent être recueillies.

La situation sanitaire du District est évaluée en rassemblant les informations d'un échantillon d'établissements de santé. La situation des établissements de santé et la façon dont la communauté et le personnel de santé perçoivent les services sont évaluées par différentes méthodes de collecte de données. Toutes ces informations donneront un aperçu de la situation des établissements de santé et constitueront un point de repère important pour le diagnostic. Le tableau ci-dessous précise les niveaux correspondants aux techniques de collecte et leurs principaux objectifs.

TABLEAU 8 : TECHNIQUES DE COLLECTE DE DONNÉES

TECHNIQUE	NIVEAU CONCERNÉ	OBJECTIFS
Observation directe	Établissement de santé	Recueillir des données quantitatives et qualitatives pour évaluer les forces et les faiblesses des établissements de santé. Cela inclut les informations concernant les 6 piliers, la disponibilité, la demande, l'utilisation, les tendances des chocs de type 1 et 2, etc.
Entretiens individuels	Niveaux national, régional, du District et des établissements	Recueillir des données qualitatives pour évaluer la façon dont les communautés et les prestataires perçoivent les services de santé.
Groupe de discussions	Établissement de santé	Recueillir des données qualitatives pour évaluer la façon dont les communautés perçoivent les services de santé.

Les structures de soins de santé primaires sont évaluées en priorité. Les centres de santé/postes de santé de la zone de couverture doivent être listés et sélectionnés (avec la méthode proposée plus bas).

OBSERVATION DIRECTE

L'observation sert à évaluer les infrastructures de santé au niveau du District, en les évaluant à travers les six piliers. Les tendances des chocs sont également évaluées. Le questionnaire combiné à la check-list en annexe 9 donne un aperçu des éléments à observer.

Idéalement, toutes les structures de santé du District doivent être évaluées afin d'obtenir une image complète de la situation du système de santé local. Dans le cas où ce n'est pas possible, des listes identifiant les différents types de structures sanitaires (proches/ éloignées, urbaines/ rurales, centres de santé/ postes de santé) sont créées. Tous les types de structures de santé doivent être inclus dans les listes. Ensuite, pour chaque type de structure, un échantillon est sélectionné, et au moins 10% des structures de santé décrites dans chaque liste doivent être observés. Les structures de santé sélectionnées doivent être, autant que possible, "représentatives" du District sanitaire.

L'annexe 9 propose un outil pour les observations directes.

ENTRETIENS INDIVIDUELS

Après avoir effectué les observations directes, il convient de mener des entretiens individuels dans les mêmes établissements de santé. Si besoin, les entretiens peuvent être réalisés au niveau national ou régional afin d'obtenir des informations supplémentaires. Les entretiens individuels semi-structurés sont utilisés pour recueillir des données primaires auprès d'informateurs clés. Ce sont des questions ouvertes, préparées à l'avance qui permettent d'orienter la discussion. Le style de l'entretien est une conversation, les personnes interrogées sont encouragées à dire ce qu'elles pensent sur une question donnée. Elles sont également encouragées à soulever les problèmes qu'elles veulent aborder dans la cadre de la discussion. La procédure de sélection

Il faut l'adapter en fonction du contexte national, du District de santé et des normes en vigueur.

NOTE



© Gonzalo Höhr, ACF Spain - Niger

des participants à l'entretien est la technique dite de la "boule de neige"¹. Les entretiens sont menés jusqu'à saturation de l'information, laquelle se produit lorsque de nouveaux entretiens n'ajoutent plus rien aux conclusions précédentes ou répètent ce qui a déjà été trouvé dans les entretiens précédents. Les séances d'entretien sont enregistrées ou bien les réponses aux questions sont retranscrites par écrit. La discussion devrait durer maximum une heure.

Trois types d'entretiens individuels sont proposés :

- 1 **Évaluation du système de santé** : on interroge les personnes impliquées dans les services de santé du District. Cela comprend les décideurs politiques, les bailleurs de fonds, les partenaires de mise en œuvre en santé et en nutrition, les agents de santé et de nutrition. Des questions liées aux différents piliers sont abordées pendant les entretiens. *Des guides d'entretien sont proposés en annexe 10, 11 et 12.*
- 2 **Évaluation de la communauté** : on interroge les autorités administratives locales ainsi que des leaders tels que les enseignants des écoles, les chefs religieux et les anciens. Les représentants des groupes communautaires doivent également être interrogés. La participation communautaire est une composante clé du succès de la prestation des services. L'évaluation fournit des informations sur la capacité de la communauté à être impliquée dans ces services selon les neuf "domaines" de capacité de la communauté, à savoir : **i) la participation, ii) le leadership, iii) les réseaux inter-organisationnels et sociaux, iv) le rôle de l'aide extérieure, v) l'interrogation / la réflexion critique, vi) la mobilisation des ressources, vii) les compétences, les connaissances et l'apprentissage, viii) les relations avec les autres et ix) la gestion de programme.** *Un guide d'entretien est proposé en annexe 13.*
- 3 **Évaluation des feedbacks des utilisateurs** : on interroge un échantillon représentatif des utilisateurs du système de santé. Tous les types d'infrastructures de santé doivent être représentés (établissement de santé, poste de santé, etc.). Ceci permettra d'évaluer le point de vue des utilisateurs des services grâce à des questions portant sur les six piliers du système. *Un guide d'entretien est proposé en annexe 14.*

LES GROUPE DE DISCUSSIONS (GD)

Les GD ont lieu dans les établissements, où des données ont été collectées durant les étapes précédentes. Dans chaque structure d'observation, il convient d'organiser des GD avec, idéalement, les groupes définis plus bas. A partir du moment, où les discussions se répètent, le processus peut s'arrêter. Il est bon de rappeler qu'un groupe de discussion est une discussion libre sur un thème en particulier qui prend forme au sein d'un groupe de personnes sélectionnées (Wilkinson 2004).

Les GD sont effectués pour évaluer l'implication de la communauté dans le système de santé. Les participants ciblés sont : des travailleurs bénévoles de santé communautaire, des agents de santé communautaires (ASC) du gouvernement, des ONG, ainsi que des parents d'enfants de moins de cinq ans. Le groupe de discussion est une bonne méthode pour rassembler les personnes issues de milieux semblables, ou ayant les mêmes expériences, dans le but de discuter d'un sujet précis.

Plan détaillé du processus

- **Les sessions de GD doivent être soigneusement préparées** : déterminer le ou les objectifs principaux de la session, préparer les questions clés, élaborer un ordre du jour, identifier différents groupes par rapport au contexte culturel (homme/ femme, tranches d'âge, etc.) trouver un moyen d'enregistrer la session. *Un exemple de guide pour les GD est proposé en annexe 15.*
- **Identifier les participants adéquats et les inviter à la discussion** ; le nombre optimal se situe entre six et neuf personnes, la session devrait durer de 60 à 120 minutes.
- **Le facilitateur présente le sujet et aide les participants à en parler**, il encourage l'interaction, oriente la conversation, et s'assure que les questions sont ouvertes. Son rôle est déterminant, il peut y avoir plusieurs facilitateurs pour animer et diriger un seul groupe de discussion. Le but est d'obtenir des informations exactes et précises grâce aux groupes de discussion.
- **Le groupe ne doit pas nécessairement parvenir à un consensus.** L'objectif principal est d'obtenir des données précises sur une série restreinte de problématiques ciblées. Les réponses obtenues ne doivent pas être transformées en données quantitative (par exemple, x% des participants sont d'accord).
- **Généralement, les participants ont des expériences sociales et culturelles communes** (comme par exemple l'âge, la classe sociale, le genre, l'origine ethnique, la religion ou le niveau d'éducation) ou des centres d'intérêts communs (accès à la santé, natalité, alimentation du nourrisson, vaccination infantile, diarrhées, nutrition, etc.).
- Pour aller plus loin dans la **compréhension des chocs (type 1 et 2)** auxquels les établissements de santé ont été confrontés, le facilitateur peut choisir de présenter les calendriers des chocs obtenus lors des observations directes afin d'orienter la réflexion sur le sujet.

1 - L'échantillonnage en boule de neige est une technique d'échantillonnage non probabiliste où les sujets d'étude existants recrutent les futurs sujets parmi leurs connaissances. Le groupe de l'échantillon s'agrandit comme une boule de neige. Au fur et à mesure que l'échantillon se construit, suffisamment de données sont recueillies.

ANALYSE DES DONNÉES (ÉTAPE PRÉLIMINAIRE)

OBSERVATION DIRECTE

Les données recueillies grâce aux check-lists d'observation sont saisies dans un tableur Excel pour calculer les fréquences. Voici une liste des résultats qui peuvent être obtenus à partir de calculs quantitatifs sur tableur Excel :

- La cartographie des centres de santé
- La classification des centres de santé selon le type de services de santé de l'enfant offerts
- La couverture des centres de santé
- Le % de personnel disponible par rapport à l'effectif attendu (taux de vacance)
- Le personnel nécessaire pour la bonne gestion du nombre attendu de cas
- Le % des établissements géographiquement accessibles
- Le % des centres de santé appliquant correctement les normes de qualité
- Le % des établissements de santé ayant du matériel en bon état de fonctionnement pour la prise en charge de la SRMNE
- Le % des établissements de santé ayant du matériel en bon état de fonctionnement pour la prise en charge hospitalière et ambulatoire de la malnutrition aiguë
- Le % des centres de santé régulièrement approvisionnés en médicaments
- Le % des centres de santé régulièrement approvisionnés en aliments thérapeutiques
- Le taux de remplissage des rapports
- Le % des patients bénéficiant d'un suivi régulier grâce à des outils de surveillance
- Les nouveaux cas mensuels sur l'année
- Les tendances relatives au nombre de cas sur l'année reprenant les causes explicatives, les facteurs et les conséquences sur l'établissement de santé
- Les tendances relatives aux chocs de type 2 sur l'année reprenant les causes explicatives, les facteurs et les conséquences sur l'établissement de santé.

ENTRETIENS INDIVIDUELS ET GROUPE DE DISCUSSIONS

Juste après les entretiens et les GD, les notes recueillies sont discutées et résumées par thème d'étude (pilier ou "domaine" de capacité) en utilisant la méthode **SWOT : forces, faiblesses, opportunités et menaces** (Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats en anglais). **Les SWOT seront des outils essentiels pour la phase de triangulation.**

Les SWOT issus des entretiens et des groupe de discussions doivent être présentés aux leaders de la communauté ayant été interrogés (ou à quelques-uns d'entre eux) afin qu'ils puissent les valider et les commenter.

COMMENCER LA RÉDACTION DU RAPPORT

Les résultats de l'analyse doivent être compilés dans un court rapport afin de donner un aperçu aux partenaires des principales conclusions des deux premières étapes. Ce rapport peut servir de base pour le rapport final de diagnostic, il pourra être complété avec les informations recueillies dans l'étape suivante. Il sera développé par le RP et validé par le Comité de pilotage.

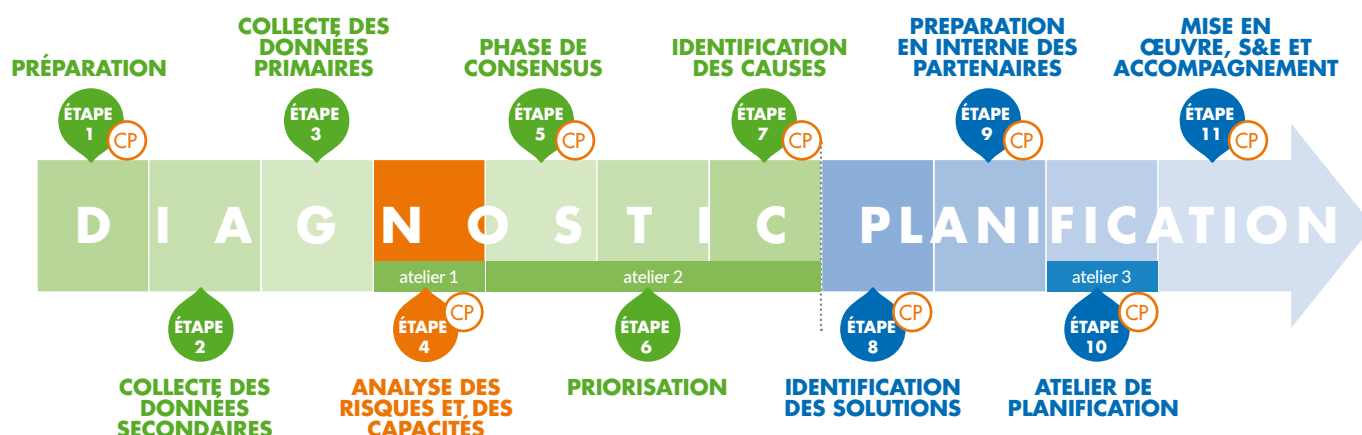


À LA FIN
DE
L'ÉTAPE 3

ASSUREZ-VOUS QUE :

- L'échantillonnage des établissements de santé est représentatif du District.
- Les trois techniques pour recueillir les données ont été utilisées au niveau approprié et les informations nécessaires ont bien été recueillies.
- Tous les acteurs clés des établissements de santé ont été impliqués.
- Les résultats des analyses quantitatives et qualitatives reflètent la situation réelle des établissements de santé.

ÉTAPE 4 : ANALYSE DES RISQUES ET DES CAPACITÉS



Au cours des étapes précédentes, les données primaires et secondaires ont été recueillies et analysées. Un rapport sur la situation du District de santé est désormais disponible et donne une description précise de la situation, des forces et des faiblesses du système de santé.

TABLEAU 9 : CADRE DE TRAVAIL DE L'ÉTAPE 4

ÉTAPE 4 – ANALYSE DES RISQUES ET DES CAPACITÉS
OBJECTIFS
- Identifier et analyser les chocs de type 1 et 2 auxquels le District est exposé sur une période de 2 ans (caractéristiques, causes, et conséquences des chocs) - Faire état des capacités du District à réagir aux chocs - Définir les seuils indiquant les différentes phases du District
QUI EST CONCERNÉ ?
- Responsable Projet - Comité de pilotage - Facilitateur - Représentants des établissements de santé de l'échantillon (directeur/médecin/infirmière référente/etc.)
MÉTHODES
- Présenter les données primaires et secondaires recueillies sur les chocs de type 1 et 2, et les capacités actuelles des établissements de santé à y faire face. - Analyse des risques et des capacités du District pour les chocs de type 1 : - Identifier le nombre total de nouveaux cas par mois dans le District, sur deux ans. - Identifier le nombre de nouveaux cas par mois pour les 3 ou 4 principales maladies mortelles dans le District, sur deux ans (causes épidémiologiques). - Identifier les principales causes pratiques des variations du nombre de cas, ainsi que les facteurs influents. - Identifier les conséquences des chocs sur le système de santé. - Identifier les stratégies existantes et les capacités du District de santé à se préparer et à réagir à ces chocs. - Analyse des risques et de les capacités du District pour les chocs de type 2 : 1. Identifier et décrire les chocs de type 2 dans le District, sur deux ans. 2. Identifier les conséquences des chocs sur le système de santé. 3. Identifier les stratégies existantes et les capacités du District de santé à se préparer et à réagir à ces chocs. 4. Identifier les similarités et les relations entre les deux types de chocs (Graphique 1 : type 1 et Graphique 2 : type 2). - Établir les seuils du District : - Présenter le système des seuils au Comité de pilotage. - Définir les seuils du District en utilisant l'une des méthodes proposées.
RÉSULTATS
- Un calendrier sur deux ans qui décrit la survenance, l'intensité et les causes des chocs de type 1 et 2 au niveau du District. Description des stratégies et des capacités actuelles du District. - Définition des valeurs-seuils pour le District en fonction de la charge de travail et des capacités du District.

Le but de cette étape est de s'assurer que les chocs potentiels, auxquels le **District de santé** est exposé, sont bien pris en compte dans le diagnostic, ce qui permettra de planifier correctement la préparation et la réponse lors de la phase de planification. Il est important de les inclure dans le diagnostic car les chocs peuvent stopper et effacer tous les efforts de longue haleine ainsi que les activités mises en place pour renforcer le système de santé. On rencontre deux types de chocs (annexe 5) :

- **Type 1 : Ce sont des stress/chocs provoquant une augmentation du nombre de cas.** On les appelle des "pics de fréquentation" (*surge* en anglais). Ils se traduisent par une augmentation du nombre de cas quelles que soient les causes, la vitesse d'augmentation ou la durée. Cela peut se produire lors des pics de cas saisonniers ou encore être la conséquence d'une catastrophe naturelle. Ils peuvent aussi être la conséquence de problèmes/ changements liés directement au système de santé tels que par exemple, une grande campagne de dépistage, un changement dans le système de référencement, etc. En développant la capacité de réponse aux pics de fréquentation, le District de santé pourra faire face à ces pics et répondre convenablement.
- **Type 2 : Ce sont des stress/chocs qui ne provoquent pas nécessairement une augmentation du nombre de cas.** Ils déstabilisent la structure intrinsèque du système de santé (les 6 piliers) provoquant un dysfonctionnement du système lui-même, en affectant la demande ou les aspects d'approvisionnement. Cependant, on n'observe pas nécessairement d'augmentation du nombre de cas. Par exemple, une inondation qui empêcherait l'approvisionnement en médicaments et en matériel des établissements de santé est un choc de type 2. La préparation et la réponse à ces stress/chocs doivent être prises en compte dans le développement de la stratégie RSS avec le District.

L'analyse des risques, l'examen des capacités et la définition de seuils au niveau du District permettront de bien prendre ces chocs en considération dans les prochaines étapes de l'approche RSS.

Un atelier d'une journée est organisé pour effectuer cette étape. Pour la présentation des données primaires et secondaires, l'analyse des risques et l'examen de la capacité du District, les représentants des établissements de santé sélectionnés et le Comité de pilotage doivent être présents (demi-journée). Pour la définition des seuils, uniquement les membres du Comité de pilotage doivent être présents (demi-journée). Le facilitateur et le Responsable Projet RSS doivent être présents toute la journée.

Avant de procéder à cette étape, le Responsable Projet RSS doit s'assurer que les informations nécessaires sont disponibles, que ce soit pour l'analyse des risques et des capacités, que pour la définition des seuils. Les différentes données à utiliser sont décrites, ci-dessous, dans la partie correspondante.

NOTE

La méthode et les outils utilisés dans cette étape sont principalement basés sur l'approche CMAM Surge de Concern [5], qui fournit des outils pour préparer et répondre efficacement aux augmentations de cas de SAM. Plus d'informations sont disponibles sur leur site internet : <https://www.concern.net/resources/cmam-surge-toolkit>.

NOTE

PRÉSENTATION DES DONNÉES PRIMAIRES ET SECONDAIRES

L'atelier est coordonné par le facilitateur, et commence avec la présentation des résultats portant sur l'analyse des risques et des capacités obtenus lors de la collecte des données primaires et secondaires. Le facilitateur présente les différents calendriers réalisés pour les chocs de type 1 et 2. On présente également les stratégies et les protocoles existants dans certains établissements de santé. Enfin, on indique les lacunes ou faiblesses observées. Les représentants des établissements de santé sont invités à commenter ces résultats s'ils le souhaitent. Ces informations constitueront une base de réflexion pour les étapes suivantes de l'atelier, afin de pouvoir mieux analyser les risques et les capacités actuelles du District.

ANALYSE DES RISQUES ET DES CAPACITÉS

Une fois que la présentation des données primaires et secondaires a fourni un bon aperçu de la situation des établissements de santé sélectionnés, l'analyse des risques et des capacités du District peut être effectuée. Elle permet d'identifier et d'expliquer les tendances relatives aux chocs de type 1 et de type 2 au niveau du District, ainsi que le degré de préparation du District pour faire face à ces chocs.

Les résultats de l'analyse des risques et des capacités sont résumés dans un graphique pour chaque type de choc. Le graphique affichera les chocs, leurs causes, leurs conséquences sur le système de santé et les capacités actuelles du District à les gérer.

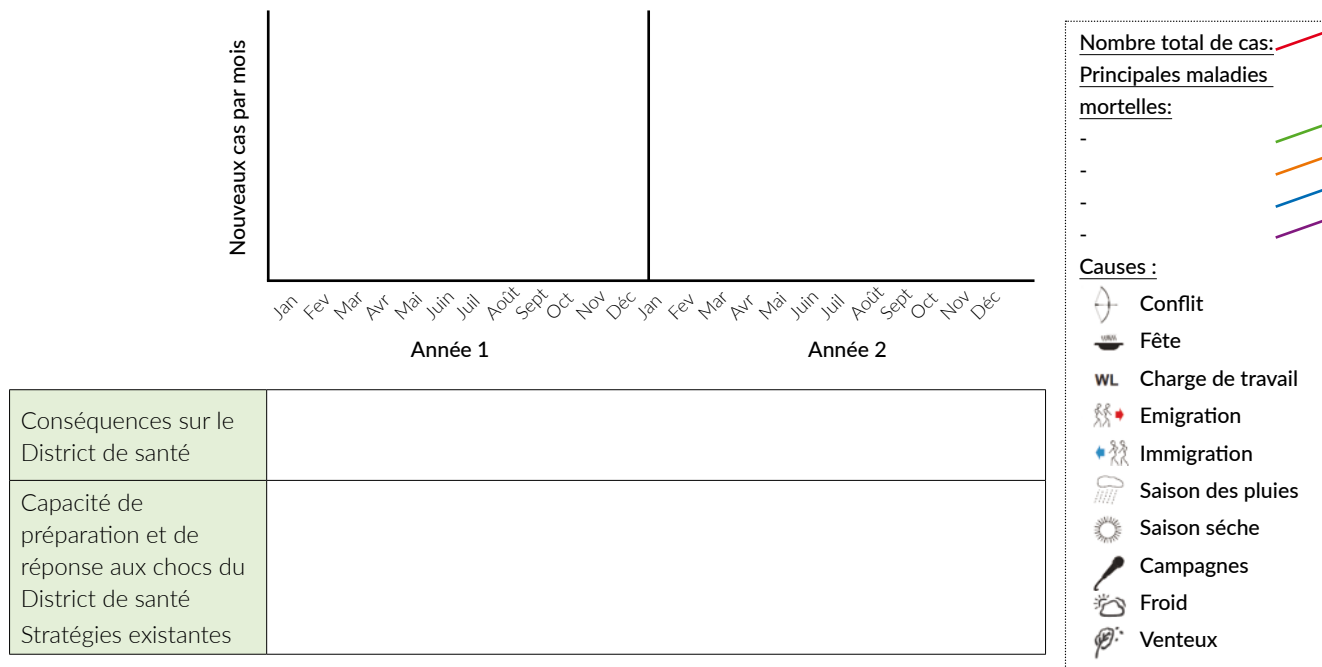
Les données primaires et secondaires ont été recueillies au niveau des centres de santé, les informations pour l'analyse des risques et des capacités ont également été recueillies à ce niveau-là dans l'étape précédente. Ici, ces données sont utilisées pour analyser les risques et les capacités de tout le District. Cette différence doit être gardée à l'esprit pendant l'analyse.

NOTE

STRESS/CHOC DE TYPE 1

Le facilitateur présente et fournit le graphique vierge ci-dessous (adapté de [5]). Ce graphique est utilisé pour l'analyse des chocs de type 1. Il est rempli par le facilitateur au cours de chaque sous-étape. On affichera le graphique sur un mur afin que tout le monde puisse le voir. Le graphique à utiliser est présenté ci-dessous.

GRAPHIQUE 1 : DESCRIPTION DES CHOC DE TYPE 1



Instructions pour remplir le graphique des chocs de type 1

1 Identifier le nombre total de nouveaux cas par mois dans le District, sur les deux dernières années.

- En fonction des tendances des nouveaux cas mensuels au niveau des établissements de santé (voir présentation du début de l'atelier), on peut estimer le nombre total de cas (quel que soit le diagnostic) pour le District.
- Les représentants des établissements de santé et le Comité de pilotage discutent ensemble de ces résultats et se mettent d'accord sur les tendances pour le District.
- Le facilitateur** trace les variations du nombre total de cas sur le graphique, sur une période de deux ans, de la couleur correspondante.

2 Identifier le nombre de nouveaux cas par mois pour les 3 ou 4 principales maladies mortelles dans le District, sur deux ans (causes épidémiologiques).

- On cherche à identifier les principales maladies mortelles du District et les tendances associées exprimées en nombre de cas. Ici encore, les principales maladies mortelles et les tendances associées décrites au niveau des établissements de santé peuvent servir de base (voir présentation du début de l'atelier). Identifier les principales maladies mortelles revient à identifier les causes épidémiologiques.
- Le Comité de pilotage conjointement avec les représentants des établissements de santé discutent et se mettent d'accord sur les estimations.
- Le facilitateur** remplit la légende sur le côté du graphique ("Principales maladies mortelles") pour identifier les principales maladies mortelles. Il trace ensuite les variations du nombre de cas pour chaque maladie, sur une période de deux ans, de la couleur correspondante. Effectuer ce tracé sur le même graphique que précédemment. Il vérifie aussi si cela est cohérent avec les tendances du nombre total de cas.

3 Identifier les principales causes pratiques des variations du nombre de cas, ainsi que les facteurs influents.

- Les causes épidémiologiques des tendances du nombre de cas ont déjà été identifiées. Il faut ici décrire les causes pratiques et les facteurs influents (i.e. environnement, agriculture, calendrier, événements culturels, etc.). En effet, les événements pratiques peuvent aussi provoquer des augmentations du nombre de cas. Ici encore, les résultats obtenus au niveau des établissements de santé peuvent servir de base (voir présentation du début de l'atelier).
- Le Comité de pilotage et les représentants des établissements de santé discutent des résultats et identifient les principales causes pratiques à l'échelle du District.
- Le facilitateur** ajoute les causes pratiques identifiées sur le graphique. Elles doivent être bien positionnées dans le temps et par rapport aux tendances du nombre de cas. Des pictogrammes sont disponibles sur le côté du graphique, et peuvent être utilisés. Si besoin, on peut aussi en ajouter d'autres.

4 Identifier les conséquences des chocs sur le système de santé.

- Maintenant que les variations du nombre de cas ont été identifiées, les conséquences de chacune d'elles sur le système de santé peuvent être examinées. Il faut examiner les conséquences sur chacun des piliers.
- Les résultats des observations directes (voir présentation du début de l'atelier) sont utilisés comme base.
- Le Comité de pilotage et les représentants des établissements de santé discutent et se mettent d'accord sur ces points.
- Dans le tableau sous le graphique, **le facilitateur** décrit les conséquences des chocs sur le système de santé avec des mots clés. Chaque description doit se trouver sous le choc qui lui correspond pour que ce soit bien clair. De plus, le facilitateur doit garder à l'esprit les 6 piliers et s'assurer qu'ils soient tous examinés lors des discussions à propos des conséquences sur le système.

5 Identifier les stratégies existantes et les capacités du District de santé à se préparer et à répondre à ces chocs.

- La capacité du District à gérer ce type de chocs, ainsi que les stratégies disponibles, sont décrites ici. Cela peut inclure des activités de tous les piliers du système. Les informations recueillies auprès des établissements de santé peuvent aussi être utilisées pour cet exercice (voir présentation du début de l'atelier).
- Si des lacunes ont déjà été identifiées, on peut les mentionner ici.
- Le Comité de pilotage et les représentants des établissements de santé discutent et se mettent d'accord sur ces points.
- **Le facilitateur** inscrit ces informations dans le tableau prévu à cet effet sous le graphique. Il écrit les capacités sous le choc/pic qui lui correspond. On peut alors lire verticalement l'intensité du pic, les causes (épidémiologiques ou pratiques) et les capacités disponibles du District.
- **Le facilitateur** peut aider la discussion en posant des questions :
 - Les acteurs clés connaissent-ils les stratégies ?
 - Les stratégies sont-elles réellement mises en œuvre ?
 - Comment avez-vous géré la situation ? Qu'avez-vous fait ?
 - Qu'est-ce qui s'est bien passé ?
 - Qu'est-ce qui ne s'est pas bien passé ? Quels ont été les "goulots d'étranglement" de la réponse ? Quelles ont été vos lacunes ?
 - Les actions/réponses étaient-elles appropriées et adéquates ?
 - Quel était le timing de vos actions/réponses (en retard, dans les temps) ?
 - L'implication et la communication des partenaires clés était-elle appropriée ?
 - Le District a-t-il pu gérer la charge de travail globale ?

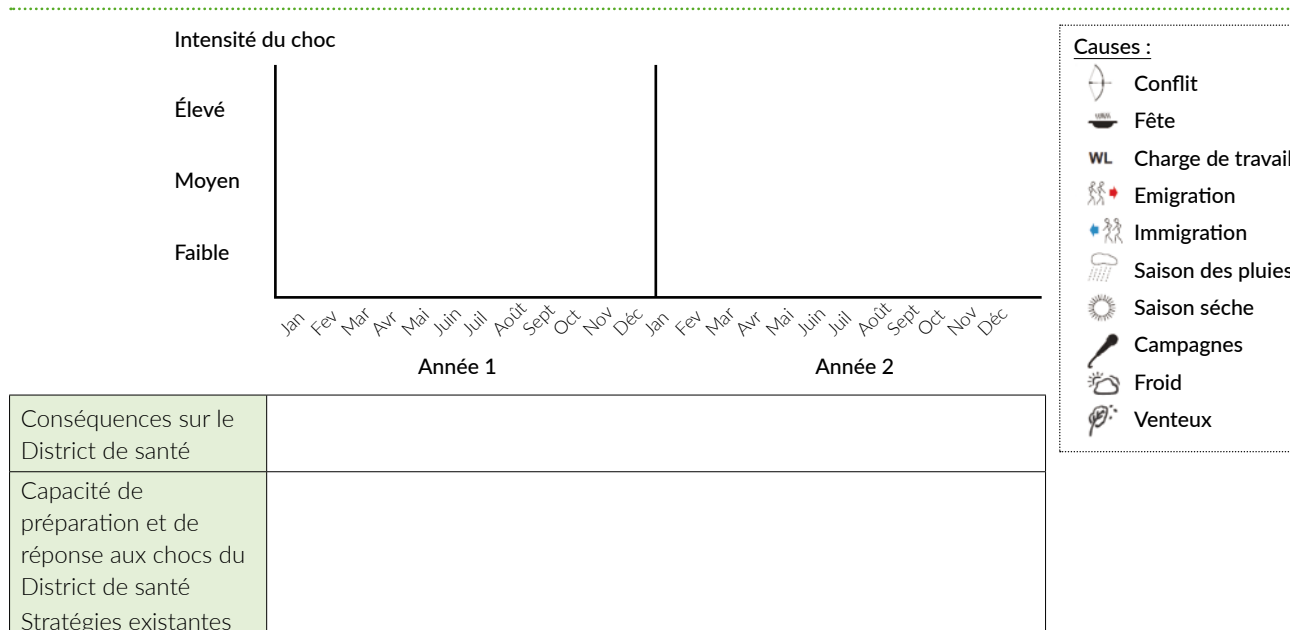


© S. Hauenstein Swan, ACF UK - Chad

STRESS/CHOC DE TYPE 2

On adopte le même type d'approche que pour les chocs de type 1. Le facilitateur présente et fournit le graphique vierge ci-dessous (adapté de [5]). Ce graphique est utilisé pour l'analyse des chocs de type 2. Il est rempli par le facilitateur au cours de chaque sous-étape. On affichera le graphique sur un mur afin que tout le monde puisse le voir (si possible au-dessus ou en-dessous du Graphique 1 pour pouvoir les comparer).

GRAPHIQUE 2 : DESCRIPTION DES CHOC DE TYPE 2



Instructions pour remplir le graphique des chocs de type 2

1 Identifier et décrire les chocs de type 2 dans le District, sur deux ans.

- On identifie ici les chocs de type 2. On précise la nature des chocs (ex : inondations, sécheresse, événement politique, etc.).
- On indique l'intensité des chocs en choisissant parmi Élevé, Moyen ou Faible. On indique également la durée des chocs.
- Les résultats des observations directes (voir présentation du début de l'atelier) sont utilisés comme base.
- Le Comité de pilotage et les représentants des établissements de santé discutent et se mettent d'accord sur ces points.
- Le facilitateur** écrit/trace sur ce nouveau graphique les chocs identifiés, leur nature, leur intensité et leur durée.

On ne prend en compte ici que les chocs qui **NE provoquent PAS** de pic de fréquentation. Les chocs provoquant des pics ont déjà été décrits dans le Graphique 1.

NOTE

2 Identifier les conséquences des chocs sur le système de santé.

- Maintenant que les chocs de type 2 ont été identifiés, les conséquences de chacun d'eux sur le système de santé peuvent être examinées. Il faut examiner les conséquences sur chacun des piliers.
- Les résultats des observations directes (voir présentation du début de l'atelier) sont utilisés comme base.
- Le Comité de pilotage et les représentants des établissements de santé discutent et se mettent d'accord sur ces points.
- Dans le tableau sous le graphique, **le facilitateur** décrit les conséquences des chocs sur le système de santé avec des mots clés. Chaque description doit se trouver sous le choc qui lui correspond pour que ce soit bien clair. De plus, le facilitateur doit garder à l'esprit les 6 piliers et s'assurer qu'ils soient tous examinés lors des discussions à propos des conséquences sur le système.

3 Identifier les stratégies existantes et la capacité du District de santé à se préparer et à répondre à ces chocs.

- La capacité du District à gérer ce type de chocs est décrite et discutée ici. De plus, les stratégies existantes pour faire face aux chocs sont décrites ainsi que le stade de développement ou de mise en œuvre de ces stratégies. Cela peut inclure des activités de tous les piliers du système. Les informations recueillies auprès des établissements de santé peuvent aussi être utilisées pour cet exercice (voir présentation du début de l'atelier).
- Si des lacunes ont déjà été identifiées, on peut les mentionner ici.
- Le Comité de pilotage et les représentants des établissements de santé discutent et se mettent d'accord sur ces points.
- Le facilitateur** inscrit ces informations dans le tableau prévu à cet effet directement sous le tableau des conséquences rempli au (2.). Il décrit la capacité actuelle et les stratégies disponibles sous le choc correspondant. On peut alors lire verticalement la nature, l'intensité du pic, les conséquences sur le système de santé, les capacités disponibles et les stratégies actuelles du District.
- Le facilitateur** peut aider à la réflexion sur les capacités en posant des questions (voir point 5. dans la partie des chocs de type 1).

4 Identifier les similarités et les relations entre les deux types de chocs (Graphique 1 et Graphique 2).

- Les deux analyses détaillées des chocs et de la capacité du District peuvent désormais être comparées. En effet, les similarités et les relations peuvent s'avérer utiles pour mieux comprendre les interactions entre les chocs, les schémas de causalité et les conséquences communes. Les interactions entre les deux graphiques sont discutées.
- Le Comité de pilotage et les représentants des établissements de santé discutent et se mettent d'accord sur ces points.
- Le facilitateur** affiche les graphiques l'un au-dessus de l'autre (si ce n'est pas déjà fait), ou côte à côte, pour faciliter la comparaison. Si besoin, il peut rajouter des flèches sur les graphiques pour mieux schématiser les liens, les interactions et les conséquences d'un choc sur l'autre, d'une cause sur un choc, etc. Toutefois, il fera en sorte que les graphiques restent lisibles et cohérents.
- Le facilitateur** peut guider la discussion en posant des questions, voici quelques exemples :
 - Les augmentations et les diminutions des nouveaux cas ont-ils eu lieu au moment où vous l'attendiez ?
 - Comment les divers événements (i.e. charge de travail, pluie, déplacements de population, festivals, conflits, etc.) ont-ils impacté le nombre de cas ?
 - Y a-t-il une concentration d'événements saisonniers juste avant un pic d'admission – si oui, quels semblent-être les facteurs importants et quand sont-ils concentrés ?
 - Y a-t-il eu des activités ou des événements relatifs au système de santé pendant cette période, qui pourraient expliquer les augmentations ou les diminutions observées sur le graphique ?
 - L'ampleur de l'augmentation/diminution était-elle aussi importante que vous l'attendiez ?
 - Observez-vous quelque chose de spécial/d'inattendu sur les graphiques ?

RÉDACTION DU RAPPORT

Si l'emploi du temps le permet, les principaux résultats de l'analyse des risques et de la capacité seront rajoutés par le Responsable de Projet au rapport où figurent déjà les résultats de la collecte des données primaires et secondaires. Ce rapport servira ensuite de base pour l'atelier de diagnostic et pour le rapport de diagnostic.

DÉFINITION DES SEUILS DU DISTRICT

Il a été rapporté que certaines activités de planification étaient développées de façon statique et pas toujours adaptée aux besoins du District car elles ne tenaient pas compte des variations qui pouvaient affecter le District au fil du temps. En effet, selon les variations du nombre de cas ou les saisons par exemple, les besoins et les priorités du District ne sont pas forcément les mêmes. Il est donc nécessaire de prendre en compte la situation du District pour définir au mieux les activités, et c'est ce que cherche à faire ici la méthode de planification RSS. En effet, la méthode utilisée pour la phase de planification est basée sur la définition de valeurs-seuils et de phases en fonction du nombre de cas à prendre en charge. Le principe des seuils est de définir une phase dite "normale", situation dans laquelle la charge de travail est censée être maîtrisée, et d'autres phases que le District de santé peut rencontrer au cours de l'année, en fonction de la charge de travail et de ses capacités de réponse. Ces seuils définissent des paliers à partir desquels la façon de travailler du District doit évoluer et, dans les situations extrêmes où le District n'est plus capable de gérer les cas, demander une aide extérieure. Le fait d'établir ces seuils permet de programmer des activités sur mesure qui seront mieux adaptées aux besoins et à la capacité du District à chaque instant.

Le Comité de pilotage, le Responsable Projet et le facilitateur doivent se réunir après l'analyse des risques pour fixer ces seuils.

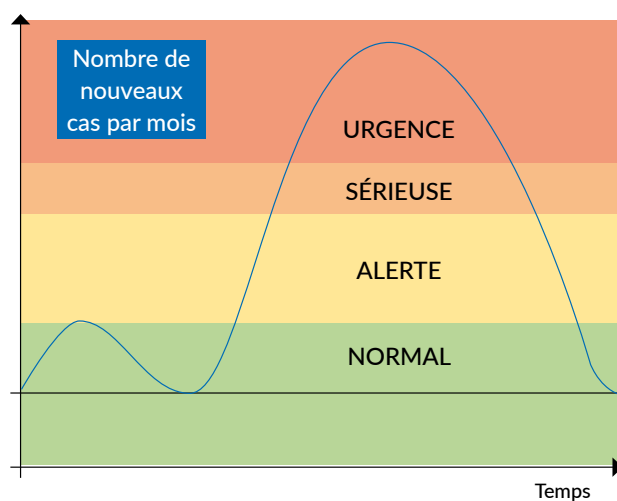
INFORMATIONS SUR LES SEUILS

• Objectif et description

Les seuils sont définis en fonction du **nombre de nouveaux cas par mois**, quel que soit le diagnostic. Ils représentent le point à partir duquel le District est débordé, sa capacité de travail a été dépassée et il est nécessaire d'agir afin de pouvoir gérer la situation. Ces seuils tiennent compte des **capacités** et de la **charge de travail** du District de santé : quand la charge de travail dépasse la capacité, c'est le point idéal pour fixer un seuil.

Ce système de seuils, défini par Concern Worldwide, permet au District de se préparer et de gérer les pics de fréquentation en suivant l'évolution des nouveaux cas et en comparant cette valeur aux seuils qui ont été fixés en se basant sur les informations rassemblées au préalable grâce au diagnostic. Selon la définition de Concern Worldwide [5], **les seuils représentent la limite d'une phase à une autre, les phases étant définies par le degré de surcharge du District**. On peut identifier quatre phases : normale, alerte, sérieuse et urgence (voir figure ci-dessous). Les seuils sont premièrement définis au niveau du District, les établissements de santé sont ensuite incités à mettre en place leurs propres seuils.

FIGURE 2 : SUIVI DES SEUILS SUR UNE PÉRIODE [5]



Il n'est pas obligatoire de définir exactement quatre phases. Si le District pense qu'il faut définir plus ou moins de phases, c'est tout à fait possible. Par exemple, si la courbe du nombre de cas affiche plusieurs petits pics, le District n'aura pas besoin des mêmes phases qu'un autre District présentant un seul pic très important. La méthode employée est **flexible**. Cependant, la phase **normale** doit toujours être définie car elle est à la base de toute la stratégie. Le tableau ci-dessous présente la description de ces phases.

TABLEAU 10 : DÉFINITION DES PHASES POUR L'EGSD [5]

PHASE	DESCRIPTION POUR L'ÉQUIPE DE GESTION DE LA SANTÉ DU DISTRICT (EGSD)
NORMALE	L'EGSD est capable de gérer la charge de travail et possède les ressources adaptées pour assurer le fonctionnement de tous les ES du District.
ALERTE	Lorsque l'EGSD commence à être surchargée en raison de besoins supplémentaires parmi les ES, mais peut faire face à la situation en se réorganisant pour pouvoir se concentrer sur les priorités clés avec un soutien externe existant ; cette phase peut entraîner une légère réduction de certaines fonctions qui sont effectuées en temps normal. Durant cette phase, l'EGSD devrait être en mesure d'accéder facilement à des approvisionnements supplémentaires et de mobiliser ses propres ressources pour assurer une supervision supplémentaire de soutien, distribuer des fournitures et assurer la communication.
SÉRIEUSE	Lorsque l'EGSD est surchargée et a besoin d'un soutien supplémentaire du niveau régional (et éventuellement national) afin d'apporter un soutien approprié aux ES au niveau du District ; il s'agit du cas où la réorganisation de l'EGSD et la mobilisation des propres ressources de cette dernière se révèlent insuffisantes pour faire face à la situation. L'EGSD devrait être en mesure de mobiliser les ressources de l'EGSR pour déployer des membres du personnel, accroître l'approvisionnement, le mentorat et la communication. L'EGSR peut demander un soutien aux organismes ou partenaires nationaux de gestion des sécheresses ou des situations d'urgence afin de répondre aux besoins.
URGENCE	Lorsque l'EGSD est tellement surchargée qu'elle a besoin d'un soutien supplémentaire de la part des niveaux régional et national, y compris les organismes nationaux de lutte contre la sécheresse ou les situations d'urgence, ainsi que les partenaires, afin de veiller à ce que a) les ES du District puissent faire face à la demande exceptionnelle de services et b) la population soit en mesure d'accéder aux services appropriés, ce en temps voulu.

• Suivi et activités

Pour pouvoir utiliser efficacement ces seuils, le nombre total de nouveaux cas mensuels (quel que soit le diagnostic) doit être contrôlé et comparé aux seuils fixés. Cela permettra au personnel de suivre tous les mois l'évolution de la situation de la santé dans le District. La fréquence de comparaison aux seuils peut augmenter en fonction de la gravité de la situation (toutes les semaines ou toutes les deux semaines). Le fait de franchir un seuil vers un stade plus élevé déclenchera des actions définies à l'avance avec l'équipe de gestion de la santé afin que le District puisse gérer le nombre de cas (voir étape de planification). À l'inverse, si on franchit un seuil vers une phase inférieure, les activités de soutien diminueront progressivement. Lorsque la situation redevient normale, le District retrouvera son fonctionnement normal.

DÉFINITION DES SEUILS

• Définition de la phase normale

Le but de cette sous-étape est de définir ce que le District considère comme un nombre de cas "normal" ou gérable, selon ce qu'il peut gérer sans être débordé et sans faire de sacrifices sur la qualité des soins. À la fin de la discussion, on devrait avoir une bonne estimation de la capacité de travail et du nombre de patients qui peuvent être vus dans une journée sans que le District ne soit débordé. Le Comité de pilotage, guidé par le facilitateur, discute des différents sujets. Les résultats de la collecte des données primaires et secondaires peuvent servir de base à la réflexion.

Le facilitateur guidera la discussion et fera en sorte que tous les thèmes et les questions principales de la liste suivante, soient abordés [5].

1 Nombre de consultation par jour

- Combien de patients par jour sont vus en temps normal ?
- Ce nombre est-il le même toute l'année ?
 - Au cours de quels mois les consultations sont-elles plus nombreuses ?
 - Au cours de quels mois les consultations sont-elles moins nombreuses ?
 - Quelle est le nombre (minimum/maximum) de patients vus sur l'année ?

2 Charge de travail et capacité d'accueil

- Au cours d'un jour "normal", comment décrire la charge de travail du personnel ? Est-elle gérable ? Le personnel est-il débordé ?
- Au cours des mois avec un nombre élevé de consultations par jour, comment décrire la charge de travail ? Est-elle gérable ? Le personnel est-il débordé ?

- Quel serait le nombre maximum de consultations réalisables dans une journée ?
- Quels sont les facteurs ayant un impact sur la capacité du personnel à gérer le nombre de cas à venir ?

3 Description générale

- Quel est le nombre total de consultations par jour considéré comme une charge de travail normale et gérable ?
- Quel est le nombre total de consultations par mois considéré comme une charge de travail normale et gérable ?
- Quel est le nombre total de consultations par mois considéré comme une charge de travail trop importante ?

• Méthodes à utiliser pour les seuils

Selon la situation du District, il y a deux méthodes possibles pour définir les seuils. Il faut en choisir une parmi les deux en fonction de la situation des établissements de santé du District. Dans tous les cas, les résultats de l'analyse des risques et des capacités, la définition de la phase normale, les expériences passées du District ainsi que le rapport sur les données primaires et secondaires doivent servir de base pour la définition des seuils. Le facilitateur peut s'inspirer des questions indiquées pour la définition de la phase normale, et il les adaptera pour définir les autres seuils.

Le **facilitateur** doit conduire tout le processus.

Méthode 1 – Basée sur les informations du District

Pour cette méthode, on utilise le **nombre de nouveaux cas par mois comme valeur pour les seuils**. Ils sont définis en fonction des informations obtenues par le District concernant la situation de tous les établissements de santé. Cette méthode est conseillée s'il n'y a pas de système de seuil existant au niveau des établissements de santé. Les informations sont compilées au niveau du District :

- Définition du nombre total de nouveaux cas par mois sur les dernières années, en comptabilisant tous les établissements de santé.
- Pour chaque mois, voir comment le District a géré les situations et comparer cela aux définitions des phases présentées ci-dessus.
- Rectifier les données des années précédentes en repérant les changements qui pourraient avoir un impact sur les futures tendances et la future capacité de réponse du District. Par exemple, l'existence de nouvelles ressources humaines, de nouveaux équipements, etc. Vérifier également si les événements étaient ponctuels ou récurrents (saisonniers).
- Sur la base de ces évaluations et de la définition de la phase normale, fixer les seuils.

Méthode 2 – Basée sur les informations des établissements de santé - Évaluation par pourcentages

Prérequis : Tous les établissements de santé du District doivent avoir déjà mis en place leurs propres seuils.

Vérification préalable : Pour cette méthode, les valeurs des seuils sont **des pourcentages d'établissements de santé dans une phase donnée au cours du mois**. Les seuils du District dépendent des seuils fixés au niveau des établissements de santé. Avant d'utiliser cette méthode, il faut s'assurer que le système d'information et de communication entre les établissements de santé et le District est assez efficace pour garantir son bon fonctionnement. Il faut aussi que le système des seuils (valeur des seuils, système de d'alerte, chaînes de communication, etc.) soit opérationnel au niveau des établissements.

Cette méthode est conseillée quand le système de seuils fonctionne correctement au niveau des établissements.

TABLEAU 11 : OUTIL BASÉ SUR LES PHASES DES ES POUR FIXER LES SEUILS

PHASES DU DISTRICT	PLUS DE __% DU NOMBRE TOTAL D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DANS LA PHASE INDIQUÉE	
NORMALE		% d'ES en phase normale
ALERTE		% d'ES en phase alerte ou en phase sérieuse
SÉRIEUSE		% d'ES en phase alerte ou en phase sérieuse
URGENCE		% d'ES en phase sérieuse ou en phase urgence

Les seuils doivent refléter le degré de débordement du District selon les définitions des phases indiquées plus haut. Cependant, le District devra tester les seuils choisis pour savoir s'ils sont adaptés à la pratique. Il est donc important de le voir comme un processus à revoir régulièrement et à ajuster avant que l'EGSD soit persuadé que les seuils reflètent bien sa capacité à gérer la situation.

SEUILS AU NIVEAU DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

- Pour la seconde méthode, il est nécessaire que les établissements de santé aient défini leurs propres seuils. Cela peut se faire après cette étape, mais doit être réalisé assez vite pour s'assurer que le système des seuils fonctionne correctement.
- L'annexe 16 décrit comment définir les seuils au niveau des établissements de santé.

RÉDACTION DU RAPPORT

Si l'emploi du temps le permet, les principaux résultats des seuils du District seront rajoutés au rapport où figurent déjà les résultats de la collecte des données primaires et secondaires. Ce rapport servira ensuite de base pour l'atelier de diagnostic et pour le rapport de diagnostic.

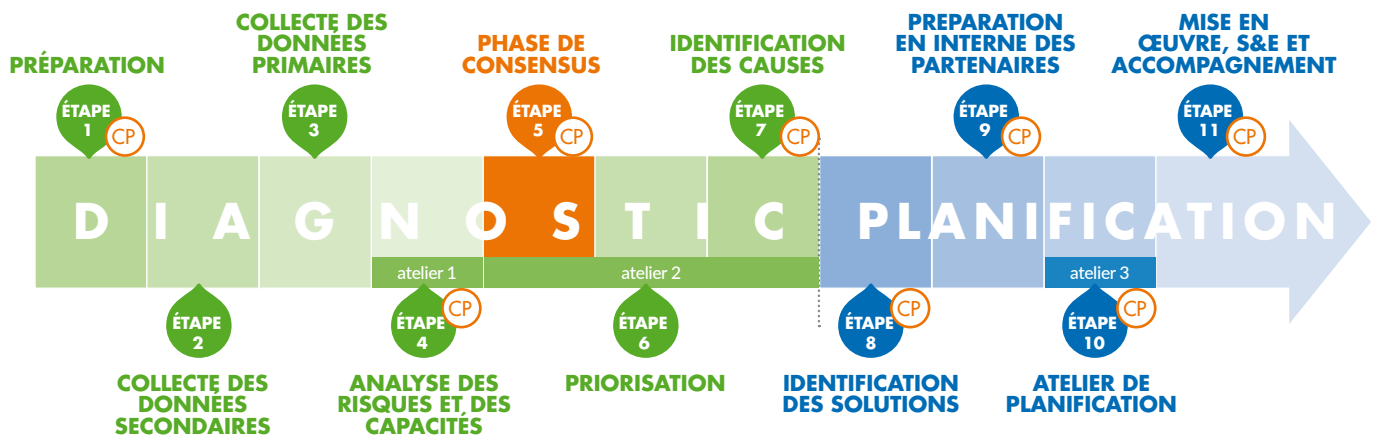


À LA FIN
DE
L'ÉTAPE 4

ASSUREZ-VOUS QUE :

- Les deux graphiques sont représentatifs de la situation du District par rapport au calendrier des chocs (type 1 et 2).
- Les participants ont bien compris la nature, l'intensité, les causes, les conséquences et la saisonnalité des chocs.
- La méthode utilisée pour définir les seuils du District doit se faire selon si les établissements de santé ont (auront) leurs propres seuils.
- Les seuils du District sont représentatifs de la capacité et de la charge de travail du District.

ÉTAPE 5 : PHASE DE CONSENSUS



Les étapes précédentes permettent d'effectuer l'évaluation globale de la situation du District de santé. Les données primaires et secondaires donnent des informations sur le contexte du District et sur les six piliers de son système de santé. Ensuite, les chocs de type 1 et de type 2 ont été analysés, ainsi que les capacités du District à les gérer pour enfin définir les seuils du District à la fin de l'étape précédente.

TABLEAU 12 : CADRE DE TRAVAIL DE L'ÉTAPE 5

ÉTAPE 5 – PHASE DE CONSENSUS
OBJECTIFS - Évaluer de façon détaillée la situation du système de santé et trouver ses principales forces et faiblesses en examinant chaque pilier - Vérifier les conclusions des étapes précédentes en les comparant aux résultats de la notation
QUI EST CONCERNÉ ? - Facilitateur - Responsable Projet - Comité de pilotage - Conseiller en politique ou en plaidoyer (si existant) - Partenaires
METHODS - Préparation de l'atelier (3 jours) - Finalisation de l'analyse des données primaires et secondaires - Réunion d'une journée pour : - Valider les analyses - Inclure les résultats de la collecte de données primaires et secondaires dans la matrice, ainsi que les informations sur la durabilité et l'existence d'aides extérieures, dans les indicateurs correspondants - Organiser l'atelier - Atelier (2 jours) - Présentation des résultats de la collecte de données primaires et secondaires et des résultats de l'analyse des risques et des capacités - Notation des indicateurs - Visualisation des résultats - Triangulation des résultats avec les conclusions des étapes précédentes
RÉSULTATS - Analyse finale des résultats de la collecte de données et de l'analyse des risques et des capacités - Évaluation détaillée du système de santé en notant les indicateurs de chaque pilier - Mise en évidence des principales forces et faiblesses du système de santé

Cette étape est le début de l'Atelier 2 et permet non seulement aux partenaires de participer à la collecte des données mais aussi de commenter et vérifier les données recueillies aux étapes 2, 3 et 4.

PHASE DE PRÉPARATION

Le partenaire chargé de soutenir le MdS pour diriger le processus, conjointement avec l'EGSD, envoient à l'avance un rapport préliminaire au Comité de pilotage sur la collecte de données primaires et secondaires, sur l'analyse des risques et des capacités ainsi que sur la définition des valeurs des seuils. Le Comité de pilotage se réunit pour discuter et valider ce rapport. **Les résultats seront ensuite saisis dans la matrice des indicateurs.**

Le Comité de pilotage est aussi chargé de préparer l'atelier, à savoir :

- **Revoir les priorités de l'atelier**, sa portée et le processus.
- **Préparer l'exercice de notation en pré-remplissant la matrice.** Les instructions pour le faire se trouvent dans la matrice elle-même (voir annexe 17) et dans l'annexe 19.
 - **Vérifier l'exactitude des indicateurs pour chacun des piliers.**
 - **Remplir la matrice avec tous les résultats de la collecte de données primaires et secondaires.** Tous les résultats qui aident à noter les indicateurs grâce à des informations qualitatives, doivent être inclus dans les colonnes prévues à cet effet. Si une information est importante à signaler, la cellule peut-être colorée en rouge pour s'assurer de la prendre en compte pour la notation.
 - **Remplir la matrice avec tous les résultats concernant l'aide extérieure.** Ces informations donnent un meilleur aperçu des capacités réelles du système de santé lui-même pendant la notation.
- Préparer l'ordre du jour et la méthode d'animation.
- Il est essentiel qu'un **ou plusieurs facilitateurs** ou personnes-ressource appuient les ateliers et les réunions de groupe. Les facilitateurs doivent avoir une connaissance approfondie de l'outil d'évaluation dans son ensemble et des services SRMNE, mais ils doivent être considérés **comme neutres** par les participants. Le facilitateur recruté par le partenaire principal dirige tout le processus.

PRÉSENTATION DE L'ATELIER ET DES OUTILS À UTILISER

PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'ATELIER

Avant de commencer à utiliser la matrice, il faut présenter aux participants l'ensemble du processus et de la méthodologie utilisée du diagnostic à la planification. Ils ont dû être informés au préalable (par mail ou par courrier) sur les grandes étapes et sur le temps qu'ils doivent consacrer au processus. Il est essentiel que ces participants s'engagent à participer à la phase de planification également. Le facilitateur présente brièvement les différentes sous-étapes de l'atelier. Il présente également l'emploi du temps pour les jours à venir. Un exemple de planning est donné ci-dessous.

TABLEAU 13 : INDICATIVE SCHEDULE OF THE WORKSHOP 2 (1)

	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3
MATIN	Étape 5 : Présentation des principaux résultats & début de la notation des indicateurs	Étape 5 : Visualisation des résultats et discussions	Étape 6 : Analyse et priorisation
APRÈS-MIDI	Étape 5 : Notation des indicateurs	Étape 5 : Triangulation des résultats	Étape 7 : Identification des causes

L'Étape 5 est le début de l'atelier.

PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE LA MATRICE

La matrice des indicateurs ou outil « d'auto-évaluation » est utilisée lors de l'atelier. L'outil laisse la possibilité de lancer des discussions ouvertes avec toutes les parties prenantes. L'outil est adapté à partir du cadre de l'UNICEF pour l'intégration de la prise en charge de la malnutrition aigüe (voir Annexe 1).

L'outil « d'auto-évaluation » comprend des éléments qui ont été initialement développés pour trois niveaux : national, local et communautaire. L'approche étape par étape a été développée en priorité pour le niveau du District (local), elle portera donc uniquement sur ce niveau. La matrice (Annexe 17) comprend les éléments suivants :

- Des instructions pour l'utilisation de la matrice (1e onglet).
- Une matrice d'indicateurs du niveau du District pour chaque pilier (6 onglets, onglets A à F).
- Des outils visuels pour aider à faire la synthèse de l'évaluation pour chaque pilier puis, plus précisément, pour les indicateurs clés ou chocs (3 onglets, onglets G à I).
- Un outil de priorisation (1 onglet, onglet J).

La matrice des indicateurs sert à établir un point de référence et à mesurer la progression du système de santé en fonction des 6 piliers du District. Chaque pilier est divisé en sous-fonctions pour une description plus détaillée. Pour chacune de ces sous-fonctions une liste d'indicateurs à utiliser est proposée. La liste est donnée à titre indicatif et doit être adaptée selon le contexte.

L'annexe 18 donne la liste complète des sous-fonctions par pilier du système de santé.

ATELIER 2 – PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PRÉCÉDENTS

Les personnes qui participeront à l'atelier sont : les membres du Comité de pilotage et d'autres partenaires comme des membres informés et intéressés par les communautés, des fournisseurs de services du District spécialistes des différents piliers du District. Une demi-journée est consacrée à cet exercice (voir l'emploi du temps ci-dessous).

TABLEAU 14 : PLANNING INDICATIF POUR L'ATELIER 2 (2)

	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3
MATIN	Étape 5 : Présentation des principaux résultats & début de la notation des indicateurs	Étape 5 : Visualisation des résultats et discussions	Étape 6 : Analyse et priorisation
APRÈS-MIDI	Étape 5 : Notation des indicateurs	Étape 5 : Triangulation des résultats	Étape 7 : Identification des causes

Les représentants des communautés et les usagers du système de santé doivent être inclus dans le processus.

NOTE

Le Comité de pilotage présente les résultats de la collecte des données et met en avant les conclusions préliminaires qui ressortent de ces étapes. L'accent est mis sur les éléments d'évaluation de la communauté (les SWOT préparés lors des entretiens individuels et des discussions de groupe puis validés par la communauté). Les principales conclusions de l'analyse des risques et des capacités sont aussi présentées pour permettre aux participants de garder à l'esprit les stress/chocs qui se déroulent pendant l'année.

Les participants sont invités à commenter brièvement ces résultats.

ATELIER 2 – NOTATION DES INDICATEURS

Les acteurs clés sont ensuite invités à participer à "l'exercice de notation". Le but principal de cet exercice est de noter les indicateurs de la matrice pour évaluer l'état actuel du système de santé, en suivant la structure en piliers. C'est la deuxième partie de l'atelier, comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

TABLEAU 15 : PLANNING INDICATIF POUR L'ATELIER 2 (3)

	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3
MATIN	Étape 5 : Présentation des principaux résultats & début de la notation des indicateurs	Étape 5 : Visualisation des résultats et discussions	Étape 6 : Analyse et priorisation
APRÈS-MIDI	Étape 5 : Notation des indicateurs	Étape 5 : Triangulation des résultats	Étape 7 : Identification des causes

INSTRUCTION POUR UTILISER LA MATRICE ET EFFECTUER LA NOTATION

Ci-dessous, la présentation de la structure et de la logique de la matrice.

1) Comment utiliser la matrice pour l'exercice de notation

Chaque pilier a son propre onglet. Les onglets sont organisés de la même façon et doivent être remplis en utilisant la même approche. Voir annexe 17 et annexe 19 pour obtenir des explications détaillées.

2) Notation des indicateurs

Des instructions supplémentaires sont présentées ici pour expliquer comment noter les indicateurs. Ces informations complètent celles concernant la structure de la matrice.

• **La matrice des indicateurs a été développée pour permettre une notation objective et quantitative.**

Dans la matrice des indicateurs, chaque pilier est détaillé en sous-fonctions et fournit des orientations normatives pour l'utilisateur. Pour chaque sous-fonction, un ensemble d'indicateurs internationalement reconnus permettra d'évaluer le niveau d'intégration et de mise en œuvre des services de SRMNE au sein de chaque pilier et d'identifier les principaux goulots d'étranglement (L'annexe 18 présente les sous-fonctions par pilier). Les participants notent les indicateurs. Un exemple de pilier divisé en sous-fonctions est décrit ci-dessous.

TABLEAU 16 : EXEMPLE DE SOUS-FONCTIONS POUR LES RESSOURCES HUMAINES

RESSOURCES HUMAINES	
9	Politique
10	Planification
11	Gestion des performances
12	Formation et éducation

Pour chaque indicateur inclus dans l'outil, un éventail de scénarios possibles est fourni permettant une évaluation objective et quantitative du score le plus élevé au score le plus bas :

- (3) le score le plus élevé est attribué à un scénario considéré comme **Très adéquat** par rapport à un scénario idéal de référence
- (2) pour un scénario considéré comme **Adéquat**
- (1) pour un scénario considéré comme **Présent mais pas adéquat**
- Et (0) est attribué à une situation considérée comme **Pas du tout adéquate**

• **Processus de notation par petits groupes**

- Lire et discuter des informations inscrites dans la colonne "**Présence et durabilité de l'aide extérieure**". L'attribution des scores doit être basée sur ces informations, elles aideront les partenaires à mieux évaluer la capacité réelle du District pour un indicateur donné. Le code couleur de cette colonne reflète la situation de l'aide extérieure. Si la cellule est de couleur rouge ou jaune, ce point devra être signalé au moment de déterminer le score.
- Lire et discuter des informations inscrites dans la colonne "**Résultats données primaires et secondaires**". L'attribution des scores doit être basée sur ces informations. Il est primordial d'en tenir compte.
- Sur la base des informations ci-dessus, discuter du score à attribuer à l'indicateur. **Si des personnes du groupe ne sont pas d'accord, leurs arguments doivent être inscrits** dans la colonne "Commentaires sur les discussions autour de la notation". Cela aidera à évaluer les scores et à mieux comprendre les résultats. **Les expériences antérieures avec ce genre d'outil d'évaluation suggèrent qu'il est important de saisir ces remarques qualitatives de façon détaillée.**
- **Donner un score à l'indicateur.** Les membres du groupe inscrivent leur score dans la matrice dans la colonne "Réponses des participants". Le score de chaque participant doit être inclus dans les colonnes pour refléter la diversité d'opinion. S'il y a plus de quatre participants dans le groupe, il est possible d'ajouter des colonnes à la matrice. Le calcul des scores globaux est effectué automatiquement par la matrice.

Le score final pour chaque catégorie est calculé et comparé au score maximal possible, afin d'obtenir un score exprimé en pourcentage. Pour les besoins du rapport final, les résultats sont convertis en quartiles (voir tableau ci-dessous). Un élément avec un score se situant dans le quartile inférieur est classé comme étant **Pas du tout adéquat**. Un score se situant dans le quartile suivant est classé comme étant **Présent mais pas adéquat**, suivi d'**Adéquat** et de **Très adéquat** pour le troisième et le quatrième quartile respectivement.

TABLEAU 17 : CONVERSION DES SCORES EN QUARTILES ET CODE COULEUR

2,25 À 3,0 (75% -100%)	Très adéquat
1,5 À 2,24 (50% -74%)	Adéquat
0,75 À 1,49 (25% -49%)	Présent mais pas adéquat
0 À 0,74 (0 % -24%)	Pas du tout adéquat

FIGURE 3 : EXEMPLE DE MATRICE (ONGLET PRESTATION DES SERVICES)

SERVICE DELIVERY - Health system assessment tool															
Building Block	Reference indicator	Specifications	Very satisfactory	Satisfactory	Existing but not satisfactory	Not satisfactory at all	External aid	Results from secondary and primary data collection	Participants' responses				Average scores	Comments on the discussions about the scoring (disagreement, debate, etc.)	
			3	2	1	0	Definitions: Support: supporting the MoH in achieving this element; partners' participation is under 50 %. Substitution: partners lead the activity directly or partners' participation is above 50 %. Short term: aid planned for less than 18 months with uncertainty of renewal. Long term: aid planned for more than 18 months.								
16. Availability and continuity of care	16.1 % of HC for which essential services in the continuum of reproductive, maternal, newborn and child health are available	RMNCH essential care services: Family Planning, pre-natal consultations, childbirth with presence of qualified staff (midwife, nurse or doctor), 2 postnatal consultations, preventive child consultations (growth monitoring, immunization and preventive treatment), care for major child diseases including SAM	Yes, 80-100% of HFs apply the continuum of care recommendation	Yes, 50-79% of HFs apply the continuum of care recommendation	Yes, but less than 50% of the HFs apply continuum of care recommendation	No, less than 50% of HFs apply the continuum of care recommendation	Actors support the HD – short term		1	2	3	2	2,0	Strong disagreements between the participants	
	16.2 SAM management for children under 5 is integrated in a single circuit		Yes, SAM is integrated, from screening to treatment	Yes, SAM is integrated but screening and treatment are insufficient	Yes, SAM is integrated but screening and treatment are rarely done	No, SAM is not integrated	No aid		2	3	2	2	2,3	All participants agreed on this indicator	
	16.3 Existence of a referral system between the different levels of the healthcare system	National referral system strategy implemented and works well	Yes, the system exists, is implemented and works well	Yes, it exists but it does not work systematically	Yes, it exists but it does not work	No, there is no referral system in place	Actors substitute for the HD – short term		3	1	1	2	1,8		
	16.4 Communities can access RMNCH services at all times (on-call services system)	Opening hours allow a regular access and there is an on-call service system	Yes, it exists in 80-100% of health areas	Yes, it exists in 50-79% of health areas	Yes, it exists in 25-49% of health areas	No, it only exists in less than 25% of the health areas	Actors substitute for the HD – long term		1	2	3	2	2,0		

FACILITATION DE L'EXERCICE DE NOTATION

• Explications pour l'exercice de notation

Le Comité de pilotage doit surveiller, diriger et coordonner de manière continue, l'auto-évaluation durant l'atelier. Le Comité de pilotage ou le facilitateur doivent **expliquer aux partenaires l'exercice de notation en détail**. On utilise un exemple pour s'assurer que les participants aient bien compris.

• Facilitation de l'atelier (adapté de [6])

Comme indiqué précédemment, un ou plusieurs facilitateurs doivent animer les ateliers et les réunions de groupe.

- **Diviser les participants en petits groupes** qui travailleront de manière successive ou simultanée afin de parvenir à un consensus sur un sous-ensemble d'éléments. Il n'y a pas de nombre optimal de participants, néanmoins, il ne devrait pas y avoir plus de 30 personnes dans la même salle. Des sous-groupes thématiques de 5 personnes maximum seront constitués pour cet exercice. Ne pas oublier que certains participants ne connaissent pas certains aspects du service minimum de soins, d'autres sont des spécialistes d'un pilier en particulier (par exemple, le pharmacien du District est susceptible d'être la meilleure personne pour le pilier qui concerne l'approvisionnement en médicaments). De plus, s'il fallait que chacun s'exprime sur chaque point inclus dans l'outil d'auto-évaluation, cela prendrait trop de temps.
- **Affecter un groupe par pilier.** S'il y a des experts, il faut les désigner dans le groupe qui étudie le pilier relié à leur spécialité. En fonction du déroulement de l'atelier, le facilitateur peut mélanger les groupes, attribuer des piliers supplémentaires aux groupes, etc. Un groupe ne doit pas avoir à noter plus de 60 éléments.
- Il faut s'assurer que **des discussions et des feedbacks à propos des résultats** aient lieu entre les parties prenantes clés, surtout si l'évaluation est menée par un sous-groupe de participants. Cela est nécessaire pour atteindre l'objectif consistant à **dégager un consensus entre toutes les parties prenantes**.
- **Circuler parmi les petits groupes** en aidant à éclaircir/préciser la signification de certains éléments/indicateurs et en répondant aux questions.
- **Appliquer les principes** d'impartialité et de collaboration.
- **Encourager les participants à utiliser les colonnes "Résultats des données primaires et secondaires" et "Présence et durabilité de l'aide extérieure" de la matrice** pour alimenter les discussions.
- Le facilitateur peut également expliquer comment les scores de chaque aspect sont compilés et comment les résultats sont résumés dans le rapport d'évaluation.
- L'encadré ci-dessous présente des éléments que le facilitateur doit garder à l'esprit quand il dirige les séances.

TABLEAU 18 : À NE PAS FAIRE PENDANT L'ATELIER

À NE PAS FAIRE
Il n'est pas recommandé de proposer l'outil comme un "questionnaire" à remplir individuellement par les informateurs. Il est important que les groupes d'informateurs discutent ensemble des éléments de l'évaluation.
Les personnes qui n'ont pas les compétences techniques ou l'expérience nécessaire dans ce District pour évaluer un élément donné, NE DOIVENT PAS attribuer de score à cet indicateur. Ceci afin de réduire le risque qu'une personne mal informée fausse les résultats.
Éviter le déséquilibre des pouvoirs dans les groupes. Bien s'assurer que tous les participants sont libres de participer à l'exercice et que rien ni personne n'influence la notation (supérieur hiérarchique ou autorité).

Le principal avantage d'une approche d'auto-évaluation est d'**impliquer tous les partenaires dans une expérience partagée d'apprentissage**. Les facilitateurs peuvent apporter leur soutien afin d'accélérer l'évaluation et de rendre les résultats plus comparables, mais **il est important qu'ils n'interfèrent pas avec le processus d'auto-découverte entre les parties prenantes du District**. Le conseiller en plaidoyer, s'il y en a un, peut donner des informations les plus neutres possibles sur les goulots d'étranglement liés aux politiques (par exemple si de telles politiques existent, sont planifiées ou ont été adoptées, etc.) en liaison avec les collègues techniques. L'auto-évaluation peut conduire à une véritable volonté d'améliorer significativement le système de santé et la prise en charge de certaines maladies.

POINTS IMPORTANTS À GARDER À L'ESPRIT LORS DE LA NOTATION DES INDICATEURS, AFIN D'ÉVITER LES RÉSULTATS BIAISÉS

- Les résultats finaux dépendent entièrement de l'opinion des évaluateurs. Il est donc essentiel d'inclure **toutes les parties prenantes**. Idéalement, il s'agit des spécialistes du SS, des responsables de programmes SRMNE, des spécialistes en Suivi & Évaluation, des partenaires techniques et financiers, etc. Par conséquent, il est conseillé de réaliser une bonne cartographie des acteurs avant l'évaluation. Cela permettra de limiter le risque de résultats biaisés. **Néanmoins, l'expérience montre que si l'on demande aux personnes de noter les indicateurs de leur propre domaine de responsabilité, cela peut aboutir à un manque d'objectivité.**
- Pour former les groupes, il faut s'assurer que chaque groupe comprenne une personne capable de remettre en question les avis des autres et faire attention aux possibles déséquilibres de pouvoir (un travailleur du bas de l'échelle aura du mal à contredire sa hiérarchie).
- Les résultats de la collecte de données primaires et secondaires sont mis à disposition pour alimenter les débats et réduire le risque lié au manque d'objectivité. **Il est essentiel d'encourager la triangulation des notes avec les colonnes "Résultats des données primaires et secondaires" et "Présence et durabilité de l'aide extérieure" pré-remplies avant l'atelier.**
- **Plus les répondants impliqués seront variés (informés),** plus le risque de biais dans les résultats finaux sera faible.
- **Si un indicateur n'est pas applicable,** il doit être exclu du processus de notation et les raisons de le faire doivent être enregistrées.
- Des feuilles blanches doivent être distribuées afin de **recupérer les remarques qualitatives** et les éléments d'évaluation supplémentaires.
- **Insérer ou supprimer des lignes n'est pas recommandé** car cela peut conduire à des erreurs dans les formules utilisées pour calculer les scores et dans l'utilisation du code couleur des résultats. Au lieu de supprimer un élément, il doit être ignoré de sorte qu'il n'affecte pas les scores finaux.

ATELIER 2 - VISUALISATION DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

Le deuxième jour d'atelier commence par la visualisation des résultats de l'exercice de notation du jour 1 (voir l'emploi du temps ci-dessous).

TABLEAU 19 : PLANNING INDICATIF POUR L'ATELIER 2 (4)

	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3
MATIN	Étape 5 : Présentation des principaux résultats & début de la notation des indicateurs	Étape 5 : Visualisation des résultats et discussions	Étape 6 : Analyse et priorisation
APRÈS-MIDI	Étape 5 : Notation des indicateurs	Étape 5 : Triangulation des résultats	Étape 7 : Identification des causes

PRÉPARATION DE LA VISUALISATION DES RÉSULTATS

Soit le Comité de pilotage, soit le partenaire principal et le facilitateur ont travaillé pendant la nuit pour nettoyer et compiler tous les résultats de l'exercice de notation dans une seule matrice. Tous les scores et les commentaires de chaque groupe ont désormais été inclus dans la matrice. Donc, tous les résultats peuvent être visualisés.

PRÉSENTATION DE L'OUTIL

Une fois que les indicateurs sont notés, l'outil de visualisation présente automatiquement les résultats sous forme de diagrammes avec un code couleur. Il y a trois onglets consacrés à la visualisation (onglet G, H, I) :

- **"Résultats indicateurs clés"** : les scores des indicateurs clés de chaque pilier sont représentés ici sous la forme d'un histogramme qui utilise le même code couleur.
- **"Résultats indicateurs chocs"** : les résultats liés à la préparation et à la réponse aux chocs de types 1 et 2. Ils sont représentés sous la forme d'un diagramme radar.
- **"Résultats piliers"** : cet onglet fait le résumé de tous les résultats des 6 piliers avec des diagrammes radars et donne un aperçu des résultats globaux.

Les résultats doivent être présentés à tous les participants, ils fournissent un bon aperçu des principaux résultats de l'exercice de notation. Ci-dessous, des exemples de visualisation des résultats.

FIGURE 4 : RÉSULTATS INDICATEURS CLÉS - VISUALISATION



FIGURE 5 : RÉSULTATS INDICATEURS CHOCs - VISUALISATION

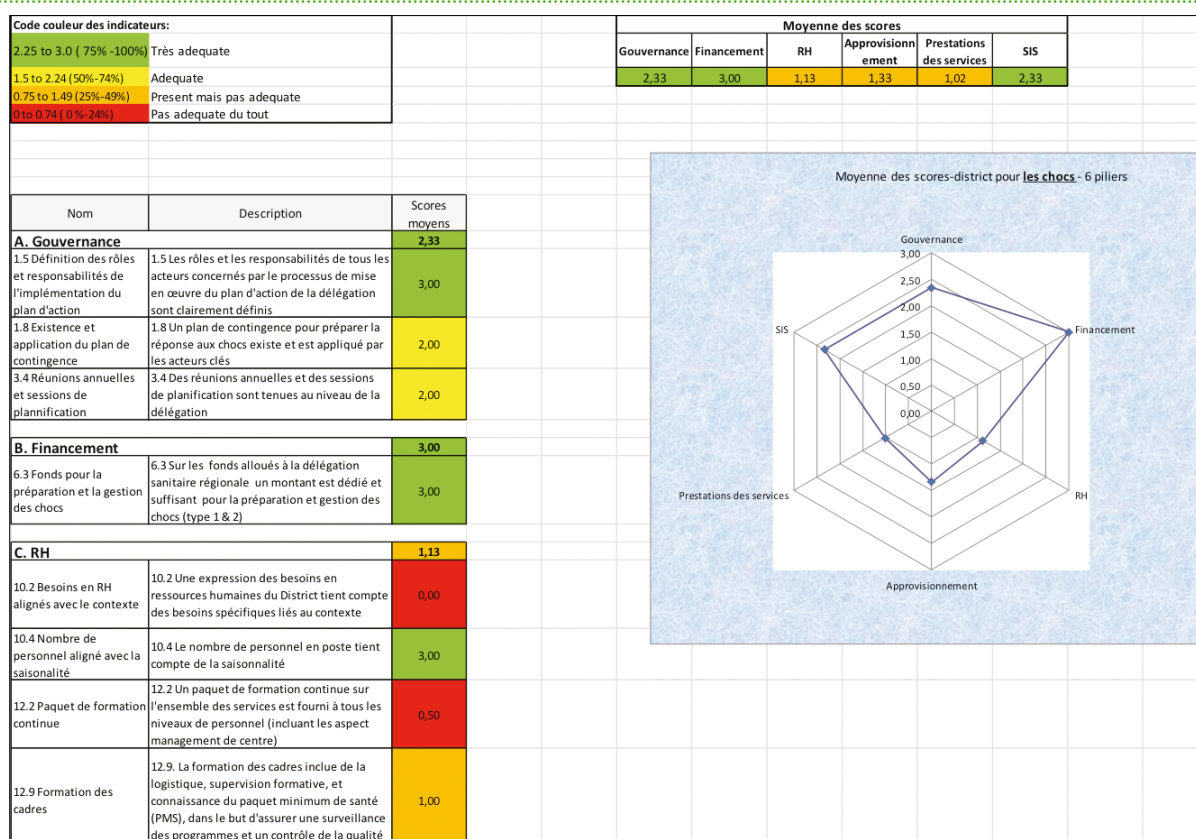
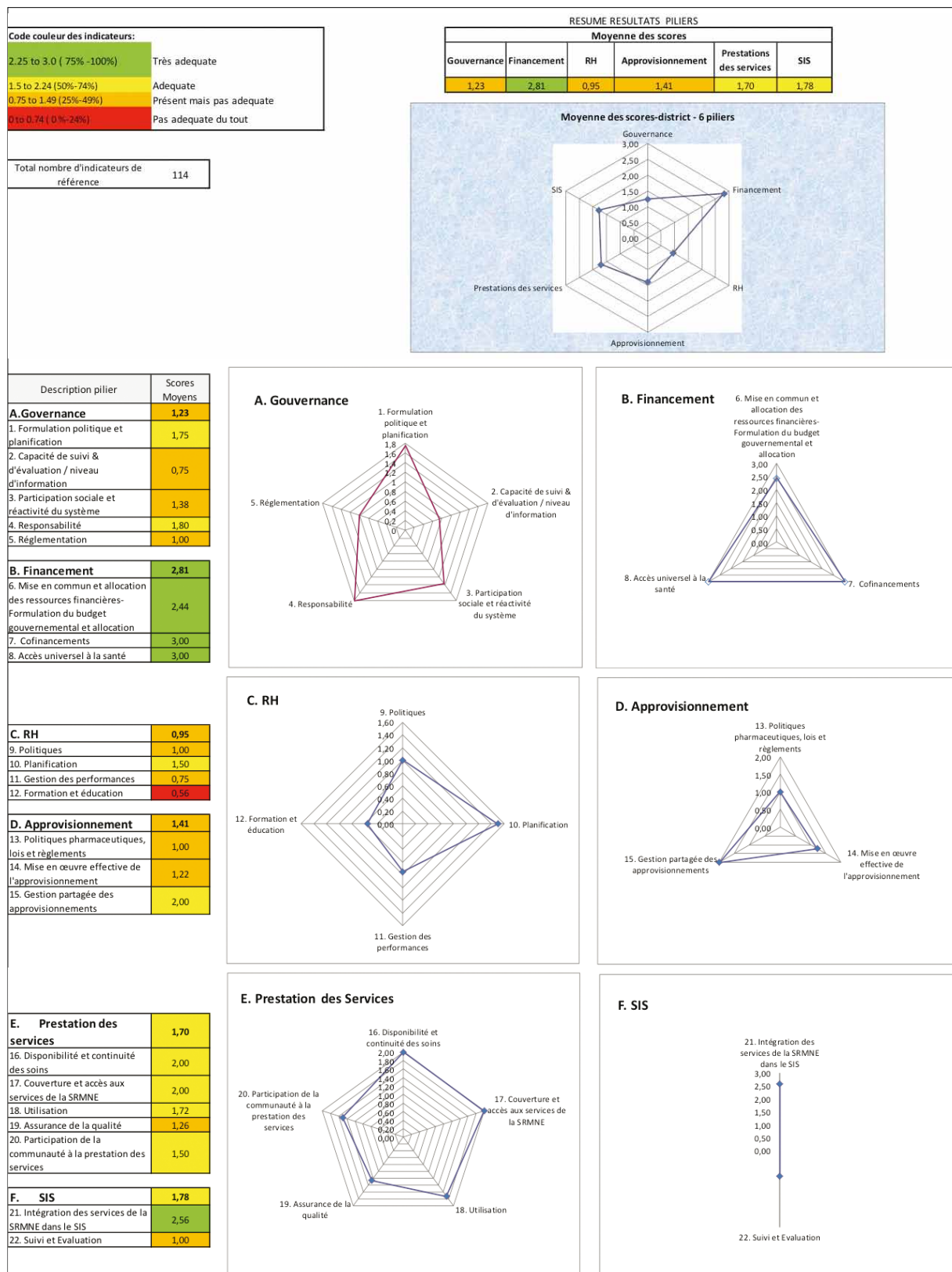


FIGURE 6 : RÉSULTATS PILIERS - VISUALISATION



VISUALISATION DES RÉSULTATS

Le Comité de pilotage et le facilitateur présentent les résultats de l'exercice de notation. Ils s'assurent que les trois onglets de visualisation sont présentés et expliqués. Les participants discutent et commentent ces résultats puis soulignent ceux qui sont importants.

Le facilitateur s'assure que les participants discutent et commentent les résultats et met en évidence les résultats importants. Une analyse plus approfondie des résultats sera effectuée dans l'après-midi.

ATELIER 2 – TRIANGULATION DES RÉSULTATS

Une fois que tous les indicateurs ont été notés et visualisés, la quatrième partie de l'atelier peut commencer. Une séance plénière d'au moins 3 heures doit être organisée pour revoir les conclusions et parvenir à un consensus. Les participants à cette réunion sont : le Comité de pilotage, le(s) facilitateur(s) et les partenaires présents lors de la notation. De plus, les acteurs clés qui n'ont pas été en mesure de participer aux réunions précédentes, ou à l'exercice de notation, doivent être encouragés à participer à cette séance plénière. Le jour 2 s'achève par cette séance.

TABLEAU 20 : PLANNING INDICATIF POUR L'ATELIER 2 (5)

	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3
MATIN	Étape 5 : Présentation des principaux résultats & début de la notation des indicateurs	Étape 5 : Visualisation des résultats et discussions	Étape 6 : Analyse et priorisation
APRÈS-MIDI	Étape 5 : Notation des indicateurs	Étape 5 : Triangulation des résultats	Étape 7 : Identification des causes

CONCEPT DE TRIANGULATION

C'est ce qu'on appelle **la phase de triangulation** : les résultats obtenus grâce à la matrice sont comparés aux résultats de la collecte de données secondaires (étape 2), de la collecte de données primaires (étape 3) et de l'analyse des risques et des capacités (étape 4). Cela devrait déjà avoir été fait pendant l'exercice de notation lui-même. Mais cette comparaison supplémentaire permet de s'assurer que l'ensemble du processus conduit à un diagnostic qui reflète la réalité et qui fournit des résultats fiables et cohérents. Si la triangulation met en évidence des résultats incohérents, une discussion doit avoir lieu afin de déterminer pourquoi et ainsi trouver un consensus. **Il est important de garder à l'esprit que les résultats quantitatifs de la matrice à eux-seuls sont insuffisants, les informations qualitatives sont également primordiales.**

À ce stade, il est **ESSENTIEL** de s'assurer que les résultats de l'exercice de notation s'accordent avec ceux des étapes 2, 3 et 4.

NOTE

FACILITATION DE LA TRIANGULATION

Le facilitateur dirige la session. En premier, on triangule les indicateurs clés, puis les indicateurs chocs et enfin les autres. Le facilitateur invite le rapporteur de chaque groupe à présenter les résultats obtenus pendant l'exercice de notation. Le score global de chaque indicateur est présenté. Lorsqu'il y a d'importantes divergences d'opinion entre les intervenants pour un indicateur, les différents scores attribués peuvent être expliqués. Les principaux points qui ont été débattus pendant la notation peuvent être mentionnés dans le cas échéant. De plus, les informations concernant les données primaires et secondaires, les SWOT ainsi que les informations sur les aides extérieures serviront de support aux discussions. Les différents partenaires entament des discussions au sujet de ces conclusions et de ces résultats afin de trouver un consensus sur le score final.

Une fois que le consensus est atteint et que **les résultats de la matrice s'accordent avec les données qualitatives recueillies dans les étapes précédentes** (SWOT et analyse des risques), le facilitateur inscrit les principaux points débattus lors de la notation et de la triangulation dans la colonne "Commentaires sur les discussions autour de la notation".

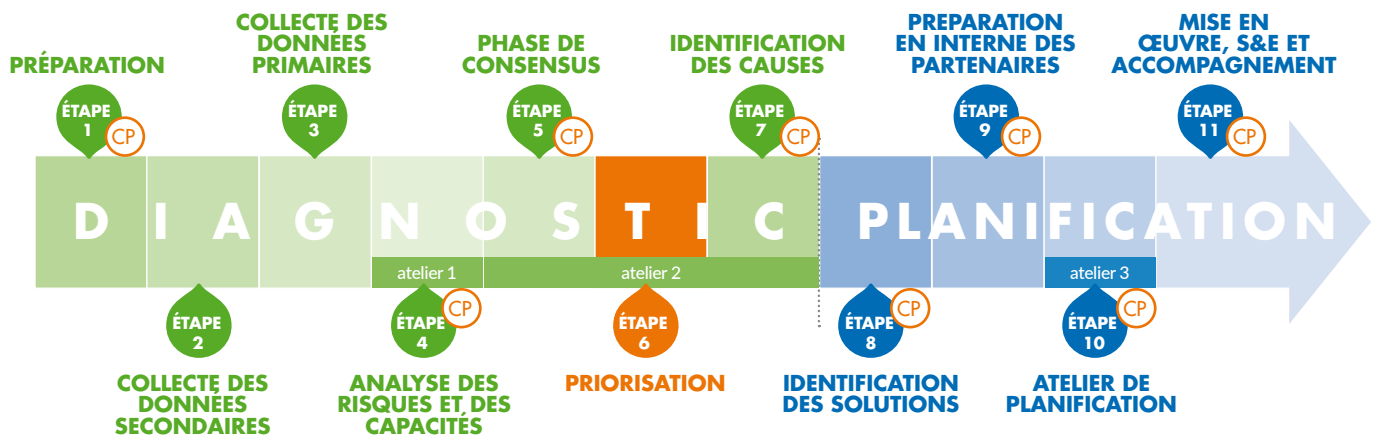


À LA FIN
DE
L'ÉTAPE 5

ASSUREZ-VOUS QUE :

- Pendant l'exercice de notation, les données primaires et secondaires ont été utilisées pour noter les indicateurs de façon réaliste.
- Tous les acteurs clés du système de santé ont été impliqués dans l'exercice de notation (y compris les communautés, les utilisateurs des services de santé, etc.).
- La composition et l'expérience des groupes a permis une notation réaliste des indicateurs (répartition des acteurs clés selon les thèmes, éviter le déséquilibre des pouvoirs).
- Des discussions ouvertes et constructives sur les scores ont eu lieu entre les participants car la triangulation des résultats est un point essentiel.

ÉTAPE 6 : PRIORISATION



Les étapes précédentes ont permis une évaluation approfondie des piliers du système de santé et ont mis en évidence ses principales forces et faiblesses. En effet, pour chaque pilier, les indicateurs ont été évalués et notés par des petits groupes. Les résultats ont été discutés par l'assemblée et recoupés avec les données primaires, les données secondaires et les résultats de l'analyse des risques et des capacités. À partir de maintenant, on ne retient que les indicateurs ayant des scores faibles, ils seront qualifiés de goulots d'étranglement.

TABLEAU 21 : CADRE DE TRAVAIL DE L'ÉTAPE 6

ÉTAPE 6 – PRIORISATION
OBJECTIFS
- Identifier les principales faiblesses du système de santé sur lesquels on peut intervenir pour les améliorer - Prioriser les goulots d'étranglement selon des critères précis
QUI EST CONCERNÉ ?
- Facilitateur - Responsable Projet - Comité de pilotage - Conseiller en politique ou en plaidoyer (si existant) - Partenaires
MÉTHODES
- Préparation de l'atelier - Pré-identification des critères de priorisation - Atelier - Définition des critères de priorisation pour évaluer des principaux goulots d'étranglement - Prioriser les principaux goulots d'étranglement
RÉSULTATS
- Critère de priorisation - Liste des principales forces et faiblesses du système de santé - Liste des goulots d'étranglement prioritaires du système de santé

Cette étape est la cinquième sous-étape de l'Atelier 2, elle a lieu directement après la fin de l'étape 5.

TABLEAU 22 : PLANNING INDICATIF POUR L'ATELIER 2 (5)

	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3
MATIN	Étape 5 : Présentation des principaux résultats & début de la notation des indicateurs	Étape 5 : Visualisation des résultats et discussions	Étape 6 : Analyse et priorisation
APRÈS-MIDI	Étape 5 : Notation des indicateurs	Étape 5 : Triangulation des résultats	Étape 7 : Identification des causes

Au cours du processus, les données recueillies pendant les étapes 2, 3, 4 et 5 ont été analysées et triangulées par le groupe de partenaires. À la fin de l'étape 5, le groupe est parvenu à un consensus sur les principales conclusions de l'évaluation et un rapport sera rédigé. *L'annexe 20 propose un format de rapport.*

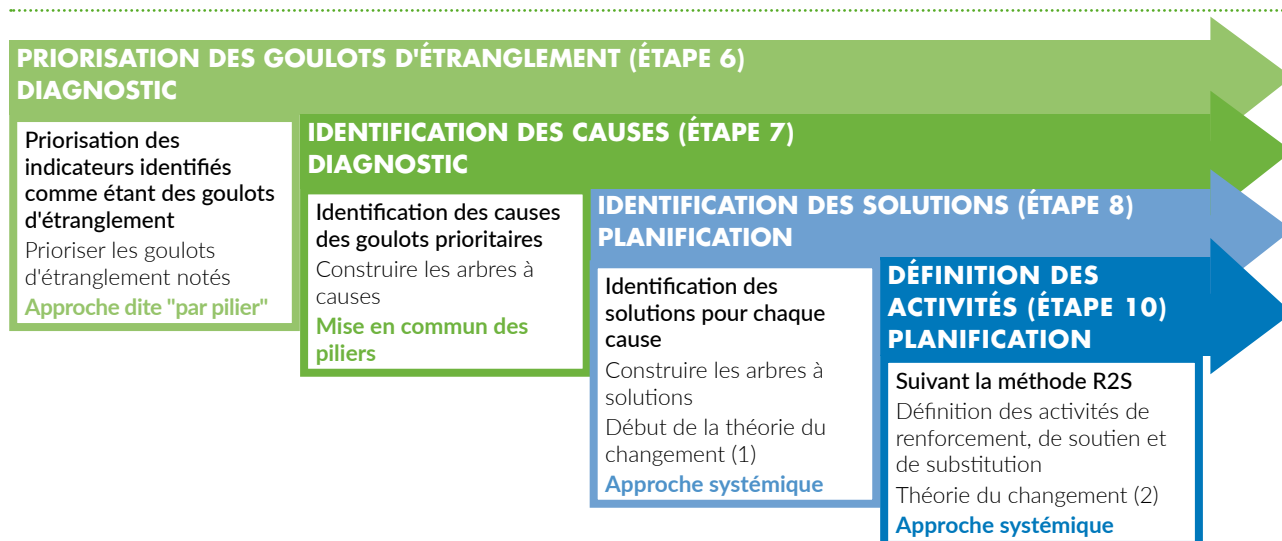
À ce stade, il est nécessaire de **réévaluer si le groupe de partenaires est encore représentatif des acteurs essentiels impliqués dans le système de santé au niveau du District. Il convient également d'inviter les acteurs du niveau national.**

Certaines organisations ont pu ne pas être très impliquées dans la phase de diagnostic, mais sont intéressées par les phases de priorisation et de planification. Il faut encourager ces acteurs à participer à la réunion de priorisation.

ATELIER 2 – APPROCHE GÉNÉRALE POUR LA PRIORISATION

Cette étape est le début d'un processus plus long qui consiste à prioriser les goulots d'étranglement, à effectuer une analyse des causes, puis à identifier les solutions, et enfin à définir des activités qui permettront d'améliorer ces goulots d'étranglement prioritaires. La théorie du changement est incluse dans le processus pour s'assurer que la structure de l'approche soit fiable depuis l'analyse des causes jusqu'à la définition des activités. *Un aperçu global du processus est disponible en annexe 21.*

FIGURE 7 : PROCESSUS DEPUIS LES ÉTAPES DE DIAGNOSTIC À CELLES DE PLANIFICATION



L'idée principale de la priorisation est d'identifier les faiblesses du système de santé, de montrer les dysfonctionnements et, au final, d'identifier ce qui peut être amélioré. La priorisation ainsi que la notation doivent être effectuées dans cette optique.

PRÉPARATION DE LA SESSION DE PRIORISATION

Le Comité de pilotage doit se réunir entre la fin de l'Étape 5 et le début de cette session pour effectuer 2 tâches :

- Préparer les critères de priorisation qui seront proposés aux partenaires et discutés pendant l'atelier. Ces critères seront utilisés pour évaluer les goulots d'étranglement sélectionnés et les classer par ordre de priorité.
- Dans l'onglet "Priorisation" de la matrice, inclure les indicateurs ayant obtenu des scores faibles à l'issue de la notation (inférieur à 0,74 : rouge) pour les indicateurs clés, liés aux chocs, et les autres.

PRÉSENTATION DE L'OUTIL

Un outil est disponible dans la matrice pour effectuer la priorisation des goulots d'étranglement (onglet Priorisation de la matrice, annexe 17). Chaque goulot ayant obtenu un score faible est noté selon les critères de priorisation. Le barème est le suivant :

- Priorité faible – (1)
- Priorité moyenne – (2)
- Priorité élevée – (3)

Après ce processus, les goulots d'étranglement avec les scores de priorisation les plus élevés sont ceux qu'il faudra traiter en priorité. *Vous trouverez plus d'explications dans les annexes 17 et 19.*

FIGURE 8 : EXEMPLE DE L'ONGLET PRIORISATION DE LA MATRICE

Priorisation des indicateurs de référence					A COMPLETER pendant l'atelier				
Pilier	Indicateur de référence	Précisions	Commentaires sur les discussions autour de la notation (désaccords, débats, etc.)	Moyenne des scores des indicateurs	Critères de priorisation				Total
					Faisabilité	Gravité	Durabilité	Pertinence	
INDICATEURS CLES									
Gouvernance									
1. Formulation politique et planification	1.1 Dissémination des protocoles, guides et outils nationaux	Tous les protocoles nationaux sont disponibles à tout moment dans toutes les structures de santé du district	0	1,5	1	2	1	3	7
	1.2 Mise en œuvre du plan stratégique du secteur santé	Les principales problématiques de santé sont prises en compte dans le plan opérationnel annuel de la délégation.	0	2	2	3	2	2	9
	1.4 Mécanisme de coordination au niveau de la délégation	Des mesures sont prises pour garantir que l'ensemble des services de la SR et de la nutrition sont inclus dans les plans. Grâce a l'approche sectorielle, le panier commun pour la santé est un cadre de financement (les partenaires des approches sectorielles contribuent à un financement commun) qui permet d'allouer des fonds en fonction des priorités du gouvernement et des programmes	0	2	3	1	3	1	8

DÉTAILS CONCERNANT LE PROCESSUS DE PRIORISATION

- **Validation finale des résultats de l'atelier :** Cette étape consiste juste à officialiser l'accord conclu à la fin de l'étape 5 et à rappeler les principaux résultats aux participants (NOTE : éviter de passer trop de temps à débattre de ce qui a déjà été discuté à la fin de l'étape 5).
- **Définition des critères de priorisation :** Ces critères doivent être préparés à l'avance par le Comité de pilotage et proposés à l'ensemble du groupe pour être commentés et validés (exemples de critères : ampleur du problème, importance du problème, possibilité de réponse, disponibilité des fonds, faisabilité sur les 5 prochaines années, coût-efficacité, cohérence, priorité pour la communauté, etc.). Ces critères doivent être pertinents et spécifiques à la situation étudiée.
Le **facilitateur** ou le Comité de pilotage présentent les critères pré-identifiés par le Comité de pilotage. Les discussions avec les partenaires à propos des critères doivent être encouragées. Le facilitateur inscrit ensuite les critères retenus dans l'onglet Priorisation de la matrice (Annexe 17).
- **Priorisation des résultats :** Les critères de priorisation définis juste avant sont utilisés pour prioriser les indicateurs. Chaque critère doit être noté afin d'évaluer correctement la priorité réelle des indicateurs.
Le **facilitateur** dirige le processus et s'assure que tous les indicateurs ayant obtenu un score faible (inférieur à 0,74 : rouge) sont discutés et priorisés. D'abord, on regarde les goulots d'étranglement liés aux indicateurs clés, puis ceux liés aux indicateurs chocs, et enfin les indicateurs restants. Les discussions entre les participants sont autorisées.
- **La liste finale des priorités doit être acceptée par tous les partenaires.**
À la fin de la session, le **facilitateur** fait la synthèse des principaux résultats de la priorisation et s'assure que tout le monde est d'accord.

Comme les indicateurs clés peuvent être des indices pour gérer des problématiques plus globales, il faut les analyser de façon approfondie. Les conséquences liées à ces indicateurs doivent être prises en compte et connues lors de la priorisation.

NOTE

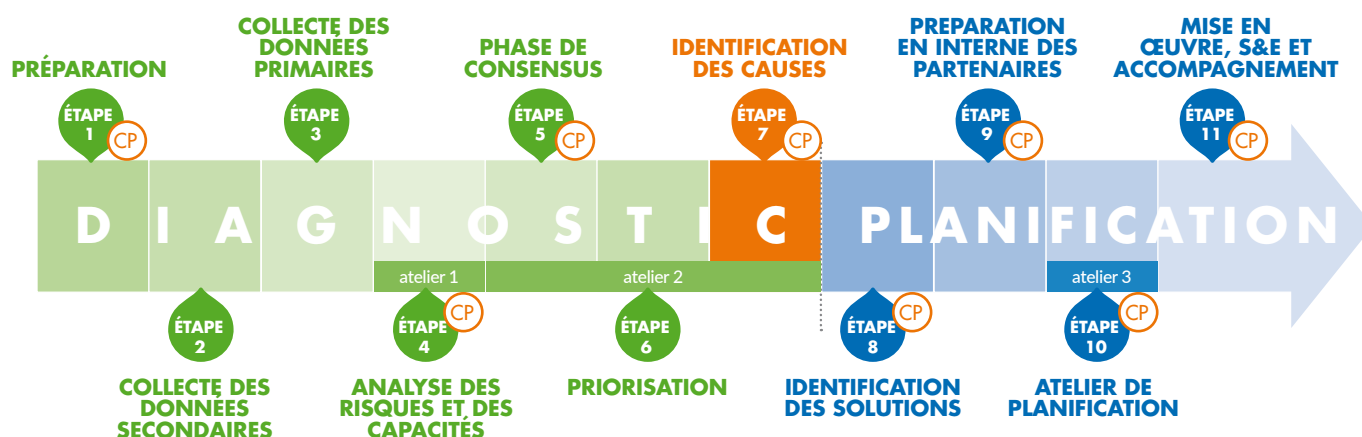


À LA FIN
DE
L'ÉTAPE 6

ASSUREZ-VOUS QUE :

- Les critères définis permettent de prioriser les goulots d'étranglement de façon réaliste et intelligente.
- Tous les indicateurs ayant obtenu des scores faibles ont été inclus dans le processus de priorisation.
- Lors de la priorisation, des discussions ont eu lieu entre les acteurs clés et tout le monde a eu la possibilité de participer.

ÉTAPE 7 : IDENTIFICATION DES CAUSES



Lors des étapes précédentes, les principaux goulots d'étranglement et faiblesses du système de santé ont été classés par ordre de priorité selon des critères spécifiques. Par conséquent, on obtient un aperçu des principales faiblesses à traiter. Avant d'entrer dans le vif de la planification, les goulots d'étranglement prioritaires doivent faire l'objet d'un examen approfondi et les causes fondamentales des problèmes doivent être déterminées.

TABLEAU 23 : CADRE DE TRAVAIL DE L'ÉTAPE 7

ÉTAPE 7 - IDENTIFICATION DES CAUSES	
OBJECTIFS	
Décrire les causes des goulots d'étranglement prioritaires	
QUI EST CONCERNÉ ?	
- Facilitateur - Responsable Projet - Comité de pilotage - Conseiller en politique ou en plaidoyer (si existant) - Partenaires	
MÉTHODES	
- Atelier - Travail en petits groupes : pré-identifier les causes de chaque goulot d'étranglement prioritaire - Séance plénière : Construction des arbres causaux	
OUTCOMES	
- Arbres causaux interconnectés des goulots d'étranglement prioritaires - Identification des causes immédiates, sous-jacentes et basiques des goulots d'étranglement prioritaires - Désignation d'une équipe pour le rapport de diagnostic	

C'est la dernière partie de l'Atelier 2, elle doit être organisée en une session d'une après-midi.

TABLEAU 24 : PLANNING INDICATIF POUR L'ATELIER 2 (6)

	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3
MATIN	Étape 5 : Présentation des principaux résultats & début de la notation des indicateurs	Étape 5 : Visualisation des résultats et discussions	Étape 6 : Analyse et priorisation
APRÈS-MIDI	Étape 5 : Notation des indicateurs	Étape 5 : Triangulation des résultats	Étape 7 : Identification des causes

Il faut désormais laisser de côté l'approche dite "des piliers" et passer à l'approche systémique. En effet, on ne considère plus les piliers comme des entités séparées, mais comme des entités interconnectées ayant en permanence des impacts les uns sur les autres. Leurs interactions doivent être mises en avant et les piliers doivent être pris en compte dans leur ensemble. Ce changement d'approche a lieu maintenant car certains goulots d'étranglement sont étroitement liés et auront les mêmes causes et donc peut-être les mêmes solutions.

ATELIER 2 – IDENTIFIER LES CAUSES - CONSTRUCTION DES ARBRES CAUSAUX

L'identification des causes (construction des arbres à causes) est divisée en deux sous-étapes : un travail en groupe (environ 1,5 h) visant à préparer la sous-étape suivante, et une séance plénière (environ 2,5 h) au cours de laquelle les arbres causaux seront construits d'un commun accord.

Avant de commencer le travail en groupe, le facilitateur donne une brève description/explication de l'annexe 22 en séance plénière. L'annexe donne un exemple d'arbre causal qui devrait aider les participants à comprendre le processus. De plus, un format d'arbre causal est fourni pour aider les participants à en construire un.

L'annexe 22 doit être utilisée pour construire les arbres causaux.

Cette annexe est un outil mis au point pour aider les participants à construire les arbres à causes. Elle inclut :

- Un guide sur le processus
- Un **format** d'arbre causal à utiliser pendant l'atelier, pour guider les participants
- Un **exemple** d'arbre causal relatif au RSS

NOTE

TRAVAIL EN PETITS GROUPES

Des petits groupes de maximum 5 personnes sont formés par le facilitateur. Il est très important de créer des groupes mixtes avec des personnes présentant des profils et des expériences variés. En effet, comme nous utilisons désormais l'approche systémique, la diversité des points de vue est essentielle. Chaque groupe travaille sur tous les goulots d'étranglement prioritaires et identifie les principales causes de chacun d'eux.

Le facilitateur rappelle les différents types de causes aux participants avant qu'ils ne commencent (voir aussi la figure plus bas) :

- Causes immédiates, probablement liées à la prestation des services.
- Causes sous-jacentes, probablement liées aux RH, à l'approvisionnement ou au SIS.
- Causes basiques, probablement liées aux financements et à la gouvernance.

Pour un goulot d'étranglement, il peut y avoir plusieurs causes et types de causes. Chaque cause identifiée est écrite sur une carte de couleur fournie par le facilitateur. Chaque groupe désigne un rapporteur.



© Alicia García - Mauritanie

SÉANCE PLÉNIÈRE

L'objectif de la séance plénière est de **construire et décrire l'arbre causal de chaque goulot d'étranglement prioritaire**. La méthode des arbres causaux est courante et peut être utilisée pour des situations très différentes. Les participants discutent entre eux et trouvent un consensus sur la description des causes. Il ne doit pas y avoir un arbre par goulot d'étranglement prioritaire ; les arbres peuvent être reliés entre eux et fusionnés. Une cause fondamentale peut être à l'origine de plusieurs goulots d'étranglement.

L'identification des causes se fait de la manière suivante :

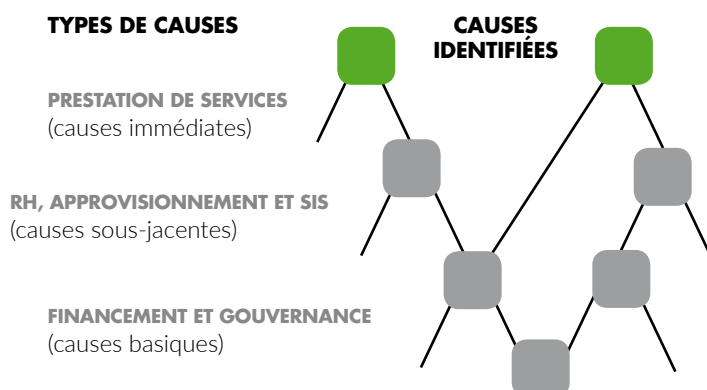
- Premièrement un goulot prioritaire du pilier 'prestation de services' est sélectionné. L'arbre causal du goulot d'étranglement se construit à l'aide du travail effectué en groupe précédemment.
Le facilitateur rassemble toutes les cartes et les rapporteurs de chaque groupe sont invités à présenter et à expliquer leurs conclusions. Après la discussion, le facilitateur écrit sur des cartes les causes de chaque goulot et les affiche au mur.
- Les goulots prioritaires d'autres piliers se retrouveront probablement dans les causes sous-jacentes et les causes basiques de l'arbre à causes des goulots d'étranglement de la prestation de services.
- Si les mêmes causes ont été identifiées pour un autre goulot d'étranglement, elles peuvent d'ores et déjà être incluses dans l'arbre et être cartographiées.
- Une fois que l'arbre de ce goulot d'étranglement est accepté, on choisit un autre goulot du pilier prestation de services et on recommence l'exercice. Les liens avec les arbres précédents doivent être examinés.

Lorsqu'une cause touche à des **aspects qui concernent des chocs** qui ne sont pas explicitement mentionnés dans le titre de la cause, on l'indique avec un astérisque (*) pour se rappeler qu'elle concerne un choc. Par exemple, admettons que l'une des causes des ruptures de stock soit "l'impossibilité des fournisseurs à livrer les commandes à temps pendant cette période de l'année". Si cette impossibilité est due aux inondations pendant la période des pluies qui endommagent les routes pour accéder aux établissements, un (*) sera ajouté à cette cause pour bien tenir compte des conséquences des inondations (choc) dans les étapes suivantes.

Conseils pour le facilitateur :

- Pour analyser les causes, on commence par les goulots d'étranglement liés à la prestation de services, puis ceux liés aux RH, puis à l'approvisionnement, au SIS et enfin à ceux liés au financement et à la gouvernance.
- S'assurer que les causes identifiées sont précises et pas trop génériques.
- Lorsqu'on affiche les cartes au mur, le facilitateur doit garder à l'esprit la hiérarchie des causes (immédiate, sous-jacente et basiques) pour que la structure de l'arbre causal soit bien verticale et pour faciliter la mise en commun des causes.
- Il faut tracer clairement les liens entre chaque niveau et chaque cause.
- Ne pas hésiter à faire appel au conseiller en politique/plaidoyer pour aider à retracer les chaînes de causalité jusqu'à la gouvernance et aux les politiques.
- S'assurer que l'annexe 22 est bien comprise et utilisée par les participants lors de l'atelier.

FIGURE 9 : HIÉRARCHIE DES CAUSES



IMPORTANT

Le fait de revenir sur les causes fondamentales des goulots d'étranglement peut être vu comme un retour en arrière. Cela peut donner l'impression que le travail effectué pour déterminer très précisément les faiblesses du système de santé au niveau du District va être déconstruit, ce n'est pas le cas. Cette étape est absolument essentielle pour s'assurer que la phase de planification n'est pas uniquement fondée sur des microéléments (ne prenant pas en compte les principaux goulots d'étranglement structurels qu'il faudrait aborder) mais bien sur des éléments plus généraux définis grâce à une analyse détaillée des liens de cause à effet.

RÉDACTION DU RAPPORT

La rédaction du rapport met un terme à l'Atelier 2 et à la phase de diagnostic. Ce rapport comprend toutes les informations obtenues lors de la phase de diagnostic (données primaires, secondaires, analyse des risques et des capacités) ainsi que les résultats de l'Atelier 2 (notation des indicateurs, identification des causes).

À la fin de la séance, le facilitateur et le Responsable Projet décident de qui sera en charge de la rédaction du rapport provisoire de l'atelier de diagnostic et de ses résultats. Avant la version finale, ce rapport est soumis à un large éventail de parties prenantes pour relecture et commentaires. Le Comité de pilotage doit valider la version finale du rapport. Une fois terminé, ce processus sera très utile pour définir les prochaines étapes. Il servira de passerelle entre les résultats de l'évaluation et la planification.



À LA FIN
DE
L'ÉTAPE 7

ASSUREZ-VOUS QUE :

- L'approche "par piliers" est laissée de côté pour passer à une approche systémique.
- L'ordre pour établir les priorités des causes des goulots d'étranglement est le suivant : prestation de services, RH, approvisionnement, SIS, financement et gouvernance.
- Les interconnexions entre les causes des goulots d'étranglement sont bien identifiées et cartographiées sur les arbres à causes (le facilitateur doit s'en assurer).
- Les causes qui concernent les chocs sont bien marqués d'un (*) sur les arbres à causes.

3

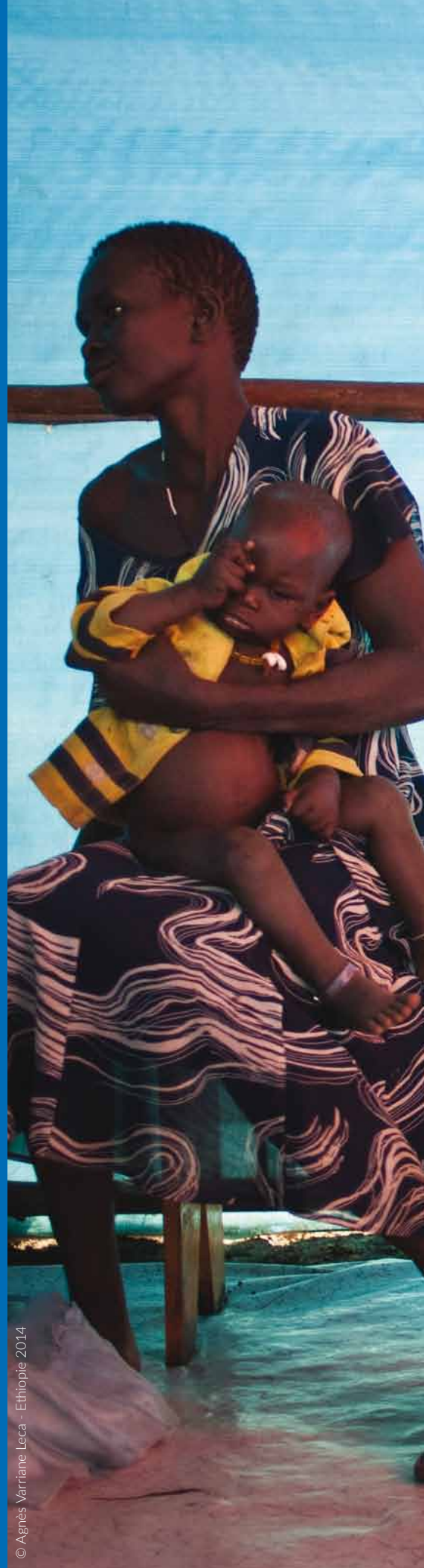
PLANIFICATION

ÉTAPE 8 : IDENTIFICATION DES SOLUTIONS

**ÉTAPE 9 : PRÉPARATION EN INTERNE DES
PARTENAIRES**

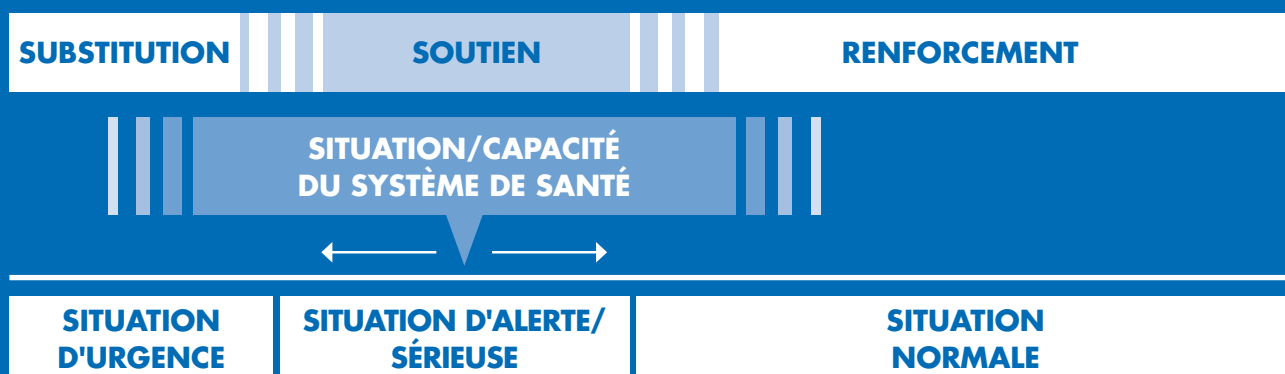
ÉTAPE 10 : ATELIER DE PLANIFICATION

**ÉTAPE 11 : MISE EN ŒUVRE, SUIVI & ÉVALUATION
ET ACCOMPAGNEMENT**



© Agnès Varriane Leca - Éthiopie 2014

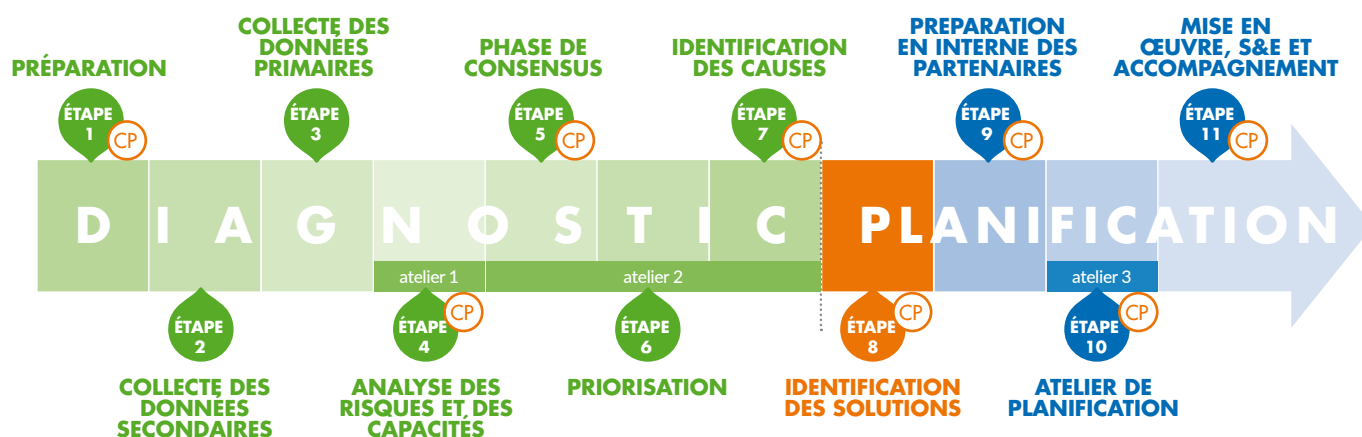




.....

ARTICULATION DES ACTIVITÉS DE SUBSTITUTION, DE SOUTIEN ET DE RENFORCEMENT

ÉTAPE 8 : IDENTIFICATION DES SOLUTIONS



L'étape précédente est la fin de la phase de diagnostic. En effet, les données primaires et secondaires ainsi que l'analyse des risques et de la capacité ont permis d'évaluer de façon approfondie la situation du système de santé. L'identification des causes des goulots d'étranglement prioritaires, qui a été effectuée avec les arbres causaux est le point de départ de la phase de planification qui commence par cette étape.

TABLEAU 25 : CADRE DE TRAVAIL DE L'ÉTAPE 8

ÉTAPE 8 - IDENTIFICATION DES SOLUTIONS
OBJECTIFS
- Identifier des solutions spécifiques aux problèmes soulevés - Transformer les solutions identifiées en objectifs SMART
QUI EST CONCERNÉ ?
- Responsable Projet - Comité de pilotage - Conseiller en politique ou en plaidoyer (si existant) - Facilitateur - Partenaires
MÉTHODES
- Le MdS et le partenaire principal préparent les arbres à solutions - Séance du Comité de pilotage - Finaliser les solutions identifiées - Définir les objectifs RSS de type SMART
RÉSULTATS
- Arbres à solutions - Liste des objectifs RSS pour traiter les causes identifiées

La phase de planification commence par l'étape d'identification des solutions. L'objectif principal est d'identifier des solutions spécifiques pour chaque problème, en construisant un arbre à solutions et en définissant les objectifs SMART. Cette étape est divisée en deux : une session de préparation avec le MdS et le partenaire principal (demi-journée) pour construire les arbres à solution provisoires, et une séance du Comité de pilotage (demi-journée) pour finaliser l'identification des solutions et définir les objectifs RSS.

PREMIÈRE ÉBAUCHE DES ARBRES À SOLUTIONS

L'EGSD et le partenaire principal doivent participer à cette session. Le facilitateur donne les instructions pour construire les arbres à solutions en s'aidant de l'annexe 23. L'annexe donne un exemple d'arbre à solutions qui devrait aider les participants à comprendre le processus. De plus, un format d'arbre à solutions est fourni pour aider les participants à en construire un.

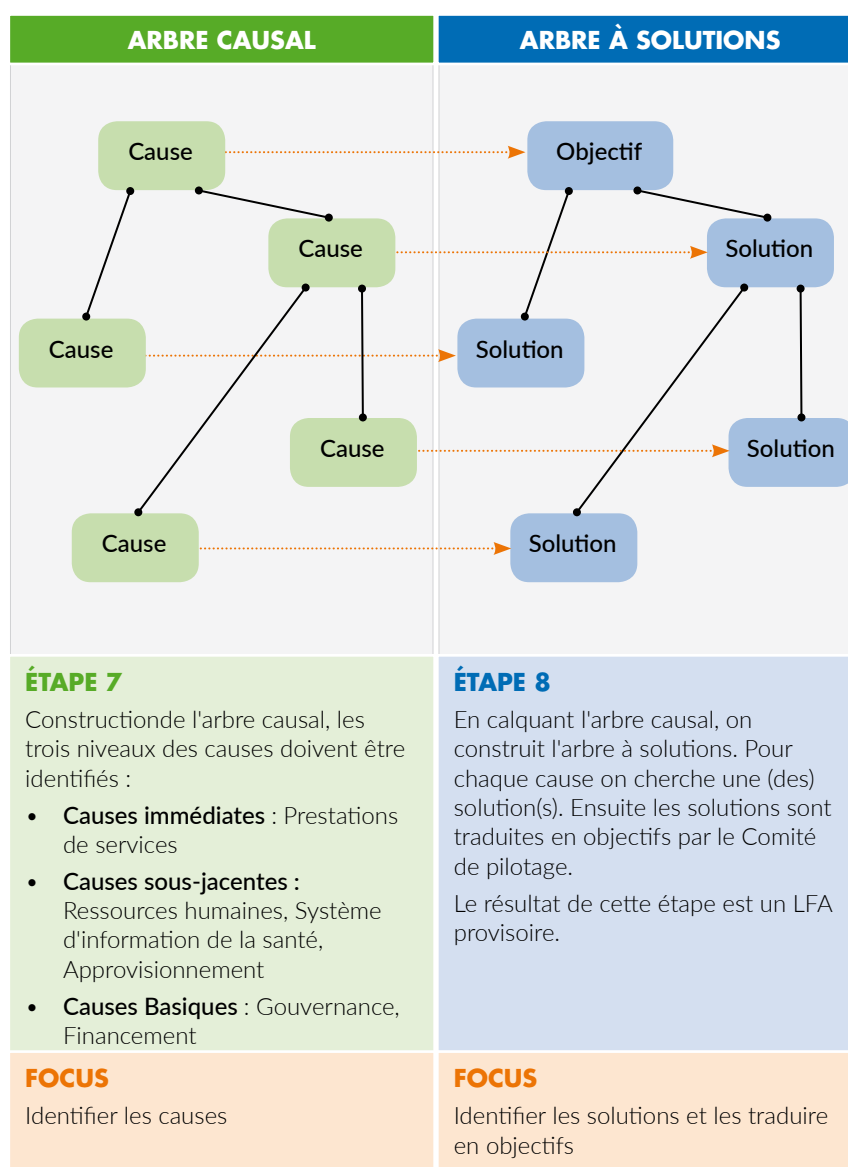
Ensuite, l'identification des solutions peut commencer. L'idée principale est de calquer les arbres causaux construits à l'étape précédente et d'utiliser leurs structures pour identifier les principales solutions en groupe. Les solutions aux causes immédiates, sous-jacentes et basiques doivent être définies. Le format présenté dans la figure ci-dessous peut être utilisé comme modèle.

L'annexe 23 doit être utilisée pour construire les arbres à solutions. Cette annexe est un outil mis au point pour aider les participants à construire les arbres à solutions. Elle inclut :

- Un guide sur le processus
- Un **format** d'arbre à solutions à utiliser pendant l'atelier, pour guider les participants
- Un **exemple** d'arbre à solutions relatif au RSS

NOTE

FIGURE 10 : PARALLEL CAUSAL AND SOLUTIONS TREES (ANNEX 21)



Les solutions peuvent être identifiées au niveau du District mais également au niveau régional et national. Par exemple, l'allocation globale des budgets, ou la répartition nationale des RH dépendent du niveau national. Il est donc important de réfléchir aux solutions dans cette perspective.

Il est fortement recommandé que des conseillers en plaidoyer participent à ce processus. Ils devraient assister à l'identification des solutions et ainsi contribuer à définir des solutions possibles pour le plaidoyer. De plus, une bonne compréhension des politiques et de la gouvernance, ainsi qu'un réseau élargi, peuvent être utiles pour aider les participants à construire plus facilement les arbres à solutions.

Dans certaines situations, le groupe peut être confronté à des difficultés pour trouver une solution adéquate, réaliste et spécifique, ce n'est pas un problème. Le facilitateur doit alors guider et aider le groupe à définir des solutions suffisamment précises. Le Comité de pilotage finalisera cette tâche plus tard.

Conseils pour le facilitateur :

- Utiliser l'annexe 23 comme support pour expliquer et illustrer les arbres à solutions et le processus pour les réaliser.
- L'identification des solutions suit la même logique et la même structure que les arbres causaux. On définit d'abord les solutions des causes immédiates, puis celles des causes sous-jacentes, et enfin celles des causes basiques. On calque la structure des arbres causaux pour établir les arbres à solutions.
- Afficher au mur les arbres causaux puis construire les arbres à solutions en parallèle sur le même mur.
- Une solution peut être reliée à plusieurs causes et une cause peut avoir plusieurs solutions.
- S'assurer que les solutions identifiées sont précises et pas trop génériques.

SÉANCE DU COMITÉ DE PILOTAGE

- Après la préparation, le Comité de pilotage se réunit pour finaliser les arbres à solutions. Le Comité de pilotage définit et éventuellement affine les solutions spécifiques pour traiter au mieux les principales causes de l'arbre causal.
- Ensuite, selon les solutions mises en avant, le Comité de pilotage identifie les "Objectifs RSS", qui permettront de mettre en œuvre les solutions identifiées. Le Comité de pilotage prépare des objectifs SMART spécifiques (voir encadré ci-dessous).
Le facilitateur doit aider le Comité de pilotage à effectuer cette tâche et vérifier que le concept d'objectif SMART est bien compris par tout le monde (si besoin, un *briefing* sera organisé au début de la séance). De plus, il s'assurera que les objectifs sont bien SMART.
- Une fois finalisés, les objectifs sont communiqués aux partenaires. Cette étape est très utile pour définir les prochaines étapes, elle servira de passerelle entre les résultats de l'évaluation et la stratégie de planification.

OBJECTIFS SMART

SPÉCIFIQUE : identifie des événements ou des actions concrètes qui auront lieu.

MESURABLE : quantifie le niveau de ressources, d'activités ou de changement devant être déployé et obtenu.

APPROPRIÉ : est logiquement lié à l'énoncé général du problème et aux effets recherchés par le programme.

RÉALISTE : Fournit un cadre réaliste qui peut être atteint avec les ressources disponibles et les plans de mise en œuvre.

TEMPORALISÉ : indique le temps prévu pour atteindre l'objectif.

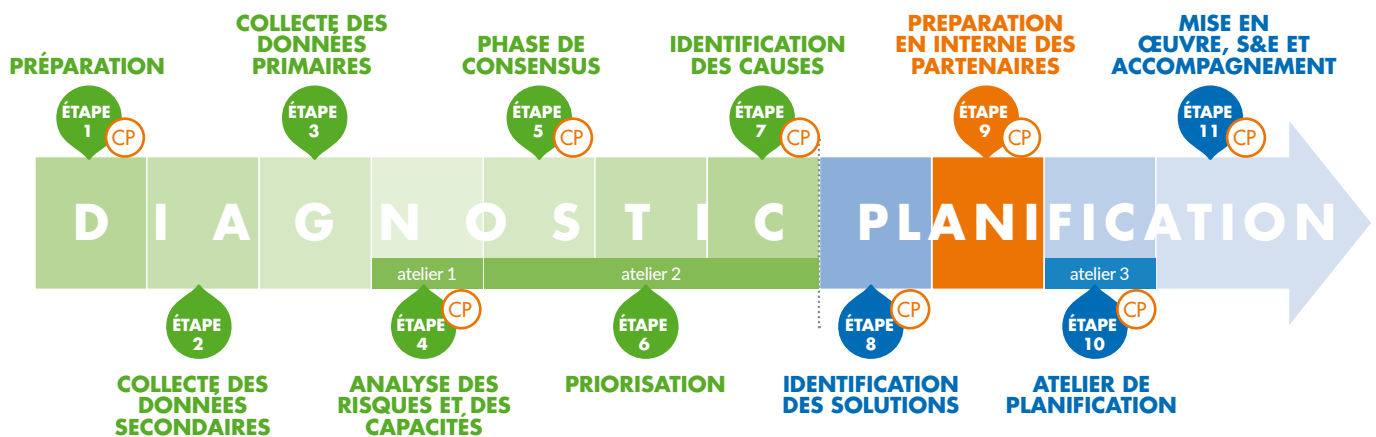


À LA FIN
DE
L'ÉTAPE 8

ASSUREZ-VOUS QUE :

- L'approche systémique a remplacé l'approche "par pilier" utilisée pour les étapes précédentes.
- Chaque cause a une solution ou un ensemble de solutions.
- Les objectifs RSS sont SMART.
- La préparation et la réponse aux chocs ont été prises en compte pour définir les objectifs RSS.

ÉTAPE 9 : PRÉPARATION EN INTERNE DES PARTENAIRES



L'étape précédente porte sur la construction des arbres à solutions, menant ensuite à la définition des objectifs RSS. Ces objectifs permettront de s'attaquer à tous les goulots d'étranglement et à toutes les faiblesses prioritaires du système de santé. Ils sont également la preuve que tous les partenaires partagent désormais des objectifs communs.

TABLEAU 26 : CADRE DE TRAVAIL DE L'ÉTAPE 9

ÉTAPE 9 – PRÉPARATION EN INTERNE DES PARTENAIRES
OBJECTIFS
- S'assurer que tous les partenaires ont bien le même degré de compréhension concernant : - Les résultats du diagnostic - Les solutions identifiées - La phase de planification - Le rôle qu'ils auront - Préparer les partenaires à l'atelier de planification
QUI EST CONCERNÉ ?
- Responsable Projet - Comité de pilotage - Conseiller en politique ou en plaidoyer (si existant) - Partenaires - Facilitateur (si besoin)
MÉTHODES
- Briefing d'information pour les partenaires - Brève description des principaux résultats du diagnostic - Explication des étapes de planifications (méthode R2S, seuils, etc.) - Préparation en interne des partenaires - Chaque partenaire pré-identifie les activités qu'il peut mettre en place et les rôles qu'il pourra endosser dans la planification.
RÉSULTATS
- Un bon aperçu des résultats de la phase de diagnostic et de l'identification des solutions - Les partenaires ont bien compris la méthode de planification proposée - Pré-identification des activités (y compris celles de plaidoyer) et des rôles pour la planification

Cette étape est divisée en deux sous-étapes.

- Premièrement, le Comité de pilotage fournit aux parties prenantes des informations sur la phase de planification, notamment les principaux résultats du diagnostic, les arbres à solutions et les objectifs RSS ainsi que le cadre de la méthode R2S. Cette session d'information doit être organisée assez rapidement après l'étape 8 afin de ne pas perdre l'intérêt développé par les partenaires sur la question.
- Ensuite, les partenaires doivent préparer en interne l'atelier de planification en prédefinisant les activités qui peuvent être conduites par leur organisation pour atteindre les objectifs RSS.

Idéalement, nous conseillons d'organiser la session à la fin de l'étape 8.

Ne pas oublier "l'approche axée sur les processus", une notion clé présentée plus haut dans ce guide. Si des processus de planification existent déjà au niveau du District, des efforts doivent être faits pour fusionner cette étape avec ces mécanismes déjà en place. Par exemple, le briefing d'information peut être inclus dans les réunions de planification et de coordination si elles sont déjà existantes dans la zone d'intervention.

NOTE

BRIEFING D'INFORMATION POUR LES PARTENAIRES

Comme indiqué précédemment, nous conseillons d'organiser cette réunion après la session de l'étape 8. Cependant, si ce n'est pas possible, il y a plusieurs options pour l'organiser :

- Le Comité de pilotage, l'EGSD, le partenaire principal ou le facilitateur organise une réunion ad hoc avec tous les partenaires spécifiquement pour ce *briefing*.
- On se sert des réunions de coordination habituelles pour que le Comité de pilotage ou le facilitateur fassent le *briefing* à tout le groupe pendant ces réunions habituelles.
- Les membres du Comité de pilotage, le facilitateur ou le Responsable Projet RSS vont voir chaque partenaire individuellement pour les *brief*.

Le but de ce *briefing* est d'informer le groupe sur les prochaines étapes et de s'assurer que les documents clés sont mis à disposition et bien compris. Il consiste à :

- Présenter et diffuser le rapport de synthèse du diagnostic qui inclut les valeurs des seuils du District, la priorisation, l'identification des causes et des solutions, ainsi que les objectifs RSS.
- **Présenter le cadre conceptuel de la méthode R2S**, en détaillant la structure de la méthode (méthode R2S décrite à l'étape 10 et système des seuils décrit à l'étape 4), et le nombre d'années prises en compte pour la planification. D'autre part, l'outil de préparation en interne proposé aux partenaires doit être revu en conséquence.

Si le *briefing* a lieu en présence de tous les partenaires, on peut organiser un jeu de rôle pour expliquer concrètement la méthode R2S. Le facilitateur doit l'organiser et s'assurer que chaque participant comprenne bien le processus de définition des activités. Ce jeu de rôle permettra d'être plus efficace lors de l'atelier de planification.

IMPORTANT

Une copie papier de tous les documents importants fournis lors du briefing doit être apportée à l'Atelier 3. Chaque participant est tenu d'apporter sa propre copie des documents dont :

- Le rapport de synthèse des étapes précédentes,
- Le cadre conceptuel de la méthode R2S.



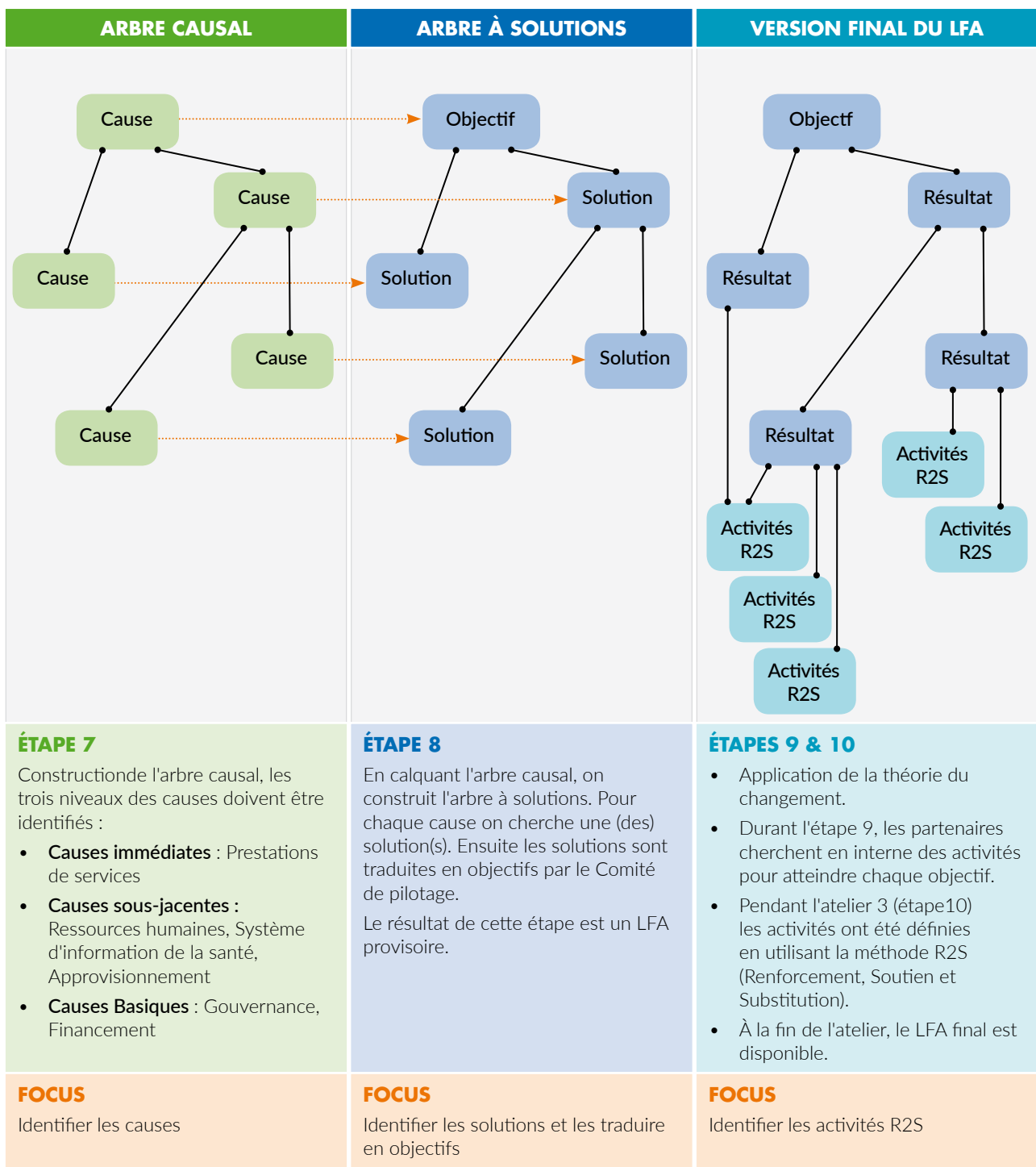
PRÉPARATION EN INTERNE DES PARTENAIRES

Chaque partenaire doit préparer en interne l'atelier de planification. Le travail préliminaire en interne a pour objectif d'identifier en amont le rôle que chaque partenaire peut potentiellement jouer dans le futur plan de santé du District.

- Le partenaire établit une proposition de contributions pour participer à la stratégie globale de renforcement des systèmes de santé, en se basant sur les objectifs RSS priorités précédemment.
- Les partenaires devraient travailler sur une stratégie pluriannuelle.
- **La méthode R2S sera proposée à chaque partenaire comme guide pour la planification (voir étape 10).**
- Plusieurs documents sont disponibles pour aider les partenaires :
 - Un cadre logique LFA – Logical Framework en anglais – (voir ci-dessous et annexe 21), qui devrait être utilisé pour mieux comprendre la théorie du changement.
 - Un outil pour aider à définir les activités R2S sur un modèle pluriannuel et pour les différentes phases du District (Annexe 24).

- Une boîte à outils LFA (voir Annexe 25) qui reprend les points clés du LFA, le format à utiliser pour la construire et un exemple (le même que celui utilisé dans les outils pour construire les arbres à causes et à solutions). Elle renseigne sur le type de résultats à atteindre avant la fin de l'atelier.

FIGURE 11 : THÉORIE DU CHANGEMENT ET LFA (ANNEXE 21)



Au cours de la phase de préparation interne, comme mentionné ci-dessus, chaque partenaire identifie les objectifs RSS (mis en avant lors de la phase de diagnostic) sur lesquels son organisation pourra se concentrer. Chaque partenaire identifie également ce qu'il attend des autres partenaires. **Par conséquent, des discussions bilatérales peuvent être menées au cours de la phase de préparation pour faciliter l'articulation entre les acteurs.**

Il est important de reconnaître dès le départ que tous les acteurs ont un rôle important à jouer. Les représentants et les leaders de la communauté doivent être inclus dans le processus. Chaque planification "individuelle" doit s'articuler avec la planification des autres partenaires. C'est une condition sine qua non pour une stratégie efficace de renforcement des systèmes de santé.

ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE DE PLAIDOYER

Dans le processus de préparation à l'atelier, chaque partenaire ou groupe de partenaires, doit rédiger une stratégie de plaidoyer basée sur les résultats du diagnostic et sur les activités qui seront mises en œuvre pendant la phase de planification. Ces projets seront partagés et discutés pendant l'atelier.

PLAIDOYER – IDÉES CLÉS

Le plaidoyer est un processus qui vise à influencer les cadres stratégiques et les politiques, ou la façon dont ils sont élaborés et mis en œuvre. Il cible les personnes au pouvoir dans le but de faire changer les choses, en utilisant une gamme de stratégies et de tactiques telles que le lobbying, la communication, le conseil technique ou la recherche.

La stratégie de plaidoyer repose sur une analyse détaillée de l'état initial (non spécifique au plaidoyer), celle-ci dépend du contexte et peut être développée à la fois au niveau national et local (District, province).

Afin d'adopter une approche de plaidoyer stratégique il est nécessaire de suivre la méthodologie étape par étape qui aidera à :

- Cerner le problème et identifier les changements nécessaires (QUEL changement voulons-nous apporter).
- Identifier les personnes et les organisations qui sont en mesure de réaliser ce changement (QUI).
- Fournir des conseils sur la façon de les influencer (COMMENT pouvons-nous les orienter vers ce changement).

Le but de la stratégie de plaidoyer est de s'assurer que les plans sont bien pensés, communément compris et dotés de ressources suffisantes avant de lancer les initiatives de plaidoyer.

Les différentes étapes de la méthode RSS ont produit une quantité importante de documents qui peuvent être utilisés pour déterminer les priorités du plaidoyer. Même si plusieurs éléments ont déjà été identifiés au cours du processus, il est essentiel, à ce stade, de réfléchir aux priorités du plaidoyer car les activités de plaidoyer seront définies lors de l'étape suivante (planification). Si les activités de plaidoyer sont développées sans avoir une vision claire des priorités, la planification sera plus compliquée. Cette approche de plaidoyer doit ensuite être comprise et adoptée par les organisations participant à l'élaboration des documents stratégiques du diagnostic RSS.

La liste suivante indique les éléments du plaidoyer et ce sur quoi ils doivent reposer :

- 1 Analyse contextuelle** : Elle repose surtout sur les résultats des étapes 2, 3, 6, 7 et 8. Les objectifs RSS définis plus haut doivent impérativement être pris en considération.
- 2 Définition des objectifs** : Il doit y avoir un objectif de changement et pas plus de 3 sous-objectifs. Ces objectifs doivent afficher clairement d'une part les priorités du point de vue du plaidoyer et d'autre part dans quelle mesure ils participent effectivement à la poursuite des objectifs de la planification. Il n'est pas nécessaire de viser systématiquement tous les piliers (il faut rester réaliste, les politiques et le financement sont souvent identifiés comme des priorités, de même que les ressources humaines).
- 3 Cartographie des parties prenantes** et définition des cibles et des alliés : ceci repose sur les résultats de la cartographie 4W.
- 4 Tactique** : les acteurs qui participeront à la stratégie doivent se mettre d'accord sur le type de plaidoyer que chaque partenaire est prêt à soutenir (conseil technique, lobbying, campagnes, etc.). Les autorités locales, les bailleurs de fonds ou les agences de l'ONU (pas seulement les ONG) peuvent également prendre la responsabilité d'influencer un acteur de niveau national.
- 5 Le message**, le moment et les lieux : à développer en liaison avec les acteurs du niveau local et national.

Pour plus de détails sur la manière d'élaborer une stratégie de plaidoyer, consultez la référence [7] et l'annexe 26.

Des outils pour la phase de préparation en interne sont proposés en annexes 21, 24 et 25.

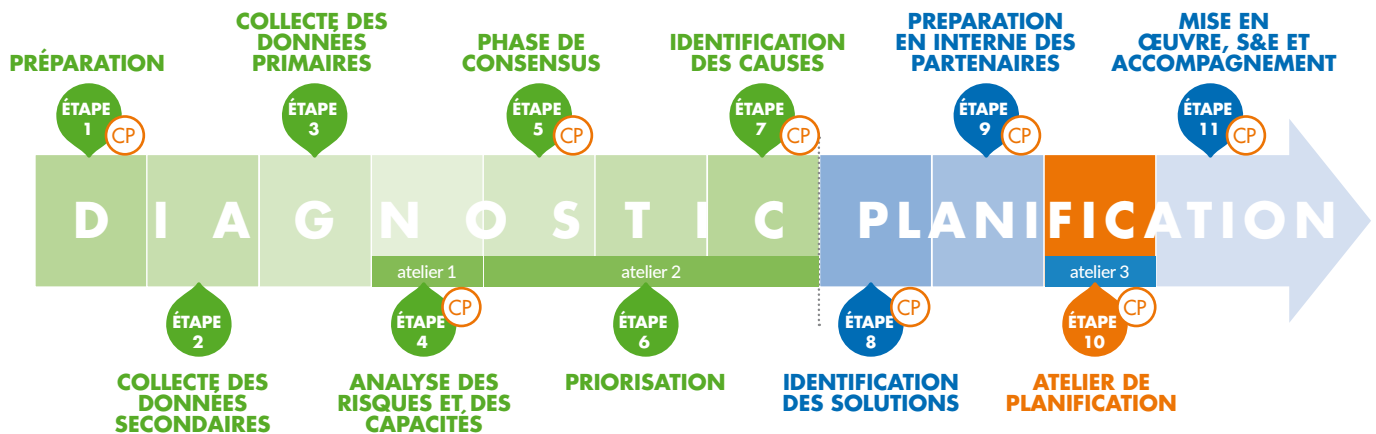


À LA FIN
DE
L'ÉTAPE 9

ASSUREZ-VOUS QUE :

- Si des processus de planification sont déjà en place dans le District, alors des efforts doivent être faits pour les incorporer aux étapes du RSS.
- Tous les acteurs sont impliqués dans le processus et ont bien compris qu'ils ont un rôle important à jouer, notamment les leaders et les représentants de la communauté.
- La méthode R2S est bien comprise et maîtrisée par tous les partenaires clés.
- Tous les partenaires clés ont bien préparé l'atelier, ont identifié leurs activités, leurs rôles et leurs responsabilités ainsi que leur stratégie de plaidoyer.

ÉTAPE 10 : ATELIER DE PLANIFICATION



L'étape précédente a permis aux partenaires de préparer l'atelier de planification. Chaque partenaires doit donc arriver à l'atelier en ayant pré-identifié les activités qu'il pourra réaliser et les rôles qu'il pourra jouer dans le but d'atteindre les objectifs RSS.

TABLEAU 27 : CADRE DE TRAVAIL DE L'ÉTAPE 10

ÉTAPE 10 - ATELIER DE PLANIFICATION
OBJECTIFS
- Élaborer un plan pluriannuel avec tous les partenaires - Identifier les activités de renforcement, de soutien et de substitution pour chaque objectif - Décrire les modalités de chaque activité (rôles et responsabilités, estimation des coûts)
QUI EST CONCERNÉ ?
- Facilitateur - Responsable Projet - Comité de pilotage - Conseiller en politique ou en plaidoyer (si existant) - Partenaires
MÉTHODES
- Préparation de l'atelier par le Comité de pilotage (1 jour) - Atelier 3 (2-3 jours) - Présentation des activités et des rôles pré-identifiés par les partenaires - Discussions entre les partenaires pour définir les activités qui permettront d'atteindre tous les objectifs RSS - Élaboration d'un plan qui comporte les activités R2S, les rôles et les responsabilités de chaque objectif - Estimation des coûts relatifs à chaque activité - Rédaction du rapport comportant les résultats de l'atelier de planification (2-3 jours)
RÉSULTATS
- Un plan RSS pluriannuel pour le District élaboré par les partenaires comportant : - Les activités de renforcement, de soutien et de substitution correspondant à chaque phase et pour chaque objectifs RSS - Les activités prévues au niveau du District, au niveau national et au niveau régional - Les rôles, les responsabilités et l'estimation des coûts de chaque activité (ou ensemble d'activités) - Le rapport final du diagnostic et de la planification

L'atelier de planification permettra non seulement à tous les partenaires d'élaborer leur propre planification pour les années à venir, mais également d'assurer une synergie entre les différents acteurs du District avec pour objectif commun de renforcer le système de santé et d'améliorer sa résilience.

Le Comité de pilotage s'assurera que :

- La portée et le processus de l'atelier sont clairement définis.
- **Un ou plusieurs facilitateurs** prennent en charge les ateliers. Les facilitateurs doivent avoir une connaissance approfondie de la méthode R2S et des services SRMNE mais doivent être considérés **comme neutres** par les participants.

GUIDE POUR LA PLANIFICATION – RENFORCEMENT, SOUTIEN ET SUBSTITUTION : LA MÉTHODE R2S

L'objectif de l'approche est d'appuyer l'élaboration de **stratégies globales visant non seulement à renforcer le système de santé (perspective à long terme)**, mais aussi à tenir compte de ce qui doit être fait à court terme pour répondre aux besoins immédiats de la population. Des actions spécifiques doivent aussi être mises en place pour **se préparer et réagir à tous les types de stress/chocs**.

La méthode ne peut être utilisée que si un diagnostic a été réalisé au préalable. Ce diagnostic met en évidence la capacité réelle du système de santé dans un District à proposer des services alignés sur les normes nationales/internationales.

Les explications concernant l'approche globale et la méthode R2S décrites ci-dessous doivent déjà avoir été présentées aux participants lors de l'étape 9. Chacun d'eux est tenu d'apporter à l'atelier une version papier de tous les documents clés (voir étape 9). Des copies supplémentaires seront mises à disposition au cas où.



© Daniel Burgui Iguzkiza - Népal 2015

DEFINITIONS

Before going into the details of the 3S method, it is paramount that the three dimensions of the method i.e. strengthening, support and substitution are well understood by all the participants. The confusion between support and strengthening happens quite often since the perception of the difference between the two concepts can be slim. *"It is important to distinguish activities that support the health system, from ones that strengthen the health system. Supporting the health system can include any activity that improves services, from distributing mosquito nets to procuring medicines. These activities improve outcomes primarily by increasing inputs. Strengthening the health system is accomplished by more comprehensive changes to performance drivers such as policies and regulations, organizational structures, and relationships across the health system to motivate changes in behaviour and/or allow more effective use of resources to improve multiple health services."* [8]

- **Renforcement** : La stratégie de renforcement repose sur le diagnostic initial présenté plus haut et se concentre sur les facteurs de performance du système (voir figure ci-dessous). *"Tout simplement, le renforcement des systèmes de santé consiste à améliorer de façon permanente le fonctionnement du système, et pas uniquement combler les lacunes ou soutenir le système pour produire des résultats à court terme"*. [8]

Par exemple, si on cherche à améliorer le système de formation du personnel de santé, les activités de renforcement peuvent consister à aider le District à planifier, à trouver des moyens et à développer des mécanismes pour effectuer un renouvellement régulier des formations des professionnels de santé du District. Cela peut aussi consister à élaborer un programme universitaire proposant des formations adéquates, et à l'articuler avec les formations existantes. Cette stratégie produit des bénéfices qui vont au-delà d'une simple maladie ou d'un problème ciblé, elle **complète les activités de soutien**. Les activités de renforcement demandent un investissement à long terme et un engagement actif des autorités sanitaires, mais, au bout du compte, elles produisent des résultats qui peuvent mettre un terme au soutien et conduire à un système plus robuste.

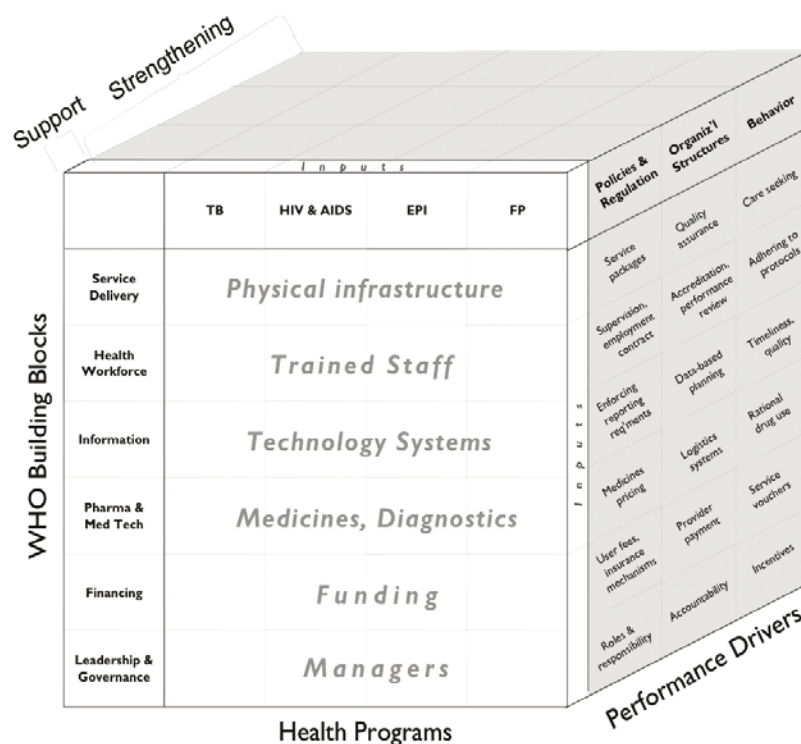
- **Soutien** : Cette stratégie inclut toute activité qui améliore le fonctionnement du système de santé, principalement en augmentant les intrants [8]. La plupart du temps, le soutien cible un problème spécifique. Il offre une réponse à court terme aux problématiques clés pré-identifiées des 6 piliers. Il ne doit pas être maintenu car il vise à répondre aux besoins immédiats d'un établissement. Il repose sur la capacité initiale du système de santé à gérer les services minimum, et répond aux besoins en matière d'intrants spécifiques que le système de santé local ne peut assurer ponctuellement. Le soutien

est censé décroître dans le temps car la capacité de l'établissement est censée augmenter grâce aux efforts/activités de renforcement.

En poursuivant l'exemple de l'amélioration du système de formation du personnel de santé, les activités de soutien peuvent consister à demander aux partenaires de former directement les professionnels de la santé. Ici, la durabilité n'est pas assurée, seuls les intrants du pilier "Ressources Humaines" sont concernés.

Une autre façon de faire la différence entre les activités de renforcement et celles de soutien est de les examiner à travers le cube du système de santé [8]. Comme indiqué sur le cube, une intervention de renforcement va au-delà de la fourniture d'intrants (elle doit être profonde) et s'applique à plus d'un programme de santé (elle doit être large). Alors qu'une intervention de soutien agit uniquement sur les intrants des piliers et ne traite pas les problèmes en profondeur.

FIGURE 12 : HEALTH SYSTEM CUBE [8]



- Substitution** : Cette stratégie consiste à aller au-delà du soutien. Dans certaines situations particulières, des mesures préalablement convenues permettent à des partenaires de remplacer complètement les autorités sanitaires et de réaliser les tâches eux-mêmes. Les activités de substitution proposent des solutions à court terme pour améliorer immédiatement l'accès à des services de qualité et se concentrent principalement sur un problème précis. Les activités de substitution sont, la plupart du temps, mises en place lorsque le système de santé est confronté à des stress/chocs importants.

Les stratégies de renforcement, de soutien et de substitution sont complémentaires et s'articulent donc ensemble pour chaque phase correspondant à la situation du District. L'idée est d'organiser les activités de soutien (court terme) conjointement avec les activités de renforcement (long terme) pour répondre au mieux aux besoins du District. Lorsque la situation l'exige, certaines activités peuvent aller au-delà du soutien et devenir des activités de substitution. Pour chaque phase (normale, alerte, sérieuse et urgence), les activités de substitution, de soutien et de renforcement doivent être définies et ajustées en fonction des besoins. Ainsi, les chocs pourront être gérés sans déstabiliser les autres stratégies de la phase normale. Les objectifs RSS retenus lors de la phase de diagnostic ainsi que l'évaluation de la capacité du système de santé pourront aider les acteurs à décider de prendre en charge certaines activités en fonction de leur savoir-faire et de leurs compétences.

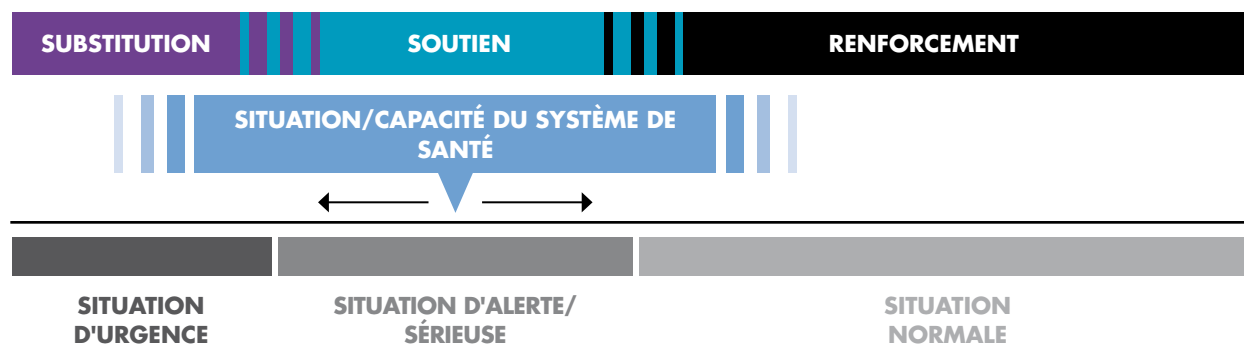
EST-CE UNE ACTIVITÉ DE RENFORCEMENT, DE SOUTIEN OU DE SUBSTITUTION ?

- **Distribution de kits de vaccination contre la rougeole aux établissements de santé par des partenaires extérieurs.**
 - Soutien, car les intrants (vaccins) sont directement fournis par des acteurs extérieurs pour assurer une solution à court terme.
- **Campagne de vaccination de la population contre la rougeole effectuée par un partenaire extérieur.**
 - Substitution, car le partenaire extérieur remplace l'acteur local et effectue la vaccination à sa place.
- **Élaboration d'un plan national inclus dans la politique de santé pour assurer la disponibilité et la distribution en temps voulu de vaccins contre les principales maladies mortelles du District de santé.**
 - Renforcement, car cela concerne les contraintes politiques et organisationnelles, et devrait fournir une solution durable adaptée au contexte du pays.
- **Fournir des téléphones portables pour améliorer la communication entre le District et les ES.**
 - Soutien, car les intrants (téléphones portables) sont directement fournis par des acteurs extérieurs pour assurer une solution à court terme.
- **Des acteurs extérieurs font en sorte que les communications entre les ES et le District aient lieu, en transmettant directement les messages.**
 - Soutien, car les intrants (communications) sont directement fournis par des acteurs extérieurs.
- **Élaboration d'un plan d'action au niveau du District pour assurer une bonne communication entre les ES et le District (notamment pour les aspects financiers, l'approvisionnement de matériel, la formation du personnel, etc.).**
 - Renforcement, car cela touche à tous les aspects qui aboutiront à un changement durable (financement, SIS, approvisionnement). Le projet est fait sur mesure pour la situation du District.

APPROCHE GLOBALE

La figure ci-dessous présente le contiguum des activités et montre comment tous les types d'activités se chevauchent selon la situation dans laquelle se trouve le système de santé. L'évolution des activités n'est pas linéaire.

FIGURE 13 : ARTICULATION OF SUBSTITUTION, SUPPORT AND STRENGTHENING ACTIVITIES



Le modèle proposé ci-dessus devrait aider à articuler les interventions qui feront en sorte que la capacité du système de santé corresponde aux exigences attendues. Les activités de renforcement, de soutien et de substitution sont définies et articulées dans le but de renforcer le système de santé, mais aussi de le préparer et de l'aider à gérer les chocs de type 1 et 2. Selon la capacité du système de santé et sa situation (normale, alerte, sérieuse ou d'urgence), les activités de substitution, de soutien et de renforcement seront mises en œuvre.

Le modèle permettra d'aider à cerner ce qu'il est nécessaire de faire afin de :

- 1 S'assurer que la population dispose d'un accès amélioré à des services de santé disponibles et adéquats à court terme (approche de soutien).
- 2 Renforcer le système de manière à assurer un accès et une disponibilité à plus long terme (approche de renforcement).
- 3 Réagir aux stress/chocs de tous types (approche de substitution).

MÉTHODE R2S

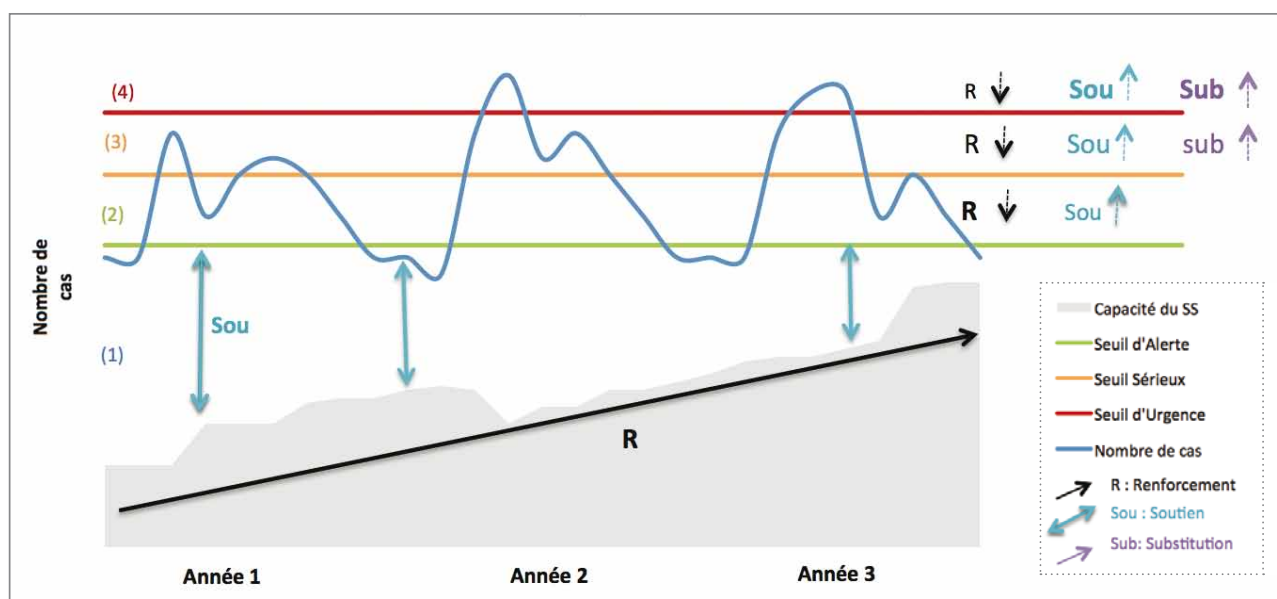
La méthode R2S est fondée sur une idée de Hailey et Teweldeberha (voir Annexe 1), elle a été développée pour articuler le renforcement à long terme avec la préparation et la réponse aux chocs. La figure suivante illustre la logique de la méthode.

La ligne du nombre de cas, en bleu sur le schéma, met en évidence une estimation du nombre de cas attendus sur le District, le sous-District ou une zone de santé donnée (pour les services de SRMNE), il varie souvent en fonction d'événements saisonniers comme les épidémies, les sécheresses, etc. **La capacité du SS**, indique la capacité réelle du système à fournir les services, elle n'est pas linéaire et peut aussi varier pendant l'année. Elle est représentée par la surface grise. Le diagnostic détaillé par pilier effectué lors des étapes précédentes permet de comprendre pourquoi cette capacité est inférieure à celle requise.

Les activités de soutien sont indiquées par des flèches bleues. Elles représentent les stratégies à court terme, formulées par objectif prioritaire, pour répondre aux besoins immédiats en situation normale, mais aussi lors des pics de fréquentation. Ces activités produisent des résultats à court terme [8]. Elles peuvent aller au-delà du soutien et devenir des **activités de substitution**. En effet, lorsque le système de santé n'est plus capable d'assurer correctement son fonctionnement, les partenaires peuvent prendre le relai et remplacer temporairement les autorités sanitaires, moyennant leur accord. **Les activités de renforcement** sont des projets à long terme. Elles visent à renforcer la structure même du système de santé en tenant compte de tous les piliers ainsi que des interactions qui existent entre eux [9].

Les différents **seuils** délimitent les quatre phases qui correspondent à la situation dans laquelle se trouve le District : **normal (1)**, **alerte (2)**, **sérieuse (3)** and **urgente (4)**. Ces phases permettent au District de mieux se préparer aux pics de fréquentation et d'adapter ses activités en fonction de sa capacité et des besoins en matière de santé.

FIGURE 14 : ARTICULATION DES ACTIVITÉS DE RENFORCEMENT, SOUTIEN, ET DE SUBSTITUTION AUTOUR DE LA CAPACITÉ DU SS ET DU NOMBRE DE CAS – MÉTHODE R2S



ANIMATION DE L'ATELIER

L'objectif de la planification commune est de mutualiser les ressources et les expériences afin de créer une synergie pour renforcer le système. L'atelier peut durer 2 à 3 jours en fonction du nombre d'objectifs RSS identifiés et des acteurs impliqués. Un ou plusieurs facilitateurs doivent être présents pendant tout l'atelier. **Les partenaires devront travailler sur une stratégie pluriannuelle qui permettra une planification ajustable.** En effet, les activités identifiées pendant cette étape pourront être modifiées dans les mois ou années à venir afin de les adapter au contexte et aux besoins du District (voir plan de suivi à l'étape 11).

TABLEAU 28 : PLANNING DE L'ATELIER DE PLANIFICATION

PHASES DE L'ATELIER 3	
1	Introduction
2	Rappeler clairement les objectifs
3	Rappeler les résultats de l'analyse des risques
4	Briefing méthode R2S et LFA
5	Définir les activités en fonction des objectifs et des résultats en suivant la méthode R2S
6	Accord sur les objectifs, les activités, les résultats attendus et les Rôles & Responsabilités
7	Estimation des coûts relatifs aux activités
8	LFA résumant les travaux

1 INTRODUCTION

La première session de l'atelier résume brièvement les **résultats du diagnostic**. La **cartographie 4W développée à l'étape 1** doit être visible dans la salle de réunion tout au long de l'atelier. Elle permettra d'aider à comprendre comment développer au mieux une approche synergique entre les acteurs.

2 RAPPELER CLAIREMENT LES OBJECTIFS

Les objectifs RSS identifiés lors de l'étape d'**identification des solutions** seront listés et examinés (ils doivent être SMART).

3 RAPPELER LES RÉSULTATS DE L'ANALYSE DES RISQUES

Il est fondamental de prendre en compte les chocs (de type 1 et 2) lorsqu'on définit les activités correspondant à chaque phase. Les posters élaborés à la fin de l'étape 4 sont affichés dans la salle pour montrer le calendrier annuel des chocs de type 1 et 2, la nature des chocs, leur survenance, leurs causes, leurs conséquences, les mesures d'atténuation existantes, etc. Pendant la définition des activités, on doit garder à l'esprit la description des chocs afin de s'assurer que les activités sont bien conçues pour gérer aussi les chocs auxquels le District est exposé. Le facilitateur doit encourager les participants prendre en compte les chocs dans leur réflexion.

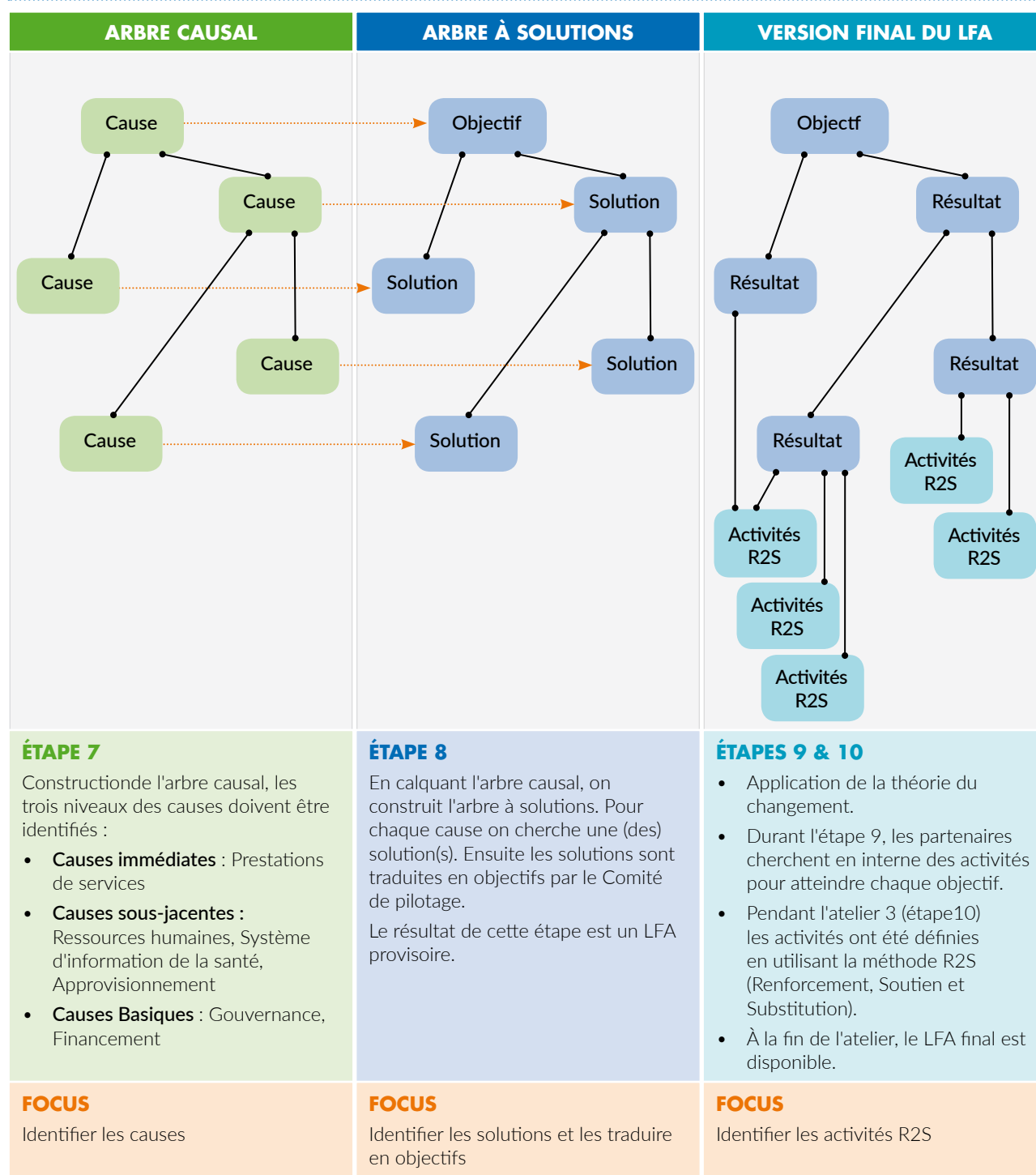
4 BRIEFING MÉTHODE R2S ET LFA

Le facilitateur explique brièvement le principe de la méthode R2S, et le LFA qui doit être rédigé à la fin de la session (utiliser l'annexe 25). Pour ce faire, le facilitateur explique l'exemple et le format donnés en annexe 25. **Cela ne devrait pas prendre trop de temps car les participants sont censés avoir déjà compris le processus au cours des étapes précédentes.**

5 DÉFINIR LES ACTIVITÉS EN FONCTION DES OBJECTIFS ET DES RÉSULTATS EN SUIVANT LA MÉTHODE R2S

Les participants commencent le travail en définissant les activités à partir des résultats (voir la figure ci-dessous), et utilisent la même logique que celle présentée à l'étape 9 et rappelée ci-dessous (voir aussi l'annexe 21). Elle décrit la théorie du changement adoptée et la structure du LFA qu'il faut développer. En annexe 25, vous trouverez plus d'informations au sujet du LFA et du format à utiliser. Les partenaires sont censés avoir préparé l'atelier en utilisant ce modèle. De plus, l'outil proposé pour aider à définir les activités doit également avoir été utilisé pendant la préparation (Annexe 24).

FIGURE 15 : THÉORIE DU CHANGEMENT ET LFA (ANNEXE 21)

**Conseils pour le facilitateur :**

Comme indiqué précédemment, un ou plusieurs facilitateurs doivent animer les ateliers. Selon le nombre de participants, il y a plusieurs méthodes possibles :

Si les participants sont moins de 10, tout le travail peut être fait en séance plénière.

- Les participants examinent la liste des objectifs et des résultats puis partagent leurs points de vue en se basant sur la carte 4W et sur la préparation interne des partenaires avec les annexes 21 et 24 (activités pré-identifiées, rôles et responsabilités, etc.).
- Les partenaires ne doivent pas cibler systématiquement tous les objectifs/résultats proposés, mais peuvent compléter les initiatives élaborées par d'autres partenaires.
- Pour chaque objectif, les activités doivent être définies d'abord pour la phase normale sur une période pluriannuelle, et ensuite pour les autres phases. On discute d'abord des activités de renforcement et, si besoin, on décrit aussi celles de soutien et de substitution. Le facilitateur écrit les activités dans le tableau présenté en annexe 24 et l'affiche au mur pour que tout le monde puisse le voir.

- Les activités de renforcement, de soutien et de substitution seront modifiées au fil des années et cette évolution doit être mise en avant dans les activités.
- Pour chaque activité, les résultats attendus doivent être décrits à ce stade. De plus, les indicateurs utilisés à l'étape 5 peuvent servir de référence pour le suivi des résultats des futures activités.
- Lorsqu'une activité implique des coûts supplémentaires, un symbole (\$) est inscrit sur la carte pour plus tard.

Si les participants sont plus de 10, il est nécessaire de faire des sous-groupes. Chaque sous-groupe travaille sur un objectif. Une rotation des groupes sera organisée afin de s'assurer que les partenaires puissent couvrir tous les sujets qu'ils souhaitent.

- Pour chaque objectif et résultat, chaque sous-groupe définit les activités d'abord pour la phase normale sur une période pluriannuelle, et ensuite pour les autres phases. On discute d'abord des activités de renforcement et, si besoin, on décrit aussi celles de soutien et de substitution. Le facilitateur écrit les activités dans le tableau présenté en annexe 24 et l'affiche au mur pour que tout le monde puisse le voir.
- Ensuite, un membre de chaque groupe garde le tableau et les autres vont voir les tableaux des autres sous-groupes et discutent. Une fois que tous les tableaux ont été vus, chaque sous-groupe se rassemble à nouveau et améliore les activités qu'il a identifiées.
- Puis, chaque groupe désigne un rapporteur. Le facilitateur anime une séance plénière lors de laquelle tous les rapporteurs discutent et se mettent d'accord sur les activités et les R&R pour chaque objectif/résultat et pour chaque phase, en fonction du travail effectué en sous-groupe.
- Pour chaque activité, les résultats attendus doivent être décrits à ce stade. De plus, les indicateurs utilisés à l'étape 5 peuvent servir de référence pour le suivi des résultats des futures activités.
- Lorsqu'une activité implique des coûts supplémentaires, un symbole (\$) est inscrit sur la carte pour plus tard.

En plus d'aider à diriger les séances, le(s) facilitateur(s) doit(en)t :

- Avoir une connaissance approfondie de la méthode R2S et des services du District mais doivent être considérés comme neutres par les participants.
- S'assurer que les copies des instructions sont disponibles pour tout le monde et qu'elles sont bien comprises par tous les participants. Les facilitateurs doivent être disponibles pour répondre aux questions.
- Fournir une version imprimée en grand format de l'annexe 24.
- Circuler entre les groupes pour aider à clarifier l'utilisation de la méthode R2S.
- Avoir une connaissance approfondie du modèle du cadre logique LFA qui sera utilisé, au cours de l'atelier, comme un outil pour structurer tout le processus (annexe 21 et 24).
- **S'assurer que le plan est bien pluriannuel (minimum 3 ans).**
- Encourager les participants à identifier aussi les actions nécessaires au niveau régional et national.
- Encourager les participants à identifier les actions qui cibleront l'appropriation du problème par d'autres acteurs (ou par la communauté).
- Encourager les participants à réfléchir aux activités de plaidoyer.
- Encourager les participants à prendre en compte les chocs de type 1 et 2 lorsqu'ils définissent les activités.

IMPORTANT

Une partie importante des activités qui seront répertoriées lors de l'atelier peut ne pas dépendre du niveau du District mais plutôt du niveau national. La plupart de ces actions sont souvent liées au plaidoyer (voir Plan d'action de plaidoyer dans l'encadré ci-dessous).

PLAN D'ACTION DE PLAIDOYER – QUE FAUT-IL GARDER À L'ESPRIT ?

- Souvent, les participants ont tendance à identifier beaucoup de problèmes liés aux politiques et à la gouvernance. Les facilitateurs et l'équipe de plaidoyer doivent les aider à sélectionner et à résoudre les problèmes les plus stratégiques.
- Les activités identifiées par les participants visant à influencer les politiques, qui sont donc de l'ordre du plaidoyer, doivent systématiquement être intégrées dans des activités plus larges.
- Des solutions de plaidoyer peuvent être identifiées pour chacune des initiales du R2S. Pour les activités de substitution, les actions de plaidoyer peuvent consister à alerter les autorités ou les bailleurs au sujet d'un problème spécifique (par exemple un manque de fonds pour les situations d'urgence). Pour les activités de soutien et de substitution, les actions de plaidoyer peuvent être menées pour améliorer la structure du système de santé (améliorer la disponibilité et l'accès aux services). Quelques exemples pour ce type de plaidoyer :
 - Appel à augmenter le budget national de la santé.
 - Appel à rajouter une ligne spécifique dédiée aux produits nutritionnels basiques.
 - Soutenir la révision des ressources humaines pour la politique de santé, etc.
- Les facilitateurs doivent pouvoir s'appuyer sur les conseillers en plaidoyer/politique pour s'assurer que les activités liées aux politiques, aux financements ou considérées comme étant du plaidoyer, relèvent effectivement du plaidoyer et ne sont pas uniquement des points techniques. De ce fait, la proposition "plaider pour que le personnel de santé puisse dépister la malnutrition chez les enfants malades" devrait être reformulée en "le MdS doit assurer la formation du personnel de santé sur le dépistage" et/ou "intégrer le dépistage de la malnutrition dans les protocoles standards et dans les formations des écoles de médecine" (si ce n'est pas le cas).

6 ACCORD SUR LES OBJECTIFS, LES ACTIVITÉS, LES RÉSULTATS ATTENDUS ET LES RÔLES & RESPONSABILITÉS

- Un plan commun clair doit être rédigé, l'articulation R2S doit être visible avec notamment les résultats attendus, les objectifs concrets et les activités, en fonction des différentes phases. Le cadre de travail proposé en annexe 24 doit être utilisé.
- Les rôles et les responsabilités doivent également être définis pour chaque activité. Cela peut s'avérer difficile car il y aura compétition entre certains acteurs. La carte 4W devrait aider à définir les R&R. Les R&R doivent être spécifiques à une activité ou à un résultat et pour chaque niveau d'alerte.
- Ici encore, le format utilisé peut s'inspirer du modèle LFA (annexe 21 et 25) et de l'outil proposé pour définir les activités (annexe 24).
- Si un ou plusieurs des objectifs RSS n'est couvert par aucun des partenaires à la fin de la discussion, la faisabilité de cet objectif devra faire l'objet de discussions. Si, en fin de compte, aucune solution n'est trouvée, les raisons doivent être inscrites dans le rapport.
- Le partenaire principal conjointement avec le Responsable Projet seront chargés de rédiger ce rapport après l'atelier et de le faire valider par le Comité de pilotage.

7 ESTIMATION DES COÛTS RELATIFS AUX ACTIVITÉS

Il est préférable que cette étape soit menée uniquement par le Comité de pilotage. Il existe plusieurs façons de la réaliser :

- Les partenaires apportent leurs données financières lors de l'Atelier 3, et le Comité de pilotage effectue l'estimation des coûts avec chacun d'eux.
- Les partenaires apportent leurs données financières lors de l'Atelier 3, et le Comité de pilotage effectuera l'estimation des coûts plus tard, en se basant sur les données fournies par chaque partenaire.
- Les partenaires ne peuvent pas apporter leurs données financières lors de l'Atelier 3. Les données seront donc fournies plus tard. L'estimation des coûts sera également effectuée plus tard par le Comité de pilotage, lors d'une autre réunion.

Si certains partenaires apportent leurs données et d'autres ne le font pas, le Comité de pilotage peut faire certaines estimations pendant l'Atelier 3 et les autres lors d'une réunion ultérieure. L'organisation est flexible.

8 LFA RÉSUMANT LES TRAVAUX

Pour conclure cette étape, le Comité de pilotage élabore un LFA final afin de s'assurer que toutes les causes et tous les objectifs RSS ont bien été traités à travers les activités et que tous les mécanismes qui les relient sont bien identifiés. Ce LFA est basé sur la macro structure (proposée en annexe 21), sur la structure des activités (annexe 24) et sur le format LFA (annexe 25). Il pourra servir de théorie du changement du programme et sera utilisé pendant les phases de mise en œuvre et de suivi pour assurer une bonne compréhension des actions menées. S'il reste du temps, on peut le faire à la fin de l'atelier, sinon le Comité de pilotage le fera ultérieurement. Cependant, il est recommandé de le faire rapidement après l'atelier car il doit être terminé pour la rédaction du rapport.

RÉDACTION DU RAPPORT

Après les 2-3 jours d'atelier avec les partenaires, le Responsable Projet réunit l'EGSD pour rédiger le rapport sur les résultats de l'atelier de planification. Une période de 2 à 3 jours doit être prévue pour cette tâche. Ce rapport doit inclure tous les résultats obtenus au cours de l'atelier. Ce document servira de base pour l'étape suivante de mise en œuvre, de M&E et de l'accompagnement. Le Comité de pilotage revoit et valide le rapport avant de le communiquer à tous les partenaires et aux autres acteurs.

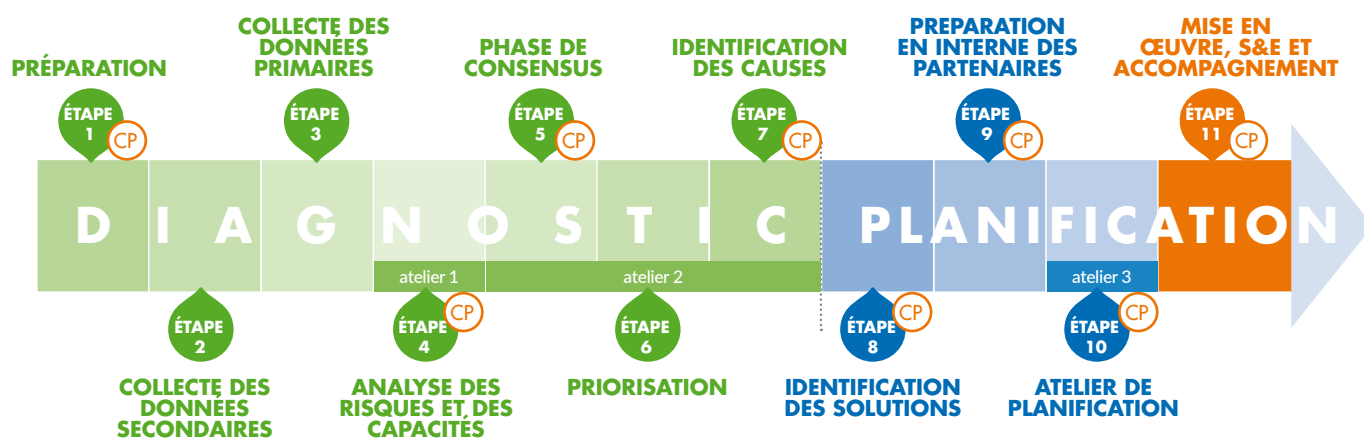


À LA FIN
DE
L'ÉTAPE 10

ASSUREZ-VOUS QUE :

- Pour chaque solution/résultat, les activités sont définies avec la méthode R2S et sur une base pluriannuelle.
- Les résultats de l'analyse des risques et des capacités ont été gardés à l'esprit pour définir les activités.
- Les activités ont été définies à plusieurs niveaux : national, régional et District; elles comprennent des activités de plaidoyer.
- Pour chaque activité, les rôles et les responsabilités ainsi que les coûts ont été identifiés.
- Cette étape n'est pas la fin de la mobilisation. Il faut plutôt la voir comme le début du travail en commun.

ÉTAPE 11 : MISE EN ŒUVRE, SUIVI & ÉVALUATION ET ACCOMPAGNEMENT



Toutes les étapes précédentes de diagnostic et de planification ont abouti à une compréhension du système de santé dans son ensemble permettant de définir un plan RSS pluriannuel qui comprend des activités de renforcement, de soutien et de substitution. Les modalités de ce plan ont également été décrites : les rôles, les responsabilités et l'estimation des coûts.

TABLEAU 29 : CADRE DE TRAVAIL DE L'ÉTAPE 11

ÉTAPE 11 – MISE EN ŒUVRE, S&E ET ACCOMPAGNEMENT
OBJECTIFS
Définir le cadre des plans de mise en œuvre, de S&E et d'accompagnement
QUI EST CONCERNÉ ?
- Responsable Projet - Comité de pilotage - Partenaires - Conseiller en politique ou en plaidoyer - Facilitateur (pas obligatoire)
MÉTHODES
- Communication externe sur les principaux résultats de l'Atelier 3 - Ajustement du Comité de pilotage - Élaboration des plans d'action et organisation de réunions régulières
RÉSULTATS
- Les résultats de l'Atelier 3 sont communiqués aux acteurs extérieurs - Formation d'un nouveau Comité de pilotage rééquilibré - Plans pour la mise en œuvre des interventions : - Plan d'action du District - Plan de ressources - Plan de S&E - Plan d'accompagnement pour assurer la flexibilité de la planification

Tous les acteurs impliqués dans le processus sont tenus de s'engager et d'être responsables des activités qu'ils proposent. Les étapes suivantes doivent être planifiées au niveau du District.

COMMUNICATION EXTERNE

La communication externe sert à informer les acteurs nationaux (autorités, bailleurs, ONU, MdS, Ministère des finances, OSC, ONGI, etc.) ainsi que tous les acteurs concernés, sur les résultats du diagnostic et de la planification ainsi que sur la théorie du changement. Le Comité de pilotage est chargé d'organiser la communication des résultats. Il y a plusieurs possibilités pour le faire :

- Conférence de presse ou communiqué de presse
- Communication/présentation aux bailleurs de fonds
- Communication/présentation aux autres sphères d'influence

AJUSTEMENT DU COMITÉ DE PILOTAGE

À ce stade, le premier Comité de pilotage doit être ajusté pour qu'il reste représentatif des acteurs clés impliqués dans l'approche. Ce nouveau groupe de représentants sera appuyé par l'ancien Comité de pilotage afin de poursuivre de façon efficace l'approche RSS. La méthode utilisée à l'étape 1 pour créer le Comité de pilotage peut être réutilisée ici si besoin. **Il est maintenant essentiel de s'assurer que les usagers sont représentés dans le nouveau Comité de pilotage, ce qui permettra d'assurer la mise en place d'un "mécanisme de *feedback* des utilisateurs".**

MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITÉS

Maintenant que les objectifs et les activités sont définis, la phase exécutive de l'approche peut commencer. Les autorités locales doivent encore diriger le processus. Plusieurs plans doivent être développés afin de s'assurer que les activités sont élaborées correctement et que les ressources adéquates leurs sont attribuées. **Le Comité de pilotage est responsable de l'élaboration et de la révision de ces documents. Il est chargé de rassembler les informations pertinentes, d'impliquer les partenaires appropriés si besoin et de rédiger puis valider les versions finales. Les partenaires et les autorités sanitaires peuvent participer à l'élaboration de ces documents, mais sous la supervision du Comité de pilotage.**



© Nicolas Chauveau - Kenya

PLAN D'ACTION DU DISTRICT

Ce plan doit décrire et expliquer au moins les points suivants :

- Description précise de toutes les activités (renforcement, soutien, substitution), de la phase à laquelle elles correspondent (normal, alerte, sérieuse, urgence), des rôles et des responsabilités des partenaires pour chacune d'entre elles.
- Planning général incluant les activités de renforcement, de soutien et de substitution au cours des années à venir (à l'aide d'un diagramme GANTT).
- Si les seuils du District ont été fixés à partir des seuils des établissements de santé (méthode 2 de définition des seuils), tous les établissements de santé du District doivent définir leurs propres seuils. Le Comité de pilotage supervisera les autorités sanitaires qui seront chargées de les mettre en place au niveau des établissements de santé. Les seuils doivent être disponibles dans les six mois après le début de l'étape 11. Des instructions pour les établissements de santé sont disponibles en annexe 16.
- Mise en place ou utilisation d'un système de transmission d'information fiable depuis les établissements de santé vers le District/niveau demandé, et vice-versa, et ce en temps voulu.
- Mise en place ou utilisation d'un système fiable qui garantit le bon fonctionnement du système des seuils et le déclenchement des activités correspondant aux phases, cela inclut :
 - Système d'alerte pour prévenir les acteurs de l'évolution de la situation du District (phases).
 - Mise en place des activités correspondant à chaque phase. Diminution des activités si le nombre de nouveaux cas baisse.
- Mise en place du plan de S&E (voir ci-dessous)
- Mise en place ou utilisation d'un "mécanisme de feedback des usagers"

PLAN DE RESSOURCES

Les ressources nécessaires à l'exécution du plan d'action doivent être définies dans ce document. Il doit inclure :

- **Ressources financières**
Le budget nécessaire pour exécuter le programme doit être élaboré. Pour ce faire, chaque partenaire estime les coûts des activités dont il a la responsabilité et évalue le montant de sa propre contribution. Le BSD compile ensuite ces budgets. L'estimation du coût des activités effectuée à l'étape 10 servira de base. On se rapproche également des bailleurs pour leur faire part de la planification commune.
- **Ressources humaines**
Les ressources humaines nécessaires pour réaliser le programme sont définies ici. Les rôles et les responsabilités définis à l'étape 10 doivent être réutilisés ici. Les diplômes, les formations etc. requises pour le personnel doivent aussi être mentionnés ici. Les partenaires estiment les besoins pour leurs activités et les font valider par les autorités du District.
- **Ressources matérielles**
Si du matériel supplémentaire est nécessaire, il faut le mentionner ici. Si de nouveaux coûts en découlent, ils seront aussi inclus dans les ressources financières. Les partenaires estiment les besoins pour leurs activités et les font valider par les autorités du District.

SUIVI ET ÉVALUATION (S&E)

Le Comité de pilotage dirige l'élaboration et la mise en œuvre du plan de S&E. Le Comité de pilotage doit organiser des réunions semestrielles avec tous les partenaires pour discuter des principaux sujets du plan S&E.

PLAN DE S&E

Le plan de S&E doit comporter au moins les informations suivantes :

- **Indicateurs** : La surveillance et l'évaluation du programme se fera à l'aide de 22 indicateurs (voir annexe 17), de cette façon, les résultats pourront être évalués efficacement.
- **Fréquence** : La collecte et l'analyse des indicateurs doit être effectuée régulièrement. La fréquence doit être déterminée par le Comité de pilotage, elle sera annuelle, semestrielle ou trimestrielle. Dans tous les cas, cela permet de prévoir des évaluations de mi-parcours et de fin de parcours, et donc de voir si les indicateurs ayant des scores faibles montrent des signes de progression. Les résultats obtenus grâce au diagnostic sont utilisés comme point de comparaison.
- **Procédures et outils** : Les procédures et les outils S&E sont décrits dans le plan.
- **Rôles & Responsabilités** : Les activités S&E sont dirigées par le Comité de pilotage. De plus, les ressources nécessaires pour réaliser les activités S&E sont décrites ici, ainsi que les ressources pour les R&R et pour les TdR de chacune d'elles.

..... ACCOMPAGNEMENT – PROCESSUS D'APPRENTISSAGE EN TEMPS RÉEL

Cette partie décrit comment effectuer l'accompagnement du processus lui-même et mettre en œuvre un mécanisme d'apprentissage en temps réel. Premièrement, les réunions d'accompagnement doivent être organisées **une fois par trimestre avec toutes les parties prenantes pour discuter de tous les points du plan d'accompagnement, et de tout autre problème.** Le Comité de pilotage est chargé d'organiser ces réunions. Il est possible de les intégrer aux réunions habituelles du District. Cependant, il faut s'assurer que la fréquence des réunions de l'accompagnement est bien respectée, que les bonnes personnes y participent et que les sujets abordés sont bien ceux qui conviennent.

Le plan d'accompagnement doit être élaboré et mis à la disposition de toutes les parties prenantes. Comme pour les autres plans décrits précédemment, le Comité de pilotage est chargé d'élaborer et de revoir le plan d'accompagnement.

PLAN D'ACCOMPAGNEMENT

- **Suivi des activités :** Les activités seront suivies pendant tout le processus pour s'assurer qu'elles sont bien mises en œuvre et qu'elles apportent des améliorations. Le partenaire en charge de l'activité est responsable de son suivi. Si besoin, les activités pourront être ajustées. À chaque réunion trimestrielle, les activités seront discutées.
- **Le "mécanisme de feedback des usagers"** sera important pour juger de la réussite et de l'adéquation des activités RSS développées dans le plan initial.
- **Révision des activités :** Le contexte dans lequel se trouvent les Districts de santé est dynamique, en évolution permanente. Si l'on veut que les activités restent pertinentes et utiles, il faut donc réévaluer les activités définies à l'étape 10 et éventuellement les modifier en fonction du feedback des usagers et lorsque d'importants changements surviennent. C'est ce que l'on appelle une planification ajustable. Par exemple des événements comme la réévaluation des seuils, des changements importants dans la saisonnalité ou l'émergence de nouvelles maladies impliqueront une redéfinition des activités. Il faudra garder cela à l'esprit sur la durée. La satisfaction du personnel doit également être prise en compte dans cette réévaluation. Tous les six mois, ce point sera abordé lors des réunions d'accompagnement. Dans le cas échéant, le Comité de pilotage modifiera l'activité, et gardera une trace écrite de la description des changements. Ces modifications seront communiquées à tous les partenaires. Le partenaire en charge d'une activité est responsable de proposer ou de signaler le besoin de la revoir, lors des réunions d'accompagnement. Cela doit être accompagné de preuves qui justifient le besoin de revoir l'activité. Si besoin est, le District peut également proposer des changements.
- **Surveillance des seuils :** La surveillance des seuils sera effectuée tous les mois au niveau du District et des établissements de santé. Lorsque le nombre de cas augmente et que des seuils supérieurs sont franchis, les autorités sanitaires doivent augmenter la fréquence de surveillance (de mensuel à bimensuel voire hebdomadaire). Au niveau des établissements de santé, il est envisageable d'utiliser un outil visuel qui affiche le seuil dans le registre quotidien des patients ou sur une simple feuille de comptage des cas. Le personnel de santé sera donc au courant quotidiennement du franchissement des seuils. Lorsqu'un seuil est franchi (vers le haut ou vers le bas), il faut le rapporter lors des réunions d'accompagnement.
- **Révision continue des seuils :** La valeur des seuils est basée sur des paramètres dynamiques : la capacité du District et la charge de travail. Elles doivent donc être réévaluées régulièrement pour s'assurer que les seuils reflètent bien la situation et le contexte actuel du District. Concern Worldwide recommande deux révisions dans l'année [5]. Tous les six mois, les seuils du District seront revus par le Comité de pilotage avec l'aide des autorités du District. Les nouveaux seuils seront communiqués lors des réunions d'accompagnement.
Les seuils des établissements de santé pourront être revus à peu près en même temps. La révision sera faite par le personnel des établissements, et les autorités du District seront là pour soutenir et valider l'opération. Ces changements seront mentionnés lors des réunions d'accompagnement. Par ailleurs, d'autres révisions peuvent être menées si d'importants changements modifient les capacités du District de santé, comme des changements au niveau des RH, une panne de matériel, etc. L'établissement concerné ou le personnel du District sera tenu de faire cette révision avec les mêmes instructions que pour les révisions normales.
- **Une planification prévisionnelle** doit être faite pour les trois mois à venir et ce tous les trois mois. De plus, il faudra revoir les variations du nombre de cas et la survenance des chocs des années précédentes de façon à anticiper les chocs saisonniers suffisamment à l'avance. La planification prévisionnelle doit être effectuée par le Comité de pilotage et sera présentée tous les trois mois lors des réunions d'accompagnement.

Un outil pour la phase d'accompagnement est proposé en annexe 28.

RÉFÉRENCES

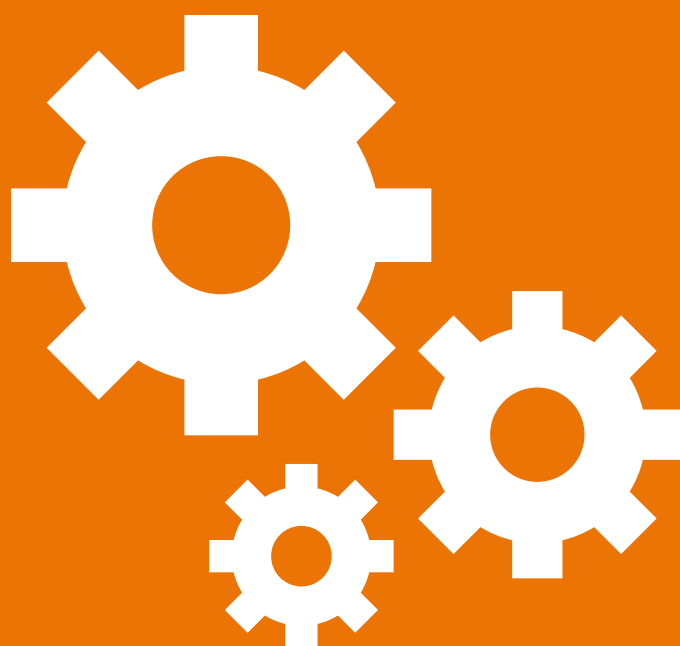
- [1] Chloe Puett et al 'Access for All Volume 2 What Factors influence access to community-based treatment of Severe acute malnutrition', CMN- 2013
- [2] Systems thinking for health systems strengthening, WHO 2009
- [3] The health system assessment approach : a how to manual. Version 2.0. Health system 20/20. Sept 2012
- [4] Peter C. Drobac et al in BMC Health Services Research 2013, 13 (Suppl 2):S5 "Comprehensive and integrated District health systems strengthening : the Rwanda Population Health Implementation and Training (PHIT) Partnership"
- [5] Global CMAM Surge Approach : Operational Guide, from Concern Worldwide, 2016. <https://www.concern.net/resources/cmam-surge-toolkit>
- [6] Adapted from Assessment of IMSAM integration into the HS- Samburu central- April 2012, Anne Berton-Rafael, UNICEF
- [7]http://www.actioncontrelafaim.org/sites/default/files/publications/fichiers/acf-advocacy-toolkit_june_2013.pdf
- [8] Chee, Grace et al. "Why Differentiating between Health System Support and Health System Strengthening Is Needed." The International Journal of Health Planning and Management 28.1 (2013) : 85-94
- [9] WHO. Everybody's Business : Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes : WHO's Framework for Action. 2007

4

ANNEXES

© Daniel Burgui Iguzkiza - Népal





ANNEXE 1 : JUSTIFICATION DE LA MÉTHODE

Pour développer l'approche RSS d'ACF, plusieurs références ont été utilisées. Elles ont servi de base ou de source d'inspiration pour la construire. Ci-dessous, vous trouverez la liste des références principales ainsi que la manière dont elles ont été utilisées dans l'approche ACF.

DESCRIPTION DES RÉFÉRENCES	UTILISATION DANS L'APPROCHE RSS D'ACF
Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action. 2007. Cadre de travail pour réaliser le renforcement des systèmes de santé à partir de la théorie des piliers.	Utilisé dans toute l'approche.
Pour un approche systémique du renforcement des systèmes de santé OMS 2009 Description de l'approche systémique appliquée aux systèmes de santé	Utilisé dans toute l'approche. L'approche systémique est utilisée à partir de l'identification des causes jusqu'à la phase de planification.
"Why Differentiating between Health System Support and Health System Strengthening Is Needed." Chee, Grace et al. The International Journal of Health Planning and Management 28.1 (2013): 85-94 Étude expliquant les différences importantes entre les concepts de soutien et de renforcement du système de santé	Utilisé dans la méthode R2S pour la phase de planification (Étape10).
The health system assessment approach: a how to manual. Version 2.0 Health system 20/20. Sept 2012 ¹ . Évaluation des systèmes de santé	L'approche ESS a été utilisée pour élaborer la phase de diagnostic. La plupart des ESS ont été menées au niveau national. Il est toutefois possible de l'utiliser dans un contexte décentralisé, mais pas en dessous du niveau régional.
« Comprehensive and integrated district health systems strengthening: the Rwanda Population Health Implementation and Training (PHIT) Partnership », Peter C. Drobac et al in BMC Health Services Research 2013 ² . Un guide pratique publié en 2008 et mis à jour en 2012 par Health Systems 20/20. Il a été créé pour réaliser une évaluation rapide mais globale des fonctions clés du système de santé au niveau national. Au cours du processus, cette méthode peut aussi permettre de recueillir des informations et des données au niveau des districts. Cependant, les recommandations concernent le niveau national.	One of the underlying principles : District based approach is based on this reference.
Une méthode mise au point par le Dr. Camille Eric Kouam éprouvée par ACF au Bangladesh en 2010 et réadaptée en 2013. Méthode de diagnostic.	Les Étapes 2 et 3 de la phase de diagnostic s'inspirent de cette méthode.
"Framework for integration of management of Acute Malnutrition, Première version, septembre 2012, Anne Berton-Rafael, UNICEF Cette matrice d'indicateurs de référence (partie sur le niveau du district) élaborée par Anne Berton-Rafael et l'UNICEF, a été adaptée de l'Approche d'évaluation des systèmes de santé (HSAA) de l'USAID : A How-To Manual (2007 version). En 2013 et 2016, les outils ont été mis à jour (horizontalisation et reformulation des indicateurs de référence). L'objectif principal de cet outil est d'aider les pays dans la démarche de renforcement de leur système de santé. Il consiste à identifier les lacunes et les goulots d'étranglements, à planifier les actions prioritaires pour désengorger ces goulots et à guider la mise à l'échelle durable de la prise en charge de la MAS via des soins de santé primaires.	Utilisé à l'Étape 5 de la phase de diagnostic (matrice). La matrice est basée sur ce document. Les indicateurs d'origine de la matrice ont été adaptés pour que l'approche soit plus horizontale. Au départ, la prise en charge de la MAS était l'objet principal de la matrice, tandis que dans la version modifiée, ce sont les services minimums de santé de manière générale qui sont évalués (services SMNE). Quoi qu'il en soit, l'outil doit inclure la prise en charge de la MAS en fonction du contexte et du pays.
Global CMAM Surge Implementation Guide, Concerns Worldwide (2016) ³ . Une méthode verticale dont le but est de répondre aux pics de fréquentation saisonniers et exceptionnels liés à la MAS, en travaillant sur la capacité de réaction à l'aide d'un système de seuils.	Used in the diagnosis and planning phases, especially for the parts concerning the preparation to shocks (mostly Steps 4, 5 and 10). The capacity assessment, as well as the thresholds system of the Concern's approach have been adapted and integrated in the ACF approach.
"Suggested New Design Framework for CMAM Programming" (ENN Field exchange 39) ⁴ , de Peter Hailey et Daniel Tewoldeberha. Une nouvelle approche pour la conception des programmes PCMA basée sur les seuils et l'analyse des capacités.	Utilisé dans la phase de planification, notamment à l'étape 10, en utilisant l'idée initiale de cet article en tant que point de départ.
District Planning Tool for Maternal and Newborn Health Strategy Implementation, A practical tool for strengthening Health Management System, WHO, 2011 ⁵ . Guide à l'attention des responsables de la santé au niveau des districts fournissant des ressources pratiques pour la planification et la mise en œuvre des services de santé maternelle et néonatale.	Utilisé dans la phase de planification En particulier pour l'étape 10 qui suit la logique proposée dans le guide de l'OMS publié en 2011.

1 - <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19838en/s19838en.pdf>

2 - <https://www.biomedcentral.com/qc/1472-6963/13/S2/S5>

3 - <https://www.concern.net/resources/cmam-surge-toolkit>

4 - <http://fex.enonline.net/39/suggested>

5 - http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241500975_eng.pdf

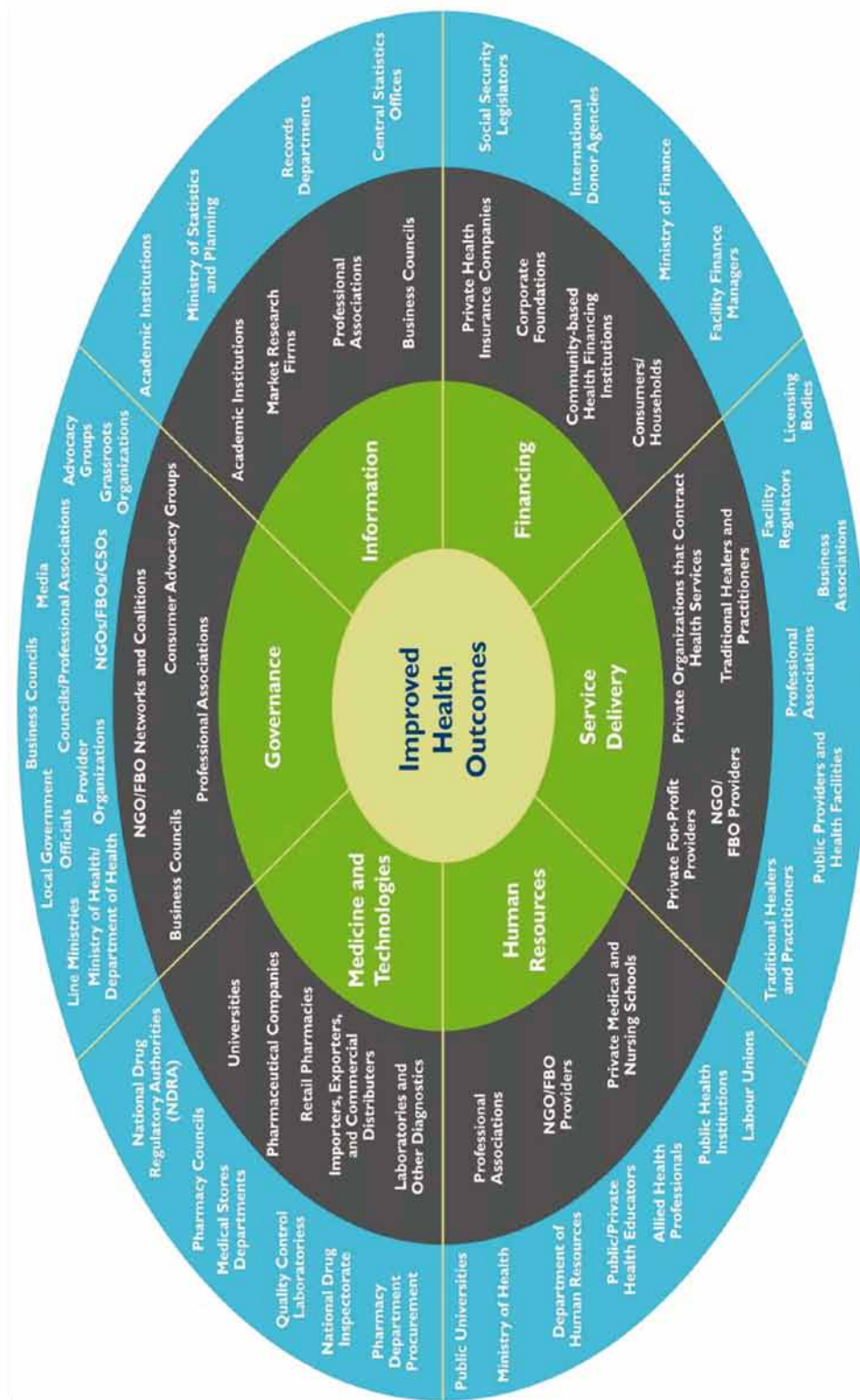
ANNEXE 2 : EXEMPLE DE CALENDRIER

ÉTAPES	DURÉES À TITRE INDICATIF	ACTIVITÉS	COMMENTAIRES
ÉTAPE 0 Prérequis	4 semaines	- Formation des partenaires qui vont soutenir le Ministère de la Santé dans le processus de gestion de l'approche RSS - Implication du Ministère de la Santé, et accord sur le planning global et la méthode à suivre	
ÉTAPE 1 Préparation	4 à 6 semaines	- Cartographie 4W - Création et formation du comité de pilotage - Collecte des outils et des méthodes existantes au niveau du district et du pays - Discussions et décisions sur les objectifs, le planning, le budget, les TdRs et la logistique - Harmonisation initiale et révision/adaptation des outils et des indicateurs de la matrice par rapport au contexte	Recrutement du RP. Entamer le processus de recrutement du facilitateur
ÉTAPE 2 Collecte des données secondaires	4 semaines (peut débuter dès l'Étape 0)	- Collecte des données secondaires, l'analyse sera faite plus tard. - Recrutement et formation de l'équipe.	RP, Comité de pilotage, équipe d'évaluation
ÉTAPE 3 Collecte des données primaires	6 semaines (peut débuter même si l'Étape 2 est en cours)	- Collecte des données (Observations directes/ Entretiens/ Discussions de groupe) - Analyse préliminaire des données - Écriture du rapport	RP, Comité de pilotage + partenaires de soutien
ÉTAPE 4 Analyse des risques et des capacités	Journée ou demi-journée	- Identifier et analyser les chocs de type 1 et 2 auxquels le district est exposé sur une période de 2 ans (caractéristiques, causes, conséquences des chocs) - Faire état de la capacité du district à réagir aux chocs - Définir les valeurs seuils indiquant les différents stades du district	RP, Comité de pilotage, et facilitateur Atelier 1
ÉTAPE 5 Phase de consensus	1 semaine	Phase de préparation + atelier	Fait partie de l'Atelier 2
Détails de l'étape 5			
Phase de préparation	3 jours	- Finalisation de l'analyse des données primaires et secondaires - Réunion d'une journée pour : - Valider les analyses - Inclure les résultats de la collecte de données primaires et secondaires dans la matrice, ainsi que les informations sur la durabilité et l'existence d'aides extérieures, dans les indicateurs correspondants - Organiser l'atelier	
Atelier avec les partenaires	2 jours	- Présentation des résultats de la collecte de données primaires et secondaires et des résultats de l'analyse des risques et des capacités. - Notation des indicateurs - Visualisation des résultats - Triangulation des résultats avec les conclusions des étapes précédentes	
ÉTAPE 6 Priorisation	Soirée + demi-journée	- Préparation de l'atelier - Pré-identification des critères de priorisation - Atelier - Choisir les critères de priorisation pour évaluer les principaux goulots d'étranglement - Prioriser les principaux goulots d'étranglement	Fait partie de l'Atelier 2
ÉTAPE 7 Identification des causes	Demi-journée + 2 semaines	- Identification des goulots prioritaires à l'aide des arbres à causes - Écriture du rapport de diagnostic	Fait partie de l'Atelier 2

ÉTAPE 8 Identification des solutions	Demi-journée + Demi-journée	- Le MdS et le partenaire principal préparent les arbres à solutions - Séance du comité de pilotage : - Finaliser les solutions identifiées - Définir les objectifs RSS de type SMART	
ÉTAPE 9 Préparation en interne des partenaires	2 à 3 semaines	- S'assurer que tous les partenaires ont bien le même degré de compréhension sur : - Les résultats du diagnostic - Les solutions retenues - La phase de planification - Le rôle qu'ils auront - Préparer les partenaires à l'atelier de planification	Responsable Projet, le Comité de pilotage, le facilitateur et les partenaires
ÉTAPE 10 Atelier de planification	3 semaines	Identification des activités (renforcement, soutien et substitution) pour chaque phase. Identification des rôles, responsabilités, coûts et indicateurs.	Coordonné par le RP. Comité de pilotage, partenaires, facilitateur Atelier 3
Détails de l'étape 10			
Phase de préparation	1 jour	Réunion de préparation de l'atelier par le comité de pilotage	
Atelier avec les partenaires	2 - 3 jours	- Présentation des activités et des rôles pré-identifiés par les partenaires - Discussions entre les partenaires pour définir les activités qui permettront d'atteindre tous les objectifs RSS - Élaboration d'un plan d'activités R2S pour chaque objectif avec les rôles et les responsabilités - Estimation des coûts de chaque activité	
Écriture du rapport	2 semaines	Le RP et l'EGSD rédigeront un rapport et le soumettront au comité de pilotage pour validation.	
ÉTAPE 11 Mise en œuvre, S&E et Accompagnement	À déterminer	- Communication externe sur les principaux résultats de l'Atelier 3 - Rééquilibrage du comité de pilotage - Élaboration des plans d'action et organisation de réunions régulières	

ETAPES																													
Activités																													
Mois 1		Mois 2				Mois 3				Mois 4				Mois 5				Mois 6				Mois 7							
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
PRÉ-REQUIS	0.1. Pré-requis: Formation des partenaires qui vont soutenir le Ministère de la Santé dans le processus de gestion de l'approche RSS																												
	0.2. Pré-requis: Implication du Ministère de la Santé, et accord sur le planning global et la méthode à suivre																												
DIAGNOSTIC	ETAPE 1 : PHASE DE PREPARATION																												
	1.1. Identification des acteurs clés (AW)																												
	1.2. Mise en place d'un comité de pilotage																												
	1.3. Formation du comité de pilotage et des partenaires sur le RSS																												
	1.4. Collecte des outils et des méthodes existantes au niveau du district et du pays																												
	1.5. Discussions et décisions sur les objectifs, le planning, le budget, les ToRs et la logistique																												
	1.6. Harmonisation initiale et révision/ adaptation des outils, et des indicateurs de la matrice par rapport au contexte																												
PLANIFICATION	ETAPE 2 : COLLECTE DE DONNEES SECONDAIRES																												
	2.1 Collecte d'information (publiée et grise)																												
	ETAPE 3 : COLLECTE DE DONNEES PRIMAIRES																												
	3.1. Collecte des données (Observations directes/ Entretiens/ Discussions de groupe)																												
	3.2. Analyse préliminaire des données																												
	3.3. Rapport																												
	ETAPE 4: ANALYSE DES RISQUES ET DES CAPACITES (Atelier 1)																												
	4.1. Identification des risques et des capacités																												
	4.2. Définition des valeurs seuils du District																												
	ETAPE 5 : DIAGNOSTIC ET PHASE DE CONSENSUS (Atelier 2)																												
	5.1 Préparation/validation de l'analyse des données secondaires et primaires, et de l'analyse des risques et des capacités par le comité de pilotage																												
5.2. Atelier du diagnostic: présentation de l'analyse des données, notation des indicateurs, et triangulation																													
MISE EN ŒUVRE	ETAPE 6 : PRIORISATION COMMUNE (Atelier 2)																												
	6.1. Choix des critères de priorisation																												
	6.2. Priorisation des goulots d'étranglement																												
	ETAPE 7: IDENTIFICATION DES CAUSES (Atelier 2)																												
	7.1. Identification des causes																												
	7.2. Ecriture du rapport de diagnostic																												
	ETAPE 8: IDENTIFICATION DES SOLUTIONS																												
	8.1. identification des solutions et des objectifs SMART																												
	ETAPE 9 : PREPARATION INTERNE DES PARTENAIRES																												
	9.1. Briefing d'information des partenaires																												
	9.2. Travail de préparation interne des partenaires pour la phase de programmation																												
SUIVI ET ÉVALUATION	ETAPE 10: ATELIER DE PROGRAMMATION (Atelier 3)																												
	10.1. Réunion de préparation du Comité de pilotage																												
	10.2. Atelier avec les partenaires																												
	10.3. Ecriture et dissémination du rapport																												
BUDGET ET RESSOURCES	ETAPE 11 : IMPLEMENTATION, M&E ET ACCOMPAGNEMENT																												
	11.1. Communication externe																												
	11.2. Nouveau comité de pilotage																												
CONCLUSION	11.3. Développement et implémentation des plans de suivi et de M&E																												

ANNEXE 3 : OUTIL DE CARTOGRAPHIE DES ACTEURS



Extrait de : The Health System Assessment Approach: A How-To Manual. Health systems 20/20.

ANNEXE 4 : EXEMPLE DE TDR POUR FACILITATEUR/MODÉRATEUR RSS

La mission est divisée en 2 phases.

PREMIÈRE PHASE DE LA MISSION

• OBJECTIF 1 : Préparation du diagnostic – *Optionnel car le facilitateur n'est pas forcément présent à ce moment*

Activités :

- Se familiariser avec la proposition de projet, la méthode et échanger avec l'équipe du pays au sujet des diverses étapes du processus.
- Discussion et mise à jour du planning de la mission.
- Révision de la cartographie des acteurs effectuée lors de la phase de préparation de la mission.

• OBJECTIF 2 : Soutenir le responsable projet pour la collecte, le traitement et l'analyse des données primaires et secondaires – *Optionnel car le facilitateur n'est pas forcément présent à ce moment*

Activités :

- Adaptation et développement d'outils pour la collecte des données et formation de l'équipe à la collecte des données.
- Participation à la collecte, au traitement et à l'analyse des données.
- Écriture d'un rapport de synthèse pour les partenaires (ce rapport sera l'un des chapitres du rapport final).

• OBJECTIF 3 : Coordonner et organiser l'atelier d'analyse des risques et des capacités (Atelier 1)

Activités :

- S'assurer que les informations nécessaires pour l'atelier sont disponibles.
- Organiser et animer l'atelier avec le comité de pilotage et les représentants des établissements de santé.
- Organiser et animer la réunion du comité de pilotage pour définir les valeurs seuils.

• OBJECTIF 4 : Coordonner le travail entre les partenaires, organiser et gérer l'Atelier 2 en collaboration avec les autorités compétentes et le responsable projet local

Activités :

- Organiser et diriger la préparation des ateliers avec le comité de pilotage
- Organiser et animer les Ateliers 1 et 2
- Former les parties prenantes à la méthode R2S

• OBJECTIF 5 : Soutenir le responsable projet pour l'écriture de la partie diagnostic du rapport final, et commencer à organiser les phases suivantes de planification

Activités :

- Soutien pour l'écriture du rapport de diagnostic en collaboration avec les partenaires qui prépareront la phase de planification
- Coordination avec l'équipe RSS pour organiser la phase de planification

DEUXIÈME PHASE DE LA MISSION

• OBJECTIF 6 : Soutien pour la préparation de la phase de planification – *Optionnel car le facilitateur n'est pas forcément présent à ce moment*

La préparation sera effectuée en grande partie par l'équipe locale, l'expert doit simplement s'assurer que les activités ont bien été planifiées en amont et qu'elles ont bien été mises en place lors de son retour.

Activités :

- Développer les activités de la phase de planification avec le comité de pilotage selon la méthodologie ACF (élaborer les plannings, finaliser les outils, lister les participants et travailler sur le partage des responsabilités pour s'assurer que les autorités sanitaires s'approprient l'exercice)
- Lancement de la phase de préparation en interne et animation de celle propre à ACF (et pour d'autres partenaires s'ils le souhaitent)

• OBJECTIF 7 : Soutien pour l'organisation et la gestion de l'atelier de planification (Atelier 3)

Activités :

- Fournir un soutien méthodologique aux autorités compétentes pour co-faciliter les ateliers (préparation des différentes présentations et conduite des travaux en groupe)
- S'assurer que la communication et la coordination entre les participants soit bonne
- S'assurer que les objectifs de l'atelier de planification soient réalisés

• OBJECTIF 8 : Soutien pour l'écriture du rapport final de l'ensemble du processus – *Optionnel car le facilitateur n'est pas forcément présent à ce moment*

Activités :

- Soutenir les autorités sanitaires et le responsable projet pour écrire le rapport sur l'ensemble du processus (du diagnostic à la planification)
- Soutenir les autorités compétentes et les partenaires pour établir la feuille de route du suivi du plan d'action

ANNEXE 5 : DÉFINITIONS CLÉS

Il est primordial de bien s'assurer que toutes les parties prenantes impliquées dans le processus ont le même degré de compréhension des concepts clés du RSS.

- **APPROCHE VERTICALE [1]** : Les approches verticales sont axées sur une seule maladie, comme le SIDA ou la MAS. Elles consistent à effectuer des campagnes de prévention massives "du haut vers le bas" ou à proposer des traitements pour une maladie spécifique. Ces mesures ne sont pas totalement intégrées dans les systèmes de santé. Les DOTS (traitement de brève durée sous surveillance directe) contre la tuberculose, ou les NID (journées nationales de vaccination) contre la polio, sont des exemples de programmes verticaux.
- **APPROCHE HORIZONTALE** : Dans le cas des programmes horizontaux les services sont "fournis par un système de santé (financé par des fonds publics) et sont communément appelés les soins (de santé) primaires" [2]. Le but est de faire fonctionner le système de santé en assurant la prévention et le traitement des patients, quel que soit le problème de santé du patient [3]. Les stratégies horizontales dérivent de l'approche des Soins de santé primaires, définie à la déclaration d'Alma Ata en 1978. Les programmes de vaccination de routine sont des exemples d'approches horizontales.
- **APPROCHE DIAGONALE** : Les approches diagonales "cherchent à obtenir des résultats sur certaines maladies spécifiques via l'amélioration des systèmes de santé" [4]. Plus précisément, c'est une "stratégie qui utilise des priorités d'actions explicites pour apporter les améliorations dont le système de santé a besoin pour traiter les problématiques générales comme le développement des ressources humaines, le financement, la planification des établissements, l'approvisionnement en médicaments, la rationalisation des prescriptions et l'assurance qualité" [5]. Certaines de ces problématiques générales sont proches des piliers des systèmes de santé définis par l'OMS.
- **SYSTÈME DE SANTÉ [6]** : (i) Toutes les activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer et/ou entretenir la santé ; (ii) les personnes, institutions et ressources organisées conformément aux politiques établies afin d'améliorer la santé des populations bénéficiaires, tout en répondant à leurs attentes légitimes et en les protégeant contre les surcoûts liés à la mauvaise santé via diverses activités dont l'objectif principal est d'améliorer la santé.
- **PILIERS DU SYSTÈME DE SANTÉ [6]** : Cadre analytique utilisé par l'OMS pour caractériser les systèmes de santé grâce à 6 composantes : leadership et gouvernance (intendance), prestation de services, ressources humaines en santé, systèmes d'information sanitaire, approvisionnement et financement du système de santé.
- **FONCTIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ [6]** : Cadre analytique qui décrit les quatre fonctions qu'un système de santé doit remplir : la prestation de services ; la mobilisation des ressources humaines et matérielles pour fournir ces services ; la collecte et la mise en commun des ressources pour financer les soins ; et la gestion administrative - rédiger et appliquer la réglementation et assurer l'orientation stratégique de tous les acteurs impliqués. Ces fonctions sont remplies dans le but d'atteindre trois objectifs : la santé, la réactivité et le financement équitable, juste et durable

Aujourd'hui, les fonctions des systèmes de santé sont souvent assimilées aux 6 piliers du système de santé (voir schéma ci-dessous).

NOTE

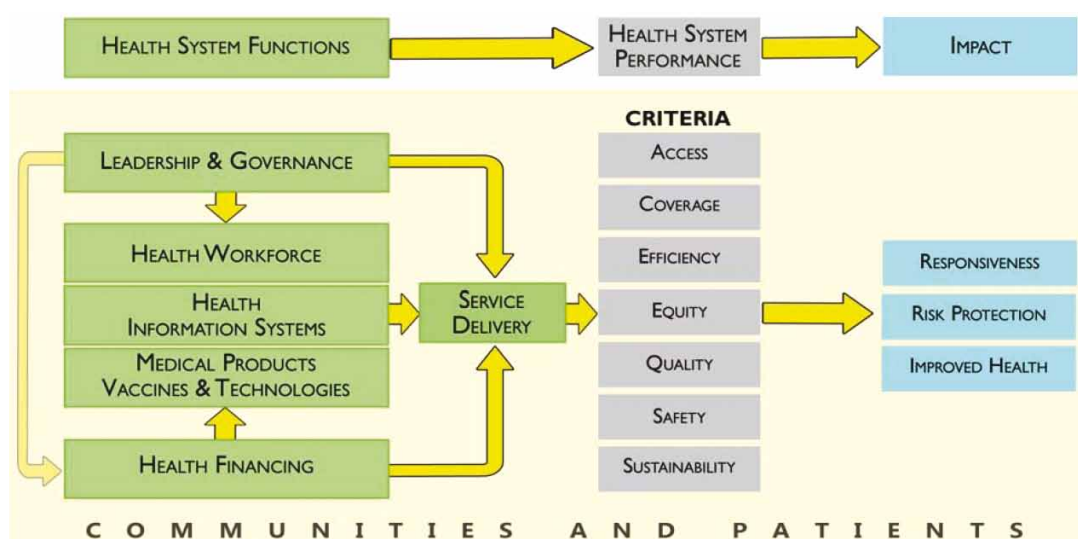


Figure 1 : Fonction, performances et impacts du système de santé [7]

- **PLANIFICATION SANITAIRE [6]** : Processus méthodique qui consiste à définir les problèmes en matière de santé, identifier les besoins médicaux non-traités et prévoir les ressources pour le faire, fixer des objectifs prioritaires réalistes et réalisables puis prévoir des mesures administratives portées à la fois sur l'adaptation, l'efficacité et l'efficience des services de santé mais aussi sur d'autres facteurs comme l'écologie et les comportements sociaux et individuels qui jouent un rôle sur la santé des individus et des communautés.

- **RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ [6]** : (i) Processus d'identification des problématiques et de mise en œuvre des changements en matière de politiques et de pratiques dans le système de santé d'un pays afin que ce dernier puisse répondre de manière plus efficace à ces problématiques ; (ii) toute initiative ou stratégie qui renforce une ou plusieurs fonctions du système de santé dans le but de préserver la santé en améliorant l'accès, la couverture, la qualité ou l'efficacité des services. Cette approche adopte une perspective à long terme.
- **SOUTIEN DU SYSTÈME DE SANTÉ [8]** : Activités dont le but est d'améliorer le fonctionnement du système principalement en augmentant les intrants. Elles cherchent à obtenir des résultats à court terme et ont une portée étroite. Le tableau ci-dessous décrit les principales différences entre les activités de soutien et celles de renforcement.

CARACTÉRISTIQUES	SOUTIEN DU SYSTÈME DE SANTÉ	RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ
DURABILITÉ	Impact à court terme	Impact à long terme
AGIT SUR	Le fonctionnement du système de santé, les intrants	La structure du système de santé dans son ensemble
AGIT SUR (approche des piliers)	Un seul pilier	Plusieurs piliers et leurs interactions
ADAPTATION AU CONTEXTE	Solutions génériques mises en place par des acteurs de l'aide extérieure	Solutions sur mesure, adaptées au contexte Implication des institutions du pays

- **RÉSILIENCE [9]** : La résilience fait référence aux capacités des individus, des communautés, et des systèmes dont ils dépendent, à résister, absorber, faire face et s'adapter lorsqu'ils sont exposés aux aléas tout en préservant, restaurant, ou améliorant leur sécurité alimentaire et nutritionnelle. ACF associe la résilience à la capacité d'anticipation, d'absorption, d'adaptation et de transformation lorsque des chocs touchent la population (pics de fréquentation) ou le système de santé directement (chocs qui n'induisent pas forcément des pics de cas).
- **RÉSILIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ** : La résilience d'un système de santé est la capacité des acteurs de la santé, des institutions et de la population à se préparer et à réagir efficacement aux crises; à préserver les fonctions essentielles du système face aux crises ; et, à tirer les leçons apprises lors de la crise puis à se réorganiser si besoin [10]. La résilience n'est donc pas une action à mettre en œuvre mais bien un objectif d'investissement et de réforme dynamique. De plus, le concept de résilience est lié aux stress ou chocs. ACF les classe en 2 types de chocs auxquels il faut apporter des réponses différentes :
 - **Type 1** : Ces stress/chocs provoquent une augmentation du nombre de cas. On les appelle des "pics de fréquentation" (surge en anglais). Ils se traduisent par une augmentation du nombre d'admissions quelles que soient les causes, la vitesse ou la durée de cette augmentation. Cela peut se produire lors de pics d'admission saisonniers ou encore être la conséquence d'une catastrophe naturelle. En développant sa capacité de réaction aux pics de fréquentation, le district de santé pourra faire face à ces pics et réagir convenablement.
 - **Type 2** : Ces stress/chocs ne provoquent pas nécessairement une augmentation du nombre de cas. Ils déstabilisent la structure intrinsèque du système de santé (les 6 piliers) provoquant un dysfonctionnement du système lui-même. Cependant, on n'observe pas nécessairement d'augmentation du nombre de cas. Par exemple, une inondation qui empêcherait l'approvisionnement en médicaments et en matériel des établissements de santé. La préparation et la réponse à ces stress/chocs doivent être prises en compte dans le développement de la stratégie RSS avec le district.
- **SUBSTITUTION** : Les partenaires remplacent complètement le système de santé local et réalisent les tâches eux-mêmes. C'est une solution à court terme pour améliorer immédiatement l'accès à des services de qualité. On les retrouve principalement en situation d'urgence.
- **PIC DE FRÉQUENTATION (SURGE EN ANGLAIS)** : Augmentation du nombre de cas quelles que soient les causes, la vitesse ou la durée de cette augmentation. Les pics quotidiens représentent les pics saisonniers, et les pics-catastrophes sont liés aux épidémies ou aux catastrophes naturelles.
- **CAPACITÉ FACE AUX PICS DE FRÉQUENTATION** : Capacité à faire face aux augmentations du nombre de cas (pics-jours ou catastrophes) et ce en impliquant tous les acteurs du système de santé.

RÉFÉRENCES

- [1] Institute of Medicine (US). Griffin & Robinson. Addressing the Threat of Drug-Resistant Tuberculosis : A Realistic Assessment of the Challenge : Workshop Summary. 2009. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK45008/>
- [2] The World Bank. Joyce Msuya. Horizontal and vertical delivery of health services : What are the trade-offs? 2003
- [3] William Easterly. Can the West Save Africa? Journal of Economic Literature, American Economic Association, vol. 47(2), pages 373-447, June 2009.
- [4] <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-8603-4-6>
- [5] WHO. Julio Frenk. Bridging the Divide : Comprehensive Reform to Improve Health in Mexico.
- [6] http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en
- [7] The health system assessment approach : a how to manual. Version 2.0 Health system 20/20. Sept 2012. <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19838en/s19838en.pdf>
- [8] Why differentiating between health system support and health system strengthening is needed, Grace Chee, 2012
- [9] ACF, 2012, "Enhancing climate resilience and food & nutrition security policy"
- [10] What is a resilient health system? Lessons from Ebola, Dr Margaret E Kruk, Michael Myers, S Tornorlah Varpilah, Bernice T Dahn, The Lancet, 2015

ANNEXE 6 : FORMATION RSS - PRÉSENTATION

Une présentation power point type est disponible à la demande et dans la boîte à outils proposée en sus de ce document.

ANNEXE 7 : DOCUMENTS DEVANT ÊTRE EXAMINÉS PAR PILIER POUR L'ÉVALUATION DU SYSTÈME DE SANTÉ, ET INDICATEURS ASSOCIÉS

	DOCUMENTS	INDICATEURS / INFORMATIONS
APERÇU GÉNÉRAL DU PAYS ET DU SYSTÈME DE SANTÉ	1) Taille de la population, contexte économique, socio-culturel, religieux, politique et géographique 2) Le descriptif pays de l'OMS 3) Enquête démographique et sanitaire 4) Le profil du système de santé 5) Les divisions administratives dans le pays, de la région au district et au niveau des sous-districts 6) Documents sur la sécurité alimentaire et la saisonnalité (saison sèche, récoltes, période de soudure)	• Population totale et population de moins de 5 ans • Nombre et localisations/cartographie des zones de subsistances, des dynamiques socio-économiques, et des groupes religieux et ethniques • Dépenses totales pour la santé • Taux de fécondité • Espérance de vie à la naissance (en années) • Alphabétisation des adultes • Taux de mortalité infantile • Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans • % de la population ayant accès à l'eau potable • Prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans • % de la population ayant accès à un assainissement amélioré • Prévalence de la MAG, MAS • Prévalence du retard de croissance et du sous-poids • Principales causes de morbidité et de mortalité • Prévalences des maladies chez l'enfant (paludisme, diarrhée, infection respiratoire aiguë, VIH, tuberculose, etc.) • Couverture vaccinale (rougeole, DTP3) • Nombre de variations saisonnières dans le pays • Calendrier des crises de santé saisonnières avec le nombre de cas, les causes épidémiologiques et pratiques, et la gestion de la préparation et de la réponse face à ces crises. • Présence de plan de préparation et de réponse à tous les types de stress/chocs
LEADERSHIP ET GOUVERNANCE	1) Rapports sur l'implication de la société civile dans la formulation des politiques et de la législation 2) Politiques nationales, stratégies, directives, protocoles, modules de formation, outils IEC, etc. liés à la santé et la nutrition (y compris concernant la SMI, la PCIME, l'ANJE, la prise en charge au niveau communautaire, etc.), ainsi que celles ou ceux indirectement pertinents pour la santé et la nutrition. 3) Interventions en cours pour la santé et/ou la nutrition infantile 4) Autres acteurs dans la santé, la sécurité alimentaire, l'EAH (Eau, Assainissement et Hygiène), l'éducation, le financement, etc. et autres types de soutien	• Cartographie des acteurs et coordination • Transparence du gouvernement vis à vis des acteurs concernant les objectifs du secteur santé, la planification, le processus budgétaire, les dépenses et les données • La participation des secteurs public et privé, des organisations de la société civile et des membres de la communauté auprès des responsables officiels pour élaborer les politiques, les plans et les budgets des services de santé • Influence des études d'évaluation, de la recherche et du Système d'Information Sanitaire (SIS) existant sur la formulation par le gouvernement des lois, des politiques, des stratégies et des plans opérationnels • Diffusion des protocoles, des normes et des procédures aux institutions et aux établissements de santé pour les situations normales et de crise

FINANCEMENT DE LA SANTÉ	1) Stratégie nationale de financement de la santé 2) Budget du Ministère de la Santé (MS) 3) Études / Documents sur les frais d'utilisation pour les patients et les paiements non-officiels	• Dépenses générales du gouvernement pour la santé • Cartographie des bailleurs de fonds et coordination • Paiements directs (frais d'utilisation pour les patients et rémunération à l'acte) • Population couverte par une assurance santé • Exemption de paiement / gratuité des soins • Part du budget de la santé allouée à la préparation et aux réponses aux crises de santé
PRESTATIONS DE SERVICES	1) Organigramme du MdS 2) Registre du MdS des structures de santé (publiques et privées) 3) Paquet de prestation de services de santé du pays 4) Normes sur la prestation des services de santé	• Nombre et état des centres de santé primaire, secondaire et tertiaire et interactions avec la communauté • Nombre de centres de santé primaire pour 10 000 habitants • Nombre de lits hospitaliers pour 10 000 habitants • Accès aux services (géographique) • Activités/soins hospitaliers, de jour/en ambulatoire et services d'extension communautaire fournis par les centres de santé • Système de référencement en situation normale et en situation de crise • Tendances du nombre de cas sur l'année
RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ	1) Recrutement des personnels de santé et processus de déploiement 2) Stratégie nationale de ressources humaines en santé et réglementations	• Ratio du nombre de personnels de santé pour 10 000 habitants • Nombre de personnels de santé travaillant dans les secteurs public, privé et dans les ONG • Nombre de personnels de santé par type de centre/structure de santé (primaire, secondaire, tertiaire) • Éducation et formation des personnels de santé, comprenant une formation sur la nutrition/PCIMA • Organisations professionnelles tels qu'un Conseil de l'Ordre des Infirmières et un Conseil de l'Ordre des Médecins • Institutions publiques et privées délivrant des formations initiales et continues en santé • Production de personnels de santé en fonction des besoins nationaux • Conditions de travail et motivation • Implication de la communauté dans la planification et la prestation des services • Gestion des personnels et réserves pour les situations de crise
APPROVISIONNEMENT	1) Réglementation nationale, politiques et directives d'approvisionnement/d'achat des médicaments 2) Gestion logistique et système de suivi de l'approvisionnement 3) Listes des médicaments essentiels	• % des paiements directs pour la santé consacrés aux médicaments • Dépenses privées et gouvernementales pour l'équipement, les médicaments et les aliments thérapeutiques • Mécanismes d'achat et d'approvisionnement des aliments thérapeutiques et des médicaments essentiels • Plan pour l'approvisionnement de l'équipement et des médicaments en situation de crise
SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE (SIS)	1) Stratégie nationale du SIS 2) Outil/logiciel de gestion des données nationales 3) Rapports de Suivi et d'Évaluation (y compris sur la nutrition) 4) Directives pour les collectes de données et la rédaction des rapports	• Indicateurs santé du SIS • Mécanismes pour le suivi des données de santé et la rédaction des rapports • Taux d'achèvement des rapports • Flux d'information du bas vers le haut de la pyramide du système de santé, et vice versa • Fréquence du suivi et des supervisions

ANNEXE 8 : LES INDICATEURS POUR L'ÉVALUATION AU NIVEAU DE LA COMMUNAUTÉ, PAR « DOMAINES » DE CAPACITÉ

INDICATEURS / INFORMATIONS	
PARTICIPATION	• Implication des organisations communautaires dans les interventions en santé/nutrition • Facteurs de motivation pour la participation de la communauté • Méthodes utilisées pour informer les membres de la communauté à propos des interventions en santé/nutrition
LEADERSHIP	• Rôles et responsabilités clés des leaders communautaires • Influence des leaders sur les membres de leur communauté et capacité à mobiliser leur communauté • Implication des leaders communautaires dans les interventions en santé/nutrition • Cartographie des structures traditionnelles et politiques ; identification des décideurs et des personnes influentes
RÉSEAUX INTER-ORGANISATIONNELS ET SOCIAUX	• Domaines/marges d'amélioration des structures communautaires sur lesquels l'intervention pourrait travailler • Identification de la structure sociale et des relations intra-communautaires et au sein des foyers concernant la prise de décision et le soutien/la solidarité
RÔLE DE L'AIDE EXTÉRIEURE	• Soutien fourni par les organisations extérieures en situation normale et en situation de crise
S'INTERROGER / RÉFLEXION CRITIQUE	• Causes fondamentales des maladies/de la malnutrition en situation normale et en situation de crise • Implication de la communauté dans la démarche d'identification des causes • Implication de la communauté pour trouver des solutions aux causes • Implication de la communauté pour trouver des solutions aux stress/chocs auxquels est confronté le SS
MOBILISATION DES RESSOURCES	• Ressources internes disponibles pour la réussite des interventions en santé/nutrition en situation normale et en situation de crise • Ressources externes disponibles pour la réussite des interventions en santé/nutrition en situation normale et en situation de crise
COMPÉTENCES, CONNAISSANCES ET APPRENTISSAGE	• Compétences et connaissances des équipes pour la réussite du programme • Opportunités d'apprentissage pour les membres de la communauté
RELATIONS AVEC LES AUTRES	• Création d'un réseau de coordination entre les différentes interventions communautaires
GESTION DU PROGRAMME	• Implication des membres de la communauté dans le processus de décision à propos de la planification, de la mise en œuvre, de la gestion et de la rédaction des rapports pour les interventions communautaires en situation normale et en situation de crise

ANNEXE 9 : QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION ET D'OBSERVATION DES STRUCTURES DE SANTÉ PRIMAIRE

CARACTÉRISTIQUES DE LA STRUCTURE DU CENTRE DE SANTÉ

Date de la visite: Jour Mois Année (JJ, MM, AA)

___/___/___/___/___/___/

Nom du district _____

Nom de la structure de santé _____

Titre de la personne en charge du centre _____

Population totale (CS) _____

Population vivant dans un rayon de 5 km du centre de santé _____

Distance entre le centre de santé et l'hôpital de district _____

Localité du centre : ☐ 1. Rural ☐ 2. Urbain ☐ 3. Semi-urbain

Organisation: ☐ 1. Gouvernemental/MS ☐ 2. ONG ☐ 3. Communautaire ☐ 4. Privée
☐ 5. Autre _____

Type de structure de santé: ☐ 1. Hôpital de référence ☐ 2. Centre de santé ☐ 3. Poste de santé
☐ 4. Clinique de santé ambulatoire ☐ 5. Clinique/centre communautaire
☐ 6. Autre _____

LEADERSHIP ET GOUVERNANCE

	RÉPONSES	COMMENTAIRES
Présence de politiques nationales (nutrition, PCIME, etc...) - Visible physiquement sur le site	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Des protocoles et des directives cliniques adaptés dans un format pratique à utiliser dans la structure de santé sont présents	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Le district de santé mène régulièrement supervisions	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Existe-t-il des réunions mensuelles et/ou trimestrielles de planification, suivi et évaluation (équipe cadre du district et personnels des centres de santé)	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Des programmes spécifiques sont-ils mis en œuvre dans votre structure de santé (feuille de route, programme TB, etc.)	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Est-ce que la communauté est impliquée dans la gouvernance du centre de santé (COGES) ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Existe-t-il des mécanismes pour permettre la rétro-information des usagers vers les prestataires de soins ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Existe-t-il un système d'information à destination des usagers sur l'offre, les tarifs, etc.	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Existe-t-il des plans de préparation et réponse aux chocs de type 1 ? (cf. Annexe 5)	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Existe-t-il des plans de préparation et réponse aux chocs de type 2 ? (cf. Annexe 5)	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	

FINANCEMENT DE LA SANTE

	RÉPONSES	COMMENTAIRES
Existe-t-il une instance en charge de la gestion des fonds au sein de la structure de santé ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	Si oui laquelle ?
Existe-t-il un processus financier pour gérer les chocs de type 1, i.e. augmentations saisonnières ou exceptionnelles de cas (fonds spécifiques, soutien financier, etc.) ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Existe-t-il un processus financier pour se préparer et répondre aux chocs de type 2 ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Les soins sont-ils gratuits pour les enfants de moins de 5 ans ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ N/A	
Les femmes enceintes sont-elles prises en charge gratuitement ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ N/A	
La politique de gratuité est-elle appliquée ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Les frais de consultation médicale sont-ils payés par le patient ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ N/A	
Les frais de tests de laboratoire sont-ils payés par le patient ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ N/A	N/A pour CS
Les frais des médicaments sont-ils payés par le patient ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ N/A	
Les patients sont-ils couverts par une assurance ou mutuelle de santé ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ N/A	
Existe-t-il un système de fonds de solidarité pour les plus démunis ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	

PRESTATION DE SERVICES

Jours de travail _____

Heures de travail _____

Existe-t-il un système de garde pour les urgences ? ☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ N/A

Existe-t-il un système de référence ?

☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ N/A

Quels sont les moyens de transport disponibles pour se rendre à la structure de référence? Existe-t-il des alternatives?

Capacité d'accueil :

- Nombre de lits : _____
- Nombre total de consultations par jour : _____

	RÉPONSES	COMMENTAIRES
Salle/aire d'attente avec la possibilité de s'asseoir à l'abri du soleil et de la pluie	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Toilettes fonctionnelles	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Electricité fonctionnelle	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Point d'eau potable fonctionnel	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Zone de lavage de mains disponibles pour les soignants	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Procédures pour maintenir tous ces services disponibles en cas de chocs de type 1 ou 2 (cf. Annexe 5)	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	Si oui, précisez

Types de services de santé disponibles (cocher les cases si Oui - laisser vide si non)

ACTIVITÉS	SERVICES DE JOUR / AMBULATOIRE	SERVICES DE PROXIMITÉ / COMMUNAUTAIRE	SUIVI À DOMICILE
SOINS PREVENTIFS ET PROMOTIONNELS			
Soins aux femmes en âge de reproduction			
Consultation Prénatale			
Soins à l'accouchement			
Consultation Postnatale			
Planification Familiale			
Soins aux enfants de 0 à 5 ans			
Surveillance de la croissance et du développement psychomoteur			
Vaccination			
Soins aux enfants et adolescents scolarisés			
Information – Éducation – Communication (IEC)			
SOINS CURATIFS			
Prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant (PCIMNE)			
Prise en charge de la malnutrition aiguë modérée			
Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère			
Prise en charge des maladies de l'adulte			
AUTRES			

Equipement

	RÉPONSES	COMMENTAIRES
Construction en dur	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Salles de consultation avec table de consultation	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Salle de mise en observation	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Salle de maternité	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Equipement pour la maternité (partogramme, lit d'accouchement, bandelettes à urines, tensiomètre, pèse-personne, spéculum,...)	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Existence d'une chaîne de froid	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Existence d'un système de gestion des déchets : fosse à ordures, incinérateur	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Cuisine équipée	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Aire de jeux	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	

Utilisation

	NOMBRE DE CONSULTATIONS DURANT LES 3 DERNIERS MOIS	COMMENTAIRES
Nombre de consultations curatives		
Nombre de consultations curatives <5ans		
Nombre de CPN 4		
Nombre d'accouchements par un personnel qualifié		
Les équipements disponibles sont capables de supporter une forte augmentation du nombre de patients ?	Si oui, quel pourcentage ?	

Qualité

Est-ce que les protocoles sont affichés et utilisés ?

☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP

Est-ce que les registres sont correctement renseignés :

Curatif	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP
Consultation prénatale	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP
Consultation préventive de l'enfant	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP

RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ

QUALIFICATION DES PERSONNELS	NOMBRE DE PERSONNEL DE SANTÉ PAR TYPE PRÉVU EN PÉRIODE NORMALE	Y-A-T-IL UNE PRÉVISION DE PERSONNEL DE SANTÉ PARTICULIÈRE POUR LES PÉRIODES NON-NORMALES (pics saisonniers, exceptionnels, etc.)	RÉMUNÉRATION	TYPES DE FORMATIONS REÇUES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS
Médecin		☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ Retard	
Sage-Femme		☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ Retard	
Infirmier		☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ Retard	
Aide/Auxiliaire		☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ Retard	
Technicien de Laboratoire		☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ Retard	
Agent de Santé Communautaire		☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ Retard	
Pharmacien		☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ Retard	
Autres (préciser)				
Volontaires		☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ Retard	

Fiches de postes du personnel disponibles :

☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP

APPROVISIONNEMENT

ESPACE DE STOCKAGE	RÉPONSES	COMMENTAIRES
Existence d'un local de stockage	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Superficie de stockage suffisante pendant les périodes normales	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Superficie de stockage suffisante pendant les périodes de pic saisonnier ou exceptionnel	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Local propre, bien aéré, à l'abri de la lumière et de l'humidité	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Fiche de stock disponible et à jour	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Réalisation d'un inventaire mensuel ou trimestriel	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Bons de commande et rapports disponibles	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Existence d'un dispositif anti-incendie	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Existence de grille/barre de protection	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Existence de stock tampons	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Possibilité de commander et obtenir rapidement des équipements supplémentaires en cas de choc de type 1 ou 2 (cf. Annexe 5)	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Y-a-t-il des ruptures de stocks de médicaments/ «équipement indispensable » ? Si oui, pour combien de temps ? Pour quelles raisons ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	

Fournitures

TYPE DE PRODUITS/MARCHANDISES	RÉPONSES	COMMENTAIRES
Matériels pour l'examen médical (Stéthoscope, thermomètre, tensiomètre, otoscope)	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	Pour cocher oui il faut impérativement avoir les 4 items présents.
Existence de matériels anthropométriques en bon état :		
Ruban Périmètre Brachial (PB)	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Balance enfant	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Pèse bébé	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Balance adulte	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Toise	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Médicaments essentiels (Paracetamol, Amoxicilline, Albendazole, anti-paludéen, Fer, anti-diarrhéique/SRO)	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Médicaments Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH)	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	
Existence des vaccins du Programme Elargi de Vaccination de routine	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	Estimation de la couverture (%)
Aliments thérapeutiques ou compléments alimentaires	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP	Si oui, préciser lesquels
Matériels et équipement de laboratoire (lames, lamelles, réactifs, tests rapides, microscope)	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP ☐ 4.NA	
Fourniture de radiologie (film, plaque)	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP ☐ 4.NA	

Avez-vous eu des ruptures de molécules durant les six (6) derniers mois ?

☐ 1. Oui ☐ 2. Non

SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE

	RÉPONSES	COMMENTAIRES
Existe-t-il une liste de vérification de suivi et de supervision?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP ☐ 4.NA	
Est-ce-que les formulaires de rapports sont disponibles ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP ☐ 4.NA	Rapport mensuel
Y-a-t-il une personne spécialement dédiée à la compilation et l'analyse des informations en santé ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP ☐ 4.NA	
Est-ce que les formats de rapports mensuels (RMA) sont disponibles ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP ☐ 4.NA	
Est-ce que les formats des rapports de surveillance épidémique hebdomadaire sont disponibles ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP ☐ 4.NA	
Est-ce que les rapports sont transmis en temps et en heure (en fonction de la date fixée par le MSP) ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP ☐ 4.NA	
Est-ce que les rapports SNIS sont correctement complétés ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP ☐ 4.NA	
Est-ce que les données récoltées sont analysées au niveau du district ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP ☐ 4.NA	
Est-ce que vous recevez une retro-information ?	☐ 1. Oui ☐ 2. Non ☐ NSP ☐ 4.NA	

ESTIMATIONS DES CHOCS DE TYPE 1 ET 2 AUXQUELS LE CENTRE DE SANTE DOIT FAIRE FACE

Definitions:

- **Choc de type 1** : Augmentation du nombre de nouvelles admissions quelque soit la cause, la durée et la magnitude de cette augmentation.
- **Choc de type 2** : Choc impactant directement la structure intrinsèque du système de santé sans nécessairement générer une augmentation d'admissions. Par exemple, une inondation peut altérer le bon fonctionnement (impossibilité d'accès au centre, ou d'approvisionnement en médicaments) du centre de santé, sans pour autant blesser les populations.

Le but de cette partie est d'établir un calendrier sur deux années pour chaque type de choc, en incluant la magnitude du choc, les causes et les conséquences sur le centre de santé.

Calendrier saisonnier pour les chocs de type 1 :

Les données peuvent être recueillies dans le tableau suivant.

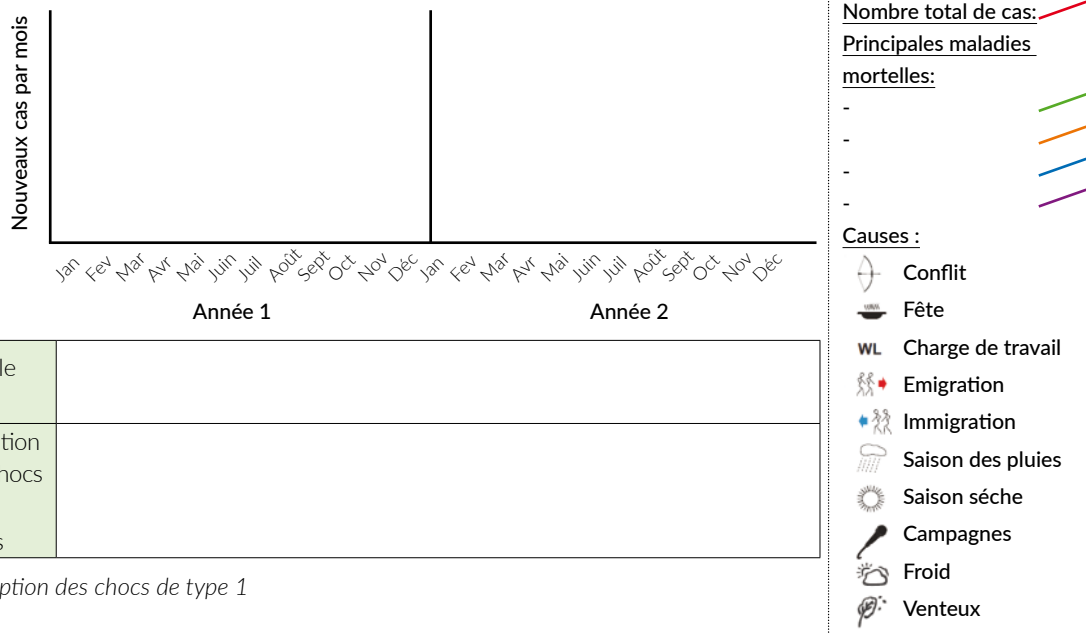
TYPE 1 SHOCKS	JANV	FÉV	MARS	AVR	MAI	JUIN	JUIL	AOÛT	SEPT	OCT	NOV	DÉC
Chocs de type 1												
Nombre de nouveaux cas par mois												
Causes (épidémiologiques, pratiques, etc.)												
Facteurs influençant le nombre de nouveaux cas												
Remarques sur la réponse de la structure de santé												

Ensuite, les données sont retranscrites dans le graphique 1. L'axe horizontal (abscisse) est composé des 24 mois, l'axe vertical (ordonnée) de gauche contient lui, le nombre de nouvelles admissions par mois.

Pour remplir le graphique 1 :

- Insérer le nombre de nouvelles admissions par mois pour les 3 ou 4 maladies majeures, ainsi que le total des nouvelles admissions mensuelles. Les informations sont sous forme de courbes.
- Insérer les causes épidémiologiques et/ou pratiques, de ces nouvelles admissions, et facteurs extérieurs les influençant. Les causes épidémiologiques peuvent être indiquées directement sur le graphique, ou bien un système de légende peut-être introduit. Pour les causes pratiques, des pictogrammes sont proposés sur le côté du graphique.
- Insérer les conséquences observées sur le centre de santé dans la zone de texte prévue sous la courbe

Le modèle utilisé par Concern Worldwide pour la malnutrition aigüe sévère pourra être utilisé (voir figure ci-après).



Graphique 1 – Description des chocs de type 1

Calendrier saisonnier des chocs de type 2 :

Remplir le tableau suivant en se basant sur les événements des années passées.

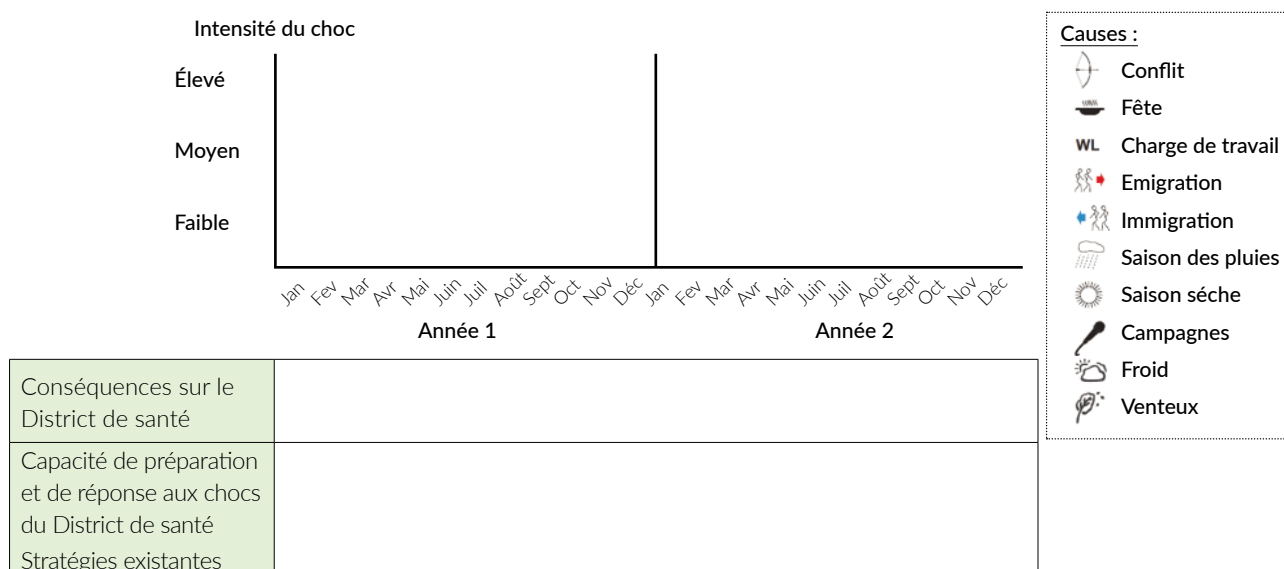
CHOCs DE TYPE 2	JANV	FÉV	MARS	AVR	MAI	JUIN	JUIL	AOÛT	SEPT	OCT	NOV	DÉC
Description du choc (inondations, tensions politiques, sécheresse, etc.)												
Magnitude du choc (Fort/ Medium/ Faible)												
Conséquences pour le centre de santé (6 piliers)												
Remarques sur la réponse de la structure de santé												

Ensuite, les données sont retranscrites dans le graphique 2. L'axe horizontal (abscisse) est composé des 24 mois, l'axe vertical (ordonnée) de gauche contient lui, le nombre de nouvelles admissions par mois. L'axe vertical de droite représente la magnitude du choc (forte, moyenne, faible).

Pour remplir le graphique 2:

- Insérer les chocs de type 2 en prenant en compte la nature (pictogramme proposé sur le côté, des nouveaux peuvent-être rajoutés si besoin), et la magnitude (position sur l'axe vertical de droite).
- Insérer les conséquences observées sur le centre de santé dans la zone de texte prévue sous la courbe

Les deux graphiques doivent être positionnés l'un en-dessous de l'autre pour assurer une compréhension globale des chocs, de leurs causes et de leurs conséquences.



Graphique 2 – Description des chocs de type 2

ANNEXE 10 : ENTRETIENS INDIVIDUELS : QUESTIONS AUX AGENTS DE SANTÉ

Cette partie doit être effectuée à la suite de l'observation menée dans les centres de santé.

Date (JJ, MM, AA)

____/____/____

Structure de santé_____

Nom et titre/position du répondant_____

GOUVERNANCE

1. Avez-vous connaissance des stratégies nationales et locales suivies par le centre de santé ?
2. Pensez-vous que les objectifs du secteur santé et nutrition sont atteints au niveau local ?
 - a. Si oui dire en quoi ces objectifs sont-ils atteints ?
 - b. Si non donnez les points d'insatisfaction
3. Quels problèmes rencontrez-vous quant à l'implication des partenaires et du gouvernement ?
4. Participez-vous à des réunions de coordination/concertation/planification stratégique ?
 - a. Si oui, de quel type
 - b. Si non, quels mécanismes vous permettent de faire la micro-planification, le suivi et l'évaluation
5. Que recommanderiez-vous afin d'atteindre les objectifs du secteur santé et du secteur nutrition au niveau local ?
6. Y-a-t-il un plan de réponse prévu en cas de d'augmentation des consultations, d'épidémie, de choc saisonnier ou exceptionnel ? Si oui :
 - a. Est-il connu de tous les acteurs clés ?
 - b. Est-il appliqué en cas de besoin ?
 - c. Est-il efficace ?

FINANCEMENT

7. Quelles sont les sources de financement de votre formation sanitaire ?
8. Comment recevez-vous les fonds alloués à votre formation sanitaire par le gouvernement et / ou partenaires d'appui ?
9. Cette formation sanitaire collecte-t-elle des paiements directs de patients pour des services/ prestations rendus ?
10. Arrivez-vous à atteindre les objectifs opérationnels de votre formation sanitaire avec les fonds reçus ?
 - a. Si oui comment ?
 - b. Si non quels sont les objectifs non atteints et quelles sont les raisons ?
11. Quels sont les moyens financiers mis à disposition pour faire face aux chocs (plan de réponse)? Sont-ils suffisants ?
12. La communauté s'implique-t-elle dans la gestion financière de votre formation sanitaire ?
 - a. Si oui, à quel niveau ?
 - b. Quels sont les avantages/inconvénients ?

PRESTATION DES SERVICES

13. Quelles difficultés rencontrez-vous dans le cadre de l'exercice de vos activités dans le centre de santé ?
14. Comment traitez-vous ces problèmes ?
15. Pensez-vous que la population a un accès convenable à la santé dans ce district ?
16. Lorsque vous réferez un patient au centre de santé ou à l'hôpital, comment vous assurez-vous qu'il y arrive ?
17. Quelle relation avez-vous avec d'autres structures de santé ?
18. Comment accédez-vous aux populations vivant dans les zones éloignées/reculées ?
19. Existe-t-il un mécanisme vous permettant de vous assurer que les services offerts à la communauté répondent à leurs

besoins ?

- 20. Existe-t-il des réunions avec la communauté, si oui sont-elles régulièrement organisées ?
- 21. Quels sont les mécanismes (canaux, cadres...) de communication existant entre la communauté et votre formation sanitaire ?
- 22. Quels liens existent-ils entre les agents de santé communautaire et la structure de santé (supervision, formation, réunion de suivi) ?
- 23. Quelle relation avez-vous avec les guérisseurs traditionnels dans votre zone de couverture ?
- 24. Comment vous assurez-vous que les soins fournis dans votre structure de santé sont de bonne qualité ?
- 25. A quelle fréquence êtes-vous supervisés ?
- 26. Quel est le contenu des supervisions ?

RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

- 27. Que pouvez-vous dire au sujet de votre motivation et de votre satisfaction professionnelle ?
- 28. Quels sont les facteurs qui influent le plus sur votre motivation ?
- 29. Quels problèmes rencontrez-vous en tant que fonctionnaire du système de santé ?
- 30. Qui peut être impliqué dans la résolution de problème de santé en général ?
- 31. Quelles mesures incitatives peuvent être fournies aux personnes impliquées ?
- 32. Quand avez-vous reçu une formation pour la dernière fois ?
- 33. Quel type de formation était-ce ?
- 34. Et par qui était-elle parrainée ?
- 35. Existe-t-il une formation pour la gestion des pics d'admissions ?
- 36. Y-a-t-il suffisamment de personnel disponible pour les périodes normales, et les périodes de pic d'admissions ou autre type de chocs perturbant le bon fonctionnement de votre centre ?

APPROVISIONNEMENT

- 37. Quel est le processus de commande et de livraison des approvisionnements ?
- 38. L'approvisionnement en produits répond-il à la demande (en période de pic, ainsi qu'en période normale) ?
- 39. Si vous avez connus des ruptures en intrants nutritionnels les trois derniers mois : Quelle fréquence ? Pour quelle raison ? Comment avez-vous réglé le problème ?
- 40. En cas de rupture en médicament, quelle source d'approvisionnements est disponible pour les patients ? Où vont-ils chercher les médicaments ?
- 41. Quelles difficultés rencontrez-vous dans le cadre de l'approvisionnement en médicaments, intrants... ?
- 42. Quelles seraient selon vous la solution à ces problèmes ?
- 43. Pouvez-vous obtenir rapidement des médicaments/ équipements/ autres en cas d'augmentations importantes des besoins ou de choc perturbant l'approvisionnement ?

SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE

- 44. Quels outils utilisez-vous pour compiler les données mensuelles de la structure de santé ?
- 45. Avez-vous un système de suivi du nombre de nouveaux cas ?
- 46. Les données sont-elles analysées à votre niveau ?
 - a. Si oui, comment ?
- 47. Où transmettez-vous vos rapports d'activités mensuels ?
- 48. Quelles difficultés rencontrez-vous dans le cadre du rapport d'activités mensuel ?
- 49. Quelle retro-information recevez-vous habituellement après la transmission de votre rapport ?

ANNEXE 11 : ENTRETIENS INDIVIDUELS : QUESTIONS POUR LES DÉCIDEURS POLITIQUES, LES BAILLEURS DE FOND ET LES PARTENAIRES (ONG, NATIONS UNIES...)

UNE LISTE DE PERSONNES À RENCONTRER DOIT ÊTRE DÉFINIE DÈS L'ÉTAPE 1

- aux niveaux national & régional
- au niveau du district

Les questions ci-dessous seront choisies en fonction des cibles interrogées (et des informations attendues pour chaque cible). Pour l'ensemble des 6 piliers une dizaine de questions seront choisies au total par type d'interlocuteur et parfois reformulées. Un questionnaire type ne peut être proposé, cela dépendra des contextes.

Date (JJ, MM, AA)

____/____/____

Lieu _____

Nom, organisation et titre/poste du répondant _____

GOVERNANCE

1. Que pouvez-vous dire à propos des politiques et des stratégies nationales en santé ? Sont-elles adaptées, complètes, mises en œuvre ?
2. Quel est votre rôle en santé (national/ district)? Pouvez-vous expliquer votre implication dans l'élaboration et la planification de la politique de santé ?
3. Comment sont mis en place les mécanismes de coordination en santé au niveau national, régional et au niveau du district ?
4. Quels mécanismes sont mis en place pour la mise en œuvre effective des plans/programmes en santé au niveau des districts et communautés ?
5. Quels sont les mécanismes de communication existant entre la communauté et les prestataires de santé ?
6. Que recommanderiez-vous afin d'atteindre les objectifs du secteur de la santé à la fois au niveau national et au niveau local ?
7. Y-a-t-il des stratégies, protocoles ou plans de réponses développés et mis en œuvre pour faire face aux chocs ?

FINANCEMENT

8. Quelle part du budget intérieur est allouée à la santé ?
9. Quels sont les principaux bailleurs en santé dans le pays ?
10. Quel est le mécanisme de financement de la santé en place dans le pays du niveau national au niveau sous-national ?
11. Existe-t-il des mécanismes de gratuité et sont-ils fonctionnels ?
12. Quels sont les principales barrières en matière de financement de la santé au niveau national/ régional/ district ?
13. Expliquer comment vous parvenez à réaliser les activités opérationnelles planifiées au niveau du district avec les fonds reçus ?
14. Y-a-t-il des financements spécifiques dédiés à la préparation et réponse aux chocs ?

PRESTATION DES SERVICES

15. Que pensez-vous de la qualité des soins dispensés au niveau du district ?
16. Comment vous assurez-vous que les soins fournis dans les centres de santé soient de bonne qualité ?
17. Pensez-vous que le niveau d'utilisation des services de santé est adéquat ?
18. Pensez-vous que les structures de santé offrent l'ensemble des services du paquet minimum d'activité ? (c'est à dire : XXXX =>décrire le paquet minimum de santé).

19. Comment le secteur public, le secteur privé et les guérisseurs traditionnels interagissent-ils afin de fournir des services de santé à la population du pays et au niveau du district ?
20. Quelles sont les procédures pour les référencement et le suivi des cas entre les différents niveaux de centre de santé (primaire, secondaire, tertiaire) ?
21. Jusqu'à quel point les supervisions sont-elles intégrées entre les différents programmes (santé primaire, tuberculose, VIH, paludisme, nutrition, etc.) ?
22. Comment anticipez-vous et gérez-vous les situations d'urgence dues à des épidémies soudaines ou des pics saisonniers dans le district ?
23. A votre avis, quelles sont les barrières essentielles/clés pour l'accès aux services de santé ? Et quelles seraient les solutions possibles pour supprimer ces barrières ?

RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

24. Que pouvez-vous dire à propos de la motivation et de la satisfaction du personnel de santé ?
25. Quels sont les facteurs qui jouent le plus sur leur motivation et leur satisfaction ?
26. Reçoivent-ils des supervisions de soutien régulièrement ?
27. A quand remonte la dernière formation reçue par le personnel de santé ? Quel type de formation était-ce ? Qui l'avait-organisé / parrainé ?
28. Proposez-vous des formations dédiées à la préparation et réponse aux pics d'admissions saisonniers ou exceptionnels ?

APPROVISIONNEMENT

29. A quels défis êtes-vous confronté concernant l'achat de produits et de fournitures ?
30. Quels défis rencontrez-vous pour la livraison des produits et des fournitures dans les différents centres de santé ?
31. Avez-vous été confronté à des ruptures de stock ?
32. Avez-vous une procédure efficace pour être rapidement approvisionné en cas de chocs ?

SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE

33. Comment sont-organisées la compilation et l'analyse des informations sanitaires ?
34. Comment le Ministère de la Santé assure-t-il la disponibilité de ces informations auprès du public ?
35. Comment ces informations influencent-elles l'élaboration des politiques, des réglementations et de la planification ?
36. Les informations venant des districts sont-elles bien transmises aux autorités supérieures ? Est-ce toujours le cas lors de chocs ?

ANNEXE 12 : LACUNES EN MOYENS LOGISTIQUES, RH ET STRUCTURES DE SANTÉ

Les données suivantes sont à récolter au niveau des autorités sanitaires régionales / Provinciales ou du district (en fonction du lieu de disponibilité des informations soit au travers du comité de pilotage ou lors des entretiens avec les autorités sanitaires).

LACUNES EN MOYENS LOGISTIQUES ET EN MATÉRIEL INFORMATIQUE AU NIVEAU DU DISTRICT

EN PERIODE NORMALE	EXISTANTS	BESOINS	GAPS
Véhicule 4x4 pour la supervision			
Ambulances opérationnelles			
Motos			
Groupe électrogène			
Outils informatique			
Imprimante			

EN CAS DE PIC D'ADMISSIONS (chocs type 1)	EXISTANTS	BESOINS	GAPS
Véhicule 4x4 pour la supervision			
Ambulances opérationnelles			
Motos			
Groupe électrogène			
Outils informatique			
Imprimante			

LACUNES EN PERSONNELS D'APPUI

EN PERIODE NORMALE	DISPONIBLES	BESOINS	GAPS
Agents de maintenance			
Agents d'assainissement			
Secrétaire			
Planton			
Autre, à préciser en fonction du contexte			

EN CAS DE PIC D'ADMISSIONS (chocs type 1)	DISPONIBLES	BESOINS	GAPS
Agents de maintenance			
Agents d'assainissement			
Secrétaire			
Planton			
Autre, à préciser en fonction du contexte			

STRUCTURES DE SANTÉ FONCTIONNELLES

TYPE DE STRUCTURE	FONCTIONNELS	NON FONCTIONNELS
Poste de santé		
Centre de santé		
Hôpital		
Autre, à préciser en fonction du contexte		

ANNEXE 13 : ENTRETIENS INDIVIDUELS : QUESTIONS POUR LES LEADERS/CHEFS COMMUNAUTAIRES, RELIGIEUX, LES AÎNÉS/ANCIENS...

Date (JJ, MM, AA)

____/____/____

Lieu _____

Nom organisation et titre/poste du répondant _____

1. Quelles sont les principales causes des maladies de l'enfant dans la localité ?
2. Que pensez-vous de l'offre de santé dans votre localité? Est-elle suffisante, adéquate et de qualité ?
 - a. Si oui pourquoi
 - b. Si non pourquoi
3. Quelles sont les solutions selon vous pour améliorer l'accès à la santé ?
4. Quels sont les personnes clés influentes sur la santé dans cette localité? Comment influencent-elles les gens ?
5. Quelle est la participation des membres de la communauté dans le processus de décisions en matière de planification, mise en œuvre des programmes de santé ?
6. Quelles sont les différentes activités de santé auxquelles les membres de la communauté peuvent participer ?
7. Qu'est-ce qui les motive à participer à l'intervention ?
8. Quels sont les mécanismes d'implication de la communauté dans la santé au niveau communautaire ?
9. De quel recours dispose la communauté pour s'exprimer sur l'offre de santé (mécanisme de feedback) ?
10. Si vous étiez personnellement impliqué, comment contribueriez-vous à la mise en œuvre des activités de santé et de nutrition communautaires ?
11. Pour les activités en santé menées par la communauté : Quels sont les liens existants entre les différents groupes impliqués dans ces activités ?
12. Quels sont les principaux organismes de financement et de soutien en ce qui concerne les interventions communautaires en santé dans le district? Pensez-vous que ce soutien est adéquat ?
13. Qui peut être impliqué dans la résolution des problèmes de santé dans la communauté ?
14. Quelles sont les autres ressources disponibles qui peuvent être utilisées pour résoudre ces problèmes?
15. Quel pourrait être le rôle des guérisseurs traditionnels dans la résolution de ces problèmes ?
16. Avez-vous reçu une ou plusieurs formations en matière de santé ?
17. Quel rôle jouez-vous dans la dissémination de messages en santé ?
18. Quels sont les partenariats et les réseaux existants entre différentes organisations communautaires afin d'aborder des questions de santé / de nutrition dans cette localité ?
19. Existe-t-il des facteurs/ événements communautaires qui pourraient expliquer des augmentations de cas, ou des problèmes menant à un dysfonctionnement du système de santé ?
20. Pouvez-vous identifier des chocs saisonniers ou exceptionnels impactant le fonctionnement du système de santé ? Précisez :
 - le type de choc
 - Les conséquences pour le centre de santé
 - S'il existe des activités déjà en place au sein de la communauté/ acteurs locaux / etc. pour pallier ces chocs.

Si besoin, plus d'information et de ressources sur la résilience des communautés sont disponibles avec la méthode COBRA.¹

NOTE

1 - http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/environment-energy/sustainable_land_management/CoBRA/cobra-conceptual-framework.html

ANNEXE 14 : ENTRETIENS INDIVIDUELS : QUESTIONS POUR LES UTILISATEURS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Date (JJ, MM, AA)

___/___/___

Lieu _____

Nom _____

Nombre d'enfants de moins de 5 ans _____

Type de structure de santé habituellement fréquentée _____

Nombre de visites de santé pendant l'année _____

GOVERNANCE

1. Connaissez-vous les politiques de santé en place dans le District (ex. politique de gratuité des soins pour les femmes enceintes/enfants de moins de 5 ans) ?

FINANCEMENT

2. Quand vous vous rendez au centre de santé, devez-vous payer ? Quels sont les services payants : consultation, matériel, médicaments ?
 - a. Si oui, à quelle fréquence cela arrive-t-il ?
3. Si vous savez que vous allez devoir payer pour un service, allez-vous quand même chercher à en bénéficier ? Dans quelles circonstances ?

PRESTATION DE SERVICES

4. En général, êtes-vous satisfait des soins qui sont délivrés par le centre de santé ?
 - a. Si oui, pourquoi ?
 - b. Si non, pourquoi ?
5. Existe-t-il des structures de santé auxquelles vous pouvez accéder facilement (distance, temps, transport, etc.) ?
6. Avez-vous été orienté vers d'autres structures de santé (référéncement) ? Vous a-t-on expliqué pourquoi ? Avez-vous reçu une aide pour vous y rendre ?
7. Quels sont les obstacles qui vous empêchent de vous rendre au centre de santé lorsque vous en avez besoin ?
8. Vous demande-t-on régulièrement, à vous ou à votre communauté, d'exprimer votre avis (feedback) sur le système de santé ?
 - a. Si oui, à quelle occasion ?
 - b. Si non, souhaiteriez-vous vous exprimer à ce sujet ?

RESSOURCES HUMAINES

9. Comment qualifieriez-vous le personnel qui s'est occupé de vous (gentil, professionnel, compétent, etc.) ?
10. Y avait-il assez de personnes pour s'occuper de vous ? Avez-vous dû attendre longtemps ?

APPROVISIONNEMENT

11. Avez-vous pu vous procurer les médicaments prescrits par le docteur ? Avez-vous dû payer pour les obtenir ?

SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE

12. Savez-vous où aller si un membre de votre famille a un problème de santé ?
13. Avez-vous l'impression d'être bien informé sur :
 - a. Vos droits
 - b. Les structures de santé existantes dans la région où vous habitez, et les services qui y sont délivrés
 - c. Les services de soins auxquels vous pouvez prétendre, comme les consultations prénatales, postnatales, etc.

ANNEXE 15 : GROUPE DE DISCUSSION : QUESTIONS POUR LES PARENTS D'ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS, LES PATIENTS DES CDS, LES BÉNÉVOLES ET LES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES

- La durée optimale d'un focus group se situe entre **une et deux heures**.
- L'effectif idéal d'un groupe de discussion focalisé se situe **entre six et huit participants**.
- Il est recommandé que les **individus ne se connaissent pas**.
- Nous recommandons ici de constituer des **groupes de discussion** de manière **homogènes (en genre et en âge)**
- Il est enfin recommandé d'effectuer plusieurs groupes de discussions avec le **même type de cible et le même guide d'entretien**

INTERVIEW GUIDE

Date (JJ, MM, AA)

____/____/____

Lieu _____

Noms type de participant (ex : parents, patients, ASC...)

IMPORTANT : Les questions ci-dessous seront choisies en fonction des cibles interrogées. 6 à 8 questions seulement doivent être choisies.

1. Quelles sont les principaux problèmes de santé dans la localité ?
2. Que pensez-vous de l'offre de santé dans votre localité? Est-elle suffisante, adéquate et de qualité ?
 - a. Si oui pourquoi ?
 - b. Si non pourquoi ?
3. Quels sont les freins à l'accès à la santé (barrières) pour la population ?
4. Quelles sont les solutions selon vous pour améliorer l'accès à la santé ?
5. Quelle est la participation des membres de la communauté dans le processus de décisions en matière de planification, et de mise en œuvre des programmes de santé ?
6. Quels sont les mécanismes d'implication de la communauté dans la santé au niveau communautaire ?
7. Quelles sont les différentes activités de santé auxquelles les membres de la communauté peuvent participer ?
8. Qu'est-ce qui les motive à participer à l'intervention ?
9. De quels recours dispose la communauté pour s'exprimer sur l'offre de santé (mécanisme de feedback) ?
10. Si vous étiez personnellement impliqué, comment contribueriez-vous à la mise en œuvre des activités de santé et de nutrition communautaires ?
11. Pour les activités en santé menées par la communauté : Quels sont les liens existants entre les différents groupes impliqués dans ces activités ?
12. Qui peut être impliqué dans la résolution des problèmes de santé dans la communauté ?
13. Quelles sont les autres ressources disponibles qui peuvent être utilisées pour résoudre ces problèmes ?
14. Quel pourrait être le rôle des guérisseurs traditionnels dans la résolution de ces problèmes ?
15. Avez-vous reçu une ou plusieurs formations en matière de santé ?
16. Quel rôle jouez-vous dans la dissémination de messages en santé ?
17. Quels sont les partenariats et les réseaux existants entre différentes organisations communautaires afin d'aborder des questions de santé / de nutrition dans cette localité ?
18. Possédez-vous des moyens pour faire remonter l'information aux autorités supérieures de façon efficace, surtout lors de chocs ?
19. Comment pensez-vous que les chocs devraient être préparés et gérés au niveau des CDS et de la communauté ?
20. Pouvez-vous estimer combien de consultations/ patients peuvent être vus par jour ?

ANNEXE 16 : DÉFINITION DES SEUILS AU NIVEAU DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

L'extrait qui suit est issu du 'Operational Guide – CMAM Surge Approach – 2016' de Concern Worldwide.

En fonction de la manière dont les seuils sont définis au niveau du District, il faudra peut-être aussi les définir au niveau des établissements de santé (ES).

Premièrement, le concept des "seuils" doit être présenté à l'équipe de santé : les seuils doivent refléter à la fois les capacités et la charge de travail de l'ES. Comme les capacités des ES sont très variables, chaque ES doit fixer ses propres seuils correspondant au degré de saturation des capacités de l'ES face aux augmentations du nombre de nouveaux cas. Un ensemble de facteurs influençant la capacité (par ex. le personnel disponible et sa qualification, la présence de travailleurs communautaires, etc.) et les registres des cas sont utiles pour fixer des seuils reflétant la réalité. On pourra également s'intéresser aux expériences des membres du personnel lorsqu'ils ont été confrontés à des besoins en services dépassant les ressources disponibles.

Les seuils fixés par les ES doivent être validés par le District et les partenaires, pour veiller à ce qu'ils soient établis de manière réaliste, autrement dit ni trop hauts, ni trop bas, ni trop rapprochés. Une démarche en 3 étapes est proposée pour guider le processus de définition des seuils et pour les confirmer.

NOMBRE MOYEN DE NOUVEAUX CAS PAR MOIS

- Quelle est la fourchette du nombre de nouveaux cas par mois au cours des années précédentes ?
- Quelle est la moyenne ?
- Comment le personnel a-t-il géré ce niveau de cas ?

CONVENIR DE VALEURS SEUILS POUR CHAQUE PHASE

À ce stade, les participants doivent avoir une bonne connaissance des capacités de l'ES et savoir à partir de combien de nouveaux cas l'ES sera surchargé. Les parties prenantes de l'ES doivent discuter et débattre des seuils qui leur semblent adaptés, exprimés en nombre de nouveaux cas pour cet ES et pour chaque phase – normal, alerte, sérieuse et urgence. Les parties prenantes de l'ES doivent atteindre un consensus pour les valeurs de chaque seuil.

Pour faciliter ce processus, on pourra utiliser les descriptions des phases (voir ci-dessous) tout en gardant à l'esprit qu'atteindre les phases "sérieuse" et "urgence" ne doit arriver que très rarement (environ une fois tous les 2 ans pour la phase "sérieuse" et une fois tous les 8 ans pour la phase "urgence"), et donc n'est pas un but en soi.

PHASE	DESCRIPTION POUR L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ
NORMALE	Lorsque le personnel de l'ES peut faire face à sa charge de travail et dispose d'une quantité suffisante de ressources pour répondre à la demande de services. Durant cette phase, il y a du temps pour tenter de renforcer la prestation de services, y compris la formation du personnel, ainsi que les congés du personnel, les réparations des infrastructures, etc.
ALERTE	Lorsque les membres du personnel de l'ES commencent à être surchargés en raison de la demande accrue de soins, mais qu'ils peuvent faire face à la situation en se réorganisant de manière à se concentrer sur les priorités clés avec un soutien externe minimal; cette phase peut entraîner une légère simplification des procédures ou une modification des tâches afin d'améliorer l'efficacité. Durant cette phase, l'ES devrait être en mesure d'accéder facilement à des approvisionnements supplémentaires, selon les besoins.
SÉRIEUSE	Lorsque le personnel de l'ES est surchargé en raison du nombre de cas accrus de demande de soins et qu'il a besoin d'un soutien supplémentaire de la part de l'EGSD/de partenaires pour répondre aux demandes de manière appropriée ; il s'agit du cas où une réorganisation au sein même de l'ES et la mobilisation des propres ressources de l'ES ne sont pas suffisantes pour faire face à la situation.
URGENCE	Lorsque les membres du personnel de l'ES sont tellement surchargés qu'un soutien supplémentaire encore plus important est requis de la part de l'EGSD et des partenaires afin de a) veiller à ce que les services de soins fonctionnent efficacement et à plein régime et b) faire en sorte que la population soit en mesure d'accéder aux services appropriés de manière opportune. Un support considérable en ressources de la part des partenaires est probable (p. ex. ressources humaines supplémentaires, soutien à la chaîne d'approvisionnement, infrastructures et équipement). Un soutien supplémentaire de la part des partenaires sera, dans l'idéal, fourni à travers l'EGSD, mais si celle-ci est elle-même débordée, un soutien direct aux ES sera peut-être requis.

Table 1 Description des phases pour les établissements de santé.

CONFIRMATION DES SEUILS

Les parties prenantes de l'ES confirment le caractère approprié des seuils convenus en les comparant à des seuils standards calculés de manière objective. Pour cette étape de confirmation, le facilitateur du District devra présenter et expliquer les seuils standards qui seraient plus ou moins appropriés, s'ils sont établis par des moyens purement objectifs, c.à.d. calculés à partir du nombre normal de nouveaux cas par mois, comme dans les tableaux ci-dessous. Les exemples de seuils indiqués ici concernent des exemples pour un nombre de cas élevé et pour un nombre de cas faible. Le graphique ci-dessous correspond au scénario du nombre de cas faible de malnutrition (figure extraite du Guide sur la PCMA de Concern Worldwide), et peut être repris pour le nombre de cas global dans le cadre du présent travail de RSS.

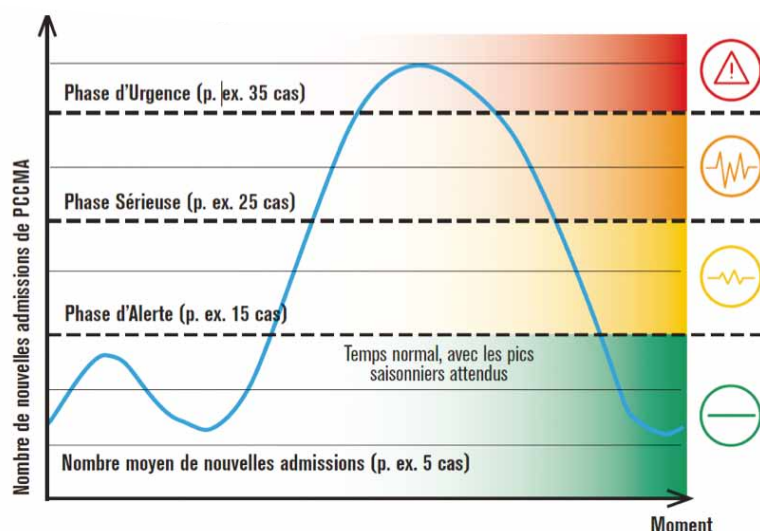


Figure 1 Exemple de phases et valeurs seuil pour la malnutrition - Dans notre cas nous nous focaliserons sur le nombre de nouveaux cas global

Lors de cet exercice, les parties prenantes doivent calculer de manière objective les valeurs des seuils des ES à partir du nombre normal réel de nouveaux cas.

Tableau 1: Établir des seuils par le calcul - Exemple de nombre d'admissions faible

Phase	Exemple de seuils pour un nombre d'admission faible: 10 nouvelles admissions de MAS/mois
Normale	Jusqu'à 3 x normal # de nouvelles admissions De: 0 A: 30
Alerte	3-5 x normal # de nouvelles admissions De: 31 A: 50
Sérieuse	5-7 x normal # de nouvelles admissions De: 51 A: 70
Urgence	7 x normal # de nouvelles admissions et au-delà De: 71 A: Au-delà de

Tableau 2: Établir des seuils par le calcul - Exemple de nombre d'admissions élevé

Phase	Exemple de seuils pour un nombre d'admission élevé : 100 nouvelles admissions de MAS/mois
Normale	Jusqu'à 1.5 x normal # de nouvelles admissions De: 0 A: 150
Alerte	1.5-2 x normal # de nouvelles admissions De: 151 A: 200
Sérieuse	2-3 x normal # de nouvelles admissions De: 201 A: 300
Urgence	3 x normal # de nouvelles admissions et au-delà De: 301 A: Au-delà de

Figure 2 Tableaux pour calcul des valeurs seuils. Ici les nouvelles admissions sont comptabilisées, dans notre cas on comptabilisera les nouveaux cas

Les parties prenantes doivent examiner ces seuils calculés et les comparer aux seuils convenus lors de l'étape précédente.

- En quoi les seuils calculés diffèrent des seuils convenus?
- Les parties prenantes estiment-elles encore que leurs seuils ont été établis de façon appropriée ou veulent-elles les modifier ?
- Y a-t-il des différences importantes qui peuvent être expliquées par les capacités de l'ES?

S'il est acceptable qu'il y ait des différences, les raisons pour lesquelles on choisit un seuil beaucoup plus haut ou beaucoup plus bas que la valeur calculée de manière objective, doivent faire l'objet d'une discussion et être documentées.

Cette méthode de calcul qui aide à fixer les seuils doit être utilisée comme guide uniquement pour confirmer les valeurs des seuils et n'est pas censée être utilisée pour fixer les seuils à proprement parler. Il est important que l'établissement des valeurs des seuils prenne en compte les capacités de l'ES comme indiqué au point 2.

NOTE

ANNEXE 17 : MATRICE DES INDICATEURS

La matrice des indicateurs (format excel) est disponible à la demande et dans la boîte à outils proposée en sus de ce document.

ANNEXE 18 : LISTE DES INDICATEURS DE RÉFÉRENCE

CATÉGORIES	NOMBRE D'INDICATEURS
Gouvernance	30
Formulation politique et planification	12
Capacité d'évaluation/ niveau d'information	2
Participation sociale et réactivité du système	8
Responsabilité	5
Réglementation	3
Financement	12
Mise en commun et allocation des ressources financières. Formulation du budget gouvernemental et allocation.	8
Cofinancements	3
Accès universel à la santé	1
RH	20
Politiques	3
Planification	6
Gestion des performances	2
Formation et éducation	9
Approvisionnement	18
Politiques pharmaceutiques, lois et règlements	6
Mise en œuvre effective de l'approvisionnement	9
Gestion partagée des approvisionnements	3
Prestation des services	22
Disponibilité et continuité des soins	4
Couverture et accès aux services de la SRMNE	4
Utilisation	5
Assurance de la qualité	6
Participation de la communauté à la prestation des services	3
SIS	12
Intégration des services de la SRMNE dans le SIS	9
Suivi et évaluation	3
TOTAL	114

ANNEXE 19 : GUIDE D'UTILISATION DE LA MATRICE

INFORMATIONS GÉNÉRALES

PRÉSENTATION DES DIFFÉRENTS ONGLETS

TITRE DE(S) L'ONGLET(S)	DESCRIPTION	ÉTAPE(S) DE LA MÉTHODE RSS CONCERNÉ(S)
O. Instructions	Guide d'utilisation général de la matrice : Présentation des instructions pour l'utilisation de la matrice	Tous
A. Gouvernance B. Financement C. RH D. Approvisionnement E. Prestations de services F. SIS	Une onglet est disponible pour chacun des 6 blocs du système de santé et présente une liste d'indicateurs à noter pour évaluer la situation du District sanitaire	Étape 5 - Phase de consensus
G. Résultats indicateurs clés	Présentations des résultats de la notation des 22 indicateurs clés	Étape 5 - Phase de consensus Étape 6 - Priorisation commune
H. Résultats indicateurs chocs	Présentations des résultats de la notation des indicateurs liés aux chocs	
I. Résultats piliers	Présentations des résultats de la notation pour l'ensemble des piliers	
J. Priorisation	Notation et priorisation des indicateurs sélectionnés	Étape 6 - Priorisation commune

PRÉSENTATION DU CODE COULEUR

	Indicateurs clés
	Indicateurs chocs
	Colonnes à remplir pendant l'atelier
	Colonnes donnant des informations aux participants, pouvant être modifiées par le comité de pilotage pendant les phases de préparation, mais à NE PAS modifier pendant l'atelier par les participants

PRÉSENTATION DU CODE COULEUR UTILISÉ POUR LA NOTATION DES INDICATEURS

2.25 à 3.0 (75% -100%)	Très adéquate
1.5 à 2.24 (50%-74%)	Adéquate
0.75 à 1.49 (25%-49%)	Présent mais pas adéquate
0 à 0.74 (0 %-24%)	Pas adéquate du tout

GUIDE D'UTILISATION DES ONGLETS A À F

Correspondants à l'étape 5 : Phase de consensus

Les six onglets relatifs aux 6 piliers du système de santé vont permettre aux participants de l'étape 5 d'exprimer leur point de vue et de noter les indicateurs proposés pour chaque pilier.

Le tableau ci-dessous permet de comprendre la manière dont chaque colonne sera remplie (c'est le mode d'emploi)

- soit lors de la phase de préparation de l'atelier : ceci afin d'apporter le plus de renseignement possible sur l'indicateur en question
- Soit lors de l'atelier lui-même lorsque le recueil des notations des indicateurs sera réalisé.

	Si besoin, à adapter pendant la préparation à l'atelier				A compléter pendant la préparation à l'atelier			A compléter pendant l'atelier			A compléter pendant l'atelier	
	Pilier	Indicateur de référence	Précisions	Très satisfaisant	Satisfaisant	Existant mais pas satisfaisant	Pas du tout satisfaisant	Présence et durabilité de l'aide extérieure	Résultats donnés primaires & secondaires	Réponses des participants	Moyenne	Commentaires sur les discussions autour de la notation (désaccords, débats, etc.)
Informations sur chaque colonne	Description du pilier	Description de l'indicateur de référence pour chaque pilier	Précisions importantes pour la compréhension de l'indicateur	3	2	1	0	Définitions présentes dans la matrice Un menu déroulant est disponible pour évaluer la présence et la durabilité de l'aide extérieure qui concerne chaque indicateur. Cela permet de mieux évaluer le véritable niveau du District par rapport à l'indicateur. Les différentes options sont: - Pas d'aide - Soutien des acteurs au DS - court-terme - Soutien des acteurs au DS - long-terme - Substitution des acteurs au DS - court-terme - Substitution des acteurs au DS - long-terme Une définition des termes est décrite ci-dessus, et un code couleur automatique est inclu.	Les résultats pertinents obtenus pendant les étapes 2 & 3 sont décrits ici, pour aider les participants à noter correctement et de façon réaliste les différents indicateurs. Des colonnes sont prévues pour que chaque participant puisse noter l'indicateur. Si besoin, d'autres colonnes peuvent être ajoutées.	Calcul automatique de la moyenne des scores pour chaque indicateur Calcul automatique de la moyenne des scores pour chaque pilier	Cette colonne, fournit des informations qualitatives sur la notation de l'indicateur. Les points majeurs de la discussion qui a lieu pendant l'atelier sur la notation doivent être inclus. Si les participants sont en désaccords, cela doit être mentionné.	5. Pendant l'atelier, les participants doivent remplir cette colonne, pour fournir des informations qualitatives sur la notation de l'indicateur.
Instructions d'utilisation / remplissage de chaque colonne. Suivre la numérotation pour l'ordre des actions.	1. Pendant la préparation de l'atelier, le comité de pilotage doit (si besoin) ajuster les indicateurs de référence et les précisions par rapport au contexte.	3. Pendant la préparation de l'atelier, le comité de pilotage doit remplir cette colonne pour chaque indicateur en se basant sur les informations primaires et secondaires collectées.	2. Pendant la préparation de l'atelier, le comité de pilotage doit remplir cette colonne pour chaque indicateur avec les résultats des données primaires & secondaires. Lorsque les informations décrites sont critiques, la cellule est colorée en rouge. Les informations doivent aider à la notation des indicateurs.	4. Pendant l'atelier, les participants doivent noter chaque indicateur, en s'aidant des informations présentes dans toutes les colonnes de gauche. Il n'est pas nécessaire de remplir toutes les cellules. Par exemple si tout le groupe est d'accord pour noter un indicateur avec un score de 2, le 2 peut n'être marqué qu'une seule fois.	5. Pendant l'atelier, les participants doivent remplir cette colonne, pour fournir des informations qualitatives sur la notation de l'indicateur.							

GUIDE D'UTILISATION DES ONGLETS G À I

Correspondants à l'étape: Phase de consensus - Instructions.

Les informations ci-dessous sont à utiliser durant la phase de triangulation des résultats.

Les onglets résultats présentent les résultats obtenus lors de l'atelier de notation ils ne doivent pas être modifiés (des formules permettent de visualiser automatiquement les résultats et pourraient être endommagées en cas de changement effectué sur ces onglets).

Trois onglets sur les résultats sont disponibles:

- G. Résultats des indicateurs clés
- H. Résultats des indicateurs chocs
- I. Résultats des piliers

Pour chaque indicateur, les scores obtenus sont présentés, et un code couleur aide à la visualisation. Les résultats sont aussi présentés graphiquement, avec un diagramme en barre (G. Indicateurs clés), et des radars (H. Résultats des indicateurs chocs, et I. Résultats des piliers). Ces résultats seront utilisés lors de l'étape de triangulation.

GUIDE D'UTILISATION DE L'ONGLET J

Étape 6 : Priorisation commune – Instructions

Le travail de cette étape se fait dans l'onglet J : 'Priorisation'. Le mode d'emploi pour remplir le tableau proposé dans cet onglet est disponible au travers du tableau ci-dessous.

	Pilier	Indicateur de référence	Précisions	Commentaires sur les discussions autour de la notation (désaccords,	Moyenne des scores des indicateurs	A COMPLETER pendant l'atelier				Total
						Critères de priorisation				
						A compléter	A compléter	A compléter	A compléter	
Informations sur chaque colonne	Description du pilier	Description des indicateurs de référence pour chaque pilier	Précisions importantes pour la compréhension de l'indicateur	Cette colonne, fournit des informations qualitatives sur la notation de l'indicateur. Les points majeurs de la discussion qui a lieu pendant l'atelier sur la notation doivent être inclus. Si les participants sont en désaccords, cela doit être mentionné.	Moyenne des scores des indicateurs obtenus durant le step 5	Ligne supérieur: Description des critères définis par le comité de pilotage et les partenaires pour prioriser les différents indicateurs.				Calcule automatiquement le total des scores, à NE PAS modifier
						Ligne de dessous: Notation des indicateurs selon leur priorité. La notation se fait de la façon suivante: - Faible priorité: (1) - Priorité moyenne: (2) - Forte priorité: (3)				
Instructions d'utilisation/ remplissage de chaque colonne. Suivre la numérotation pour l'ordre des actions.	<u>1.</u> Seulement les indicateurs (clés, liés au chocs, et autres) ayant <u>un score inférieur à 0,74 (rouge)</u> doivent être listés dans cet onglet. Lors de la préparation de l'atelier ces indicateurs (score inférieur à 0,74) doivent être ajoutés ans l'onglet 'J. Priorisation', et les différentes colonnes complétées pour chacun des indicateurs ajoutés. Les indicateurs ayant un score supérieur à 0,75 NE SONT PAS considérés ici.					<u>2.</u> Après validation avec les partenaires, inclure dans l'onglet 'J. Priorisation' l'intitulé des critères de priorisation qui ont été définis pour noter et prioriser les indicateurs avec un faible score.				
						<u>3.</u> Procéder à la priorisation des indicateurs en notant tous les critères de priorisation pour chaque indicateur. Les informations présentés dans les colonnes de gauche pourront aider à la notation des critères de priorisation.				

ANNEXE 20 : STRUCTURE DU RAPPORT DU DIAGNOSTIC

Le rapport devrait être rédigé en suivant le plan ci-dessous :

RÉSUMÉ

Brève description de l'évaluation présentant les principales conclusions

TABLE DES MATIÈRES

PRÉSENTATION / CONTEXTE

Brève description du contexte

Raisons pour conduire cette évaluation

Objectifs de l'évaluation

MÉTHODOLOGIE

- Calendrier de l'évaluation
- Composition et formation de l'équipe d'évaluation
- Collecte des informations *secondaires* (sources et processus)
- Collecte des informations *primaires*
 - Observation directe (processus de sélection et d'observation des centres de santé)
 - Entretiens individuels (informateurs clés et critères de sélection utilisés)
 - Discussions de groupes (Description de la composition des groupes et du processus de sélection)
- Analyse des risques et des capacités
 - Analyse des chocs de type 1 et 2 en précisant la nature, la survenance, la magnitude, les causes et les conséquences sur le système de santé
 - Analyse de la capacité de préparation et de réponse du District face à ces chocs
 - Définition des seuils pour le District
- Atelier de diagnostic
 - Participants et moments phares de l'atelier

RÉSULTATS

- Contraintes pratiques de l'évaluation
- Évaluation du système de santé
 - Présentation des forces et des faiblesses du système de santé. Présentation des résultats par thème d'évaluation, classés en *forces*, *faiblesses*, *opportunités* et *menaces*. Inclure les conclusions qualitatives et quantitatives.
 - Présentation des résultats de l'analyse des risques, avec les seuils des districts.
 - Liste, description et justification des faiblesses prioritaires.

CONCLUSIONS

Conclusions de l'évaluation du système de santé

RECOMMANDATIONS

Suggestions de stratégie (possible) de scénario d'intégration et/ou perspectives pour la conception/l'ajustement de l'intervention.

ANNEXE 21 : THÉORIE DU CHANGEMENT ET LFA

ARBRE CAUSAL	ARBRE À SOLUTIONS	VERSION FINAL DU LFA
ÉTAPE 7 Construction de l'arbre causal, les trois niveaux des causes doivent être identifiés : • Causes immédiates : Prestations de services • Causes sous-jacentes : Ressources humaines, Système d'information de la santé, Approvisionnement • Causes Basiques : Gouvernance, Financement	ÉTAPE 8 En calquant l'arbre causal, on construit l'arbre à solutions. Pour chaque cause on cherche une (des) solution(s). Ensuite les solutions sont traduites en objectifs par le Comité de pilotage. Le résultat de cette étape est un LFA provisoire.	ÉTAPES 9 & 10 • Application de la théorie du changement. • Durant l'étape 9, les partenaires cherchent en interne des activités pour atteindre chaque objectif. • Pendant l'atelier 3 (étape 10) les activités ont été définies en utilisant la méthode R2S (Renforcement, Soutien et Substitution). • À la fin de l'atelier, le LFA final est disponible.
FOCUS Identifier les causes	FOCUS Identifier les solutions et les traduire en objectifs	FOCUS Identifier les activités R2S

ANNEXE 22 : COMMENT CONSTRUIRE UN ARBRE CAUSAL ?

Cette annexe est basée sur un document publié par la FAO qui explique en détail comment construire les arbres causaux dans le domaine de la malnutrition¹.

INSTRUCTIONS POUR CONSTRUIRE LES ARBRES CAUSAUX

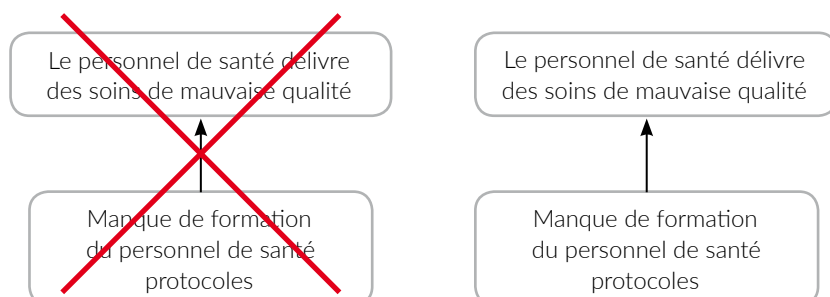
Les arbres causaux sont des outils visuels d'analyse de problème, en vue de spécifier et d'examiner les causes d'un problème et de relever les liens entre ces causes. Les arbres à causes sont construits à partir de ce principe de base.

Dans l'approche RSS que nous proposons, l'analyse des causes commence par les goulots d'étranglement liés à la prestation de services, puis ceux liés aux RH, puis à l'approvisionnement, au SIS et enfin à ceux liés au financement et à la gouvernance. On cherche les causes associées et on les positionne sur le schéma en respectant la hiérarchie des causes.

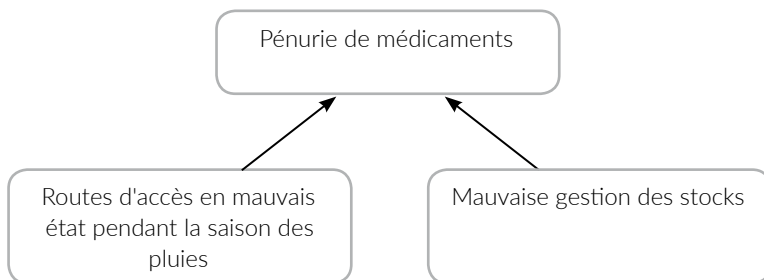
- Si les mêmes causes ont été identifiées pour un autre goulot, elles peuvent d'ores et déjà être incluses dans l'arbre et cartographiées. Il faudra tracer clairement les liens entre les niveaux et les causes.
- Les goulots d'étranglement prioritaires appartenant aux autres piliers se retrouveront probablement dans les causes sous-jacentes et les causes basiques de l'arbre causal des goulots d'étranglement de la prestation de services.
- Une fois que l'arbre de ce goulot d'étranglement est accepté, on choisit un autre goulot du pilier prestation de services et on recommence l'exercice. Les liens avec les arbres précédents doivent être examinés.

Conseils pratiques pour le facilitateur pour guider la construction des arbres causaux :

- **Matériel nécessaire**
 - Plusieurs feuilles de papier brun (2m x 1,50m), ou plusieurs grandes feuilles de papier blanc (environ 5)
 - Des cartes bristol ou post-its de 3 couleurs différentes (environ 5 par goulot d'étranglement et par groupe)
 - Des rouleaux de ruban adhésif (3 ou 4)
 - Des marqueurs pour écrire
 - Un tableau à feuillets mobiles sur chevalet
- Distribuer les cartes/post-its à chaque groupe. Les différentes couleurs correspondent à chaque type de cause (immédiate, sous-jacente et basique). Demander aux groupes d'y noter les cause qui, selon eux, sont les principales causes du goulot d'étranglement. Ils doivent respecter les consignes suivantes :
 - Une seule cause par carte
 - Écrire des phrases courtes à la forme négative
 - Utiliser la bonne couleur pour chaque type de cause
- Le facilitateur doit veiller à ce que les participants écrivent des causes suffisamment précises qui ne soient pas trop génériques.
- Le facilitateur place une carte avec un goulot d'étranglement en haut d'une grande feuille/sur le mur, et l'arbre sera construit en dessous.
- En suivant les suggestions des participants, le facilitateur place ensuite les cartes dans l'arbre causal. Le rôle de l'animateur est de stimuler la discussion et le débat, et non de construire l'arbre causal lui-même ! Il veillera à ce que tout le monde participe.
- Le facilitateur doit aider les participants à organiser les cartes afin d'aboutir à un arbre causal bien structuré, qui respecte la hiérarchie des causes. Il est essentiel d'avoir une séquence logique entre causes et effets, sinon, par la suite, il sera difficile de construire un arbre à solutions pertinent et donc de développer une stratégie efficace.
- Attention à respecter correctement les chaînes de causalité, par exemple :

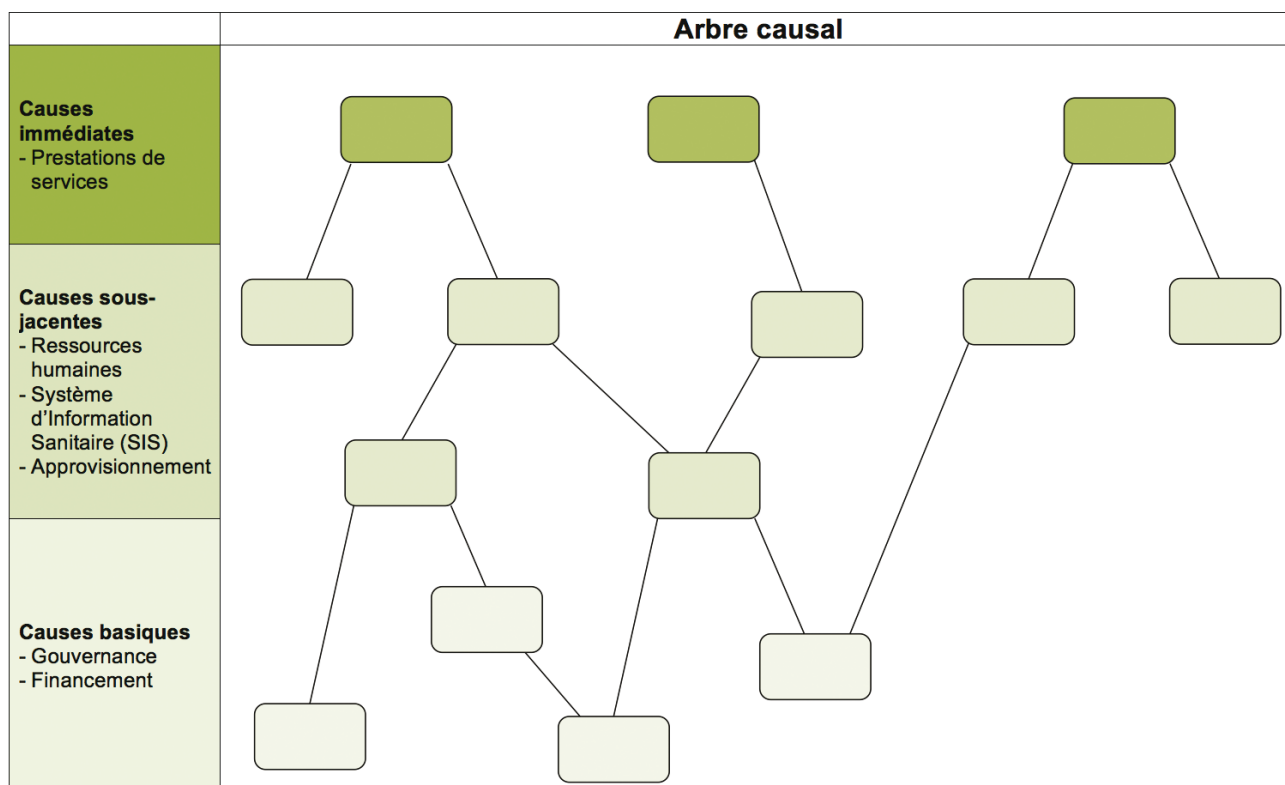


- Un problème peut avoir plusieurs causes, par exemple :

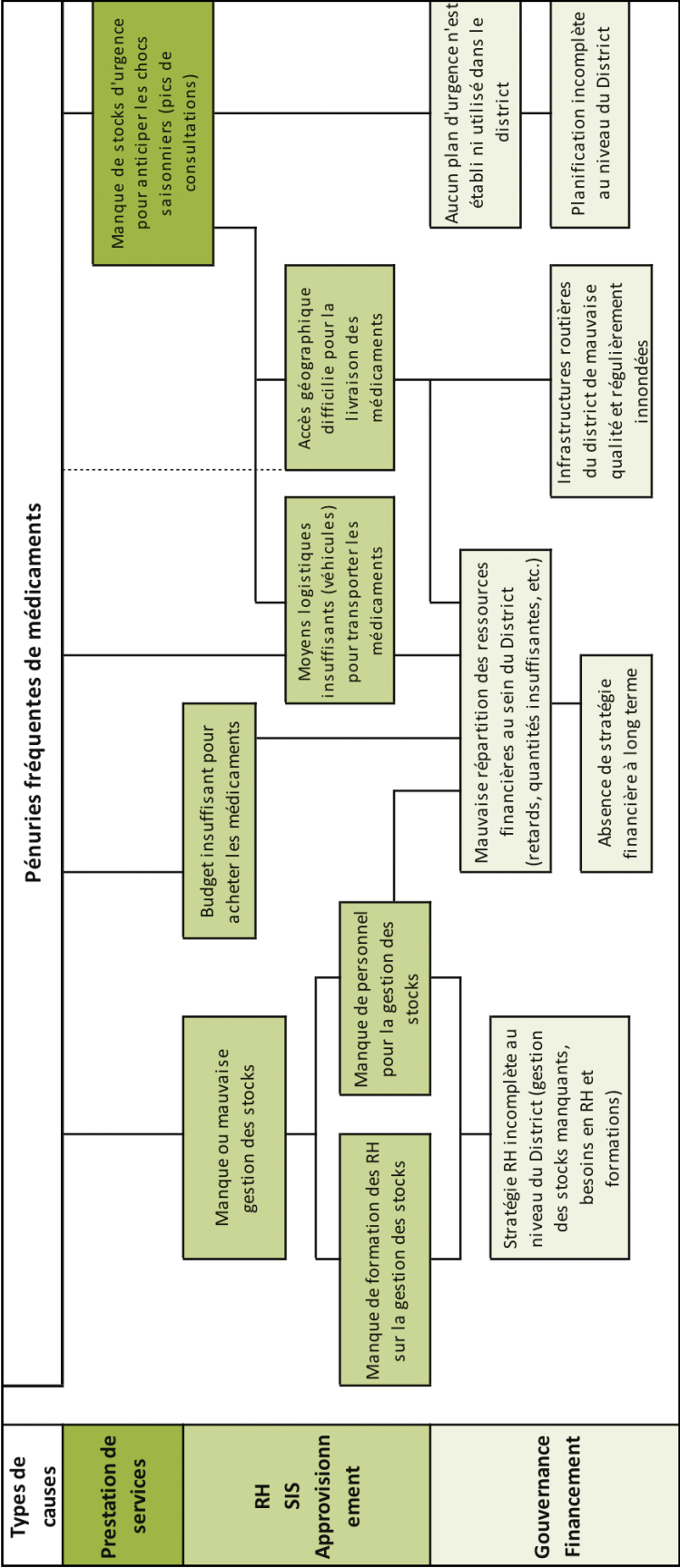


- Veiller à ce qu'il ne manque pas des maillons dans la chaîne de causalité.
- Après avoir positionné toutes les cartes dans l'arbre, une relecture globale est essentielle afin de s'assurer qu'il n'y ait pas de séquences illogiques ou qu'il ne manque pas de maillons ou de cartes. On peut tracer des flèches entre les cartes afin de mieux visualiser les liens de causalité.

FORMAT OF THE CAUSAL TREE TO BE USED



EXAMPLE OF CAUSAL TREE



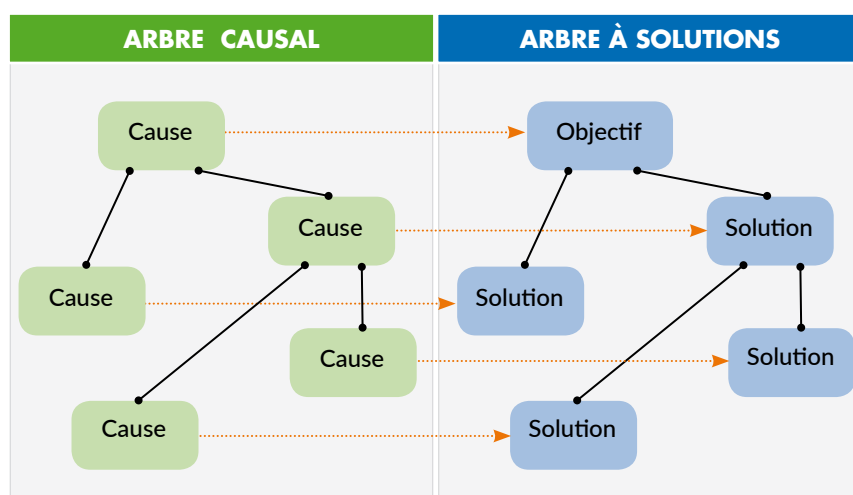
ANNEXE 23 : COMMENT CONSTRUIRE UN ARBRE À SOLUTIONS ?

Cette annexe est basée sur un document publié par la FAO qui explique en détail comment construire les arbres causaux dans le domaine de la malnutrition¹.

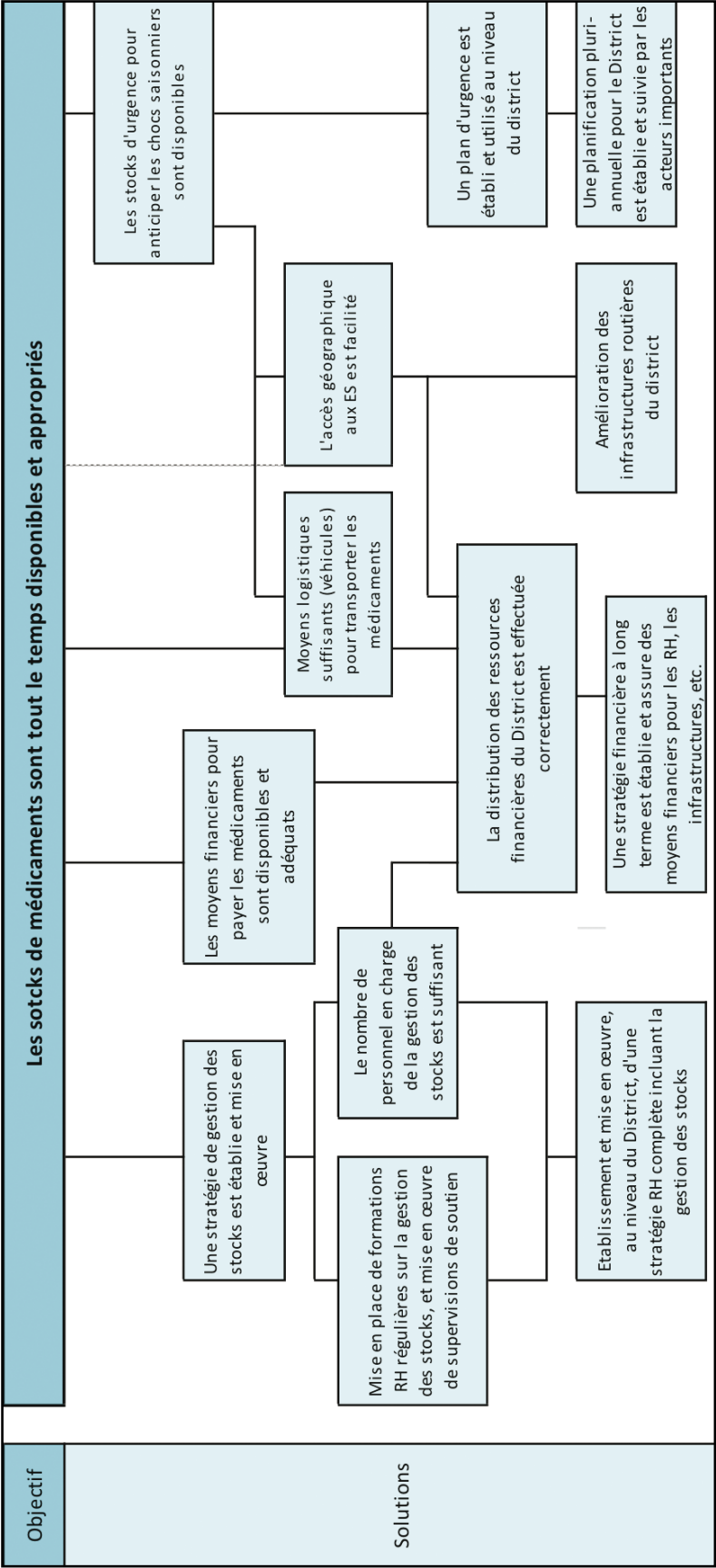
INSTRUCTIONS POUR CONSTRUIRE LES ARBRES À SOLUTIONS

- Le principe consiste à calquer la structure des arbres causaux construits à l'étape précédente et à réutiliser cette structure pour identifier les solutions.
- Pour chaque cause, on propose une solution en transformant la phrase négative en phrase affirmative (par ex. "Manque de participation" devient "Large participation").
- Après avoir préparé une carte-solution pour chaque carte-cause, il est nécessaire d'ajouter d'autres cartes afin de spécifier davantage les interventions requises pour mettre en place les solutions proposées et atteindre les objectifs fixés.
- Les solutions trouvées pour les causes immédiates peuvent être traduites en objectifs.
- **Matériel nécessaire :**
 - Plusieurs feuilles de papier brun (2m x 1,50m), ou plusieurs grandes feuilles de papier blanc (environ 5)
 - Cartes ou post-its
 - Des rouleaux de ruban adhésif (3 ou 4)
 - Des marqueurs pour écrire
 - Un tableau à feuillets mobiles sur chevalet

MODÈLE POUR LA CONSTRUCTION DES ARBRES À SOLUTIONS



EXEMPLE D'ARBRE À SOLUTIONS



ANNEXE 24 : OUTIL POUR LA PRÉPARATION INTERNE DES PARTENAIRES

Pour chaque solution, on définit un ensemble d'activités sur plusieurs années. Utiliser la méthode R2S.

		ANNÉE 1	ANNÉE 2	ANNÉE 3
URGENCE	Substitution	Vaccination de la population contre la rougeole effectuée par un partenaire extérieur	Vaccination de la population contre la rougeole par un partenaire extérieur dans les zones les plus vulnérables	
	Soutien			Distribution de vaccins contre la rougeole dans les établissements de santé par des partenaires extérieurs dans les zones les plus vulnérables
	Renforcement			
SÉRIEUX	Substitution			
	Soutien	Distribution de vaccins contre la rougeole dans les établissements de santé par des partenaires extérieurs	Distribution de vaccins contre la rougeole dans les établissements de santé par des partenaires extérieurs dans les zones les plus vulnérables	La distribution des vaccins contre la rougeole est confiée au MS pour les établissements de santé des zones les plus vulnérables
	Renforcement		Idem phase normale	Idem phase normale
ALERTE	Substitution			
	Soutien	Distribution de vaccins contre la rougeole dans les établissements de santé par des partenaires extérieurs		
	Renforcement	Idem phase normale	Idem phase normale	Idem phase normale
NORMAL	Substitution			
	Soutien			
	Renforcement	Élaboration d'un plan national intégré dans la stratégie de politique sanitaire pour assurer la disponibilité et la distribution à temps de vaccins contre les principales maladies mortelles. Développer la capacité du MS à gérer la distribution de vaccins dans toutes les zones.	Début de la mise en œuvre du plan et du S&E. Développer la capacité du MS à gérer la distribution de vaccins dans toutes les zones.	Poursuivre la mise en œuvre du plan, du suivi et des éventuels ajustements

INSTRUCTIONS :

- Les encadrés grisés indiquent l'ordre dans lequel il faut remplir les cases.
- Les flèches bleues indiquent l'évolution des activités au fil des années.
- Les flèches vertes montrent comment les activités des phases supérieures dépendent de celles des phases inférieures.

Premièrement, on définit les activités de la phase normale pour la première année de la période pluri-annuelle. On discute d'abord des activités de renforcement et, si besoin, on décrit aussi celles de soutien et de substitution.

Ensuite, on définit les activités de la phase normale pour la deuxième année, en fonction de celles de la première année (flèches bleues).

Puis, celles de la phase normale pour la troisième année, en fonction de celles des années précédentes (flèches bleues).

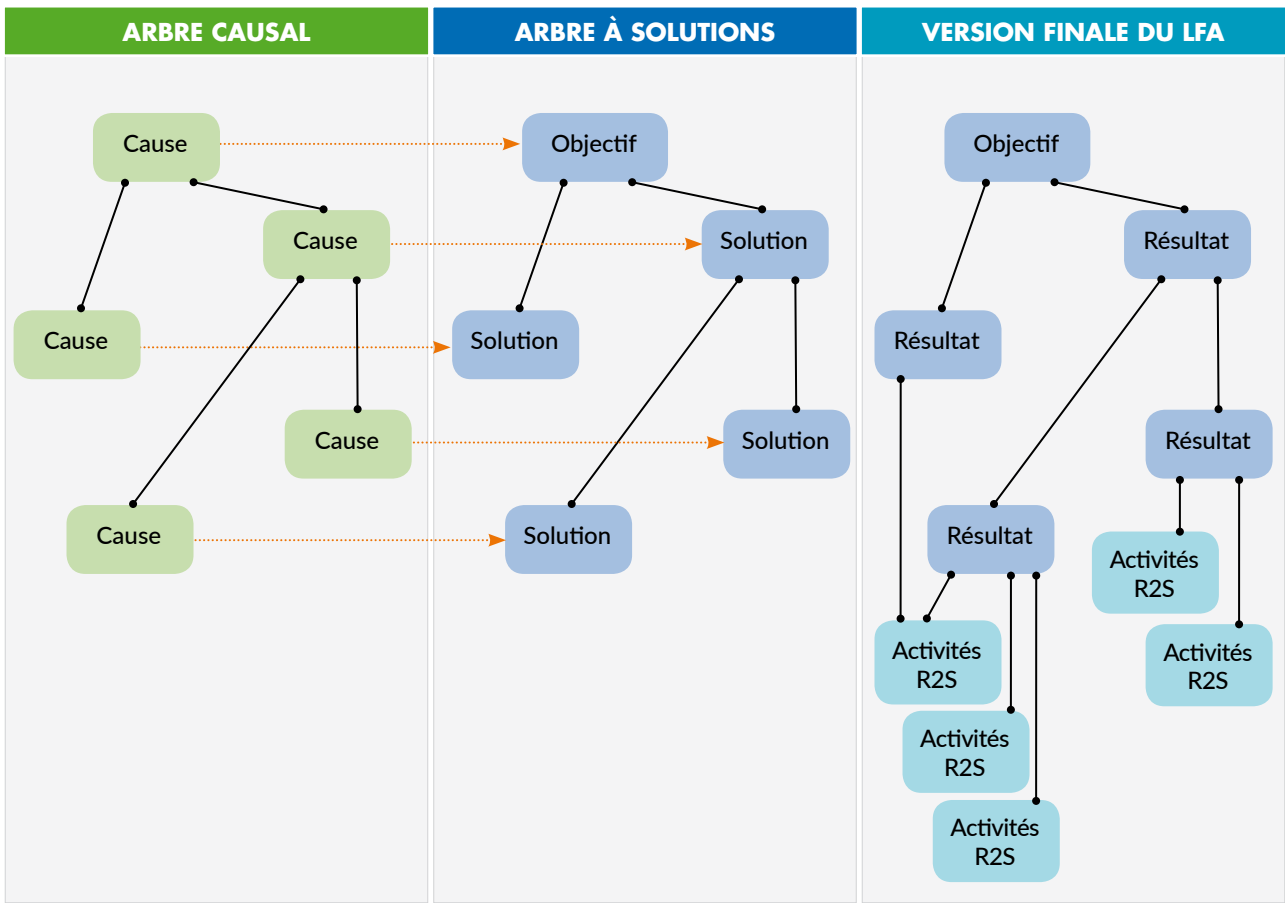
On suit le même ordre pour la phase d'alerte, en fonction des activités de la phase normale et des années précédentes (flèches vertes). On procède de même pour la phase "Sérieux" (flèches vertes) et pour la phase "Urgence" (flèches vertes).

ANNEXE 25 : COMMENT DÉVELOPPER UN LFA ?

INSTRUCTIONS POUR CONSTRUIRE UN LFA (CADRE LOGIQUE)

- Les principales solutions ont été identifiées lors des étapes antérieures
- Pour chaque résultat, on définit les activités de renforcement, de soutien et de substitution. Utiliser la méthode R2S.
- L'annexe 24 peut également être utilisée ici.

FORMAT À UTILISER POUR LA COMPRÉHENSION GLOBALE DE LA LOGIQUE



FORMAT À UTILISER POUR LA CONSTRUCTION DU CADRE LOGIQUE

En fonction des résultats du diagnostic et des arbres à solutions, on doit identifier les trois types d'activités (renforcement, soutien, substitution) qui permettront d'atteindre les objectifs.

Objectif Principal	
Objectif Spécifique	
Résultat Attendu 1	
Activités de renforcement	
Activités de soutien	
Activités de substitution	
Résultat Attendu 2	
Activités de renforcement	
Activités de soutien	
Activités de substitution	
Résultat Attendu 3	
Activités de renforcement	
Activités de soutien	
Activités de substitution	

EXEMPLE DE LFA (CADRE LOGIQUE)

Cet exemple reprend les exemples traités dans les annexes 22 et 23

Objectif principal	Accès amélioré aux services de santé du District
Objectif Spécifique	Le système de santé au niveau du District est renforcé
Résultat Attendu 1	Les stocks de médicaments sont tout le temps disponibles et appropriés
Activités de renforcement	Développement d'un plan pluriannuel pour le District 1. Accompagner l'EGSD dans le développement d'un plan complet pour le District sur plusieurs années 2. S'assurer que les acteurs sont impliqués et respectent le processus 3. S'assurer qu'un plan d'urgence est développé de manière efficace Amélioration de la stratégie RH au niveau du District, dont : 1. Pré-positionnement des RH dédiées à la gestion des stocks 2. Formations et supervisions de soutien sur la gestion des stocks Amélioration des lignes budgétaires concernant l'approvisionnement, dans le budget santé du District, dont : 1. Prévision des dépenses liées aux moyens logistiques nécessaires (transport et stockage) 2. Prévision des dépenses liées aux médicaments 3. Variations saisonnières et chocs Stratégies de plaidoyer pour : 1. L'augmentation du budget alloué au District (au niveau régional et national) 2. L'amélioration des infrastructures routières
Activités de soutien	Mise en œuvre du plan d'urgence du District 1. Soutien à la mise en place de stocks d'urgence Soutien à la mise en œuvre de la stratégie RH au niveau du District, dont : 1. Soutien au financement des RH dédiées à la gestion des stocks 2. Mise en place de formations et de supervisions de soutien sur la gestion des stocks Soutien pour les fins de parcours des livraisons : 1. Soutien au transport de médicaments du District 2. Gestion des stocks Mise en œuvre de l'amélioration des routes
Activités de substitution	Lors des pics de consultations, les partenaires extérieurs géreront toutes les livraisons de médicaments depuis l'achat jusqu'à l'administration aux patients (ils remplaceront les autorités du district sanitaire).

ANNEXE 26 : PRINCIPALES ÉTAPES POUR ÉLABORER UNE STRATÉGIE DE PLAIDOYER

Le tableau suivant décrit les 7 étapes pour élaborer une stratégie de plaidoyer et explique comment faire pour chaque étape. La description complète de la méthodologie ainsi qu'une liste d'outils de plaidoyer sont disponibles dans la *Boîte à outils ACF pour le plaidoyer*.

EXPLICATION DU PROBLÈME	ÉTAPES	DESCRIPTION
QUOI : Quel changement voulons-nous apporter ? Il s'agit de déterminer ce qui ne va pas et ce qu'il faut changer (analyse du contexte et du problème). Il est important de fournir des éléments de preuves solides et d'être clair sur ce qui doit être stoppé, par rapport à ce qui doit changer, et quelles solutions alternatives peuvent être adoptées (objectifs).	1. Analyse du contexte et du problème grâce à l'évaluation des capacités du SS	Utiliser les informations primaires et secondaires recueillies pour identifier : • Quel est le problème et comment il est lié à des lacunes ou à un manque de cadre politique ou institutionnel • Quelles sont les opportunités pour provoquer le changement : existence d'un processus politique national, d'engagements internationaux et nationaux, etc.
	2. Définition d'objectifs spécifiques de plaidoyer	a. Prioriser en fonction de plusieurs critères : existence de leviers pour le changement par le plaidoyer, les opportunités, l'expertise, les preuves existantes, les risques potentiels b. Formuler un objectif de plaidoyer : un objectif de plaidoyer doit être SMART et doit expliquer : quel est le changement ciblé, quelle est la solution proposée, qui peut apporter ce changement et quand.
QUI peut faire advenir le changement ? Il s'agit de s'interroger sur les personnes qui ont le pouvoir de provoquer le changement voulu et les personnes qui peuvent être de potentiels alliés et opposants (analyse des parties prenantes, les cibles et les alliés). Il est important de comprendre la manière dont ils sont impliqués dans la prise de décision (analyse des pouvoirs).	3. Analyse des parties prenantes et des pouvoirs	a. Identifier les parties prenantes impliquées dans le processus, celles qui développent ou qui influencent les politiques b. Réaliser une analyse des pouvoirs pour comprendre le processus de prise de décision
	4. Identification des cibles et des alliés	a. Identifier les institutions et les individus qui ont le pouvoir d'influer sur le changement souhaité, dans le cadre des politiques ou de la mise en œuvre. b. Identifier avec qui travailler : organisations / acteurs qui partagent un but / un intérêt commun, groupe ou coalition existants qui pourraient aider à atteindre l'objectif
COMMENT pouvez-vous leur faire effectuer le changement voulu ? Il s'agit de réfléchir aux stratégies et tactiques possibles pour influencer les décideurs, mais également de définir les messages que vous voulez transmettre aux différentes cibles et d'identifier les moments et les lieux les plus opportuns pour défendre vos idées et votre plaidoyer pour un changement.	5. Développement des messages	Un message de plaidoyer doit expliquer ce qui est attendu de chaque partie prenante. Les messages de plaidoyer doivent être : • Clairs, concis, simples et adaptés au public ciblé • Fondés sur des preuves et orientés vers l'action avec des demandes concrètes auprès du public ciblé et des suggestions de solutions adaptées pour y répondre
	6. Identification des périodes de temps et des lieux	Le succès de l'initiative de plaidoyer dépendra largement de la capacité à être au bon endroit au bon moment (en fonction du processus de prise de décision) et de s'adresser aux bonnes personnes. Opportunités clés: réunions, conférences, etc.
	7. Tactiques et modes d'action	Le plaidoyer n'est pas nécessairement synonyme de confrontation mais la plupart du temps il implique une combinaison de tactiques telles que : identifier et travailler avec des alliés au sein de l'organisation ciblée, influencer et faire du lobbying dans les coulisses, comprendre et accepter quelques-unes des contraintes auxquelles vos cibles sont confrontées, ou se servir de supports techniques pour renforcer les capacités et accompagner le changement. Quelques modes d'action possibles : expertise, lobbying, travail médiatique, mobilisation.

ANNEXE 27 : ESTIMATION DES COÛTS

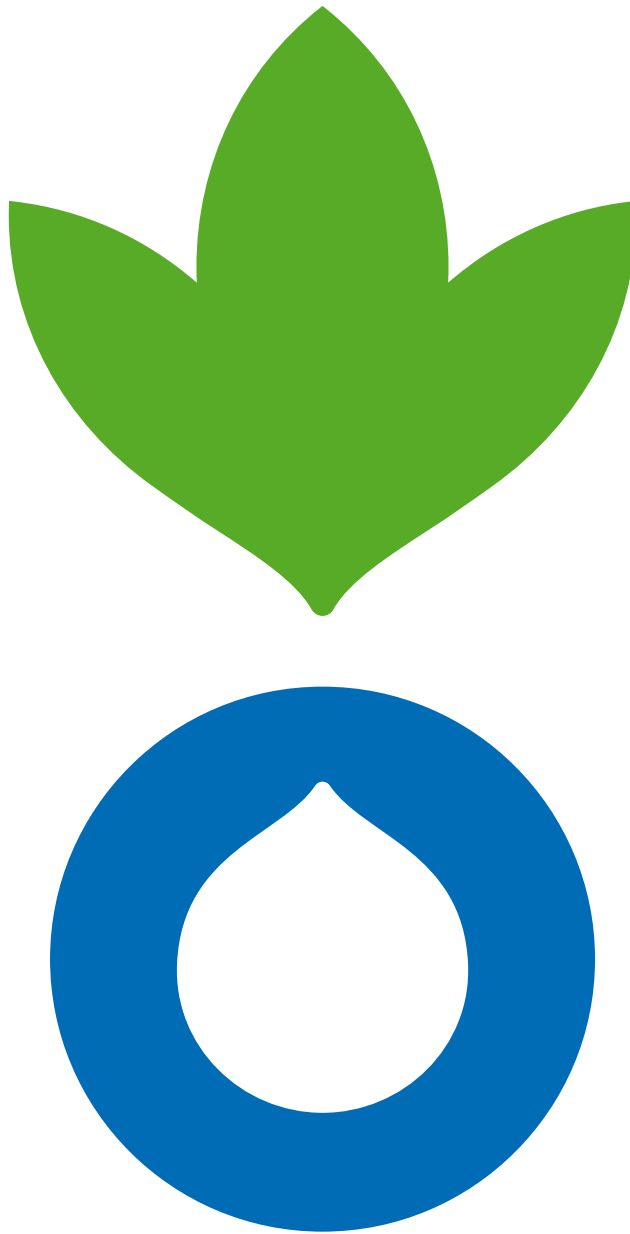
Le fichier excel "estimation des coûts" est disponible à la demande et dans la boîte à outils proposée en sus de ce document.

ANNEXE 28 : OUTIL DE SUIVI

Le fichier Excel "outil de suivi" est disponible à la demande et dans la boîte à outils proposée en sus de ce document.

Pour plus de renseignement merci de contacter :

Anne-Dominique Israel
adi@actioncontrelafaim.org

**CANADA**

Action Contre la Faim
720 Bathurst St. - Suite 500
Toronto, ON - M5S 2R4
www.actioncontrelafaim.ca

FRANCE

Action Contre la Faim
14-16 boulevard de Douaumont
75017 Paris
www.actioncontrelafaim.org

ESPAGNE

Acción Contra el Hambre
C/ Duque de Sevilla, 3
28002 Madrid
www.accioncontraelhambre.org

ROYAUME UNI

Action Against Hunger
First Floor, rear premises,
161-163 Greenwich High Road,
London, SE10 8JA
www.actionagainsthunger.org.uk

ÉTATS UNIS

Action Against Hunger
One Whitehall Street 2F
New York, NY 10004
www.actionagainsthunger.org

