MEDECINSSANSVACANCES
ARTSENZONDERVAKANTIE
MEDICSWITHOUTVACATION
LE SAVOIR GUÉRIT

Memisa - MSV
Programme commun DGD
2017-2021

Partie I : Généralités
Partie II : Présentation du Programme par pays

20 avril 2017

Memisa - MSV
Programme commun DGD
2017-2021

Partie I : Généralités

11 avril 2017

Table des matières

I. Fiche générale du programme 3
II. Description des résultats attendus (outcomes) du programme 4
III. Budget du programme 5
1. T1 – Budget général du programme 5
2. T2 – Budget des coûts de gestion 8
3. T4 – Budget général par acteur 9
IV. Description de la stratégie de collaboration du programme multi-acteurs 12

PARTIE I : GENERALITES

I. Fiche générale du programme

Titre général du programme :	Le renforcement du système de santé du niveau périphérique		
Pays couverts par le programme :	Listes des CSC auxquels le programme veut contribuer :	*RDC* *Burundi* *Bénin* *Guinée* *Belgique*	
	Listes des pays hors-CSC :	*Inde* *Mauritanie*	
Date de début du programme :	*1er janvier 2017*		
Date de fin du programme :	*31 décembre 2021*		
Acteur(s) accrédité(s) demandeur(s):	*Nom ACNG 1: MEMISA VZW*	*OSC*	*IBAN : BE19 3630 9374 7712* *BIC : BBRUBEBB*
	Nom ACNG X: ARTSEN ZONDER VAKANTIE VZW	*OSC*	*BE08 4319 1601 4113*
Budget :	Budget total des Coûts Directs du programme :	35.879.142,64 €	
	Montant du subside :	29.167.781,14 €	
	Montant du subside Memisa :	23.577.530,18 €	
	Montant du subside MSV :	5.590.250,96 €	

Contacts	Nom	Téléphone	E-mail
Personne de contact pour la DGD pour le programme :	Elies Van Belle	02/4541546	Elies.van.belle@memisa.be
Personne de contact de Memisa :	Frank De Paepe	02/4541543	Frank.de.paepe@memisa.be
Personne de contact de MSV :	Inge Weber	015/ 400888	Inge.Weber@azv.be

Exceptions financières éventuelles :	/

II. Description des résultats attendus (outcomes) du programme

Description des résultats attendus (outcomes) du programme 2017-2021		
Outcomes / Objectifs spécifiques	Coûts opérationnels (€)	Acteur(s) impliqué(s) en cas de programme commun
1. CSC RDC – OS 1 : améliorer la qualité des soins de santé et permettre l'accès au plus grand nombre par le renforcement des acteurs du système de santé du niveau périphérique avec une attention particulière aux populations vulnérables.	20.231.602,36	Memisa, MSV
2. CSC Burundi – OS 1 : Améliorer la qualité des soins de santé et permettre l'accès au plus grand nombre avec une attention particulière aux groupes vulnérables par le renforcement des acteurs du système de santé dans les Provinces de Muyinga, Karusi, Gitega, Muramvya, Bujumbura et Bujumbura Mairie	3.144.687,11	Memisa, MSV
3. CSC Bénin – OS 1 : Améliorer la qualité des soins de santé et permettre l'accès aux soins du plus grand nombre avec une attention particulière aux plus vulnérables par le renforcement des acteurs du niveau périphérique du système sanitaire	4.951.425,39	Memisa, MSV
4. CSC Guinee – OS 1: Améliorer la prestation de services de santé de qualité au sein d'un système de santé intégré et accessible au plus grand nombre	993.585,14	Memisa
6. CSC Belgique – OS 1: Une assise sociétale et politique plus grande pour des efforts ciblés et durables en vue d'un accès mondial à des soins de santé de qualité.	665.508,69	Memisa, MSV
7. H-CSC Mauritanie – OS 1: Renforcer le système local de santé des Moughataas de Dar Naïm et de Bababé par une offre de soins de santé de qualité accessible au plus grand nombre	1.000.003,00	Memisa
8. H-CSC Inde – OS 1: Promotion of quality healthcare taking into account people's needs in order to obtain affordable, sustained, equitable access to essential services in an effective health system through a people centred partnership process with all stakeholders and policy makers.	1.182.698,00	Memisa

III. Budget du programme

1. T1 – Budget général du programme

Programme - Budget 2017-2021							Répartition par ACNG	
							Memisa	AZV
Pays	**OS**	**Années**	**Investissement**	**Fonctionnement**	**Personnel**	**Total général**	**Total**	**Total**
RDC	OSS 1	2017	1.091.360,00	2.389.153,00	791.322,00	4.271.835,00	3.662.722,00	609.113,00
		2018	642.360,00	2.399.504,49	796.611,50	3.838.475,99	3.186.172,00	652.303,99
		2019	1.073.760,00	2.510.625,58	800.099,57	4.384.485,15	3.661.408,00	723.077,15
		2020	648.760,00	2.395.306,86	799.128,43	3.843.195,29	3.186.172,00	657.023,29
		2021	656.760,00	2.438.527,65	798.323,29	3.893.610,94	3.204.089,00	689.521,94
		Total	**4.113.000,00**	**12.133.117,58**	**3.985.484,78**	**20.231.602,36**	**16.900.563,00**	**3.331.039,36**
Burundi	OSS 1	2017	58.500,00	361.122,29	121.443,00	541.065,29	300.958,00	240.107,29
		2018	98.500,00	502.641,90	122.093,45	723.235,35	463.510,20	259.725,15
		2019	70.500,00	485.780,00	122.754,75	679.034,75	414.150,20	264.884,55
		2020	56.500,00	462.938,59	123.427,30	642.865,89	368.407,20	274.458,69
		2021	6.500,00	427.874,54	124.111,28	558.485,82	273.389,20	285.096,62
		Total	**290.500,00**	**2.240.357,32**	**613.829,79**	**3.144.687,11**	**1.820.414,80**	**1.324.272,31**
Bénin	OSS 1	2017	150.140,60	574.638,00	114.846,00	839.624,60	629.624,60	210.000,00
		2018	352.633,27	644.288,00	115.088,25	1.112.009,52	869.467,27	242.542,25
		2019	367.878,20	631.544,38	115.334,62	1.114.757,20	862.607,20	252.150,00
		2020	352.633,27	649.488,00	115.585,17	1.117.706,45	869.467,27	248.239,17
		2021	78.224,62	573.263,00	115.839,99	767.327,62	518.833,62	248.493,99
		Total	**1.301.509,97**	**3.073.221,38**	**576.694,03**	**4.951.425,39**	**3.749.999,97**	**1.201.425,41**
Guinée	OSS 1	2017	134.024,91	60.027,60	60.065,09	254.117,60	254.117,60	0,00
		2018	73.303,18	102.478,60	75.632,67	251.414,45	251.414,45	0,00
		2019	15.606,17	86.089,26	75.632,67	177.328,09	177.328,09	0,00
		2020	5.500,00	79.507,49	75.632,67	160.640,16	160.640,16	0,00
		2021	5.500,00	68.952,16	75.632,67	150.084,83	150.084,83	0,00
		Total	**233.934,26**	**397.055,12**	**362.595,75**	**993.585,14**	**993.585,14**	**0,00**
Belgique	OSS 1	2017	5.000,00	56.798,55	74.803,19	136.601,74	94.050,00	42.551,74
		2018	0,00	56.656,85	74.944,89	131.601,74	89.050,00	42.551,74
		2019	2.500,00	56.512,74	75.089,00	134.101,74	91.550,00	42.551,74
		2020	0,00	56.366,18	75.235,55	131.601,74	89.050,00	42.551,74
		2021	0,00	56.217,13	75.384,61	131.601,74	89.050,00	42.551,74
		Total	**7.500,00**	**282.551,45**	**375.457,23**	**665.508,68**	**452.750,00**	**212.758,68**
Total Volet CSC		2017	1.439.025,51	3.441.739,45	1.162.479,28	6.043.244,23	4.941.472,20	1.101.772,03
		2018	1.166.796,46	3.705.569,84	1.184.370,75	6.056.737,05	4.859.613,93	1.197.123,13
		2019	1.530.244,36	3.770.551,96	1.188.910,60	6.489.706,93	5.207.043,49	1.282.663,43
		2020	1.063.393,27	3.643.607,12	1.189.009,12	5.896.009,52	4.673.736,63	1.222.272,89

		2021	746.984,62	3.564.834,49	1.189.291,83	5.501.110,94	4.235.446,66	1.265.664,29
		Total	**5.946.444,23**	**18.126.302,86**	**5.914.061,59**	**29.986.808,67**	**23.917.312,91**	**6.069.495,77**
	OSS 1	2017	5.730,00	119.750,00	74.519,00	199.999,00	199.999,00	0,00
Pays horsCSC1: Mauritanie		2018	18.542,00	111.580,00	69.879,00	200.001,00	200.001,00	0,00
		2019	10.432,00	115.264,00	74.303,00	199.999,00	199.999,00	0,00
		2020	24.339,00	109.320,00	66.343,00	200.002,00	200.002,00	0,00
		2021	2.717,00	118.133,00	79.152,00	200.002,00	200.002,00	0,00
		Total	**61.760,00**	**574.047,00**	**364.196,00**	**1.000.003,00**	**1.000.003,00**	**0,00**
Pays horsCSC2: Inde	OSS 1	2017	3.027,00	193.755,00	67.432,00	264.214,00	264.214,00	0,00
		2018	405,00	198.705,00	64.500,00	263.610,00	263.610,00	0,00
		2019	405,00	182.458,00	67.743,00	250.606,00	250.606,00	0,00
		2020	405,00	172.692,00	69.351,00	242.448,00	242.448,00	0,00
		2021	0,00	110.361,00	51.459,00	161.820,00	161.820,00	0,00
		Total	**4.242,00**	**857.971,00**	**320.485,00**	**1.182.698,00**	**1.182.698,00**	**0,00**
Total Volet hors-CSC		2017	8.757,00	313.505,00	141.951,00	464.213,00	464.213,00	0,00
		2018	18.947,00	310.285,00	134.379,00	463.611,00	463.611,00	0,00
		2019	10.837,00	297.722,00	142.046,00	450.605,00	450.605,00	0,00
		2020	24.744,00	282.012,00	135.694,00	442.450,00	442.450,00	0,00
		2021	2.717,00	228.494,00	130.611,00	361.822,00	361.822,00	0,00
		Total	**66.002,00**	**1.432.018,00**	**684.681,00**	**2.182.701,00**	**2.182.701,00**	**0,00**
Total Coûts opérationnels		2017	1.447.782,51	3.755.244,45	1.304.430,28	6.507.457,23	5.405.685,20	1.101.772,03
		2018	1.185.743,46	4.015.854,84	1.318.749,75	6.520.348,05	5.323.224,93	1.197.123,13
		2019	1.541.081,36	4.068.273,96	1.330.956,60	6.940.311,93	5.657.648,49	1.282.663,43
		2020	1.088.137,27	3.925.619,12	1.324.703,12	6.338.459,52	5.116.186,63	1.222.272,89
		2021	749.701,62	3.793.328,49	1.319.902,83	5.862.932,94	4.597.268,66	1.265.664,29
		Total	**6.012.446,23**	**19.558.320,86**	**6.598.742,59**	**32.169.509,67**	**26.100.013,91**	**6.069.495,77**
Autres coûts de gestion		2017	290.990,99		410.495,45	701.486,44	572.034,55	129.451,89
		2018	201.183,60		416.188,48	617.372,08	476.121,63	141.250,45
		2019	213.478,49		417.253,45	630.731,94	521.496,01	109.235,93
		2020	211.241,06		418.743,45	629.984,51	476.121,63	153.862,88
		2021	181.078,60		419.896,83	600.975,43	476.121,63	124.853,80
		Total	**1.097.972,75**		**2.082.577,65**	**3.180.550,40**	**2.521.895,45**	**658.654,95**
		Taux normal				**8,86%**		
Frais d'évaluation ou d'audit		2017				48.114,15	48.114,15	0,00
		2018				51.149,30	51.149,30	0,00
		2019				189.334,91	154.272,89	35.062,02
		2020				51.149,30	51.149,30	0,00
		2021				189.334,91	154.272,89	35.062,02
		Total				**529.082,57**	**458.958,53**	**70.124,04**
		Taux (min 1%)				**1,47%**		
Coûts de Gestion		**Grand Total**				**3.709.632,97**	**2.980.853,98**	**728.778,99**
Total Programme		2017				7.257.057,82	6.025.833,90	1.231.223,92

	2018				7.188.869,43	5.850.495,86	1.338.373,58
	2019				7.760.378,78	6.333.417,39	1.426.961,38
	2020				7.019.593,33	5.643.457,56	1.376.135,77
	2021				6.653.243,28	5.227.663,18	1.425.580,11
	Grand Total				**35.879.142,64**	**29.080.867,89**	**6.798.274,76**

Répartition CSC / hCSC		Total Opérationnel CSC	Total Opérationnel hors-CSC		
	Grand Total	29.986.808,67	2.182.701,00	Maximum hors-CSC autorisé :	25%
	Répartition %	93,22%	6,78%		

Résumé Général	Années	Total Programme	ACNG (0% - 20%)	DGD (80% - 100%)	Frais de Structure 6,54%	Frais d'administration	
	2017	7.257.057,82	1.807.220,01	5.449.837,81	476.860,81		Tranche 1
	2018	7.188.869,43	1.860.584,80	5.328.284,63	466.224,91		Tranche 2
	2019	7.760.378,78	1.956.818,40	5.803.560,38	507.811,54		Tranche 3
	2020	7.019.593,33	1.805.133,68	5.214.459,65	456.265,22		Tranche 4
	2021	6.653.243,28	1.628.437,59	5.024.805,69	439.670,50		Tranche 5
	Total	**35.879.142,64**	**9.058.194,48**	**26.820.948,16**	**2.346.832,98**	**0,00**	
			25,25%	74,75%			

Résumé Memisa	Années	Total Programme	ACNG (0% - 20%)	DGD (80% - 100%)	Frais de Structure 6,52%	Frais d'administration	
	2017	6.025.833,90	1.508.859,28	4.516.974,62	395.235,28		Tranche 1
	2018	5.850.495,86	1.532.718,09	4.317.777,77	377.805,56		Tranche 2
	2019	6.333.417,39	1.608.849,76	4.724.567,63	413.399,67		Tranche 3
	2020	5.643.457,56	1.468.300,71	4.175.156,85	365.326,22		Tranche 4
	2021	5.227.663,18	1.281.652,53	3.946.010,65	345.275,93		Tranche 5
	Total	**29.080.867,89**	**7.400.380,37**	**21.680.487,52**	**1.897.042,66**	**0,00**	

Résumé AZV	Années	Total Programme	ACNG (0% - 20%)	DGD (80% - 100%)	Frais de Structure 6,62%	Frais d'administration	
	2017	1.231.223,92	298.360,73	932.863,19	81.625,53		Tranche 1
	2018	1.338.373,58	327.866,72	1.010.506,86	88.419,35		Tranche 2
	2019	1.426.961,38	347.968,63	1.078.992,75	94.411,87		Tranche 3
	2020	1.376.135,77	336.832,97	1.039.302,80	90.939,00		Tranche 4
	2021	1.425.580,11	346.785,07	1.078.795,04	94.394,57		Tranche 5
	Total	**6.798.274,76**	**1.657.814,12**	**5.140.460,64**	**449.790,32**	**0,00**	

2. T2 – Budget des coûts de gestion

Programme - Budget 2017-2021 - Coûts de Gestion						
	2017	2018	2019	2020	2021	**Grand Total**
1. Personnel	**410.495,45**	**416.188,48**	**417.253,45**	**418.743,45**	**419.896,83**	**2.082.577,65**
1.1 Personnel local	137.300,00	137.300,00	137.300,00	137.300,00	137.300,00	**686.500,00**
1.2 Expatriés	73.125,00	73.125,00	73.125,00	73.125,00	73.125,00	**365.625,00**
1.3 Personnel siège	200.070,45	205.763,48	206.828,45	208.318,45	209.471,83	**1.030.452,65**
2. Autres frais	**290.990,99**	**201.183,60**	**213.478,49**	**211.241,06**	**181.078,60**	**1.097.972,75**
3. Frais d'audit et frais d'évaluation	**48.114,15**	**51.149,30**	**189.334,91**	**51.149,30**	**189.334,91**	**529.082,57**
3.1. Frais d'audit	48.114,15	51.149,30	51.149,30	51.149,30	51.149,30	**252.711,35**
3.2. Frais d'évaluation	0,00	0,00	138.185,61	0,00	138.185,61	**276.371,22**
Total	**749.600,59**	**668.521,38**	**820.066,85**	**681.133,81**	**790.310,34**	**3.709.632,97**

Programme - Budget 2017-2021 - Coûts de Gestion						
Memisa						
	2017	2018	2019	2020	2021	**Grand Total -**
1. Personnel	**343.125,00**	**343.125,00**	**343.125,00**	**343.125,00**	**343.125,00**	**1.715.625,00**
1.1 Personnel local	137.300,00	137.300,00	137.300,00	137.300,00	137.300,00	686.500,00
1.2 Expatriés	73.125,00	73.125,00	73.125,00	73.125,00	73.125,00	365.625,00
1.3 Personnel siège	132.700,00	132.700,00	132.700,00	132.700,00	132.700,00	663.500,00
2. Autres frais	**228.909,55**	**132.996,63**	**178.371,01**	**132.996,63**	**132.996,63**	**806.270,45**
Missions de suivi du siège	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	200.000,00
Loyer équipement et charges locatives des bureaux	38.909,55	82.996,63	78.371,01	82.996,63	82.996,63	366.270,45
Digitalisation DHIS2	60.000,00	0,00	20.000,00	0,00	0,00	80.000,00
Véhicules pour la représentation	50.000,00	0,00	30.000,00	0,00	0,00	80.000,00
Mission de coordination	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	50.000,00
Etudes et documentations	30.000,00					
3. Frais d'audit et frais d'évaluation	**48.114,15**	**51.149,30**	**154.272,89**	**51.149,30**	**154.272,89**	**458.958,53**
3.1. Frais d'audit	48.114,15	51.149,30	51.149,30	51.149,30	51.149,30	252.711,35
3.2. Frais d'évaluation	0,00	0,00	103.123,59	0,00	103.123,59	206.247,18
Total	**620.148,70**	**527.270,93**	**675.768,90**	**527.270,93**	**630.394,52**	**2.980.853,98**

Programme - Budget 2017-2021 - Coûts de Gestion						
AZV						
	2017	2018	2019	2020	2021	**Grand Total**
1. Personnel	**67.370,45**	**73.063,48**	**74.128,45**	**75.618,45**	**76.771,83**	**366.952,65**
1.1 Personnel local						**0,00**
1.2 Expatriés						**0,00**
1.3 Personnel siège	67.370,45	73.063,48	74.128,45	75.618,45	76.771,83	**366.952,65**
2. Autres frais	**62.081,44**	**68.186,97**	**35.107,48**	**78.244,43**	**48.081,97**	**291.702,30**
Missions de suivi du siège	56.081,44	62.186,97	29.107,48	72.244,43	42.081,97	**261.702,30**
Suivi décentralisation Fracarita	**6.000,00**	**6.000,00**	**6.000,00**	**6.000,00**	**6.000,00**	**30.000,00**
3. Frais d'audit et frais d'évaluation	**0,00**	**0,00**	**35.062,02**	**0,00**	**35.062,02**	**70.124,04**
3.1. Frais d'audit						**0,00**
3.2. Frais d'évaluation			35.062,02		35.062,02	**70.124,04**
Total	**129.451,89**	**141.250,45**	**144.297,95**	**153.862,88**	**159.915,82**	**728.778,99**

3. T4 – Budget général par acteur

Programme MEMISA - Budget 2017-2021						
Pays	**OS**	**Années**	**Investissement**	**Fonctionnement**	**Personnel**	**Total général**
RDC	OSS 1	2017	1.085.600,00	1.859.300,00	717.822,00	3.662.722,00
		2018	636.600,00	1.827.700,00	721.872,00	3.186.172,00
		2019	1.068.000,00	1.869.300,00	724.108,00	3.661.408,00
		2020	643.000,00	1.821.300,00	721.872,00	3.186.172,00
		2021	651.000,00	1.833.300,00	719.789,00	3.204.089,00
		Total	**4.084.200,00**	**9.210.900,00**	**3.605.463,00**	**16.900.563,00**
Burundi	OSS 1	2017	56.500,00	155.265,00	89.193,00	300.958,00
		2018	96.500,00	277.817,00	89.193,20	463.510,20
		2019	68.500,00	256.457,00	89.193,20	414.150,20
		2020	54.500,00	224.714,00	89.193,20	368.407,20
		2021	4.500,00	179.696,00	89.193,20	273.389,20
		Total	**280.500,00**	**1.093.949,00**	**445.965,80**	**1.820.414,80**
Bénin	OSS 1	2017	148.140,60	403.888,00	77.596,00	629.624,60
		2018	350.633,27	441.238,00	77.596,00	869.467,27
		2019	365.878,20	419.133,00	77.596,00	862.607,20
		2020	350.633,27	441.238,00	77.596,00	869.467,27
		2021	76.224,62	365.013,00	77.596,00	518.833,62
		Total	**1.291.509,97**	**2.070.510,00**	**387.980,00**	**3.749.999,97**
Guinée	OSS 1	2017	134.024,91	60.027,60	60.065,09	254.117,60
		2018	73.303,18	102.478,60	75.632,67	251.414,45
		2019	15.606,17	86.089,26	75.632,67	177.328,09
		2020	5.500,00	79.507,49	75.632,67	160.640,16
		2021	5.500,00	68.952,16	75.632,67	150.084,83
		Total	**233.934,26**	**397.055,12**	**362.595,75**	**993.585,14**
Burkina	OSS 1	2017	0,00	0,00	0,00	0,00
		2018	0,00	0,00	0,00	0,00
		2019	0,00	0,00	0,00	0,00
		2020	0,00	0,00	0,00	0,00
		2021	0,00	0,00	0,00	0,00
		Total	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
Belgique	OSS 1	2017	5.000,00	41.000,00	48.050,00	94.050,00
		2018	0,00	41.000,00	48.050,00	89.050,00
		2019	2.500,00	41.000,00	48.050,00	91.550,00
		2020	0,00	41.000,00	48.050,00	89.050,00
		2021	0,00	41.000,00	48.050,00	89.050,00
		Total	**7.500,00**	**205.000,00**	**240.250,00**	**452.750,00**
Total Volet CSC		2017	1.429.265,51	2.519.480,60	992.726,09	4.941.472,20
		2018	1.157.036,46	2.690.233,60	1.012.343,87	4.859.613,93
		2019	1.520.484,36	2.671.979,26	1.014.579,87	5.207.043,49
		2020	1.053.633,27	2.607.759,49	1.012.343,87	4.673.736,63
		2021	737.224,62	2.487.961,16	1.010.260,87	4.235.446,66
		Total	**5.897.644,23**	**12.977.414,12**	**5.042.254,55**	**23.917.312,91**
Pays horsCSC1: Mauritanie	OSS 1	2017	5.730,00	119.750,00	74.519,00	199.999,00
		2018	18.542,00	111.580,00	69.879,00	200.001,00
		2019	10.432,00	115.264,00	74.303,00	199.999,00
		2020	24.339,00	109.320,00	66.343,00	200.002,00
		2021	2.717,00	118.133,00	79.152,00	200.002,00
		Total	**61.760,00**	**574.047,00**	**364.196,00**	**1.000.003,00**
Pays horsCSC2: Inde	OSS 1	2017	3.027,00	193.755,00	67.432,00	264.214,00
		2018	405,00	198.705,00	64.500,00	263.610,00
		2019	405,00	182.458,00	67.743,00	250.606,00
		2020	405,00	172.692,00	69.351,00	242.448,00
		2021	0,00	110.361,00	51.459,00	161.820,00
		Total	**4.242,00**	**857.971,00**	**320.485,00**	**1.182.698,00**
Total Volet hors-CSC		2017	8.757,00	313.505,00	141.951,00	464.213,00
		2018	18.947,00	310.285,00	134.379,00	463.611,00
		2019	10.837,00	297.722,00	142.046,00	450.605,00

	2020	24.744,00	282.012,00	135.694,00	442.450,00
	2021	2.717,00	228.494,00	130.611,00	361.822,00
	Total	**66.002,00**	**1.432.018,00**	**684.681,00**	**2.182.701,00**
Total Coûts opérationnels	2017	1.438.022,51	2.832.985,60	1.134.677,09	5.405.685,20
	2018	1.175.983,46	3.000.518,60	1.146.722,87	5.323.224,93
	2019	1.531.321,36	2.969.701,26	1.156.625,87	5.657.648,49
	2020	1.078.377,27	2.889.771,49	1.148.037,87	5.116.186,63
	2021	739.941,62	2.716.455,16	1.140.871,87	4.597.268,66
	Total	**5.963.646,23**	**14.409.432,12**	**5.726.935,55**	**26.100.013,91**
Autres coûts de gestion	2017	228.909,55		343.125,00	572.034,55
	2018	132.996,63		343.125,00	476.121,63
	2019	178.371,01		343.125,00	521.496,01
	2020	132.996,63		343.125,00	476.121,63
	2021	132.996,63		343.125,00	476.121,63
	Total	**806.270,45**		**1.715.625,00**	**2.521.895,45**
	Taux normal				**8,67%**
Frais d'évaluation ou d'audit	2017				48.114,15
	2018				51.149,30
	2019				154.272,89
	2020				51.149,30
	2021				154.272,89
	Total				**458.958,53**
	Taux (min 1%)				**1,58%**
Coûts de Gestion	**Grand Total**				**2.980.853,98**
Total Programme	2017				6.025.833,90
	2018				5.850.495,86
	2019				6.333.417,39
	2020				5.643.457,56
	2021				5.227.663,18
	Grand Total				**29.080.867,89**

Programme MSV - Budget 2017-2021

Pays	OS	Années	Investissement	Fonctionnement	Personnel	Total général
RDC	OSS 1	2017	5.760,00	529.853,00	73.500,00	609.113,00
		2018	5.760,00	571.804,49	74.739,50	652.303,99
		2019	5.760,00	641.325,58	75.991,57	723.077,15
		2020	5.760,00	574.006,86	77.256,43	657.023,29
		2021	5.760,00	605.227,65	78.534,29	689.521,94
		Total	**28.800,00**	**2.922.217,58**	**380.021,78**	**3.331.039,36**
Burundi	OSS 1	2017	2.000,00	205.857,29	32.250,00	240.107,29
		2018	2.000,00	224.824,90	32.900,25	259.725,15
		2019	2.000,00	229.323,00	33.561,55	264.884,55
		2020	2.000,00	238.224,59	34.234,10	274.458,69
		2021	2.000,00	248.178,54	34.918,08	285.096,62
		Total	**10.000,00**	**1.146.408,32**	**167.863,99**	**1.324.272,31**
Bénin	OSS 1	2017	2.000,00	170.750,00	37.250,00	210.000,00
		2018	2.000,00	203.050,00	37.492,25	242.542,25
		2019	2.000,00	212.411,38	37.738,62	252.150,00
		2020	2.000,00	208.250,00	37.989,17	248.239,17
		2021	2.000,00	208.250,00	38.243,99	248.493,99
		Total	**10.000,00**	**1.002.711,38**	**188.714,03**	**1.201.425,41**
Belgique	OSS 1	2017	0,00	15.798,55	26.753,19	42.551,74
		2018	0,00	15.656,85	26.894,89	42.551,74
		2019	0,00	15.512,74	27.039,00	42.551,74
		2020	0,00	15.366,18	27.185,55	42.551,74
		2021	0,00	15.217,13	27.334,61	42.551,74
		Total	**0,00**	**77.551,45**	**135.207,23**	**212.758,68**
Total Volet CSC		2017	9.760,00	922.258,84	169.753,19	1.101.772,03
		2018	9.760,00	1.015.336,24	172.026,89	1.197.123,13
		2019	9.760,00	1.098.572,70	174.330,74	1.282.663,43
		2020	9.760,00	1.035.847,63	176.665,26	1.222.272,89
		2021	9.760,00	1.076.873,32	179.030,96	1.265.664,29
		Total	**48.800,00**	**5.148.888,73**	**871.807,03**	**6.069.495,77**
Total Coûts opérationnels		2017	9.760,00	922.258,84	169.753,19	1.101.772,03
		2018	9.760,00	1.015.336,24	172.026,89	1.197.123,13
		2019	9.760,00	1.098.572,70	174.330,74	1.282.663,43
		2020	9.760,00	1.035.847,63	176.665,26	1.222.272,89
		2021	9.760,00	1.076.873,32	179.030,96	1.265.664,29
		Total	**48.800,00**	**5.148.888,73**	**871.807,03**	**6.069.495,77**
Autres coûts de gestion		2017	62.081,44		67.370,45	129.451,89
		2018	68.186,97		73.063,48	141.250,45
		2019	35.107,48		74.128,45	109.235,93
		2020	78.244,43		75.618,45	153.862,88
		2021	48.081,97		76.771,83	124.853,80
		Total	**291.702,30**		**366.952,65**	**658.654,95**
		Taux normal				**9,69%**
Frais d'évaluation ou d'audit		2017				0,00
		2018				0,00
		2019				35.062,02
		2020				0,00
		2021				35.062,02
		Total				**70.124,04**
		Taux (min 1%)				**1,03%**
Coûts de Gestion		**Grand Total**				**728.778,99**
Total Programme		2017				1.231.223,92
		2018				1.338.373,58
		2019				1.426.961,38
		2020				1.376.135,77
		2021				1.425.580,11
		Grand Total				**6.798.274,76**

IV. Description de la stratégie de collaboration du programme multi-acteurs

1. Introduction

MEMISA et Médecins Sans Vacances optent pour le développement d'un programme commun à partir de leur vision partagée d'un développement durable et de leur fonctionnement synergétique dans le renforcement du système de santé. Depuis des années déjà, les deux organisations collaborent dans la République Démocratique du Congo, au Burundi et depuis 2014 aussi au Bénin. Médecins Sans Vacances renforce les compétences du personnel hospitalier et achète le matériel nécessaire à cet effet. MEMISA appuie le développement du système de santé du niveau périphérique et des systèmes d'accès équitable aux soins, et veut influencer les politiques de santé avec ses partenaires de la société civile.
Au début la collaboration se limitait à des aspects logistiques, mais elle a rapidement évolué vers plus de complémentarité dans certaines zones de santé. Au cours du programme 2014-2016 la collaboration entre les deux organisations s'est approfondie pour résulter en une synergie explicite au Bénin et en RD Congo. Cela a renforcé la conviction qu'une synergie élaborée en profondeur peut offrir une plus-value absolue et résulter en un impact plus important. Le choix stratégique d'un programme commun s'est donc imposé pour les deux organisations comme la poursuite logique de leur collaboration.

2. Collaboration dans le programme 2014-2016

Au cours de ce programme les deux organisations ont collaboré à différents niveaux.

a) La concertation et l'échange d'informations

Les lignes de force d'une collaboration plus étroite entre Memisa et MSV ont été tracées en premier lieu au **Bénin** lors de réunions informatives trimestrielles. Les organisations ont partagé régulièrement des rapports de mission, des rapports d'évaluation et des audits. Lumos et la Fondation Hubi et Vinciane ont également participé à ces échanges.
En **RD Congo** Mémisa et MSV ont organisé des réunions-bilans lors des missions de suivi des collaborateurs de MSV avec le chef de mission de MEMISA à Kinshasa. En Belgique MEMISA a en outre organisé régulièrement des réunions avec les différents acteurs belges (MSV, LUMOS, l'IMT d'Anvers, l'hôpital St Lucas de Gand) concernant la zone de démonstration et l'Hôpital Général de Référence de Mosango.
Au **Burundi** les représentants des deux organisations ont échangé des informations relatives à la situation de sécurité et relatives aux aspects logistiques et opérationnels de la collaboration.
Les services logistiques des deux organisations se sont tenus au courant au sujet du matériel transmis et du transport vers les hôpitaux.

b) Au **niveau organisationnel**, la convention entre les deux organisations prévoyait déjà depuis une dizaine d'années un support logistique des bureaux locaux de MEMISA au Burundi et en RDC lors du dédouanement ou du transport du matériel médical acheté par MSV ainsi que d'autres services logistiques ponctuels. Au Bénin la collaboration dans ce domaine s'est concrétisée dans le choix d'un partenaire local commun, AMCES, qui s'occupe de la réalisation, la coordination et le suivi du programme commun.

c) La **collaboration opérationnelle** entre les deux organisations visait un renforcement des hôpitaux périphériques et s'est traduite au cours des dernières années par une complémentarité et une synergie croissante dans 3 zones de la RDC, 2 au Burundi et 2 au Bénin, spécifiquement pour ce qui concerne l'achat de matériel, l'organisation des missions de renforcement de capacités et l'organisation des formations locales.
Il y a eu **en RDC** une étroite collaboration dans la zone de démonstration de Mosango ainsi que dans les zones de Katako Kombe et Djuma. Les directions des autres zones de démonstration de MEMISA ont participé à la formation de MSV sur la gestion hospitalière et des techniciens d'entretien de différentes zones soutenues par MEMISA ont suivi une formation de MSV à Bukavu sur l'entretien préventif du matériel biomédical.

Au Bénin, les deux organisations, ainsi que LUMOS et la Fondation Hubi & Vinciane, et le partenaire local commun AMCES ont allié leurs forces pour la réalisation d'un programme commun de renforcement de deux zones de santé et de leurs hôpitaux de zone respectifs dans la région de Borgou. Une convention entre les 4 organisations a formalisé la collaboration ; des réunions trimestrielles, des visites collectives sur le terrain et l'échange systématique de rapports ont favorisé la complémentarité et ont contribué à identifier les possibilités de synergie. Médecins Sans Vacances a accueilli un des deux hôpitaux de zone comme nouveau partenaire et a élaboré un trajet de renforcement des capacités en étroite concertation avec LUMOS et AMCES. MEMISA de son côté a accueilli dans le même département un hôpital partenaire de Médecins Sans Vacances dans son programme Hôpital pour Hôpital. Ensemble elles ont réussi à attirer un hôpital belge à souscrire à un jumelage. Les organisations ont élaboré pour ce même hôpital une proposition commune de projet pour l'amélioration de l'approvisionnement d'eau.

3. La collaboration dans le programme 2017-2021

A l'approche de l'élaboration du programme pluriannuel 2017-2021, les deux organisations se sont rapidement mises d'accord sur l'étape suivante qui découlait logiquement de leur collaboration antérieure : un programme commun avec un volet Nord et Sud. Cette nouvelle phase permettra d'approfondir et d'élargir la collaboration dans la voie entreprise. Et tout cela à partir de la conviction que par une coordination, une complémentarité et une synergie maximale, l'impact et l'efficacité sur le terrain seront plus importants.

a) Au **niveau stratégique** cela se traduit comme suite :
   i. MEMISA et MSV se proposent comme objectif commun du nouveau programme d'améliorer la qualité des soins et de faciliter leur accès pour la population avec une attention particulière pour les groupes vulnérables, ce qu'ils réalisent par le renforcement des différents acteurs dans le système de santé.
   ii. Les organisations s'accordent sur un même objectif spécifique par pays avec 3 axes d'intervention (gouvernance, offre et demande). MSV contribue principalement à l'axe de l'amélioration de l'offre tandis que MEMISA réalise des activités dans les 3 domaines. La théorie de changement et la logique d'intervention partagées décrivent les objectifs envisagés, les processus de changement et les stratégies d'intervention.
   iii. Les deux organisations poursuivent une convergence géographique croissante: au Burundi les deux organisations élargiront ensemble leur champs d'action à

deux nouvelles zones de santé; en RD Congo , MSV s'engage à étendre son effectif de partenaires à d'autres hôpitaux soutenus par MEMISA, dans le cadre du volet Hôpital pour Hôpital; au Bénin les deux organisations étendront leur champs d'activité dans le département de Borgou et envisagent une synergie dans 4 zones; au Burkina Faso, où MSV est déjà actif, MEMISA identifiera au cours du programme un partenaire local et développera des activités dans la même zone.

iv. Le trajet de renforcement des capacités que Médecins Sans Vacances a élaboré en collaboration avec les hôpitaux en Afrique servira de base au soutien venant de MEMISA et/ou de l'hôpital solidaire belge.
v. Les indicateurs du cadre logique permettront le suivi conjoint du programme. Les organisations prévoient des évaluations internes et externes conjointes.
vi. Un programme commun n'est pas une convention d'exclusivité, mais offre l'opportunité de développer la complémentarité et la synergie avec d'autres organisations comme en témoigne la liste des parties prenantes dans les différents pays.

b) Dans le **domaine organisationnel,**

i. **Dans le volet Sud** : les deux organisations continueront à travailler avec le même partenaire local, AMCES au Bénin. Au Burundi, le bureau de MSV à Bujumbura offre la possibilité d'organiser des réunions de coordination régulières avec les deux représentants. En RDC, à Kinshasa, le nouveau représentant de MSV s'installera dans les bureaux de MEMISA et MSV participera aux frais de fonctionnement de ce bureau. Sur base d'une répartition claire des tâches, les représentants locaux pourront également améliorer leur efficacité ; la représentation dans les fora externes pouvant par exemple être assurée à tour de rôle. Pour autant que ce soit pertinent, les différents bureaux de coordination régionaux de MEMISA et de ses partenaires contribueront en plus au suivi des trajets de renforcement des capacités et ce en étroite concertation avec le représentant de MSV.
ii. En ce qui concerne **les aspects logistiques du dédouanement et transport de matériel**, la collaboration sera poursuivie. Les projets supplémentaires intégrés[1] réalisés dans le cadre des trajets de renforcement des capacités seront coordonnés en RDC et suivis par les bureaux régionaux de MEMISA.
iii. La responsabilité du **programme Hôpital pour Hôpital** sera partagée entre les deux OSC et bien définie tant dans le volet Nord que le volet Sud. Des campagnes de sensibilisation seront organisés conjointement. Elles réaliseront de nouveaux partenariats avec des hôpitaux belges solidaires[2]. Le personnel de santé de ces hôpitaux qui souhaite continuer à s'engager après le voyage d'immersion de MEMISA sera recruté et encadré par Médecins Sans Vacances.
iv. **La concertation et l'échange d'informations** déjà existants entre les différentes composantes des deux organisations sera intensifié. Un groupe de pilotage conjoint pour la gestion du programme se réunira au moins 6 fois par an et, pour le volet Nord, il y aura une concertation régulière entre les organisations. Sur le terrain, un échange maximal d'informations entre les représentants de MSV et

[1] Projets supplémentaires intégrés (PSI) : dans le cadre du projet « Hôpital pour hôpital », des projets/ investissements supplémentaires des hôpitaux solidaires belges
[2] Nouveau nom de l'hôpital Belge lié par un jumelage à un hôpital du Sud

les bureaux locaux de MEMISA au Burundi et de la RD Congo (Ouest) garantira une coordination et synergie optimale.

c) **Au niveau opérationnel,** le renforcement des hôpitaux périphériques est considéré comme le fer de lance de la synergie entre les deux organisations.
   i. Dans le cadre des trajets de renforcement des capacités Médecins Sans Vacances et MEMISA optent pour le renforcement des compétences **médico techniques** et organisationnelles du personnel hospitalier par des formations, des stages et des échanges (au niveau national, régional[3] et international).
   En outre, une plus étroite collaboration entre les deux organisations permet au personnel d'autres zones soutenues par MEMISA de participer aux missions de MSV et de créer ainsi des effets multiplicateurs supplémentaires.
   ii. MEMISA et MSV se complètent mutuellement dans l'amélioration **du système de référence**. Ils assurent ensemble l'achat des moyens de transport et de communication. MEMISA élabore avec les communautés locales un système durable de fonctionnement et sensibilise le personnel des centres de santé en référence correcte. Médecins Sans Vacances contribue à l'amélioration de l'accueil des patients référés les plus gravement malades et sensibilise les médecins et le personnel infirmier quant à la contre-référence correcte.
   iii. **L'eau et l'électricité** : les projets supplémentaires intégrés des 2 OSC contribueront davantage à l'amélioration de l'infrastructure et de l'approvisionnement en eau et en électricité des services soutenus dans le cadre d'un trajet de renforcement des capacités. Les organisations envisagent également d'introduire des projets communs auprès des organisations spécialisées dans ce domaine pour l'exécution des travaux.
   iv. **Le matériel biomédical** : Médecins Sans Vacances et MEMISA achèteront du matériel biomédical adapté adéquat dans le cadre des trajets de renforcement des capacités. Les organisations utiliseront à cet effet une liste standard rédigée de commun accord. Le personnel de santé suivra une formation, afin de favoriser l'utilisation correcte de ce matériel. MSV prévoit un déploiement de son projet actuel de formation pour les techniciens de maintenance dans d'autres régions. Des techniciens provenant de zones appuyées par MEMISA pourront y participer prioritairement. MEMISA et AZV œuvreront ensemble pour la création d'un environnement favorable pour les techniciens formés.
   v. **Les consommables médicaux** : les deux organisations optent pour l'achat local auprès de centrales d'achat existantes agréées par l'Etat. L'accès aux médicaments de qualité est de la compétence partagée de MSV et MEMISA.
   vi. Les 2 OSC souhaitent lancer un projet pilote dans une seule zone de santé pour tester une meilleure approche de la prise en charge des **maladies chroniques non transmissibles** et en tirer les leçons pour leur fonctionnement futur.
   vii. Au niveau du **volet Hôpital pour Hôpital**, les deux organisations lanceront des campagnes communes de sensibilisation relatives à l'accessibilité de soins de santé de qualité. Ceci permettant d'atteindre non seulement les hôpitaux belges solidaires, mais aussi d'autres hôpitaux belges et leur personnel, via les volontaires de MSV. MEMISA organise et encadre les voyages d'immersion vers les hôpitaux jumelés ; le personnel des hôpitaux souhaitant s'engager à effectuer des missions médicales est invité à s'affilier à MSV en tant que volontaire. MSV

[3] Avec régional on sous-entend un autre pays africain

assurera leur recrutement, formation et encadrement pour les missions dans le cadre du trajet de renforcement des capacités élaboré avec l'hôpital africain. Memisa veillera à ce que tous les projets supplémentaires s'intègrent dans les TRC.

viii. Les 2 organisations sensibiliseront le public belge à propos des médicaments et consommables médicaux à travers leurs réseaux. La participation au réseau QUAMED et au groupe de travail médicaments de BeCause health offre des possibilités de contribuer via le plaidoyer à la détermination de l'agenda sur ce sujet. Quant au matériel d'occasion, les deux organisations sensibiliseront le public belge avec la devise 'à qui puis-je faire plaisir avec ceci ?'

ix. La collaboration conjointe que les deux organisations ont développée avec d'autres acteurs constitue une valeur supplémentaire dans la collaboration. C'est le cas notamment avec L'institut de Médecine Tropicale, entre autres dans le projet RIPSEC en RDC. Dans le volet Nord, différentes ONG médicales (MdM, M3M, Fondation Damien…) collaboreront avec la Plateforme d'Action Santé Solidarité pour le renforcement et la cohérence du plaidoyer politique. A Kinshasa, le Hub des ONG Santé deviendra un endroit d'échanges et de création de synergies. Pour plus d'information sur les synergies voire paragraphe 2, 7.6 pour chaque pays.

x. Dans le **domaine logistique** les deux organisations ont décidé d'introduire le même programme comptable et d'organiser les formations à ce sujet pour tous les collaborateurs.

Memisa - MSV
Programme commun DGD
2017-2021

Partie II : présentation du Programme par pays

24 avril 2017

Table de matière

1. RDC
2. Burundi
3. Bénin
4. Guinée
5. /
6. Belgique
7. Mauritanie
8. Inde

Memisa - MSV
Programme commun DGD
2017-2021

Partie II : présentation du Programme par pays

1. CSC RDC - ***Programme Memisa-MSV***

11 avril 2017

Table de Matière

1. Fiche pays RDC 3
2. Liste des partenaires et parties prenantes connus au moment de la demande. 4
   A. Partenaires et parties prenantes de Memisa 4
   B. Partenaires et parties prenantes de MSV 10
3. Cohérence avec le Plan Stratégique (pays Hors-CSC) 18

Pas d'application 18

4. Théorie du Changement associée à la RDC 19
5. Analyse des risques associée à la RDC 23
6. Description de la prise en compte des recommandations formulées dans le cadre du Dialogue Stratégique lié à un CSC 25
7. OS RDC 27

7.1. Fiche OS 1 27
7.2. Description des résultats Outcome / Objectif Spécifique RDC 29
   A. Le cadre logique 29
   B. Description des opérations 31
   C. Genre et Environnement 41
   D. Note sur la digitalisation 43

7.3. T3 – Coûts opérationnels OS 1 44
7.4. Motivation au regard des critères du CAD 50
7.4.1. Description de la Pertinence. 50
7.4.2. Description de l'Efficacité. 50
7.4.3. Description de la Durabilité. 51
7.4.4. Description de l'Efficience. 52
7.5. Description de la Stratégie de Partenariat spécifique pour la RDC 54
   A. Partenariats 54
   B. Collaborations avec les parties prenantes 58

7.6. Description des Synergies et Complémentarités. 61
   A. Synergies décrites dans le CSC 61
   B. Plateformes et Réseaux 62
   C. Synergies ONG belges Santé - Kinshasa 62
   D. Participation à la Plateforme Hospitalière 63
   E. Autres complémentarités et synergies envisagées 64

Liste des Abréviations 68

1. RDC

1. Fiche pays RDC

Coûts opérationnels totaux pour le pays :		€ 20.231.602		
Personne de contact en Belgique pour la DGD pour le pays :	Nom : Elies Van Belle Hilde Buttiens	Organisation: Memisa MSV	Téléphone : 02 4541546 015 400880	E-mail : elies.van.belle@memisa.be Hilde.Buttiens@azv.be
Personne de contact qui représente l'ACNG dans le pays :	Nom : Alfred Coffi Koussemou, directeur des opérations	Organisation: Memisa	Téléphone : +243816619250	E-mail : Alfred.Koussemou@memisa.be

Résumé synthétique du programme pour ce pays (15 lignes maximum) :

Le programme Memisa-MSV veut améliorer la qualité des soins de santé et permettre l'accès au plus grand nombre par le renforcement des acteurs du système de santé avec une attention particulière aux populations vulnérables.

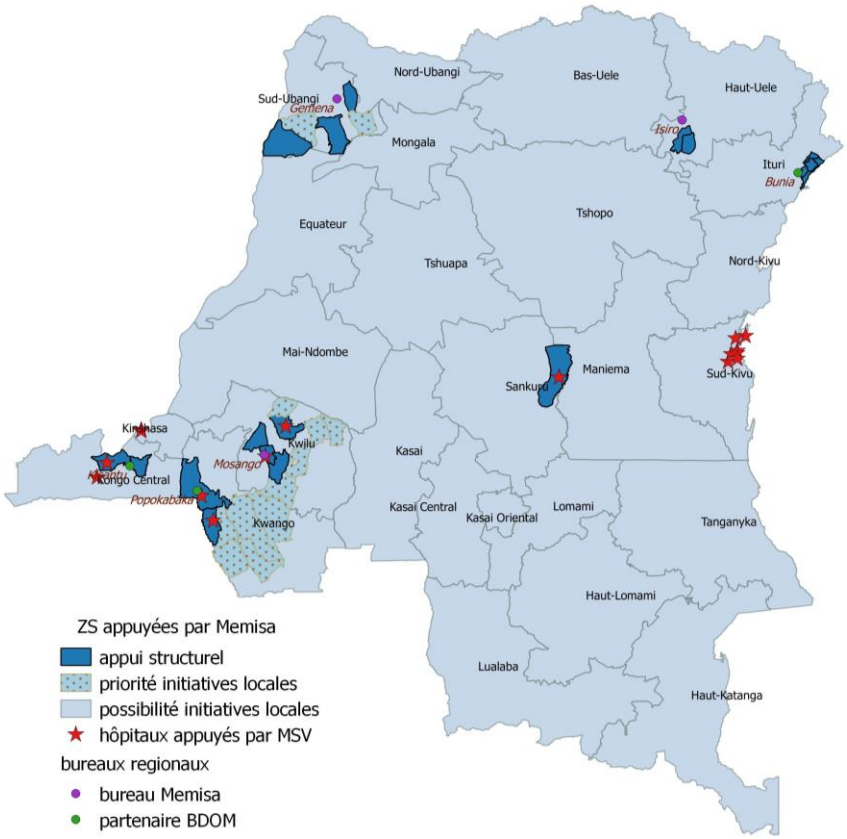
Promouvoir la bonne gouvernance : renforcer le leadership local et la concertation à partir de la périphérie; documenter les changements introduits, en collaboration avec des institutions de recherche, pour capitaliser les expériences et influencer le niveau décisionnel.

Améliorer l'offre : basé sur la formation, les échanges et les stages nous voulons renforcer les acteurs du système de santé pour qu'ils puissent assumer leurs rôles: renforcement des capacités médicotechniques et organisationnelles des prestataires des soins et appui en infrastructures, matériel médical, médicaments et consommables.

Appuyer la demande : assurer un accès géographique et financier aux soins de qualité acceptables, aussi pour les plus défavorisés. Différents mécanismes de subvention des soins et de mutualisation des risques et application d'une tarification forfaitaire. Stimuler les initiatives locales et communautaires. Appuyer le plaidoyer politique et les mouvements sociétaux pour une plus grande solidarité

Ce programme met un accent particulier aux aspects de la durabilité écologique, de genre et de la digitalisation.

Carte du pays avec localisation des interventions



2. Liste des partenaires et parties prenantes connus au moment de la demande.

A. Partenaires et parties prenantes de Memisa

Partie prenante 1 : Viva Africa			
Nom complet et abréviation :	Viva Africa		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	Rijke Klarenstraat 26 1000 Brussel	+32(0)495790915	kristien.wouters@santegidio.be
Personne de contact :	Kristien Wauters		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 1*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 1*	*0 €*	
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Viva Africa est l'ONG de développement de la Communauté de Sant'Egidio en Belgique et fait partie du réseau international de la Communauté de Sant'Egidio dont le siège se situe à Rome. (www.santegidio.be/vivaafrica). Viva Africa, autant qu'ONG de la Communauté de Sant'Egidio en Belgique, apporte sa collaboration au programme DREAM au niveau international. Viva Africa a choisi comme thème de son cadre stratégique le développement socialement durable, qui s'articule autour de trois axes stratégiques : la stratégie de la santé pour tous, le droit à la santé, une société pour tous. Viva Africa bénéficie d'une grande expérience dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA, Le centre DREAM à Kinshasa a développé un modèle de Prévention, counseling et dépistage du VIH et prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans la zone de santé de N'Séle. Cette expérience clinique, diagnostique et communautaire sera répliquée dans d'autres structures de santé et zones ciblées, avec un programme de formation basé sur les stages pratiques et les échanges entre pairs. Les expériences formatrices sont entre autres : - Mise en place des équipes mobiles de prévention du VIH, et d'un système de référence pour la prise en charge des PVVIH de la zone de santé - Dépistage permanent dans les maternités par l'équipe mobile ('Counseling', Screening VIH et Orientation vers les services de traitement du VIH pour les femmes enceintes) - Stage et formation en techniques laboratoires à partir d'un labo modèle, très performant.		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	01/01/2017		

Partie prenante 2 : Lumos			
Nom complet et abréviation :	Leuvense Universitaire Medische Ontwikkelingssamenwerking en Solidariteit - LUMOS		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	Herestraat 49 3000 Leuven	016/347073	jan.verhaegen@uzleuven.be
Personne de contact :	Jan Verhaegen		

Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 1*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 1*	*0 €*	
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Amélioration de qualité des soins par la formation du personnel médical et paramédical en développant un centre de formation (l'Hôpital St Luc de Kisantu) et des zones de santé de démonstration. Le transfert de compétences sera fait d'un côté par des volontaires de LUMOS, et de l'autre côté par des stages de personnes des zones ciblées, à Kisantu, et par des missions de formation du personnel de Kisantu dans les zones de démonstration.		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	01/01/2014		

Partie prenante 3 : Blue Square			
Nom complet et abréviation :	Blue Square		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	Rue des Pères Blancs, 4 1040 Etterbeek.	+32 48 69 59 911 +32 2 737 65 16	ndeborman@bluesquare.org
Personne de contact :	Nicolas de Borman CEO		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 1*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 1*	*175.000 €*	
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	BlueSquare est une compagnie œuvrant à la mise en place de solutions technologiques afin de promouvoir une allocation intelligente des ressources dans les pays à faibles et moyens revenus. Les solutions développées par BlueSquare augmentent la portée, la qualité et l'efficacité des services aux populations tout en donnant aux utilisateurs un accès aux données clés sur la performance des systèmes sanitaires. Ces solutions permettent également de facilement collecter, gérer, structurer, visualiser et partager des données et contribuent par la même occasion à encourager une meilleure transparence et redevabilité des programmes. Bluesquare métrera en place une intervention pilote avec le logiciel OpenSRP ensemble avec Memisa dans une zone de santé de démonstration en RDC. le logiciel doit permettre de remplacer les registres papier par un système de tablettes permettant de digitaliser la collecte des données et les rapports à envoyer aux systèmes d'informations sanitaires (SNIS). Les données seront transmises directement au SNIS via le logiciel DHIS2. Une analyse des résultats du pilote sera aussi conduite afin d'envisager une mise à échelle de l'outil. BlueSquare prendra le lead sur les aspects technologiques de l'outil tandis que l'organisation Memisa sera chargée de l'implémentation de l'outil sur le terrain ainsi que de la bonne mise en œuvre du pilote.		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	01/01/2017		

Partie prenante 4 : Quamed			
Nom complet et abréviation :	Quamed asbl		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :

	17 rue Roucayrol, 81100 Castres, France		jmcann@quamed.org
Personne de contact :	Jean Michel Cann, directeur		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 1*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 1*	*0 €*	
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Memisa prévoit dans le cadre de ce programme une collaboration avec Quamed spécifiquement pour auditer les CDR de Kikwit, Kisantu, Bunia et Bwamanda/ Gemena. Quamed prévoit également des formations du personnel en BPD (Bonnes Pratiques de Distribution) et des pharmaciens des CDR en PréQualification en Achats. "Appui à distance" peut également être organisé par centrale, pour leur aider à élaborer des procédures et pour répondre à des questions.		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	Mars 2017 (depuis la création du nouveau Quamed)		

Partie prenante 5 : Action Damien			
Nom complet et abréviation :	Action Damien		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	Blvd Léopold II, 263 1081 Bruxelles	+32 (0)2 422 59 21	jean.dandois@actiondamien.be
Personne de contact :	Jean Dandois, gestionnaire de projets		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	OS 1		
Budget par Outcome :	*0 EUR*		
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Améliorer la prise en charge aussi bien curative que préventive des personnes affectées par la tuberculose et la lèpre dans 184 ZS de 8 provinces : plus spécifiquement ici la province de Kwilu avec ses 24 ZS et cela grâce à la Coordination provinciale lèpre et tuberculose basée à Kikwit. Memisa et AD travailleront ensemble sur une meilleure intégration de la lutte contre la tuberculose dans les soins de santé primaires.		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2014		

Partie prenante 6 : DPS Kwilu			
Nom complet et abréviation :	Division Provinciale de la Santé de la Province de Kwilu ; DPS Kwilu		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	Bandundu ville	+ 243 81 485 86 41	jpbasake1@gmail.com jpbasake1@yahoo.co.za
Personne de contact :	Le Chef de Division : Dr Jean Pierre Basake Kalema,		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 1*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 1*	*25.000 €*	

Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	L'institution sanitaire décentralisée avec laquelle Memisa travaille en concertation et étroite collaboration pour la mise en œuvre des interventions dans la province du Kwilu
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	01/01/2014

Partie prenante 7 : DPS Sud Ubangi			
Nom complet et abréviation :	Division Provinciale de la Santé de la Province du Sud Ubangi ; DPS Sud Ubangi		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	DPS Sud Ubangi, Av de l'hôpital général N° 3174 Ville de Gemena	+243 810 580 132.	bienvenumangonza@gmail.com
Personne de contact :	Dr Bienvenu Mangonza Bayekele Chef de Division		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 1*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 1*	*25.000 €*	
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	L'institution sanitaire décentralisée avec laquelle Memisa travaille en concertation et étroite collaboration pour la mise en œuvre des interventions dans la province du Sud Ubangi		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	01/01/2014		

Partie prenante 8 : DPS Haut Uélé			
Nom complet et abréviation :	Division Provinciale de la Santé de la Province de Isiro ; DPS Isiro		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	B.P. 263-ISIRO	(+243) 811 754 511 et 997 229 205	lolamarcel87@gmail.com
Personne de contact :	Lola Loway Marcel, chef de la division		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 1*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 1*	*25.000 €*	
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	L'institution sanitaire décentralisée avec laquelle Memisa travaille en concertation et étroite collaboration pour la mise en œuvre des interventions dans la province de Isiro		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :			

Partenaire 1 : BDOM Bunia			
Nom complet et abréviation :	Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM) / CDS-Bunia (Caritas développement Santé)		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	Bld de libération n°SU105, Quartier Lumumba, Cité de Bunia, Province de l'Ituri	+243 9 93 06 66 60 ; +243 81 54 65 70 7	bdom_bunia@yahoo.fr caridevbunia@yahoo.fr
Personne de contact :	Sr. Dr. Jeanne Cécile NYAMUNGU, Directrice BDOM/ Bunia		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 1*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 1*	*1.700.500 €/ 5 an*	
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Partenaire opérationnel pour la mise en œuvre des interventions dans la province de l'Ituri		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	01/01/2014		

Partenaire 2 : BDOM Kisantu			
Nom complet et abréviation :	Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM)/ CDS-Kisantu (Caritas développement Santé / Diocèse de Kisantu)		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
		00243 (0) 82 20 67 710	jkndona@yahoo.fr jkndona@gmail.com
Personne de contact :	Dr. Jackie NDONA KINGOLO, Directrice BDOM/Kisantu		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 1*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 1*	*1.736.840 €/ 5 an*	
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Partenaire opérationnel pour la mise en œuvre des interventions dans la province du Kongo Central		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	01/01/2014		

Partenaire 3 : BDOM Popo Kabaka	
Nom complet et abréviation :	BDOM POPOKABAKA

Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	Diocèse de Popokabaka, BP 7245 KINSHSASA 1 RDCONGO	00243 (0)812685884	bdcdpopo@yahoo.fr ericlulendo@gmail.com
Personne de contact :	Dr. Eric Lulendo, directeur BDOM		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 1*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 1*	*837.220 €/ 5 an*	
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Partenaire opérationnel pour la mise en œuvre des interventions dans la province du Kwango		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	01/03/2016		

Partenaire 4 : Action d'Espoir			
Nom complet et abréviation :	ACTION D'ESPOIR MATUMAINI ACTION OF HOPE - ADE		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	MUDAKA route Bukavu Kavumu	00 243 85722 814 00 243 995 76 8001	actiondespoir@actiondespoir.org julesbarhalengehwa@yahoo.fr basiminejules@gmail.com
Personne de contact :	Jules Basimine coordinateur de programmes		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 1*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 1*	*€ 150.000*	
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Action d'Espoir (ong locale reconnue par l'état congolais) a une grande expérience dans la sensibilisation et le renforcement des capacités communautaires dans la région post-conflit de Bukavu. Action d'Espoir et MEMISA ont une longue expérience de collaboration ea dans les projets de prévention des conflits et consolidation de la paix (appui service D2.1.) Ce partenaire de la société civile qui a fait preuve de ces compétences et réalisations sera renforcé davantage à fin de lui permettre de jouer un rôle dans la stimulation et le transfert des compétences sur des pratiques de changement sociétal et de renforcement communautaires. Il jouera, comme les zones de démonstration, un rôle de « démonstration », spécifiquement pour les aspects communautaires, avec l'organisation des stages et des formations pratiques sur le tas.		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2008		

Partenaire 5 : La Fondation DREAM			
Nom complet et abréviation :	ASBL Fondation DREAM Communauté de Sant'Egidio RDC		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :

	Avenue Manongo, 15 Q. Sicotra (Bibwa) - Commune de N'Sele Kinshasa RDC	+243897592621	info@dreamrdc.org
Personne de contact :	Gianni Guidotti, Secrétaire Général		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 1*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 1*	*1.200.000 €*	
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	L'ASBL Fondation DREAM Communauté de Sant'Egidio RDC est une association de la RDC sans but lucratif, fondée en 2008. Sa mission est de venir en aide aux populations plus vulnérables, en améliorant leur accès à la santé. La Fondation DREAM a identifié comme prioritaires les interventions dans le domaine de la prévention et traitement gratuit du VIH/SIDA, de la promotion de la recherche et de l'éducation, et de la formation professionnelle dans le secteur sanitaire. Depuis 2011, la Fondation DREAM RDC travaille en collaboration avec le Fondation DREAM ONLUS pour la gestion du Centre de Santé de N'Sele à Kinshasa, où jusqu'ici 1.600 personnes sont prises en charge d'une manière globale pour le traitement du VIH/SIDA et les maladies corrélées. Il s'agit d'une association bien ancrée dans la réalité locale, qui collabore avec le Ministère de la Santé, dans le cadre du Plan National de Lutte contre le VIH/SIDA. Des collaborations existent aussi avec d'autres structures comme l'Hôpital de Kisangani, avec le but d'améliorer le droit à la santé en RDC, en particulier pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA.		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	01/01/17		

B. Partenaires et parties prenantes de MSV

Partie prenante 6 : Fracarita Belgium			
Nom complet et abréviation :	Fracarita Belgium		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	Jozef Guislainstraat 43 9000 Gent www.fracarita-belgium.org	+32(0)921635 05	katrijn.de.clercq@fracarita.org joost.van.heesvelde@fracarita.org
Personne de contact :	Katrijn De Clercq Joost Van Heesvelde		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 1*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 1*	*300.000 €*	
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Renforcement des capacités du staff du centre psychiatrique SOSAME (Bukavu) à travers une formation « train the trainer » et support dans l'approvisionnement		

	continue et durable des médicaments et matériaux médicaux pour garantir le bon fonctionnement du centre. Rôle d'expert en ce qui concerne le renforcement du personnel (connaissances et compétences) en santé mentale au niveau décentralisé et interrégional
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	01/01/2017 (Une collaboration synergétique entre Fracarita Belgium et Médecins Sans Vacances existe depuis 1996)

Partie prenante 7 : ICT4Development			
Nom complet et abréviation :	ICT4Development – Vrije Universiteit Brussel		
Coordonnées :	Adresse : Department of Biostatistics and Medical Informatics VUB Laarbeeklaan 103 B-1090 Brussel	Téléphone : 02 477 44 24	E-mail : frank.verbeke@ict4development.org
Personne de contact :	Frank Verbeke		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 1*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 1*	*115.200€*	
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	ICT4Development est un groupe de recherche du département de bio-statistique et d'informatique médicale de la Vrije Universiteit Brussel (VUB), qui s'est spécialisé dans le développement de solutions informatiques pour le secteur de la santé en Afrique sub-Saharienne. Un des résultats des activités du groupe est le logiciel OpenClinic GA, un système à sources libres pour la gestion intégrée des données hospitalières. Ce logiciel, qui est librement disponible sur internet, a depuis sa conception été installé et utilisé dans plus de 500 hôpitaux dans le monde, dont une cinquantaine se trouvant en Afrique sub-Saharienne (Sénégal, Mali, RDC, Congo-Brazzaville, Rwanda, Burundi, Tanzanie, Ethiopie) qui bénéficient aujourd'hui d'un accompagnement rapproché de l'équipe d'ICT4Development. OpenClinic GA a été conçu comme un outil de travail pour les structures de soins, se focalisant sur un bénéfice direct pour les utilisateurs finaux. Les données encodées servent les besoins concrets de gestion de la structure de soins : identification du patient, facturation, gestion du labo, gestion pharmaceutique, gestion du dossier médical électronique… Les informations encodées peuvent dans un deuxième temps être extraites pour des fins de rapportage au niveau central (via le DHIS2 par exemple). Les effets escomptés d'une informatisation avec un outil comme OpenClinic GA sont multiples : (i) une meilleure identification des patients, (ii) une augmentation des recettes, (iii) une meilleure gestion des ressources matérielles et humaines, (iv) une amélioration de la qualité des données et (v) une optimalisation du circuit du patient avec amélioration de la qualité des soins. Le rôle d'ICT4Development dans le projet proposé par AZV et Memisa se résume comme une assistance technique dans 2 hôpitaux ciblés pour (i) l'analyse des besoins technologiques et fonctionnels, (ii) l'adaptation du code d'OpenClinic GA là où nécessaire, (iii) l'installation et la configuration du logiciel, (iv) la formation des utilisateurs, (v) l'accompagnement et l'assistance utilisateur après la mise en production et (vi) le monitoring et évaluation de l'utilisation du système.		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2017		

Partenaire 9			
Nom complet et abréviation :	Hôpital général de référence de Nyantende (HGR de Nyantende)		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	BP 162 Bukavu	+243 994 10 65 35	hgrnyantende@yahoo.fr
Personne de contact :	Dr. Aimé Balagizi		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 1*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 1*	*0 €*	
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Dispenser des soins hospitaliers de qualité (PCA). Cadre d'enseignement et de recyclage. Élaboration et réalisation du TRC		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2008		

Partenaire 10			
Nom complet et abréviation :	Hôpital général de référence Fomulac de Katana (HGR Fomulac Katana)		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	BP 162 Bukavu	+243 997 732 342 ou +243 852 121 763	p.makali@yahoo.fr
Personne de contact :	Dr Paul Makali		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 1*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 1*	*0 €*	
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Dispenser des soins hospitaliers de qualité (PCA) et participer dans la supervision formative des CDS. Cadre d'enseignement et de recyclage. Élaboration et réalisation du TRC		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2006		

Partenaire 11			
Nom complet et abréviation :	Hôpital général de référence FSKi de Walungu (HGR FSKi Walungu)		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	BP 2436 Walungu	+243 997 770 104	nkembabahati@gmail.com
Personne de contact :	Dr René NKEMBA BAHATI		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 1*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 1*	*0 €*	

Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Dispenser des soins hospitaliers de qualité (PCA) et participer dans la supervision formative des CDS. Cadre d'enseignement et de recyclage. Élaboration et réalisation du TRC
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2002

Partenaire 12			
Nom complet et abréviation :	Hôpital général de référence Dr. Rau de Ciriri (HGR Dr Rau Ciriri)		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	BP 162 Bukavu	+243 853 61 22 83	hospitalhgrdrrauciriri@yahoo.fr
Personne de contact :	Dr. Gisèle Fatuma Mayele		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 1*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 1*	*0 €*	
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Dispenser des soins hospitaliers de qualité (PCA). Cadre d'enseignement et de recyclage. Élaboration et réalisation du TRC		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2003		

Partenaire 13			
Nom complet et abréviation :	Centre Neuropsychiatrique SOSAME		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	BP 162 Bukavu	+243 995981945	moisemurhima@hotmail.com
Personne de contact :	Fr. BIRINGANINE MURHIMA Moïse		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 1*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 1*	*0 €*	
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Prestations des soins de santé spécialisés de santé mentale. Cadres formateurs en santé mentale. / Élaboration et réalisation du TRC. Rôle d'expert en ce qui concerne le renforcement du personnel (connaissances et compétences) en santé mentale au niveau décentralisé		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2006		

Partenaire 14			
Nom complet et abréviation :	Hôpital général de référence de Monvu (HGR Monvu)		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	BP 162 Bukavu	+243 991 411 615 ou +243 853 791 213	bahati_bienvenu@yahoo.fr

Personne de contact :	Dr Bienvenu Bahati		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 1*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 1*	*0 €*	
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Dispenser des soins hospitaliers de qualité (PCA). Cadre d'enseignement et de recyclage. Élaboration et réalisation du TRC		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2008		

Partenaire 15			
Nom complet et abréviation :	Hôpital général de référence de Mubumbano (HGR de Mubumbano)		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	BP 162 Bukavu	+243 997 254 533	jpkarumba@yahoo.fr
Personne de contact :	Dr Jean-Paul Karumba		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 1*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 1*	*0 €*	
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Dispenser des soins hospitaliers de qualité (PCA). Cadre d'enseignement et de recyclage. Élaboration et réalisation du TRC		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2010		

Partenaire 16			
Nom complet et abréviation :	Hôpital général de référence de Kamina (HGR de Nyangezi)		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	BP 162 Bukavu	+243 998 666 187 ou +243 853 723 581	hgr.nyangezi@yahoo.fr
Personne de contact :	Dr Jefferson Mboboci		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 1*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 1*	*0 €*	
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Dispenser des soins hospitaliers de qualité (PCA). Cadre d'enseignement et de recyclage. Élaboration et réalisation du TRC		
Date de début de la relation	2011		

partenariale avec l'ACNG :	

Partenaire 17			
Nom complet et abréviation :	Hôpital général de référence de Djuma (HGR de Djuma)		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	BP 254 Kikwit	+243(0)810123 884	tshileujos@gmail.com
Personne de contact :	Dr. Joseph Tshileu		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 1*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 1*	*0 €*	
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Dispenser des soins hospitaliers de qualité (PCA). Cadre d'enseignement et de recyclage. Élaboration et réalisation du TRC		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2006		

Partenaire 18			
Nom complet et abréviation :	Hôpital général de référence de Mosango (HGR de Mosango)		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	BP 132 Kinshasa-Limete	+243(0)812 381 611	Alungdiana1@gmail.com
Personne de contact :	Dr. Alung Diana Anderson		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 1*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 1*	*0 €*	
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Dispenser des soins hospitaliers de qualité (PCA) et participer dans la supervision formative des CDS. Cadre d'enseignement et de recyclage. Élaboration et réalisation du TRC		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2008		

Partenaire 19			
Nom complet et abréviation :	Hôpital général de référence de Katako Kombe (HGR de Katako Kombe)		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	BP 223 Lodja	+243(0)814955284	ndjekamariehelene@gmail.com

Personne de contact :	Dr Marie Hélène Ndjeka		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 1*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 1*	*0 €*	
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Dispenser des soins hospitaliers de qualité (PCA) et participer dans la supervision formative des CDS. Cadre d'enseignement et de recyclage. Élaboration et réalisation du TRC		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2008		

Partenaire 20			
Nom complet et abréviation :	Hôpital Saint Joseph		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	BP 706 Kinshasa – Limete	+243(0)999 919 812 ou +243(0)824 743 788	donembunzu@yahoo.fr
Personne de contact :	Dr Dolores Nembunzu		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 1*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 1*	*0 €*	
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Dispenser des soins hospitaliers de qualité (PCA). Cadre d'enseignement et de recyclage. Élaboration et réalisation du TRC		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2005		

Partenaire 21			
Nom complet et abréviation :	Hôpital pédiatrique de Kalembe Lembe		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	Kinshasa – Lingwala	+243(0)815 252 161	akelekat@yahoo.fr
Personne de contact :	Dr. Catherine Akele		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 1*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 1*	*0 €*	
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Dispenser des soins hospitaliers de qualité (PCA). Cadre d'enseignement et de recyclage. Élaboration et réalisation du TRC		

Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2005

Partenaire 22			
Nom complet et abréviation :	Hôpital général de référence IME Kimpese		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	BP 68 Kimpese	+243(0)815082947ou +243(0)899213 276	mahemalut@yahoo.fr
Personne de contact :	Dr. Roger Mahema Lutabu		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 1*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 1*	*0 €*	
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Dispenser des soins hospitaliers de qualité (PCA). Cadre d'enseignement et de recyclage. Élaboration et réalisation du TRC		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2005		

Partenaire 23			
Nom complet et abréviation :	Hôpital Général de Popokabaka		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	BP7245 KIN1	+243(0) 811911966	guylainnkosi@gmail.comr
Personne de contact :	Dr. Guylian Nkosi		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 1*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 1*	*0 €*	
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Dispenser des soins hospitaliers de qualité (PCA). Cadre d'enseignement et de recyclage. Élaboration et réalisation du TRC		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2017 (Soutenu par Memisa depuis 1997)		

Partenaire 24			
Nom complet et abréviation :	Hôpital général de référence de KASONGO-LUNDA		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	BP7245 KIN1	+243(0) 810500835	drcypkapit@gmail.com
Personne de contact :	Dr. Cyprien KAPITA		

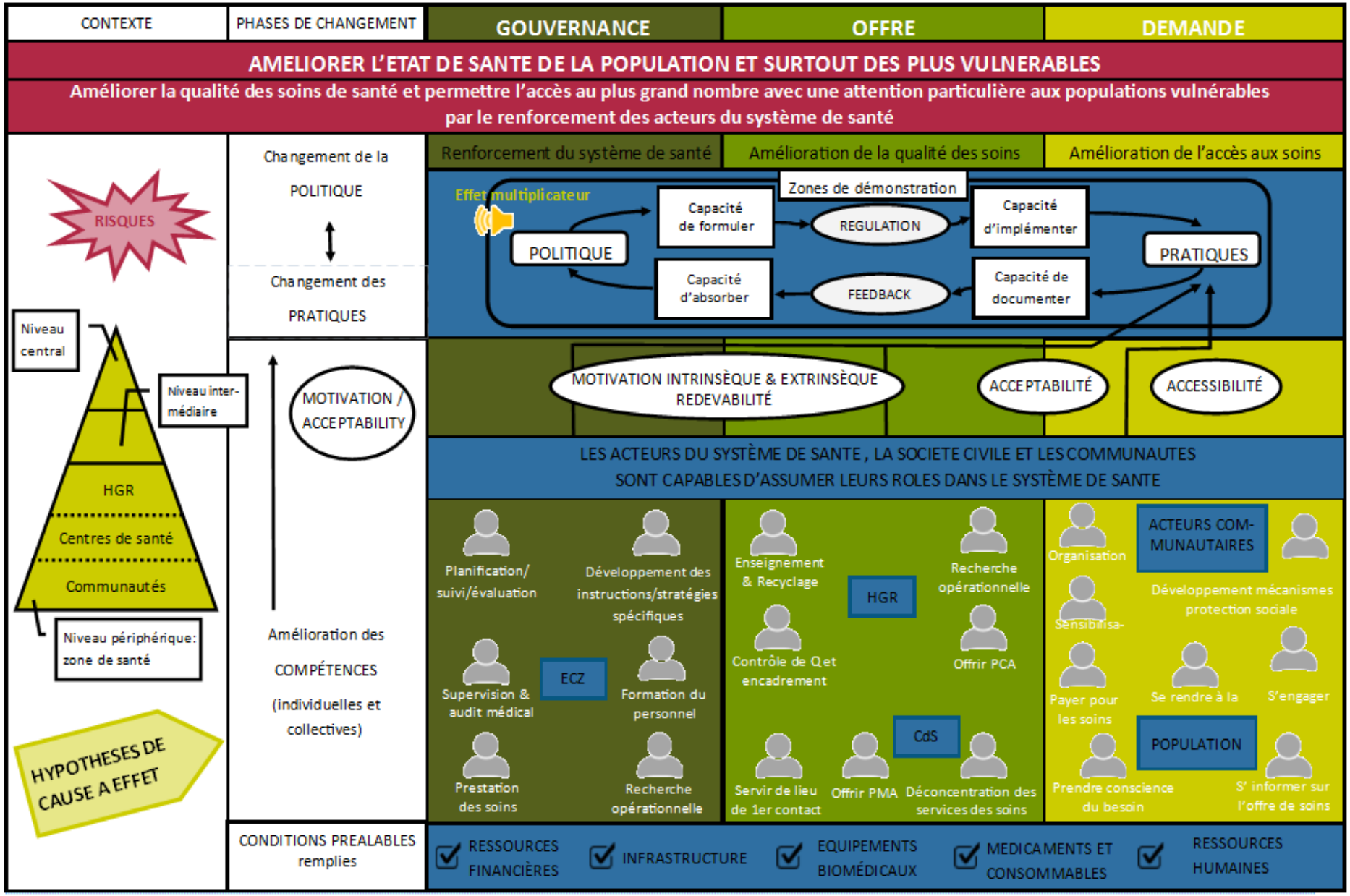
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 1*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 1*	*0 €*	
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Dispenser des soins hospitaliers de qualité (PCA). Cadre d'enseignement et de recyclage. Élaboration et réalisation du TRC		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2017 (Soutenu par Memisa depuis 1997)		

Partenaire 25			
Nom complet et abréviation :	Hôpital général de référence de GOMBE-MATADI		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	BP12 GOMBE MATADI	+243(0) 998145112	drluyin014@gmail.comr
Personne de contact :	Dr. Ekanga OLOKO		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 1*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 1*	*0 €*	
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Dispenser des soins hospitaliers de qualité (PCA). Cadre d'enseignement et de recyclage. Élaboration et réalisation du TRC		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2017 (Soutenu par Memisa depuis 1997)		

3. Cohérence avec le Plan Stratégique (pays Hors-CSC)

Pas d'application

4. Théorie du Changement associée à la RDC



L'impact recherché des interventions de Memisa et MSV est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population et surtout des plus vulnérables. Les interventions mises en œuvre cherchent à **améliorer la qualité des soins de santé et à permettre l'accès au plus grand nombre par le renforcement des acteurs du système de santé avec une attention particulière aux populations vulnérables.**
La stratégie est basée sur trois axes de changement : la promotion de la bonne gouvernance, l'amélioration de l'offre et l'appui à la demande. Memisa travaille sur les trois axes, MSV se concentre sur l'axe de l'amélioration de l'offre. Les thèmes transversaux genre, environnement et digitalisation reçoivent une attention particulière dans chaque axe de changement. Memisa et MSV renforcent le système de santé local par le renforcement des acteurs cibles afin qu'ils soient en mesure d'assumer leurs rôles dans le système[1].
Comme ONG de développement, nous partons du principe que nous avons le mandat explicite d'améliorer la qualité en nous alignant d'une façon « critique » à la politique nationale[2] et en collaborant avec les structures étatiques et celles de la société civile. Nous voulons autant que possible éviter une multiplication des structures et des outils, éviter la substitution et plutôt organiser les interventions en s'appuyant sur les capacités locales, en les renforçant. Pour être durables et portées par les acteurs locaux, les solutions devraient être locales.

1. Phases de changement
0. Les conditions préalables
Des ressources humaines et financières, une infrastructure fiable (électricité, eau, bâtiments), un matériel fonctionnel et bien entretenu, des médicaments et consommables de qualité disponibles sont des conditions préalables pour dispenser des soins médicaux et paramédicaux de qualité.
Le renforcement des capacités ne peut avoir des résultats durables sans ces conditions préalables ; nos deux organisations y ont fait l'expérience sur le terrain.

1.1. Changer les pratiques
Le changement des pratiques commence par l'amélioration des compétences nécessaires dans chaque axe de changement. Les voies de changements sont formulées comme des hypothèses de cause à effet.
Hypothèse 1 (H1)[3] : Les compétences individuelles du personnel des structures de santé seront améliorées, si des stages et des formations professionnelles sont organisés (= formation-sur-le-tas).
Pour améliorer des compétences médicotechniques et organisationnelles , nous adoptons la formation-sur-le-tas comme stratégie d'intervention principale en appliquant le modèle d'apprentissage 70-20-10[4] selon lequel un collaborateur efficace et performant acquiert à peu près 70 % de ses connaissances sur le tas, 20 % via un suivi personnalisé ou des contacts sociaux (entretiens, réseaux, feedback) et 10 % seulement via la transmission classique du savoir.

H2 : Le changement des pratiques demande une amélioration des compétences individuelles et une amélioration des compétences collectives

Par rapport au renforcement de la capacité institutionnelle, nous nous basons sur le modèle des 5 compétences collectives[5]. Il s'agit d'un modèle systémique qui permet de repérer les éléments clés qui font qu'une organisation peut fonctionner et progresser. Le modèle comprend 5 compétences collectives et est utilisé comme point de départ de notre stratégie du « Trajet de Renforcement des Capacités » (TRC) que nous élaborons avec tous nos partenaires.
Sur l'axe de l'amélioration de l'offre, nous travaillons sur le renforcement des capacités au niveau des centres de santé et des hôpitaux généraux de référence. Nous comptons renforcer les compétences nécessaires pour assumer les fonctions recommandées à niveau dans la pyramide sanitaire de la RDC: les centres de santé sont sensés fonctionner comme 1er contact et offrir le paquet minimum des activités ; les hôpitaux généraux de référence sont supposés avoir les compétences pour faire le contrôle de qualité, pour offrir le paquet complémentaire des activités et pour servir de lieu de recherche opérationnelle et d'enseignement, de formation et de recyclage.

[1] GILSON,L. Health Policy and Systems Research, a methodology reader, World Health Organization, 2012. RDC Ministère de la Santé, Recueil des normes de la zone de santé, 2006.
[2] La Stratégie de renforcement du Système de Santé (SRSS) en RDC, deuxième édition, mars 2010
[3] Nous formulons des hypothèses de cause à effet pour expliquer les changements recherchés
[4] Le modèle 70-20-10 a été développé par Morgan McCall, Robert W. Eichinger et Michael M. Lombardo (Center for Creative Leadership) et est mentionné dans The Career Architect Development Planner, 3rd edition, de Michael M. Lombardo et Robert W. Eichinger.(http://www.princeton.edu/hr/learning/philosophy/)
[5] Le modèle de « Five core capabilities » – a été developpé par European Centre for Development Policy Management (http://www.ecdpm.org) - Les compétences collectives de 1) s'engager et d'agir, 2) d'obtenir des résultats de développement (réaliser des missions techniques, d'assistance et logistiques), 3) de nouer des relations et d'attirer des moyens et de l'assistance, 4) de s'adapter et de se renouveler, 5) de maintenir en équilibre la cohérence et la diversité

Sur l'axe de gouvernance, nous nous concentrons sur les compétences suivantes, supposées être celles des ECZ dans leur zone de santé : les compétences de coordonner les acteurs locaux de la zone de santé, de superviser et de former les prestataires de soins et celles nécessaires pour la recherche opérationnelle (compétences d'analyse et de formulation) afin d'être capable d'adapter la politique nationale aux conditions et contexte locaux.
En ce qui concerne l'axe de la demande, il y a différentes obstacles potentielles auxquels la population est confrontée et qui font que les soins ne soient pas accessibles pour tous. On se réfère au cadre conceptuel de Levesque et. al. [6], qui décrit les 5 capacités requises pour accéder aux soins de santé : « *1) Ability to perceive; 2) Ability to seek; 3) Ability to reach; 4) Ability to pay; and 5) Ability to engage. »*
Nous renforçons les capacités de sensibilisation et d'organisation des acteurs communautaires afin de sensibiliser la population sur l'utilité des soins préventifs et curatifs et sur la disponibilité des services de soins. Nous stimulons et contribuons à l'application et au financement de différents mécanismes de protection sociale en santé.
Nous sommes conscients que l'amélioration des compétences ne résulte pas nécessairement à un changement des pratiques.

H3 : Pour qu'un individu présente un comportement effectif et mette les compétences acquises en pratique la motivation intrinsèque et extrinsèque et la redevabilité sont indispensables
Au niveau de l'offre et de la gouvernance la motivation intrinsèque et extrinsèque (des facteurs dans l'environnement professionnel et social) ainsi que la recevabilité sont considérées des facteurs cruciaux pour qu'un individu soit performant et mette ses compétences en pratique[7]. Le fait de renforcer le plateau technique (équipement en matériel biomédical, de réhabiliter/étendre une infrastructure) et les compétences du personnel contribue à la motivation intrinsèque du personnel.

1.2. apprendre des pratiques et influencer la politique
H4 : si les compétences d'analyser et de documenter sont améliorées, les acteurs cibles ont l'opportunité d'apprendre des pratiques et d'influencer le niveau décisionnel.
Pour mieux établir le processus de renforcement du système de santé, nous appuyons le développement des « Zones de Santé de Démonstration » en RDC, suivant les principes de la SRSS, qui servent comme exemple et comme terrain de formation pour les autres zones (effet d'entrainement/ multiplicateur).
À cette phase nous voulons documenter les changements introduits pour capitaliser les expériences et influencer le niveau décisionnel. Les organisations de la société civile, qui sont nos partenaires principaux, peuvent jouer un rôle très important à ce niveau : le rôle de catalyseur entre les partenaires périphériques (structures soignantes) et le partenaire étatique (niveau intermédiaire ou central).
L'expérience positive de Memisa nous convainc[8] que le développement des zones de démonstration est la stratégie adéquate pour arriver à l'étape d'apprentissage et d'influence au niveau décisionnel.

1.3. De changement des pratiques aux outcomes
H5 : Si les acteurs du système de santé assument leurs rôles dans le système de santé, la qualité des soins sera améliorée.

H6 : Si des mécanismes financiers existent et les services des soins sont perçus comme acceptables, la population a un meilleur accès aux services sanitaires.
Au niveau de la demande on travaille sur les obstacles à l'accessibilité, mais le fait que des services sanitaires soient fonctionnels et accessibles (géographiquement et financièrement), ne garantit pas l'utilisation des services.
À côté de l'accessibilité, l'acceptabilité fait que quelqu'un va réellement utiliser des services sanitaires. La population doit avoir de confiance dans la capabilité du service sanitaire de résoudre leur souffrance. L'acceptabilité est considérée comme

[6] Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualizing access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, *12*(1), 18. doi:10.1186/1475-9276-12-18: "*we view access as the opportunity to identify healthcare needs, to seek healthcare services, to reach, to obtain or use health care services, and to actually have a need for services fulfilled. We conceptualize five dimensions of accessibility: 1) Approachability; 2) Acceptability; 3) Availability and accommodation; 4) Affordability; 5) Appropriateness. In this framework, five corresponding abilities of populations interact with the dimensions of accessibility to generate access. Five corollary dimensions of abilities include: 1) Ability to perceive; 2) Ability to seek; 3) Ability to reach; 4) Ability to pay; and 5) Ability to engage."*
[7] Bennett S, Franco LM. Public sector health worker motivation and health sector reform: a conceptual framework. Bethesda, MD, Abt Associates Inc. for Partnerships for Health Reform Project, 1999 (Major Applied Research 5, Technical Paper 1) in The World Health Report 2006 – Working together for health, Chapter 4, Making the most of existing health workers, p 71.
[8] Voir conclusions et recommandations de l'évaluation externe du programme Memisa-DGD 2014-16 en RDC.

l'accessibilité psychologique ou culturelle [9]. Nous influençons cet aspect d'acceptabilité en renforçant la qualité des soins offerts aux structures de santé.

H7 : Si le leadership local des équipes cadres des zones de santé et des équipes de gestion des hôpitaux, ainsi que la Participation Communautaire sont renforcés, alors la gouvernance du système local de santé sera améliorée.
L'OMS identifie le leadership et la gouvernance comme un des 6 piliers d'un système de santé[10].
Le renforcement du leadership est une stratégie principale pour arriver à un système de santé performant.

1.4. Des outcomes à l'impact
Memisa et Médecins Sans Vacances veulent contribuer à l'objectif final : Améliorer l'accès aux soins de qualité fait que l'état de santé de la population sera amélioré.

2. De la Théorie de changement à la logique d'intervention
Nos stratégies d'intervention du programme précédente – pour MEMISA l'appui au développement des zones de santé de démonstration et pour Médecins Sans Vacances l'élaboration des « Trajets de Renforcement des Capacités » (TRC) avec les hôpitaux - sont les stratégies clés de notre programme commun.
Le concept de zone de démonstration est basé sur un renforcement du plateau technique et des capacités humaines des structures de santé, conforme aux standards retenus dans la politique nationale, pour qu'ils puissent servir d'endroit de stage et de formation et inspirer d'autres zones à multiplier les bonnes expériences.
L'approche des trajets de renforcement des capacités (TRC) a été développée par Médecins Sans Vacances en 2013 pour mieux encadrer son appui offert aux partenaires. L'idée de travailler avec des TRC opérationnalise la stratégie de Médecins Sans Vacances en ce qui concerne le renforcement de capacités des hôpitaux.

Pour plus d'information sur la stratégie opérationnelle et le concept de la zone de santé de démonstration et les trajets de renforcement des capacités, voir chapitre 7.2. Description des résultats outcome/ objectif spécifique.

[9] Van Damme, et.al Public Health Module 2 Health service organization course book, 2011.
[10] WHO, Everybody's business strengthening health systems to improve health outcomes, 2007.

5. Analyse des risques associée à la RDC

Pour une analyse des risques associée au secteur santé en général, nous nous référons au chapitre 9.3 de l'Analyse Contextuelle Commune de la RDC (ANALYSE DES RISQUES ET OPPORTUNITÉS PAR DOMAINE D'INTERVENTION – domaine Santé, p116-118)
L'analyse des risques par rapport aux interventions spécifiques de Memisa-MSV est présentée ci-dessous :

Probabilité	1	Improbable	Effets	1	Négligeable	Niveau de risque *(prob. x effet)*	<5	Bas	Impact sur component	Identifier sur quel(s) résultat(s) le risque aurait de l'impact. Utilisez ici la numérotation du cadre logique
	2	Possible		2	Petit		6-10	Moyen		
	3	Probable		3	Moyen		11-15	Haut		
	4	Presque sûr		4	Grand		16-20	Extrême		
				5	Sérieux					

Estimation du risque					Gestion du risque (pour les niveaux hauts et extrêmes)			Suivi du risque	
Source et nature du risque	Probabilité	Effets	Niveau de risque	Impact résultat	**Traitement**	**Responsable**	**Timing**	**Responsable**	**Quand**
Pas de paix et stabilité politique en RDC et/ou entre la RDC et la Belgique	3	5	15	tous	Renforcement des interventions structurelles pour assurer l'accès aux SSP dans des situations instables (voir remarque en bas du tableau) ; réallocation temporaire des fonds à l'intérieur du pays.	Coordination nationale ; siège	continu	Coordinateurs régionaux et coordination nationale	continue
Les autres déterminants de la santé ont détérioré	2	4	8	OS					
perturbations majeures de l'état de santé de la population	2	3	6	OS					
La réforme du système dans un contexte de décentralisation n'est pas effective	2	3	6	OS					
Il n'y a pas de complémentarité avec la coopération bilatérale au niveau d'appui institutionnel du ministère de la santé et avec d'autres ACNG et parties prenantes	2	3	6	OS					
Les acteurs concernés ne partagent pas les informations nécessaires	2	4	8	OS					
Le taux de pauvreté a augmenté	2	4	8	OS					
Les partenaires pertinents de la société civile ne sont pas identifiés et des relations de confiance durables pas construites.	3	4	12	R1	Situation que nous acceptons temporairement dans des contextes fragiles avec une	Coordinateur Régional et ATR	Trimestriel	Siège, coordination Kinshasa	annuelle

					gestion assurée par des bureaux régionaux				
le niveau intermédiaire ne joue pas son rôle d'encadrement des Zones de Santé	3	4	12	R1 R4	Redynamisation de cadre de concertation avec la CTB et les autorités	Coordinateur Régional et ATR	Trimestriel	Coordinateur Régional et ATR	semestriel
Les CDR ne fonctionnent pas, plus d'approvisionnement des médicaments dans les ZS	2	5	10	R2 R4	Plaidoyer et choix politique ; concertation entre les acteurs et bailleurs ; audit et contrôle de qualité (collaboration Quamed)	Siège, directeur des opérations	A tout moment	responsable qualité Kinshasa	
Les structures de santé ne disposent pas des ressources d'énergie durables	3	4	12	R2	Investir et sensibiliser en énergie durable	Bureaux régionaux	continue	Coordinateurs régionaux	continue
les normes de la zone de santé ne sont pas respectées pour ce qui concerne la couverture en structures de santé et l'affectation du personnel	3	4	12	R2 R3	Obtenir un moratoire avant le lancement du programme ; Rationalisation du personnel	Coordination à Kinshasa ;	Début PR	ATR	trimestriel
les structures de santé ne facilitent pas la formation continue de leurs personnels	2	3	6	R3					
Les autorités politico-administratives ne collaborent pas	3	4	12	R4	MOU avec Ministère ; cadre de concertation formelle et régulière	Coordination à Kinshasa	ponctuel	coordinateurs régionaux	trim

La situation politique instable en RDC nous oblige de considérer plusieurs scénarios pour la suite des interventions. Les élections présidentielles et législatives de 2016 étant reportées au 2017, le pays risque traverser une période d'instabilité politique prolongée. Memisa travaille en RDC depuis plus de 20 ans et nous sommes actuellement présents dans 7 provinces , avec un ancrage communautaire et une collaboration avec la société civile locale importante. Nous estimons que *le risque* que nous ne pouvons plus continuer à mettre en œuvre des interventions en RDC sur toute l'étendue du territoire est *très faible*. Au contraire, nous croyons qu'en cas d'urgence ou de crise humanitaire nous pourrions avoir une plus-value en renforçant les interventions là où nous sommes présents, pour assurer l'accès aux soins de santé primaires pour une population en détresse (augmenter la subvention des soins/ gratuité – augmenter l'accès aux médicaments – renforcer les interventions EHA…).

Nous croyons pouvoir absorber le budget proposé, avec éventuellement des réallocations budgétaires dans d'autres régions du le pays selon les besoins, même en situation d'instabilité politique.

La sécurité des volontaires est primordiale pour MSV. Si elle ne saurait plus être garantie, MSV réorientera son approche vers les instruments locaux de renforcement de capacités, tel qu'elle l'a fait au Burundi. Le budget du programme prévoit déjà l'appui à ces instruments mais leur poids relatif est faible comparé au budget prévu pour les missions de volontaires. Dans le cas échéant ils occuperont alors une plus grande place dans les activités et par conséquence dans les dépenses. A l'Est comme à l'Ouest, le médecin conseiller jouera un rôle clé dans l'identification des opportunités et la facilitation des échanges entre hôpitaux, des supervisions formatives et des missions par spécialistes locaux. La synergie avec MEMISA à l'Ouest et avec Louvain Coopération, BDOM Bukavu, la DPS et Fracarita Belgium à l'Est représente clairement des opportunités additionnelles pour le développement des activités alternatives et d'organisation de formations régionales. En ce qui concerne le renforcement des capacités médicales, techniques et organisationnelles, des stages et formations internationales pour certains médecins/paramédicaux pourraient également être considérés, à condition que leur plus-value est suffisamment démontré. Une instabilité socio-politique pourrait aussi affecter les moyens financiers des hôpitaux. Dans ce cas MSV augmentera son appui en matériel médical, médicaments et consommables. Les synergies prévues pourrait être intensifiées : MSV augmentera son appui au Plateforme Hospitalière à Kinshasa et élaborera une collaboration accrue avec l'Association des bio-ingénieurs et bio-techniciens. Sur le budget du programme entier MSV, la partie prévue pour la RDC représente 53%. Si MSV n'est pas en mesure de réaliser ce budget par les activités décrites ci-dessus, elle demandera la DGD, en accord avec les procédures, une réorientation d'une partie de son budget pour ses activités au Burkina Faso où l'organisation étendra ses activités dans la région Centre Est.

6. Description de la prise en compte des recommandations formulées dans le cadre du Dialogue Stratégique lié à un CSC

On se réfère au PV du Dialogue Stratégique sur le CSC RDC, tenu à Kinshasa le 9 juin 2016, qui est basé sur la fiche d'appréciation[11], en ajoutant des explications supplémentaires seulement si pertinent pour notre programme :

1. Theory of Change (ToC) et gestion des risques (questions 2, recommandations 9, 15)

La théorie de changement a été développée pour l'ensemble du programme Memisa-MSV, suivant la stratégie commune, et contextualisée par pays. Voir point 4 plus haut.

2. Pertinence des cibles stratégiques (question 1, recommandation 10)

Memisa et MSV investissent beaucoup dans le renforcement des capacités, basé sur la consolidation et capitalisation des acquis des programmes et interventions précédents. Les hôpitaux jouent un rôle central dans le système de santé comme centre de référence, mais aussi de formation pour le personnel de la zone. Basé sur les expériences du passé, le choix a été fait de donner plus d'attention à l'amélioration de la qualité des soins et aux initiatives locales/ communautaires portées par la population.

3. Identification des synergies et complémentarités (question 3, recommandation 19)

Voir point 7.6.

4. Processus CSC (question 6)

Voir point 7.6. initiative de bureaux conjoints de 4 ONG Santé et de « HUB » ONG Santé comme lieu de rencontre, échange, concertation.

5. Mise en œuvre opérationnelle des approches communes (recommandation 11)

Voir point 7.6. initiative de bureaux conjoints de 4 ONG Santé et de « HUB » ONG Santé comme lieu de rencontre, échange, concertation. Il s'agit d'abord d'une mise en commun et partage des informations ; l'étendue du territoire aussi vaste, les ONG ne travaillent en général pas géographiquement au même endroit, mais tentent de se « partager » le travail, en collaboration et complémentarité.

6. Approche commune en matière de partenariat (question 4, recommandation 14)

Voir point 7.5. Vue le fait que peu d'ONG travaillent dans le même territoire géographique, et vu le fait que la société civile est encore peu organisée en RDC, il y a peu de partenaires communs avec d'autres ONG. Là où plusieurs ONG travaillent avec le même partenaire de la société civile ou autorité décentralisée, nous nous inscrivons dans les principes de transparence et de plan d'action unique, géré par le partenaire.
MEMISA et MSV poursuivent également une convergence géographique croissante: MSV s'engage à étendre son effectif de partenaires à d'autres hôpitaux soutenus par MEMISA, dans le cadre du programme Hôpital pour Hôpital.

7. Prise en compte des thèmes transversaux (questions 5, 8, recommandation 17)

Les thèmes transversaux sont pris en considération à travers les interventions et plusieurs indicateurs sont genre ou environnement spécifiques.

8. Prise en compte des priorités politiques du gouvernement (question 8, recommandation 18)

La digitalisation et la mise en commun par rapport aux nouvelles technologies sont prises en considération spécifiquement par le « HUB » des ONG Santé (voir point 7.6 chapitre sur la digitalisation)

[11] Fiche d'Appréciation DGD– Dossiers 2017-2021 – RDC: « RDC - Avis CSC-GSK - 31 05 16 – Final »

9. Prise en compte du CSC travail décent (question 7)

Memisa et MSV échangeront avec les organisations du CSC Travail Décent en RDC[12] ou leurs représentants au sein du Forum des acteurs belges utilisant celui-ci comme forum ouvert pour le partage de connaissances et d'expériences entre les OSC/AI belges et la Coopération belge sur des thématiques, des programmes et des défis communs.
Lors de ces échanges, de nouvelles opportunités de complémentarité et de synergie pourront se présenter entre des OSC belges du CSC Travail Décent et des OSC belges participantes au CSC du pays.
Afin d'assurer cette participation, la plateforme de coordination Travail Décent, en collaboration avec les OSC belges qui ont participé au CSC du pays, coordonnera les modalités d'échange, de communication et de représentativité.

11. Formulation des approches communes (recommandation 13)

c) CS4 Santé : voir la reformulation proposée dans le PV.
Memisa travaille spécifiquement sur l'intégration de la prise en charge du diabète dans les soins de santé primaires (projets complémentaires avec d'autres bailleurs : des fondations de Novo Nordisk et de Eli Lily) et soutien un réseau de prise en charge communautaire et d'un centre de documentation à Kinshasa.
MEMISA et Médecins Sans Vacances prévoient de lancer un projet pilote sur les maladies chroniques non transmissibles qui constituent un défi de plus en plus important pour les structures sanitaires déjà éprouvées et leur personnel. Des expériences quant à la meilleure approche de cette problématique dans un cadre de moyens limités où des soins chroniques jusqu'à présent furent plutôt une exception, sont encore relativement limitées. Cette expérience dans une seule zone de santé nous permettra d'en tirer des leçons pour l'avenir.

Memisa travaille spécifiquement sur l'amélioration du dépistage passif de la trypanosomiase, comme partenaire opérationnel dans un projet de recherche avec l'IMT Anvers. (zones de Mosango et Yasa Bonga)

Memisa et MSV travaillent en collaboration avec l'IMT d'Anvers dans le projet RIPSEC (2 ZAR sont des zones appuyées par le programme Memisa-MSV)

12. Cohérence entre coopération gouvernementale et non gouvernementale

La cohérence et la complémentarité avec la coopération gouvernementale sont spontanées et évidentes, vu le fait que nos stratégies d'interventions sont très similaires et complémentaires[13]. Memisa et MSV interviennent plutôt au niveau périphérique en appui à la société civile et autorités décentralisées, la CTB intervient plutôt au niveau central et intermédiaire, avec un appui institutionnel. Toutes les interventions s'inscrivent dans le PNDS et dans la décentralisation avec la réforme du niveau intermédiaire en cours. Avec le retrait de la coopération directe du secteur santé en RDC, Memisa a repris l'appui à la zone de Kisantu et a également proposé d'appuyer les DPS concernés (projet synergie PIC avec l'ambassade), pour consolider les acquis et protéger les investissements. À l'avenir, une collaboration à Mosango et Budjala, deux zones dans le nouveau programme bilatéral également appuyées par Memisa et MSV, sera une opportunité de développer davantage les modalités et le modèle de collaboration et de cohérence.

[12] IIAV/IEOI, WSM, ANMC, ISVI, SOLSOC, UNMS
[13] Voir note stratégique de la coopération

7. OS RDC

7.1. Fiche OS 1

Outcome (Anglais ou Espagnol ou Français) :		améliorer la qualité des soins de santé et permettre l'accès au plus grand nombre par le renforcement des acteurs du système de santé du niveau périphérique avec une attention particulière aux populations vulnérables.			
Outcome (Français et/ou Néerlandais) :					
IATI activity identifier :		*Facultatif*			
Pays :		RDC	Cet outcome/objectif est-il couvert pas un CSC ?		*Oui*
Province(s) / Etat(s) ciblé(s) :		Subnational admin level 1	Memisa	MSV	
Parties prenante	*Viva Africa*		X		
	Fracarita Be			X	
	Lumos		X		
	Blue Square		X		
	Quamed		X	X	
	ICT4Development			X	
Partenaires locaux	*BDOM Bunia*	Ituri	X		
	BDOM Kisantu	Kongo Central	X		
	BDOM Popo Kabaka	Kwango	X		
	Action d'Espoir	Nord Kivu	X		
	Fondation Dream	Kinshasa	X		
	DPS Kwilu	Kwilu	X		
	DPS Sud Ubangi	Sud Ubangi	X		
	DPS Isiro	Isiro	X		
	HGR CIRIRI	Sud Kivu		X	
	HGR KATANA	Sud Kivu		X	
	HGR MONVU	Sud Kivu		X	
	HGR MUBUMBANO	Sud Kivu		X	
	HGR NYANGEZI	Sud Kivu		X	
	HGR NYANTENDE	Sud Kivu		X	
	Centre neuropsychiatrique SOSAME	Sud Kivu		X	
	HGR WALUNGU	Sud Kivu		X	
	HOPITAL SAINT JOSEPH	Kinshasa		X	
	Hôpital pédiatrique KALEMBE LEMBE	Kinshasa		X	
	Hôpital IME KIMPESE	Kongo Central		X	
	HGR GOMBE MATADI	Kongo Central		X	
	HGR POKOKABAKA	Kwango		X	
	HGR KASONGO LUNDA	Kwango		X	
	HGR DJUMA	Kwilu		X	
	HGR MOSANGO	Kwilu		X	
	HGR KATAKO KOMBE	Sankuru		X	
Groupe-cible :		Cible direct : les partenaires de la société civile, les DPS, les ECZ, les structures de santé et leur personnel Cible indirect: la population et spécifiquement les personnes vulnérables			
Nombre de bénéficiaires :		5 OCS, 7 DPS, 23 ECZ, 37 HGR, +/- 400 CS, +/- 4600 personnel de Santé Population bénéficiaire approximativement de 7.000.000			
Secteur principal :		120 Santé			
Interactions des demandeurs :		*A partir d'un bureau partagé à Kinshasa, Memisa et MSV travailleront ensemble sur le renforcement des capacités du personnel des hôpitaux bénéficiaires, les investissements en équipements médicaux et*			

	médicaments liés aux formations, la gestion durable du matériel et équipements biomédicaux et le renforcement du système de référence et contre-référence (voir partie I : Description de la stratégie de collaboration du programme multi-acteurs)
Autres organisations impliquées :	IMT Anvers, MDM Belgique, M3M, G3W, AD, UA, BAC, Congodorpen, LplM, Biocartis, BM, CTB, Humatem, Louvain Coopération, Ordre de Malte
Coûts opérationnels de l'outcome/objectif spécifique (total) :	22.953.933 €

Markers :	
Environnement	*1*
RIO : désertification	*0*
RIO : biodiversité	*0*
RIO : CC adaptation	*0*
RIO : CC mitigation	*0*
Genre	*1*
Bonne Gouvernance	*2*
Santé génésique, maternelle, néonatale et infantile (SGMNI)	*2*
HIV/Aids	*1*
Droits des enfants	*1*
Trade development	*0*

7.2. Description des résultats Outcome / Objectif Spécifique RDC

A. Le cadre logique

	Baseline 2015	An 3	An 5	Sources de vérification	Acteur(s) impliqué(s)
Cible stratégique 4 CSC RDC	**Améliorer l'accès aux soins de santé de qualité et promouvoir le droit à la santé pour tous**				
Outcome/Objectif spécifique 1	améliorer la qualité des soins de santé et permettre l'accès au plus grand nombre par le renforcement des acteurs du système de santé du niveau périphérique avec une attention particulière aux populations vulnérables.				Memisa MSV
Hypothèses	*les autres déterminants de la santé ne se sont pas détériorés (eau, éducation, pauvreté…); pas de perturbations majeures de l'état de santé de la population; la réforme du système est effective dans un contexte de décentralisation (mise en place de DPS, métier d'accompagnement ZS, PDZS/PAO) ;Il y a une complémentarité avec la coopération bilatérale au niveau d'appui institutionnel du ministère de la santé et avec d'autres ACNG et parties prenantes*				
Ind 1 : Taux d'Utilisation Consultation Curative (# NC/ habitant/ an)	0,45	0,50	0,55	Rapport SNIS	
Ind 2 : Tx d'Accouchements Professionnellement Assistés	80%	85%	90%	SNIS - prop APA/ nbre acc prévu (4%)	
Ind 3 : Taux de satisfaction des utilisateurs (genre spécifique)	*	65%	80%	Enquêtes communautaires de satisfaction sur un échantillon (évaluations externes)	
Résultat 1	la société civile locale est appuyée et la participation communautaire stimulée en interaction avec des équipes cadres fonctionnelles dans la poursuite du droit à la santé				Memisa
Hypothèses	*Les partenaires pertinents de la société civile sont identifiés et des relations de confiance durables sont construites.* *le niveau intermédiaire joue son rôle d'encadrement des Zones de Santé*				
Ind 4 : proportion des Comités de santé fonctionnels (selon critères établis)	80%	85%	90%	Enquête, rapport trimestriel	
Ind 5 : proportion de ZS avec ECZ fonctionnel (selon critères de fonctionnalité)	80%	85%	90%	OES ECZ; critères nationaux	
Ind 6 : nombre d'expériences pertinentes documentées et partagées de façon effective	*	10/AN	10/AN	publication; rapport officiel; rapport institution académique; …	
Résultat 2	les équipements, les infrastructures et l'approvisionnement en médicaments dans les structures cibles sont améliorés				Memisa MSV
Hypothèses	*les CDR fonctionnent* *Les structures de santé disposent des ressources d'énergie durables* *les normes de la zone de santé sont respectées pour ce qui concerne la couverture en structures de santé et l'affectation du personnel*				
Ind 7 : proportion de ZS avec moins de 20% de médicaments traceurs en rupture dans la pharmacie de la ZS à la fin du mois, basé sur un système de	55%	70%	85%	SNIS BCZ 5.2.1: nbre de médicaments traceur avec stock=0/ nbre med traceurs (à la fin du mois)	

gestion de stock électronique (si possible)					
Ind 8 : % du matériel biomédical acheté en utilisation (milieu spécifique – gestion durable)	70%	78%	85%	Fiche technique	
Ind 9 : % des hôpitaux partenaires locaux qui rapportent un progrès par rapport à la maintenance préventive	**	50%	80%	TRC et plans opérationnels	
Résultat 3	les compétences médicotechniques et organisationnelles du personnel des hôpitaux et centres de santé ciblés sont améliorées				Memisa MSV
Hypothèses	*les normes de la zone de santé sont respectées pour ce qui concerne la couverture en structures de santé et l'affectation du personnel* *Le personnel des structures de santé est disponible pour participer aux formations* *les structures de santé facilitent la formation continue de leurs personnel*				
Ind 10 : % de personnes formées/prévues issues des ZS du programme (genre spécifique)	*	90%	90%	Rapport de formation, plans d'action, tableaux de suivi	
Ind 11 : tx de mortalité hospitalière >48h	> 3%	< 2%	< 2%	rapport SNIS hospitalière	
Ind 12 : % des hôpitaux partenaires qui rapportent un progrès (d'un min. de 50% des MDP) par rapport à l'organisation	**	60%	80%	Trajets de renforcement des capacités (TRC) et plans d'action opérationnels	
Ind 13 : % des hôpitaux partenaires qui rapportent un progrès (d'un min. de 50% des MDP) par rapport à l'application des compétences médicotechniques	**	60%	80%	Trajets de renforcement des capacités (TRC) et plans d'action opérationnels	
Résultat 4	l'accès géographique et financier aux soins de santé est amélioré et les soins sont acceptables pour la population des ZS ciblées				Memisa
Hypothèses	*les autorités politico-administratives collaborent;* *le niveau intermédiaire joue son rôle d'encadrement des Zones de Santé* *les CDR fonctionnent* *Le taux de pauvreté n'augmente pas*				
Ind 14 : % cas hospitalisés référés	38%	55%	70%	SNIS: nbre de référés des CS / nbre d'admissions en hospitalisation	
Ind 15 : proportion de ZS où le Taux d'Utilisation > 0,5 (sur 26)	37%	45%	60%	SNIS (registre CS + CE)	
Ind 16 : Proportion d'Accouchements Professionnellement Assistés avec 4 CPN (continuité)	*	50%	70%	SNIS	
Ind 17 : Proportion de ménages avec des dépenses de santé catastrophiques (genre spécifique)	*	20%	10%	Enquêtes communautaires sur un échantillon (évaluations externes)	

Conditions préalables :	Paix et stabilité politique entre la RDC et la Belgique sont assurées sur toute l'étendue de notre zone d'intervention Le fonctionnement actuel du système de santé est maintenu, y inclut les financements existants.
Typologie des activités :	équipement (matériel médical et non-médical), moyens de transport, réhabilitation, médicaments et consommables, renforcement capacité gestionnaire et organisationnel, sensibilisation, protection sociale, fourniture, pièces de rechange, assurance, formations, bourses, formations/stages clinique, carburant et lubrifiant, recherche et documentation, fonctionnement bureau intermédiaire, ateliers et interbureaux, missions, appui partenaire locale pour fonctionnement, suivi et évaluation externe, frais d'expédition, salaires du personnel Local et international.

L'intervention, qui vise à renforcer le système de santé au niveau périphérique, susceptible d'être influencé par son environnement complexe et par d'autres acteurs, nous oblige de mettre sur pied un système GAR assez flexible qui nous permet d'adapter à tout moment nos stratégies d'intervention aux réalités changeantes.
Le ToC et le cadre logique constituent les fondements du système GAR de ce programme pluriannuel. Ils ne représentent pas le seul cadre de monitorage du programme, qui est fait sur base d'une analyse et suivi-évaluation des activités, avec des outils adaptés et le plus possible alignés aux cadres de suivi-évaluation du ministère (indicateurs SNIS).
Le cadre logique est alimenté par 2 catégories des données. D'une part, les données nécessaires pour calculer les indicateurs basés sur le SNIS, pour éviter des mécanismes parallèles de monitorage. Pour certains indicateurs (eg. fonctionnalité ECZ et COSA) nous utilisons des critères établis conformes les critères du ministère.
D'autre part, MSV utilise un système de suivi avec deux volets : un volet partenaire pour le suivi et évaluation de chaque hôpital partenaire dans le cadre de son TRC et un volet pays basé sur le cadre logique. Le système de suivi du volet partenaire est basé sur des marqueurs de progrès ce qui nous donne des données qualitative sur le progrès chez un hôpital partenaire. Dans le cadre logique nous utilisons des indicateurs quantitatifs qui intègrent les données du volet partenaire.
En général, nous utilisons une combinaison des indicateurs de processus, de résultats et d'impact, quantitatifs et qualitatifs, et avec une attention spécifique pour le genre et l'environnement. Tous les indicateurs sont formulés d'une manière SMART et doivent nous permettre d'attribuer nos interventions aux résultats escomptés et d'évaluer notre contribution à l'objectif spécifique et l'impact recherché.
Des enquêtes communautaires, organisés lors des évaluations externes, vont nous permettre d'avoir une idée réelle sur l'impact de l'intervention chez les bénéficiaires finaux, une valeur ajouté importante.
Les valeurs dans le cadre logique sont des moyennes de toutes les zones d'intervention. Les données par province/ ZS sont disponible sur demande.
* Les valeurs de base de certains indicateurs qualitatifs ne sont pas connues.
**Le baseline pour les indicateurs basés sur des marqueurs de progrès seront déterminés en mars 2017 après avoir reçu les rapports TRC 2016 des partenaires.

B. Description des opérations

Objectif spécifique : améliorer la qualité des soins de santé et permettre l'accès au plus grand nombre par le renforcement des acteurs du système de santé du niveau périphérique avec une attention particulière aux populations vulnérables.

L'objectif spécifique reste dans la continuité des programmes précédents de Memisa et MSV, et est d' améliorer la qualité des soins de santé et permettre l'accès au plus grand nombre par le renforcement des acteurs du système de santé du niveau périphérique avec une attention particulière aux populations vulnérables.
Partant de 4 résultats intermédiaires et à travers la réalisation des activités décrites ci-après, le programme contribuerait à la réalisation des trois principaux axes de la stratégie d'intervention du PNDS 2016-2020[14].

La logique d'intervention est présenté de façon schématique en annexe 1 et les activités sont mieux détaillées dans les pages qui suivent.
Les résultats intermédiaires se focalisent autour des 3 grands axes de développement :

[14] PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE (PNDS) 2016-2020 de la RDC

- **promouvoir la bonne gouvernance** : renforcer le leadership local et la concertation à tous les niveaux : des communautés, des acteurs de la société civile, des équipes-cadres de zones et du niveau intermédiaire ; documenter les changements introduits pour capitaliser les expériences et influencer le niveau décisionnel. Collaborer avec des institutions de recherche et des organisations avec compétences complémentaires pour renforcer les capacités et la crédibilité des actions.

- **Améliorer l'offre :** améliorer la qualité des soins par des actions de rationalisation, de formation et coaching du personnel, et de l'amélioration du plateau technique; améliorer la qualité de l'organisation des services, par l'intégration opérationnelle des acteurs privés à intérêt public, par le renforcement des équipes de gestion – volet basée sur la formation, les échanges et les stages à l'intérieur du pays, régional et international (développement des zones de démonstration)

- **appuyer la demande :** assurer un accès financier aux soins de qualité aussi pour les plus défavorisés, par différents mécanismes de subvention des soins et de mutualisation des risques et par l'application d'une tarification forfaitaire. Appuyer le plaidoyer politique et les mouvements sociétaux pour une plus grande solidarité. Stimuler les initiatives locales et communautaires.

L'échange des connaissances constitue le fil rouge du programme pluriannuel commune de Memisa et MSV.

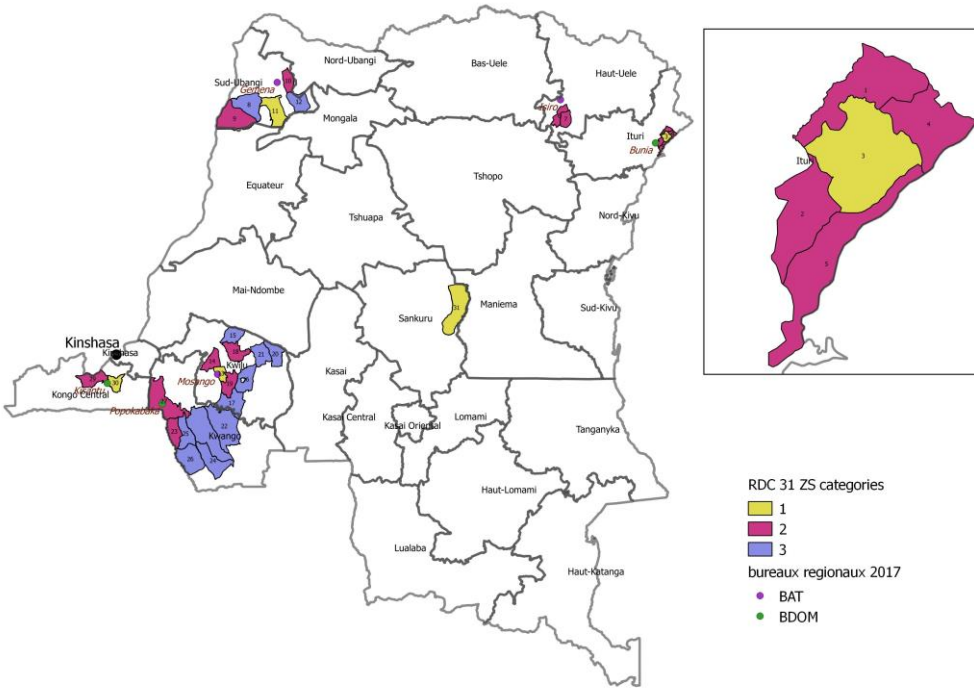
Au niveau micro
Dans le cadre des trajets de renforcements des capacités MSV vise à incorporer l'échange de connaissances partout dans sa stratégie d'intervention.
L'approche des **trajets de renforcement des capacités** (TRC) a été développée par Médecins Sans Vacances en 2013 pour mieux encadrer son appui offert aux partenaires. L'idée de travailler avec des TRC opérationnalise la stratégie de Médecins Sans Vacances en ce qui concerne le renforcement de capacités des hôpitaux. L'échange de connaissances est le mot clé de toutes les activités planifiées dans le cadre d'un TRC. (voir ci-dessous « améliorer l'offre – Résultat 3 » pour plus d'explications sur les TRC).
Durant les missions, Médecins Sans Vacances applique le modèle d'apprentissage 70-20-10 selon lequel un collaborateur efficace et performant acquiert à peu près 70 % de ses connaissances « on the job » (sur le tas), 20 % via un suivi personnalisé ou des contacts sociaux (entretiens, réseaux, feedback) et 10 % seulement via une transmission classique du savoir.
Médecins Sans Vacances se distingue dans sa façon de travailler en mettant l'accent sur l'échange 'sur-le-tas', souvent étayée par des formations théoriques. Cela permet à la personne formée de mettre directement en pratique ce qu'elle vient d'apprendre. Dans un programme de renforcement des capacités, on détermine avec le partenaire local comment consolider le savoir et le diffuser dans et entre les organisations.

Au niveau meso
Dans le programme 2014-16 Memisa a commencé à développer le principe de **zone de démonstration**, basé sur le renforcement de capacités des acteurs du système de santé, la stimulation des initiatives locales, et en développant l'HGR de Kisantu comme centre de formation. Cette stratégie porte ses fruits et sera développée davantage, avec un accent sur l'effet multiplicateur dans les zones autour et sur les échanges et stages formatifs à l'intérieur du pays. (pour plus d'explications sur les zones de démonstration voir p. XX)

Au niveau macro
Comme décrit dans la théorie de changement, un changement politique est nécessaire pour améliorer la qualité des soins de santé et permettre l'accès au plus grand nombre. A cet égard, la capitalisation des expériences dans les zones de démonstration peut nourrir des échanges entre la société civile, les services de santé et les autorités. En outre, nous sommes actifs dans les plateformes d'échange et de réseautage. Ceci nous donne des opportunités d'apprentissage, de concertation, de planification stratégique, et de collaboration effective avec nos partenaires belges et internationaux sur le terrain, afin de mieux participer à la mission d'améliorer l'efficacité de l'aide et de renforcer la vision de droit à la santé pour tous.

Dans le programme 2014-16 Memisa a commencé à développer le principe de **zone de démonstration**, basé sur le renforcement de capacités des acteurs du système de santé, la stimulation des initiatives locales, et en développant l'HGR de Kisantu comme centre de formation. Cette stratégie porte ses fruits et sera développée davantage, avec un accent sur l'effet multiplicateur dans les zones autour et sur les échanges et stages formatifs à l'intérieur du pays. Pour nous permettre d'améliorer la qualité avec les moyens disponibles et d'assurer un accompagnement correct, l'appui aux zones de santé est prévu en 3 catégories :

- Catégorie 1 : Zone de démonstration un appui supplémentaire en investissements et en renforcement des capacités doit permettre à la zone de développer une offre de service conforme les normes de la zone de santé et de fonctionner comme endroit de stage/ démonstration pour former et inspirer le personnel des zones avoisinantes.
- Catégorie 2 : appui structurel de base : l'appui « classique » de Memisa, un appui en fonctionnement pour permettre aux structures de santé d'offrir des soins et des médicaments de qualité à un prix abordable pour la population
- Catégorie 3 : appui aux initiatives locales : des appuis ponctuelles pour stimuler de bonnes initiatives pour améliorer la qualité et/ ou l'accès aux soins, axé sur les expériences positives des zones de démonstration. En théorie, toutes les zones de santé peuvent s'inspirer aux bonnes pratiques des ZSD. Les zones de désengagement du programme actuel auront priorité d'accéder au fonds prévu pour appuyer les initiatives locales.



province		ZS	catégorie
Ituri	1	Fataki	Cat 2
	2	Lita	Cat 2
	3	Drodro	Cat 1
	4	Jiba	Cat 2
	5	Tchomia	Cat 2
Haut Uélé	6	Pawa	Cat 2
	7	Boma Mangbetu	Cat 2
Sud Ubangi	8	Kungu	Cat 3
	9	Bokonzi	Cat 2
	10	Bominenge	Cat 2
	11	Budjala	Cat 1
	12	Mbaya	Cat 3
Kwilu	13	Mosango	Cat 1
	14	Yasa-bonga	Cat 2
	15	Sia	Cat 3
	16	Lusanga	Cat 3
	17	Kingandu	Cat 3
	18	Djuma	Cat 2
	19	Pay Kongila	Cat 2
	20	Ipamu	Cat 3
	21	Kimputu	Cat 3
Kwango	22	Feshi	Cat 3
	23	Kasongo-Lunda	Cat 2
	24	Panzi	Cat 3
	25	Wamba-Lwadi	Cat 3
	26	Kitenda	Cat 3
	27	Popokabaka	Cat 2
	28	Mwela Lemba	Cat 3
Kongo Central	29	Gombe Matadi	Cat 2
	30	Kisantu	Cat 1
Sankuru	31	Kataka-Kombe	Cat 1

Les critères utilisés pour orienter le processus de sélection ont été élaborés en équipe sur base de ceux utilisés lors du précédent programme (accessibilité, fonctionnalité ECZ, complémentarité autres acteurs…). Pour nous permettre d'assurer un suivi et accompagnement efficient et de qualité, nous estimons qu'un bureau régional ou partenaire local peut suivre un maximum de 4 à 5 ZS.
A la suite de cet exercice, la répartition des zones dans chacune des 3 catégories se présente comme suit (voir carte ci-dessus)

La complémentarité avec d'autres bailleurs et programmes déterminera également le genre et l'intensité de notre appui. Les enveloppes budgétaires ne seront pas déterminées géographiquement depuis le début du programme, mais élaborées et accordées en synergie avec les PAO des ZS et DPS selon les besoins et les engagements d'autres PTF. Le contrat unique au niveau des DPS et les plans opérationnels uniques doivent être à la base d'une gestion transparente et efficace des ressources disponibles pour le développement des ZS. Voir explication sous 7.6 pour plus de détails.
Les interventions se concentrent essentiellement dans 7 provinces (Kwilu, Kwango, Congo-Central, Sud Ubangi, Ituri, Haut-Uele, Sankuru) pour ce qui concerne le programme structurel, plus l'appui à 17 hôpitaux par MSV (dans 5 provinces), dont 6 de convergence avec Memisa - voir carte sous point 1. Fiche pays.
Il est prévu à priori de graduellement développer une ZSD par province appuyée. Avec le nouveau découpage, à part les 5 ZSD du programme actuel qui commencent maintenant à jouer leur rôle de démonstration, une ZSD s'ajoutera dans le Kwango et possiblement dans le Haut Uéle Ouest. Dans le Kwango, la ZS de Kasongo Lunda est préconisé pour être développé en ZSD, sous condition qu'il y a une équipe cadre compétente et collaboratrice,

ce qui ne semble pas être le cas aujourd'hui. Dans le Haut Uéle, la zone de Pawa, soutenu depuis des années par l'hôpital CHC de Liège, pourra graduellement être développé en ZSD, si l'accompagnement et le contexte le permettent. La zone de Katako Kombe dans le Sankuru, développé depuis des années avec l'appui de l'hôpital Maria Middelares de Gand, obtient aussi ce statut, conforme les expériences déjà développées et conforme la classification du gouvernement.

Pour assurer la complémentarité et transparence dans les zones multi-acteurs, il est prévu une rencontre/ échange de planification des activités au moins deux fois par an à Kinshasa (voir 7.6. description des synergies et complémentarités : HUB ONG Santé), pour partager les plans d'action et s'assurer de la coordination jusqu'aux équipes de terrain.
Points d'attention :

- Appui fonctionnement ECZ : assurer un appui pertinent et qu'il n'y pas de double financement
- Appui en médicaments et consommables : idem, plus éviter overstock et péremption
- Efforts d'intégration des approches de contrôle de maladie dans le SSP et organisation des supervisions conjointes
- Achat coordonné du matériel médical et autres
- Organisation des formations conjointes ; éviter la multitude de formations…
- Concertation sur les per diem

Promouvoir la bonne gouvernance

R1 : la société civile locale est appuyée et la participation communautaire stimulée en interaction avec des équipes cadres fonctionnelles dans la poursuite du droit à la santé

Nous partons des hypothèses (à confirmer), que si les partenaires pertinents de la société civile sont identifiés et des relations de confiance durables sont construites, et si le niveau intermédiaire joue son rôle d'encadrement des Zones de Santé, la gouvernance locale du système de santé pourra améliorer.

La promotion de la bonne gouvernance commence au niveau des communautés avec l'identification et le renforcement des organisations de la société civile locale pour qu'ils puissent mieux s'organiser et revendiquer leurs droits aux soins de santé et se conscientiser sur leurs devoirs en matière de santé (voir aussi la stimulation des initiatives locales au résultat 4). Nous cherchons activement à collaborer avec des ONG et CBO locales qui peuvent avoir une valeur ajoutée dans la mise en œuvre du programme. Au Sud Ubangi par exemple, nous travaillons avec une initiative de femmes à Budjala qui sensibilisent la communauté sur la malnutrition et qui organisent des sessions de préparation de nourriture adaptée; à Mbaya, suite au grand problème de la mortalité maternelle, quelques femmes ont pris l'initiative de constituer un fond de solidarité pour la prise en charge des césariennes. Ce groupe visite toutes les AS et toutes les femmes enceintes contribuent à la caisse.
En Ituri, nous travaillons avec une OSC qui œuvre dans le domaine de la réintégration sociale des femmes victimes de violence. À Kisantu, nous travaillons avec une ONG locale sur un projet pilote d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive pour les jeunes et les couples.
À Bukavu Memisa travaille avec l'ONG Action d'Espoir depuis sa création en 2008, un partenaire de la société civile qui a démontré son plus-value et ancrage dans la société, et que nous voudrions renforcer davantage (voir fiche partenaire).
Les expériences acquises à ce niveau servent également à inspirer les autres régions.
La deuxième cible de l'action sont les équipes cadres de zones qui sont la cible directe, et cette action va à travers le niveau intermédiaire jusqu'au niveau central avec la documentation des processus de changement pour assurer une retro-alimentation au niveau des décideurs politiques afin d'influencer les politiques de santé avec des expériences venant du terrain.

Nous collaborons également avec des institutions de recherche et des organisations avec des compétences complémentaires pour renforcer les capacités et la crédibilité des actions. Ceci nous permet d'adapter nos interventions aux évidences et aux avis des experts et de renforcer nos capacités ainsi que les capacités de nos partenaires/ bénéficiaires.

Les ECZ sont renforcés dans leur fonctionnement et bénéficient d'un accompagnement technique de nos équipes sur le terrain. Ils peuvent également accéder aux formations en fonction des besoins identifiés.

Un projet pilote de renforcement de l'accompagnement des ECZ est en cours de développement avec la DEP Santé. Les EPP, qui ont le mandat d'encadrer les ECZ pour mieux jouer leurs rôles, sont désormais accompagnées par des EPN (encadreurs polyvalents nationaux) ou « coachs nationaux ». Une formation spécifique en coaching pour les EPN a été mise en place à l'ESP de Kinshasa. Memisa met à disposition des experts internationaux en SSP et en coaching pour la mise en œuvre sur le terrain. L'expérience pilote développée à Yasa Bonga au cours des années 2015-2016 sera poursuivie. La collaboration avec le projet RIPSEC et le projet NIDIAG (projet de recherche sur l'approche syndromique) de l'IMT dans le cadre de ce projet se poursuit également.

Le niveau intermédiaire (DPS), qui a comme mandat d'encadrer les équipes cadres de zones à mieux développer les zones de santé, sera soutenu à travers des activités d'accompagnement des ECZ et des activités de concertation et synergie entre acteurs du niveau intermédiaire. Les bureaux régionaux de Memisa ou de nos partenaires travaillent en collaboration et concertation directe avec les DPS.
Au cours du programme 2014-2016, les partenariats avec le BDOM Kisantu et Bunia se sont développés positivement. En 2016, suite à la réforme du niveau intermédiaire et la création des nouvelles provinces, le BDOM de Popokabaka a été identifié comme partenaire pour le renforcement des ZS appuyées au Kwango. Un partnerscan a été effectué en janvier 2016 et une convention signée en février 2016. Le BDOM est l'un des 3 bureaux de la Caritas Popokabaka, les 2 autres étant Caritas Urgence et le BDD, Bureau de Développement.
Ces 2 autres bureaux Caritas mettent en œuvre des projets de l'UNICEF (dans l'éducation EAC et microfinances) et de la DGD (Programme de Sécurité Alimentaire de Caritas Belgique).
L'appui au même partenaire par des ANG belges a été l'objet d'échanges d'informations qui seront poursuivies dans le cadre du programme 2017-2021 afin d'harmoniser les appuis à la Caritas Popokabaka et d'augmenter les synergies.
Ces bureaux de BDOM renforcés par Memisa jouent le même rôle que les bureaux régionaux en accompagnant les ECZ et en travaillant en étroite collaboration avec le NI étatique. Comme acteur de la société civile, ils ont en plus le rôle de renforcement de l'engagement citoyen et l'appropriation de la population cible à leurs droits et devoirs vis-à-vis les structures de santé.
Memisa prévoit de continuer à renforcer les trois BDOM partenaires davantage pour qu'ils puissent jouer pleinement leur rôle. La stratégie du partenariat (voir point 7.5) prévoit également la recherche continue des partenaires pertinents de la société civile, BDOM ou autre, comme partenaire de mise en œuvre et acteurs du changement sociétal. Les BDOM de Budjala et de Isiro sont des candidats potentiels à renforcer à l'avenir.

Des ateliers de planification, suivi et évaluation, auxquelles tous les acteurs concernés sont invités à participer, sont organisés chaque année aux niveaux régionaux et au niveau national. Ce processus participatif nous permet d'adapter nos actions aux réalités du terrain et du contexte changeant.

Memisa et MSV s'engagent également dans le renforcement des mécanismes de concertation multi-acteurs et d'intégration des programmes verticaux afin d'aider à remédier à la fragmentation des interventions. Le développement des Zones de santé de Démonstration se prête parfaitement à cette intégration.

Nous sommes actifs dans les plateformes d'échange et de réseautage. Ceci nous donne des opportunités d'apprentissage, de concertation, de planification stratégique, et de collaboration effective avec nos partenaires belges et internationaux sur le terrain, afin de mieux participer à la mission d'améliorer l'efficacité de l'aide et de renforcer la vision de droit à la santé pour tous.

Améliorer l'offre

Le deuxième axe comprend deux résultats attendus, le premier ciblé sur *la disponibilité* des soins, le deuxième sur *la qualité* des soins.

R2 : les équipements, les infrastructures et l'approvisionnement en médicaments dans les structures cibles sont améliorés.
Nous partons des hypothèses que si les CDR fonctionnent, si les structures de santé disposent des ressources d'énergie durables, si les normes de la zone de santé sont respectées pour ce qui concerne la couverture en structures de santé et l'affectation du personnel, les structures peuvent graduellement se développer avec un appui en équipement, infrastructure et ressources financières, et seront utilisés.

Ce résultat est focalisé sur la *disponibilité* des services de santé et du matériel durable : infrastructure, équipement, matériel, consommables, médicaments.

Points d'attention :

- **l'achat du matériel et des équipements** en soi n'est pas suffisant pour garantir leur utilisation efficace et durable. De nombreuses structures de santé en Afrique sont des véritables cimetières des appareils envoyés dans le cadre de l'aide au développement. Il faut toujours :
    - besoin identifié localement
    - adapté au contexte (tropical)
    - contrat de maintenance et/ou possibilité de maintenance et réparation locale
    - manuel d'utilisation en français
    - formation des utilisateurs
    - disponibilité des consommables localement
    - protection efficace contre le courant instable

  Pour veiller à l'achat pertinent et cohérent du matériel, Memisa et MSV travaillent sur des standards des appareils courants (golden standards) et MSV organise depuis mi-2016 une formation des techniciens en maintenance biomédicale à Bukavu, à laquelle plusieurs techniciens des zones bénéficiaires participent. *La gestion durable du matériel biomédicale et la mise en place des sources d'énergie solaire sont un pilier clé des actions pour la protection de l'environnement.*

- **L'assurance qualité des médicaments** en RDC reste un défi majeur. Il y a une unanimité sur le besoin de renforcer la réglementation et régulation du secteur pharmaceutique. L'état ne parvient actuellement pas à contrôler les importations de médicaments, et l'ouverture du marché du secteur public à des fournisseurs privés locaux crée un environnement à haut risque pour les médicaments. Le SNAME n'a pas de monopole et n'occupe qu'une partie minime des achats pharmaceutiques du pays, mais en continuant à assurer des approvisionnements à large échelle, les PTF privent le SNAME de parts de marché conséquentes et l'affaiblissent. Les CDR sont des fournisseurs et doivent vendre, recouvrer leurs couts de fonctionnement, conserver leur capital et se développer et anticiper l'accroissement de la demande, etc... Pour que cela fonctionne, puisqu'on limite sa marge et lui impose le respect des critères d'assurance qualité, il faut lui assurer une clientèle suffisante pour qu'elle soit viable. Memisa et MSV prévoient que l'achat des médicaments essentiels et génériques par les ZS appuyées se fait aux CDR. De cette façon nous voudrions appuyer le SNAME et la FEDECAME et renforcer le système d'approvisionnement national. (voir aussi l'explication sur Quamed plus bas)

R3 : les compétences médicotechniques et organisationnelles du personnel des hôpitaux et centres de santé ciblés sont améliorées

En partant de l'hypothèse que si les normes de la zone de santé sont respectées pour ce qui concerne la couverture en structures de santé et l'affectation du personnel, si le personnel des structures de santé est disponible pour participer aux formations et si les structures de santé facilitent la formation continue de leurs personnels, nous pouvons graduellement améliorer les compétences médicales et organisationnelles du personnel en leur offrant des formations adaptées (voir TOC).

Ce résultat est focalisé sur l'amélioration de *la qualité* des soins et des services, à travers le renforcement des capacités des ressources humaines.

Basés sur nos expériences et celles de nos partenaires aussi que sur l'évidence disponible, différents stratégies et concepts sont développés en collaboration avec différentes parties prenantes dans le cadre de l'amélioration de l'offre. Il s'agit de :

- Les trajets de renforcements de Capacités développées par MSV
- Les zones de santé de démonstration développées par Memisa
- Le centre de formation de Kisantu développé avec l'appui de Lumos
- Le centre DREAM de formation en dépistage/ traitement et approches communautaires du VIH-SIDA développé avec l'appui de Viva Afrika
- Le renforcement des capacités en santé mentale avec Fracarita Belgium
- L'assurance de la qualité des médicaments en collaboration avec Quamed

Plus d'explications sur les collaborations avec les différentes parties prenantes dans le chapitre 7.5. Description de la Stratégie de partenariat.

- **Les Trajets de Renforcements de Capacités développées par MSV**

• L'approche des TRC a été développée par Médecins Sans Vacances en 2013 pour mieux encadrer l'appui offert par Médecins Sans Vacances aux partenaires. Médecins Sans Vacances a organisé une évaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre des TRC de laquelle ressort clairement que le choix de travailler avec des TRC a été un bon choix et dans ce programme 2017-2021 nous continuerons avec cette approche.

• L'idée de travailler avec des TRC opérationnalise la stratégie de Médecins Sans Vacances en ce qui concerne le renforcement de capacités des hôpitaux. MSV établit le TRC ensemble avec le partenaire après une auto-évaluation des capacités de l'hôpital et du rôle du partenaire dans le système de santé national. Ensuite, le partenaire établit une liste des besoins et des priorités. Sur base de cette liste, le partenaire choisit, en dialogue avec MSV, les domaines dans lesquels MSV s'investira dans les 3 à 5 années à venir, un investissement non seulement dans les aspects paramédicaux mais aussi au niveau de la gestion et les services de soutien. L'implication du partenaire et la prise en compte des besoins de l'hôpital se retrouvent donc au cœur du processus et forment le point de départ d'une collaboration durable. Les TRC créent des opportunités pour mieux planifier, exécuter et gérer des processus de renforcement des capacités. Dans ce programme nous exécutons les TRC déjà élaborés avec 14 hôpitaux. Avec les 3 nouveaux hôpitaux un TRC sera élaboré au début du programme.

• Pour réaliser les TRC ensemble avec nos partenaires et renforcer leur capacités médicales, techniques et organisationnelles, nous prévoyons une diversification des activités. Le schéma ci-dessous décrit les différents types d'intervention possibles dans le cadre d'un TRC.

1. Activités directes de renforcement des capacités (MSV –partenaire)

Missions des volontaires de terrain

Médecins Sans Vacances opte pour une stratégie de « Long-acting short missions » (missions courtes à effet durable). Plusieurs missions dans une même discipline se suivent jusqu'à ce que les capacités et les connaissances nouvellement acquises puissent perdurer.

Pour chaque TRC un plan opérationnel est élaboré. Le plan opérationnel contient les objectifs/actions de renforcement des capacités prévus chaque année et les méthodes à utiliser (pratique, théorie, introduction d'un protocole) ce qui contribue à plus de cohérence entre les différentes missions des volontaires.

Appui en matériel biomédical

Lors de différentes missions, les équipes de Médecins Sans Vacances ont pu constater que nos hôpitaux partenaires manquaient souvent de matériel biomédical adapté et bien entretenu. La présence du matériel biomédical adapté est pourtant indispensable à la réussite d'un trajet de renforcement des capacités.

Bien souvent, les hôpitaux ne disposent pas de technicien de maintenance possédant un réel bagage technique. Pour pouvoir prodiguer des soins de qualité, un hôpital doit pouvoir disposer du matériel adéquat, qui soit utilisé correctement et bien entretenu.

Pour réaliser sa politique durable en ce qui concerne le matériel biomédical, Médecins Sans Vacances applique les critères décrites ci-dessus (résultat 2) et s'investit dans la formation des utilisateurs et des techniciens en maintenance. Un plan d'investissement est établit sur base des besoins et compte tenu du budget disponible.

Un suivi annuel est réalisé du pourcentage de matériel acheté au cours du programme qui est encore en usage.

Appui en consommables et médicaments (voir aussi ci-dessus Résultat 2 L'assurance qualité de médicaments)

Médecins Sans Vacances donne un appui aux médicaments et consommables aux hôpitaux partenaires. Pour chaque discipline médicale, Médecins Sans Vacances a établi une liste de base des consommables nécessaires et des médicaments conforme des directives nationales et internationales. Au cours de ce programme, on cherchera les consommables de qualité disponibles dans les pays partenaires. En achetant ce matériel sur place, Médecins Sans Vacances contribuera ainsi à assurer une continuité dans l'utilisation de matériel.

2. Autres instruments de renforcement des capacités

Missions de RC locales

MSV fait appel aux expertises locales pour assurer la continuité et augmenter l'efficacité de ses interventions. Le nombre des missions qu'on organise avec des volontaires de terrains est limité à cause des moyens limités et parce que ce n'est pas toujours la méthode la plus efficace pour le renforcement des capacités. Les avantages sont multiples : les experts locaux connaissent les coutumes, parlent la langue locale et leur proximité facilite un suivi régulier. Les experts paramédicaux locaux acceptent en plus de faire des missions d'une plus longue durée ce qui permet au personnel de l'hôpital d'intégrer les recommandations et d'appliquer les compétences acquises lors de la mission. Pour le domaine de la traumatologie, la proximité des experts locaux permet aux hôpitaux de

faire appel pour des cas frais, qui se présentent rarement pendant une mission de volontaire. MSV a des expériences positives dans ce sens aussi bien à l'Est que à l'Ouest du pays. Des missions par experts locaux et par volontaires belges s'alternent. Les experts locaux reçoivent des termes de référence basé sur le plan opérationnel et remplissent également un rapport de mission. La présence de médecins conseillers en RDC permettra d'élargir cette approche.

Supervision formative
La supervision représente une occasion d'assurer une formation complémentaire, d'améliorer les résultats et de résoudre d'autres problèmes systémiques qui contribuent à la mauvaise qualité des soins dans un district sanitaire (zone de santé).
Bien que la supervision puisse être un processus interactif, les visites de supervision traditionnelle mettent plutôt l'accent sur l'inspection et la découverte de fautes que sur la résolution de problèmes pour améliorer les résultats. Les agents de santé reçoivent souvent peu de conseils ou d'orientation quant à la façon d'améliorer leurs résultats. Ils sont souvent laissés sans encadrement. La motivation est difficile à maintenir dans un tel climat.
En utilisant la supervision formative, les agents de santé identifient ensemble avec le superviseur les insuffisances sur le champ et s'y attaquent, évitant de ce fait que de mauvaises pratiques deviennent des habitudes. Les visites de supervision représentent également une occasion pour encourager les bonnes pratiques et aider les agents de santé à maintenir un niveau de prestation satisfaisant et pour accompagner les hôpitaux dans la mise en pratique de leur plan d'action.
MSV continuera à faire appel à l'équipe de superviseurs du BDOM Bukavu pour les domaines d'hygiène hospitalière, de labo et de soins mères-enfants. Cette approche est également introduite dans le cadre du projet RIPSEC comme dans le projet de vulgarisation des protocoles de prise en charge des urgences pédiatriques (voir autres synergies et complémentarités : IMT et DPS Sud-Kivu)

3.Initiatives avec effet multiplicateur : La Division Provinciale de la Santé (DPS) du Sud-Kivu en a harmonisé la prise en charge des enfants présentant une urgence dans les 48 hôpitaux de la province. MSV a donné son appui technique à l'élaboration des protocoles et des outils de formation et de suivi. UNICEF a donné un appui financier. Suite à cette expérience positive, la DPS demande l'appui technique de MSV dans le domaine de prise en charge d'urgences obstétricales.

4. échanges entre partenaires
La facilitation des échanges entre partenaires peut se réaliser de façons suivantes : ;,

- Des hôpitaux partenaires qui partagent une certaine expertise comme la mise en place d'un dossier unique avec archivage correct ou la prise en charge des nouveaux- nés,
- Organisation des stages aux services performants d'un autre hôpital partenaire
- Participation à une mission de MSV auprès d'un autre partenaire dans la région – la synergie avec MEMISA augmentera les opportunités
- Organisation des ateliers et des formations régionales où l'échange sur des thèmes précis entre les partenaires est essentielle. MSV préconise organiser une formation régionale par an. Les thèmes qui sont envisagés sont: l'hygiène hospitalière, la gestion de stock de médicaments, la traumatologie ostéo-articulaire.
- Organisation d'une réunion entre partenaires sur la mise en œuvre des TRC – une réunion tous les deux ans est prévue aussi bien à l'Est que à l'Ouest

La présence d'un médecin conseiller est essentielle pour la facilitation, la coordination et le suivi de ces échanges.

5. Renforcement des capacités par d'autres acteurs
Dépendant de la demande ou les besoins de nos hôpitaux partenaires, MSV peut faire appel aux autres acteurs pour exécuter une activité spécifique hors de domaines d'intervention de MSV. Une collaboration avec l' association de bio-ingénieurs et bio-techniciens est envisagée.
Fracarita Belgium et MSV participeront, en matière de soins de santé mentale, au renforcement des capacités du Centre Psychiatrique Sosame.

Tandis que MSV se concentre sur la formation des médecins et à un moindre degré des psychologues et ergothérapeutes, Fracarita Belgium se focalise sur le renforcement des capacités des infirmiers/infirmières via une formation de coaches (concept « train the trainer »). Pour cela un curriculum a été élaboré en étroite

collaboration avec les partenaires locaux. Lors de ce programme Fracarita Belgium continue à former un coach par centre. Le coaching continu du personnel sera ensuite assuré par le coach de chaque centre, tandis que le coaching ad hoc (plus ciblé sur le partenaire) sera sur la demande des partenaires confiée aux volontaires de terrain MSV.

6. Organisation des activités internes par le partenaire
Le renforcement des capacités est un processus endogène. Les activités planifiées et exécutées par le partenaire même sont décisives pour atteindre les changements souhaités.

- **Le Concept des Zones de Santé de Démonstration**

Au cours du programme 2014-2016, un hôpital Général de référence et un centre de santé de chacune de 3 ZS (Mosango, Budjala et Drodro) ont été développés en structure de santé de démonstration. L'hypothèse à confirmer était que si on développe des Zones de Santé de démonstration et on stimule des initiatives locales, on pourrait progressivement améliorer la qualité des soins dans l'ensemble du programme.

Cette initiative s'insère dans la politique de la DEP Santé, d'appuyer des zones de santé à potentiel de développement élevé et de capitaliser leurs bonnes pratiques qui peuvent servir pour l'apprentissage des autres zones de santé. Dans le choix des zones à développer, les critères de fonctionnalité appliqués par la DEP sont suivis.
On est conscient que cet effet d'entrainement n'est pas évident et ne se fait pas spontanément. Plusieurs stratégies sont prévues pour éviter que l'initiative ne se limite qu'au développement des zones de démonstration sans influencer les autres zones (tache d'huile).
La stratégie et les actions pour stimuler la réplication des bonnes expériences et l'émergence des initiatives locales sont mises en œuvre de différentes façons :

- Apprentissage sur place par des stages et échanges entre pairs.
- Encadrement et formations facilitées par des experts nationaux et internationaux (personnel formé de l'HGR de Kisantu, volontaires de Lumos et de MSV)
- Partage de bonnes expériences dans des ateliers (eg. Atelier à Kikwit septembre 2015 « les journées de la santé de Memisa »)
- Appui aux initiatives locales : financement de l'investissement, et accompagnement de la communauté pour développer un système de fonctionnement durable (eg. moto-ambulances et système de caisse solidaire issue de la consolidation curative)

Les capacités de l'HGR de Kisantu, développé en centre de formation avec l'appui de Lumos, ont été mobilisées dans l'amélioration des compétences médicotechniques du personnel des zones de santé ciblées.
L'hypothèse mise en avant est que des stages et formations professionnelles, à partir du développement d'un centre hospitalier d'excellence (HGR Kisantu), amélioreront les compétences médicotechniques du personnel de santé concerné.

Les résultats préliminaires après 2 ans et demi de mise en œuvre sont très encourageants : le renforcement des compétences du personnel technique des ZSD basé sur des stages et des échanges à l'HGR de Kisantu, ont été évalué très positivement aussi bien par le personnel bénéficiaire des ZSD, que par le personnel formateur de l'HGR de Kisantu (voir conclusions et recommandations de l'évaluation externe à mi-parcours du programme 2014-2016). La force et la durabilité de cette initiative se trouvent dans le renforcement basé sur des compétences *à l'intérieur* du pays : les échanges entre pairs sont instructifs et encourageants pour les deux parties concernées.
Les zones de démonstration commencent aujourd'hui à jouer leur rôle de démonstration : elles reçoivent elles-mêmes des stagiaires de leurs zones et des zones autour, et les bonnes expériences et compétences acquises commencent à se multiplier.

La ligne de conduite pour le développement des zones de santé de démonstration est le développement d'un système local de santé intégré, avec une offre de services décentralisés, permanents et polyvalents et des soins continus, intégrés et centrés sur le patient. Une attention particulière dans le contexte de la RDC est accordée à l'intégration des programmes verticaux et particulièrement des MNT. Les zones seront développées suivant les normes nationales avec le PMA et PCA définis, pour s'assurer que les initiatives soient répliquables ailleurs. Les formations organisées pour les zones de démonstration incluent également du personnel des autres zones.

L'amélioration de la qualité concerne chaque niveau du parcours du patient depuis le moment où il tombe malade jusqu'au moment où il est guéri : du Centre de Santé comme point d'entrée du système local de santé, le système de référence, et à l'Hôpital général de Référence, et concerne aussi le leadership du système de santé. Les différentes étapes pour le développement d'une zone de santé de démonstration comprennent entre autres:

- La réhabilitation des structures pour répondre aux exigences minimales (assez d'espace, de sécurité, d'hygiène)
- Source de l'eau et d'énergie durable
- Équipement minimum en mobilier et matériel médical
- Système de santé intégré (complémentarité, pas de lacunes / chevauchements, efficacité)
- Les soins intégrés («seamless care» : de la promotion aux soins préventifs, curatifs et de réadaptation)
- La continuité et la permanence des soins (utilisation du dossier familial)
- Soins centrés sur le patient
- Techniques de supervision, le renforcement des capacités et l'appropriation (leadership du personnel exécutif du système de santé)
- Renforcement organisationnel des structures cibles
- Intégration opérationnelle des acteurs privés à intérêt public
- Renforcement du système référence et contre-référence
- Gestion rationnelle de la Pharmacie
- Implication et participation de la population

- **Le centre de formation à Kisantu, développé avec l'appui de Lumos**

Le centre hospitalier de Kisantu est l'Hôpital St Luc, un hôpital du Diocèse, qui fonctionne selon une convention avec l'état comme hôpital de zone sous la gestion du BDOM. L'hôpital a été soutenu par différentes instances belges depuis très longtemps, et de 2008 à fin 2013 la zone de Kisantu a reçu un appui de la DGD à travers la coopération bilatérale. L'investissement était concentré sur l'hôpital de Kisantu, avec comme particularité l'instauration d'un système de payement forfaitaire subsidié. En même temps la coopération au développement médical de l'université de Leuven (Lumos) a développé un programme de renforcement des compétences médicotechniques, avec de nombreuses missions de spécialistes volontaires de Leuven à Kisantu, combinée avec l'achat des équipements nécessaires.
Début 2014, avec le retrait de la CTB du secteur Santé en RDC, Memisa a inclus l'appui à la ZS de Kisantu dans son programme triennal, ce qui a permis de consolider les acquis et de sécuriser l'investissement. Le système de tarification forfaitaire subsidié a été continué aussi que la collaboration avec Lumos, ce qui a permis de développer l'hôpital davantage en centre de formation pour les zones ciblées comme ZSD.
L'hôpital est aujourd'hui un centre hospitalier modèle en RDC, avec 340 lits occupés à 94%. Il est entouré d'un réseau de centres de santé. Le système de référence est fonctionnel et une mutuelle indépendante performante existe.

Appui à la Demande

R4 : l'accès géographique et financier aux soins de santé est amélioré et les soins sont acceptables pour la population des ZS ciblées

Hypothèses à confirmer : si les autorités politico-administratives collaborent; si le niveau intermédiaire joue son rôle d'encadrement des Zones de Santé ; si les CDR fonctionnent et si le taux de pauvreté n'augmente pas, la promotion des mécanismes de protection sociale à la santé et de systèmes de référence adaptés pourra graduellement améliorer l'accès géographique et financier aux soins.

Pour que les soins soient accessibles pour tous, il y a différentes barrières sur lesquelles nous travaillons:

- Renforcer les capacités de sensibilisation et d'organisation des acteurs communautaires pour sensibiliser la population sur l'utilité des soins préventifs et curatifs et sur la disponibilité des services de soins et la nécessité de participer à l'organisation et à la prise en charge des évacuations
- Cartographier les zones sanitaires et la couverture en structures sanitaires pour permettre aux autorités sanitaires et équipes de gestion de planifier, gérer et évaluer les activités sanitaires
- stimuler différentes initiatives pour faire fonctionner le système de référence. Par exemple :
    - la présence d'un système de préfinancement de la référence,

- des systèmes de transport adaptés innovants (motos ambulance, ambulances médicalisées, pirogues ambulance...) pour l'évacuation des urgences médicales
- la mise en place de la caisse de solidarité des complications à l'accouchement par la subvention des soins

- Différents mécanismes de protection sociale en santé sont appuyés, mis en œuvre et financés :
  - les initiatives mutualistes communautaires
  - les fonds d'équité
  - des fonds sociaux
  - les systèmes de payement forfaitaire subventionné

Nous appuyons le plaidoyer politique et les mouvements sociétaux pour une plus grande solidarité.
L'appui des initiatives locales et communautaires basées sur des exemples développés dans les zones de démonstration (voir explications plus haut) ou ailleurs, est la stratégie de base pour appuyer la demande.

Une attention particulière sera donnée au sujet de santé et droits sexuels et reproductifs (notamment la planification familiale), et également aux aspects d'équité entre les hommes et les femmes. Le travail avec des associations locales est préconisé pour renforcer le soutien social et la participation de la population à la santé.

C. Genre et Environnement

Les thèmes transversaux **genre et environnement** reçoivent une attention particulière dans chaque axe.

1. Gouvernance

1.1. Genre

Les systèmes de santé sont traversés par les inégalités de genre ayant cours dans les sociétés où ils sont implantés et peuvent contribuer à les perpétuer. Ainsi, la hiérarchie et la structure d'un système de santé peuvent être discriminatoires, non seulement en termes d'accessibilité aux services, mais aussi en termes de gestion des ressources humaines. Ainsi nous travaillons sur le renforcement des capacités aux niveaux intermédiaire et périphérique pour une analyse genre des politiques et de la planification/gestion des ressources humaines, et sur la sensibilisation des acteurs sur la gestion des carrières et les conditions de travail. Les indicateurs utilisés sont également genre spécifique.

1.2. Environnement

Nos partenaires et les autorités sanitaires décentralisés dans les provinces d'intervention sont stimulés et formés pour porter le message et sensibiliser les bénéficiaires sur la protection de l'environnement.

2. Améliorer l'offre

2.1. Genre

santé maternelle, néonatale et infantile

En RDC, la santé maternelle et infantile reste problématique malgré les efforts dans le cadre des OMD. La mortalité maternelle par 100.000 naissances vivantes est 540[15]. La mortalité périnatale est de 100/1000 naissances[16]. La santé maternelle et infantile est perçue quasi universellement comme étant une question féminine par laquelle les hommes ne se sentent que peu concernés et sur laquelle ils n'ont que de faibles connaissances en matière de prévention et de prise en charge de la mère et de l'enfant.

santé sexuelle et reproductive

Les obstacles relatifs au genre par rapport à la santé sexuelle et reproductive sont de deux types : (1) ceux liés à la demande inexistante ou incomplète, du fait de la persistance de modèles culturels et normes sociales et (2) ceux liés aux systèmes de santé : offre insuffisante et de mauvaise qualité.
Les hommes sous-utilisent les services liés à la santé reproductive et à la prévention, au traitement, à l'accompagnement et aux soins liés au VIH/SIDA. Par Contre, les professionnels de santé ont tendance à concentrer leurs efforts sur les femmes, parce qu'ils partagent la vision stéréotypée selon laquelle la santé reproductive est une question essentiellement féminine et qu'ils partent du présupposé selon lequel les hommes ne s'intéressent ni aux informations ni aux services de santé reproductive.

violences faites aux femmes

[15] Analyse de contexte conjointe (ACC) RD Congo, octobre 2015
[16] Analyse de contexte conjointe (ACC) RD Congo, octobre 2015

Les violences basées sur le genre, dont les violences sexuelles, sont une réalité partout dans le pays et la situation semble s'aggraver (ACC RDC). Le programme prévoit de mettre un accent sur la sensibilisation à la qualité de la relation soignant-soigné, la prévention des violences envers les patients, le respect de l'anonymat et de l'intimité (vie privée). Des formations du personnel soignant à l'intégration du genre, la planification familiale, les soins maternels et néonatals et les fistules vésico-vaginales sont prévus, aussi qu'un appui en matériel et équipement y lié. Dans l'identification des besoins dans le cadre du TRC une attention particulière sera donnée à l'implication des hommes et des femmes.

2.2. Environnement

Gestion durable des équipements : L'amélioration de l'offre médicale et de la qualité des soins est étroitement liée à la disponibilité d'équipements médicaux, qui doivent être opérationnels et appropriés aux prestations diagnostiques et thérapeutiques qui doivent être fournies en temps utile. Les groupes de travail de l'OMS, qui se sont préoccupés ces dernières années de la problématique des dispositifs médicaux, ont constaté que 70% des équipements médicaux disponibles dans les pays en voie de développement sont inutilisés. On constate également un état désastreux du parc d'équipements médicaux compromettant l'efficacité de la prise en charge des patients. Parmi les causes majeures et bien connues de cette situation, on note un manque de maintenance préventive et un manque de maintenance corrective.

Le traitement et l'élimination des déchets médicaux et des médicaments peuvent entraîner indirectement des risques pour la santé en raison du rejet d'agents pathogènes et de polluants toxiques dans l'environnement. S'il n'est pas bien réalisé, l'enfouissement des déchets peut contaminer l'eau de boisson. Les déchetteries mal conçues, mal gérées ou mal entretenues représentent un risque pour ceux qui y travaillent. Une incinération imparfaite ou l'incinération de matériaux inadaptés à ce mode d'élimination entraîne le rejet de polluants et de résidus de cendres dans l'atmosphère. L'incinération de matériaux contenant du chlore peut produire des dioxines et des furanes, cancérogènes pour l'homme et qui ont été associés à divers effets néfastes sur la santé. L'incinération des métaux lourds ou de matériaux contenant une grande quantité de métal (en particulier du plomb, du mercure ou du cadmium) peut entraîner le rejet de métaux toxiques dans l'environnement.[17]

Dans toutes nos interventions nous prévoyons une attitude proactive pour la protection du milieu lié aux interventions, avec entre autres des :

- Formations sur la gestion des déchets biomédicaux
- Formations sur la maintenance et l'utilisation d'équipement pour une gestion durable du matériel
- Installations des ressources d'énergie durables
- Envois du matériel adapté aux conditions locales + réduction de l'empreinte carbone du transport
- Mises en œuvre du plan d'investissement appui technique durable MSV
- Achats locaux des consommables/médicaments pour une gestion durable des consommables et médicaments

3. Appuyer la demande

3.1. Genre

L'accès aux soins de santé est marqué par l'existence d'inégalités de genre. Plusieurs obstacles limitent l'accès des femmes aux services de santé :

- la restriction de leur mobilité due aux normes imposées par la société ou aux responsabilités qui leur sont attribuées envers les autres membres de leur famille
- un moindre accès aux ressources financières
- limitées par les schémas paternalistes de prise de décision et de communication entre les prestataires de soins de santé et les clients et peu encouragées à prendre la parole lors de leur socialisation, les femmes n'osent pas forcément poser des questions pendant les consultations de santé.

Dans les activités prévues pour améliorer l'accès géographique et financier aux soins de santé l'aspect genre sera à chaque fois explicitement analysé et pris en considération, et des données désagrégées sur l'utilisation des services par des hommes et des femmes seront établies (dans les mesures du possible, sans trop dupliquer le SNIS)

Dans les appuis aux initiatives locales et à la société civile, une attention explicite sera donnée à l'égalité entre les sexes.

3.2. Environnement

[17] Les déchets liés aux soins de santé, Aide-mémoire n°253, novembre 2015, http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs253/fr/

Dans les appuis aux initiatives locales et à la société civile, une attention explicite sera donnée aux initiatives durables et de protection de l'environnement. Une sensibilisation spécifique sur ces aspects accompagnera la stimulation des initiatives locales.

D. Note sur la digitalisation

Le renforcement du système national d'information sanitaire est un des objectifs du PNDS. Cet objectif poursuit un seul résultat à savoir : «La disponibilité de l'information sanitaire de qualité est assurée pour une meilleure prise de décision[18]». La division SNIS a reçu un financement important pour l'informatisation du système national d'information sanitaire dans tout le pays et est en train d'introduire le logiciel DHIS2. Conforme au Plan de Développement de l'Informatique de la Santé – PNDIS (2014)[19] du Ministère de la Santé Publique de la RDC et tenant compte des priorités de la coopération belge , nous comptons réaliser le suivant :

- **Création d'un espace « digitalisation** » dans l'Hub ONG Santé à Kinshasa où toutes les informations et initiatives sur l'utilisation des nouvelles technologies seront rassemblées afin de créer plus de cohérence, d'efficience et de pertinence.(voir aussi point 7.6) :
- **Solution technologique de suivi et d'évaluation et de mesure de la qualité des soins** avec le logiciel DHIS2 aligné au MSP pour le monitorage et le suivi des interventions de Memisa (voir annexe 5).
    - Composante 1 : Mise en place d'une application mobile android de collecte de données.
    - Composante 2 : Mise en place d'une solution open source de gestion des données (logiciel DHIS2).
    - Composante 3 : Développement d'un tableau de bord basé sur le web de visualisation des résultats
- **Intervention pilote pour la mise en œuvre du logiciel OpenSRP dans une zone de santé** en collaboration avec Bluesquare (plus d'explications sous 7.5. stratégie de partenariats)
- **Introduction d'outil 'open clinic' dans deux hôpitaux pour :**
  La gestion du stock
  Une gestion de la pharmacie complète, y compris l'approvisionnement, la gestion des stocks et sous-stocks pharmaceutiques, la gestion des prescriptions des médicaments, la distribution des produits pharmaceutiques et le contrôle sur les interactions médicamenteuses et les effets secondaires ainsi que le suivi des péremptions et des conditions de stockage.
  Le circuit du patient
  (plus d'explications sous 7.5. stratégie de partenariats)
- La poursuite de **l'utilisation du Système d'Information Géographique (SIG) pour la cartographie sanitaire** comme outil de planification, suivi et évaluation.
- **Des expériences avec la Télé-expertise**
  La télé-expertise doit permettre aux professionnels médicaux de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs experts médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient

[18] REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO, MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2016-2020 : vers la couverture sanitaire universelle, Mars 2016.
[19] Ministère de la Santé Publique de la RDC, Direction d'Etudes et Planification, Plan National de Développement de l'Informatique de la Santé (PNDIS), Rapport technique du 20 octobre 2014.

7.3. T3 – Coûts opérationnels OS 1

Programme - Budget 2017-2021 - CSC1 - OSS1						
	2017	2018	2019	2020	2021	**Grand Total**
Coûts opérationnels						
1. Partenaires	**1.124.912,00**	**1.124.912,00**	**1.124.912,00**	**1.124.912,00**	**1.124.912,00**	**5.624.560,00**
Investissement	255.500,00	228.100,00	237.900,00	234.500,00	242.500,00	**1.198.500,00**
Fonctionnement	677.250,00	677.650,00	687.250,00	671.250,00	669.250,00	**3.382.650,00**
Personnel	192.162,00	219.162,00	199.762,00	219.162,00	213.162,00	**1.043.410,00**
2. Collaborations	**133.040,00**	**133.040,00**	**133.040,00**	**133.040,00**	**133.040,00**	**665.200,00**
Investissement	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,00**
Fonctionnement	133.040,00	133.040,00	133.040,00	133.040,00	133.040,00	**665.200,00**
Personnel	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,00**
3. Bureau local	**1.521.856,00**	**1.465.175,29**	**1.531.151,86**	**1.474.143,64**	**1.494.929,75**	**7.487.256,55**
Investissement	293.100,00	266.500,00	293.100,00	266.500,00	266.500,00	**1.385.700,00**
Fonctionnement	890.578,00	879.125,29	898.325,24	886.535,69	900.535,69	**4.455.099,92**
Personnel	338.178,00	319.550,00	339.726,62	321.107,95	327.894,06	**1.646.456,63**
4. Siège	**1.492.027,00**	**1.115.348,70**	**1.595.381,29**	**1.111.099,64**	**1.140.729,18**	**6.454.585,82**
Investissement	542.760,00	147.760,00	542.760,00	147.760,00	147.760,00	**1.528.800,00**
Fonctionnement	688.285,00	709.689,20	792.010,34	704.481,16	735.701,96	**3.630.167,66**
Personnel	260.982,00	257.899,50	260.610,95	258.858,48	257.267,23	**1.295.618,15**
Total CO :	**4.271.835,00**	**3.838.475,99**	**4.384.485,15**	**3.843.195,29**	**3.893.610,94**	**20.231.602,36**
Investissement	**1.091.360,00**	**642.360,00**	**1.073.760,00**	**648.760,00**	**656.760,00**	**4.113.000,00**
Fonctionnement	**2.389.153,00**	**2.399.504,49**	**2.510.625,58**	**2.395.306,86**	**2.438.527,65**	**12.133.117,58**
Personnel	**791.322,00**	**796.611,50**	**800.099,57**	**799.128,43**	**798.323,29**	**3.985.484,78**

Partenaires						
BDOM Bunia	**340.100,00**	**340.100,00**	**340.100,00**	**340.100,00**	**340.100,00**	**1.700.500,00**
BDOM Kisantu	**347.368,00**	**347.368,00**	**347.368,00**	**347.368,00**	**347.368,00**	**1.736.840,00**
BDOM Popo Kabaka	**167.444,00**	**167.444,00**	**167.444,00**	**167.444,00**	**167.444,00**	**837.220,00**
Action d'Espoir	**30.000,00**	**30.000,00**	**30.000,00**	**30.000,00**	**30.000,00**	**150.000,00**
Fondation Dream	**240.000,00**	**240.000,00**	**240.000,00**	**240.000,00**	**240.000,00**	**1.200.000,00**
HGR CIRIRI						
HGR KATANA						
HGR MONVU						
HGR MUBUMBANO						
HGR NYANGEZI						
HGR NYANTENDE						
Centre neuropsychiatrique SOSAME						
HGR WALUNGU						
HOPITAL SAINT JOSEPH						
Hôpital pédiatrique KALEMBE LEMBE						
Hôpital IME KIMPESE						

HGR GOMBE MATADI						
HGR POKOKABAKA						
HGR KASONGO LUNDA						
HGR DJUMA						
HGR MOSANGO						
HGR KATAKO KOMBE						
Total Partenaires :	1.124.912,00	1.124.912,00	1.124.912,00	1.124.912,00	1.124.912,00	5.624.560,00

Collaborations						
Viva Africa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Fracarita Belgium	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	300.000,00
Lumos						
ICT4Development	23.040,00	23.040,00	23.040,00	23.040,00	23.040,00	115.200,00
DPS	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	75.000,00
Blue Square	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00	175.000,00
Total Collaborations :	133.040,00	133.040,00	133.040,00	133.040,00	133.040,00	665.200,00

Programme commun - Memisa						
Investissement	1.085.600,00	636.600,00	1.068.000,00	643.000,00	651.000,00	4.084.200,00
Fonctionnement	1.859.300,00	1.827.700,00	1.869.300,00	1.821.300,00	1.833.300,00	9.210.900,00
Personnel	717.822,00	721.872,00	724.108,00	721.872,00	719.789,00	3.605.463,00
Total Memisa	3.662.722,00	3.186.172,00	3.661.408,00	3.186.172,00	3.204.089,00	16.900.563,00

Programme commun - AZV						
Investissement	5.760,00	5.760,00	5.760,00	5.760,00	5.760,00	28.800,00
Fonctionnement	529.853,00	571.804,49	641.325,58	574.006,86	605.227,65	2.922.217,58
Personnel	73.500,00	74.739,50	75.991,57	77.256,43	78.534,29	380.021,78
Total AZV	609.113,00	652.303,99	723.077,15	657.023,29	689.521,94	3.331.039,36

	Programme - Budget 2017-2021 - CSC1 - OSS1						
	Programme commun - Memisa						
		2017	2018	2019	2020	2021	**Grand Total**
	Coûts opérationnels						
	1. Partenaires	**€ 1.124.912**	**€ 1.124.912**	**€ 1.124.912**	**€ 1.124.912**	**€ 1.124.912**	**€ 5.624.560**
1.	**Investissements**	**€ 255.500**	**€ 228.100**	**€ 237.900**	**€ 234.500**	**€ 242.500**	**€ 1.198.500**
1.1	équipement (matériel médical et non-médical et bureautique)	€ 91.500	€ 91.500	€ 91.500	€ 91.500	€ 91.500	
1.2	Moyens de transport	€ 6.900	€ 0	€ 6.900	€ 0	€ 0	
1.3	Réhabilitations & EHA	€ 79.500	€ 75.000	€ 79.500	€ 75.000	€ 75.000	
1.4	Frais d'expédition des équipements et véhicules						
1.5	Investisments centre dream	€ 77.600	€ 61.600	€ 60.000	€ 68.000	€ 76.000	
2.	**Frais de fonctionnement**	**€ 677.250**	**€ 677.650**	**€ 687.250**	**€ 671.250**	**€ 669.250**	**€ 2.713.400**
2.1	médicaments et consommables	€ 64.500	€ 64.500	€ 64.500	€ 64.500	€ 64.500	
2.2	renforcement capacité gestionnaire et organisationnel	€ 56.000	€ 56.000	€ 56.000	€ 56.000	€ 56.000	
2.3	Sensibilisation et prévention (exemple : malnutrition, plan fam, promotion et sensibilisations des groupes de femmes)	€ 36.000	€ 36.000	€ 36.000	€ 36.000	€ 36.000	
2.4	Soutien à l'accessibilité grâce à l'appui à la tarrification forfaitaire (primes personnel) et aux initiatives de fonds équité/mutuelles	€ 276.750	€ 276.750	€ 276.750	€ 276.750	€ 276.750	
2.5	Carburant, réparations, fourniture, pièce de rechange, assurance, vignettes etc. (10.000 bureau/an + 2.000ZS/an)	€ 49.000	€ 49.000	€ 49.000	€ 49.000	€ 49.000	
2.6	Ammélioration de la qualité de l'offre par la formation du personnel soignant et l'encadrement des équipes	€ 25.700	€ 23.700	€ 25.700	€ 23.700	€ 23.700	
2.7	Organisation d'ateliers régionnaux et nationnaux (interbureaux et interpartenaires)	€ 22.500	€ 16.500	€ 22.500	€ 16.500	€ 22.500	
2.9	Fonctionnement des bureaux et frais bancaires	€ 60.000	€ 60.000	€ 60.000	€ 60.000	€ 60.000	
1.10	Fonctinnement centre DREAM	€ 86.800	€ 95.200	€ 96.800	€ 88.800	€ 80.800	
3.	**Personnel**	**192.162,00**	**219.162,00**	**199.762,00**	**219.162,00**	**213.162,00**	**€ 1.043.410**
	2. Collaborations	**€ 50.000**	**€ 50.000**	**€ 50.000**	**€ 50.000**	**€ 50.000**	**€ 250.000**
1.	**Investissement**						
2.	**Fonctionnement**	**€ 50.000**	**€ 50.000**	**€ 50.000**	**€ 50.000**	**€ 50.000**	
2.2	renforcement capacité gestionnaire et organisationnel DPS	€ 15.000	€ 15.000	€ 15.000	€ 15.000	€ 15.000	
2.8	Recherches digitalisation et documentation	€ 35.000	€ 35.000	€ 35.000	€ 35.000	€ 35.000	
3.	**Personnel**						
	3. Bureau local	**€ 1.425.728**	**€ 1.363.728**	**€ 1.425.728**	**€ 1.363.728**	**€ 1.383.728**	**€ 6.962.640**
1.	**Investissements**	**€ 293.100**	**€ 266.500**	**€ 293.100**	**€ 266.500**	**€ 266.500**	**€ 1.385.700**
1.1	équipement (matériel médical et non-médical et bureautique)	€ 91.500	€ 91.500	€ 91.500	€ 91.500	€ 91.500	
1.2	Moyens de transport	€ 16.100		€ 16.100			
1.3	Réhabilitations & EHA	€ 185.500	€ 175.000	€ 185.500	€ 175.000	€ 175.000	
2.	**Frais de fonctionnement**	**€ 840.450**	**€ 824.450**	**€ 840.450**	**€ 824.450**	**€ 838.450**	**€ 4.168.250**
2.1	médicaments et consommables	€ 64.500	€ 64.500	€ 64.500	€ 64.500	€ 64.500	

2.2	renforcement capacité gestionnaire et organisationnel	€ 111.000	€ 111.000	€ 111.000	€ 111.000	€ 111.000	
2.3	Sensibilisation et prévention (exemple : malnutrition, plan fam, promotion et sensibilisations des groupes de femmes)	€ 36.000	€ 36.000	€ 36.000	€ 36.000	€ 36.000	
2.4	Soutien à l'accessibilité grâce à l'appui à la tarrification forfaitaire (primes personnel) et aux initiatives de fonds équité/mutuelles	€ 276.750	€ 276.750	€ 276.750	€ 276.750	€ 276.750	
2.5	Carburant, réparations, fourniture, pièce de rechange, assurance, vignettes etc. (10.000 bureau/an + 2.000ZS/an)	€ 49.000	€ 49.000	€ 49.000	€ 49.000	€ 49.000	
2.6	Ammélioration de la qualité de l'offre par la formation du personnel soignant et l'encadrement des équipes	€ 25.700	€ 23.700	€ 25.700	€ 23.700	€ 23.700	
2.7	Organisation d'ateliers régionnaux et nationnaux (interbureaux et interpartenaires)	€ 52.500	€ 38.500	€ 52.500	€ 38.500	€ 52.500	
2.8	Recherches, digitalisation et documentations	€ 25.000	€ 25.000	€ 25.000	€ 25.000	€ 25.000	
2.9	Fonctionnement des bureaux et frais bancaires	€ 200.000	€ 200.000	€ 200.000	€ 200.000	€ 200.000	
3.	**Personnel**	**292.178,00**	**272.778,00**	**292.178,00**	**272.778,00**	**278.778,00**	**€ 1.408.690**
	4. Siège	**€ 1.062.082**	**€ 647.532**	**€ 1.060.768**	**€ 647.532**	**€ 645.449**	**€ 4.063.363**
1.	**Investissements**	**€ 537.000**	**€ 142.000**	**€ 537.000**	**€ 142.000**	**€ 142.000**	**€ 1.500.000**
1.1	équipement (matériel médical et non-médical et bureautique)	€ 122.000	€ 122.000	€ 122.000	€ 122.000	€ 122.000	
1.2	Moyens de transport	€ 315.000		€ 315.000			
1.4	Frais d'expédition des équipements et véhicules	€ 100.000	€ 20.000	€ 100.000	€ 20.000	€ 20.000	
2.	**Frais de fonctionnement**	**€ 291.600**	**€ 275.600**	**€ 291.600**	**€ 275.600**	**€ 275.600**	**€ 1.410.000**
2.1	médicaments et consommables	€ 86.000	€ 86.000	€ 86.000	€ 86.000	€ 86.000	
2.6	Ammélioration de la qualité de l'offre par la formation du personnel soignant et l'encadrement des équipes	€ 205.600	€ 189.600	€ 205.600	€ 189.600	€ 189.600	
3.	**Personnel**	**€ 233.482**	**€ 229.932**	**€ 232.168**	**€ 229.932**	**€ 227.849**	**€ 1.153.363**
	Total CO :	**€ 3.662.722**	**€ 3.186.172**	**€ 3.661.408**	**€ 3.186.172**	**€ 3.204.089**	**€ 16.900.563**
	Investissement	**€ 1.085.600**	**€ 636.600**	**€ 1.068.000**	**€ 643.000**	**€ 651.000**	**€ 4.084.200**
	Fonctionnement	**€ 1.859.300**	**€ 1.827.700**	**€ 1.869.300**	**€ 1.821.300**	**€ 1.833.300**	**€ 9.210.900**
	Personnel	**€ 717.822**	**€ 721.872**	**€ 724.108**	**€ 721.872**	**€ 719.789**	**€ 3.605.463**

Programme - Budget 2017-2021 - CSC1 - OSS1						
Programme commun - AZV						
	2017	2018	2019	2020	2021	**Grand Total**
Coûts opérationnels						
1. Partenaires	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
Investissement						**0,00**
Fonctionnement						**0,00**
Personnel						**0,00**
2. Collaborations	**83.040,00**	**83.040,00**	**83.040,00**	**83.040,00**	**83.040,00**	**415.200,00**
Investissement						**0,00**
Fonctionnement	83.040,00	83.040,00	83.040,00	83.040,00	83.040,00	**415.200,00**
Personnel						**0,00**
3. Bureau local	**96.128,00**	**101.447,29**	**105.423,86**	**110.415,64**	**111.201,75**	**524.616,55**
Investissement						**0,00**
Fonctionnement	50.128,00	54.675,29	57.875,24	62.085,69	62.085,69	**286.849,92**
Personnel	46.000,00	46.772,00	47.548,62	48.329,95	49.116,06	**237.766,63**
4. Siège	**429.945,00**	**467.816,70**	**534.613,29**	**463.567,64**	**495.280,18**	**2.391.222,82**
Investissement	5.760,00	5.760,00	5.760,00	5.760,00	5.760,00	**28.800,00**
Fonctionnement	396.685,00	434.089,20	500.410,34	428.881,16	460.101,96	**2.220.167,66**
Personnel	27.500,00	27.967,50	28.442,95	28.926,48	29.418,23	**142.255,15**
Total CO :	**609.113,00**	**652.303,99**	**723.077,15**	**657.023,29**	**689.521,94**	**3.331.039,36**
Investissement	**5.760,00**	**5.760,00**	**5.760,00**	**5.760,00**	**5.760,00**	**28.800,00**
Fonctionnement	**529.853,00**	**571.804,49**	**641.325,58**	**574.006,86**	**605.227,65**	**2.922.217,58**
Personnel	**73.500,00**	**74.739,50**	**75.991,57**	**77.256,43**	**78.534,29**	**380.021,78**

Partenaires						
HGR CIRIRI						
HGR KATANA						
HGR MONVU						
HGR MUBUMBANO						
HGR NYANGEZI						
HGR NYANTENDE						
Centre neuropsychiatrique SOSAME						
HGR WALUNGU						
HOPITAL SAINT JOSEPH						
Hôpital pédiatrique KALEMBE LEMBE						
Hôpital IME KIMPESE						
HGR GOMBE MATADI						
HGR POKOKABAKA						
HGR KASONGO LUNDA						
HGR DJUMA						
HGR MOSANGO						

HGR KATAKO KOMBE						
Total Partenaires :	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Collaborations						
						0,00
Fracarita Belgium	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	300.000,00
ICT4Development	23.040,00	23.040,00	23.040,00	23.040,00	23.040,00	115.200,00
						0,00
Total Collaborations :	83.040,00	83.040,00	83.040,00	83.040,00	83.040,00	415.200,00

7.4. Motivation au regard des critères du CAD

7.4.1. Description de la Pertinence.

L'existence d'un système de santé performant est l'une des conditions indispensables pour diminuer la souffrance humaine, surtout des populations les plus vulnérables. Pour ce faire, en adoptant la SRSS, la RDC a dans sa politique comme objectif d'améliorer l'accès des populations à des soins de santé de qualité.
MEMISA-Belgique et Médecins Sans Vacances, comme partenaires du Ministère de la santé de la RDC, conformément à la déclaration de Paris et la note technique de la DGD du 25 mai 2011, qui prônent l'alignement, l'harmonisation et la synergie des stratégies d'interventions selon la politique du secteur du pays concerné, veulent dans le programme structurel 2017-21 apporter son soutien au ministère de la santé publique suivant la SRSS et à travers la réalisation du PNDS 2016-20. Ce programme s'aligne à l'objectif général du PNDS qui est de *Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de façon à permettre à tous, de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge dans le cadre de la Couverture Sanitaire Universelle.*
Le programme s'inscrit dans la poursuite des objectifs durables de développement 3 et 5.

Le programme contribue ainsi au Cible stratégique 4: Améliorer l'accès aux soins de santé de qualité et promouvoir le droit à la santé pour tous. Voir CSC RDC - 2.2 Argumentation basée sur la pertinence du développement, p15

Pour plus d'information sur la pertinence de la stratégie d'intervention

- En général : voir théorie de changement, chapitre 3
- de Memisa : voir Dossier d'Agrément ONG Programme 2017-2026, 29 décembre 2014 ; p18, 3.4 *Une description de la stratégie que l'organisation veut mettre en œuvre pour atteindre en dix ans, ses objectifs figurant au 3.3*
- de MSV : Voir Dossier d'Agrément ONG Programme 2017-2026, p.8-13, B1.1,2,5 et B.2.1,2,5 pour les objectifs à atteindre en 5 et en 10 ans et sa stratégie pour la réalisation des objectifs.

En identifiant avec les partenaires les compétences et les besoins en renforcement de capacités, Memisa et MSV assurent la pertinence de leurs interventions.

7.4.2. Description de l'Efficacité.

La ToC décrit les phases de changement nécessaires pour améliorer la qualité des soins de santé et permettre l'accès au plus grand nombre. Les 4 premières phases de changement correspondent avec les résultats du cadre logique. Il y a 3 outcomes intermédiaires: le système de santé est renforcé, la qualité des soins est améliorée et l'accès aux soins est amélioré pour arriver à l'outcome final: l'amélioration de la qualité des soins de santé et l'accès au plus grand nombre par le renforcement des acteurs du système de santé du niveau périphérique avec une attention particulière aux groupes vulnérables. L'outcome final correspond avec l'objectif spécifique du cadre logique. L'impact recherché des interventions de Memisa et MSV est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population et surtout des plus vulnérables.
Notre stratégie d'intervention en RDC est en lien avec le CSC RD Congo et les approches communes proposées pour atteindre la cible stratégique commune 4 : Améliorer l'accès aux soins de santé de qualité et promouvoir le droit à la santé pour tous . Le tableau ci-dessous indique à quelle approche commune les résultats du cadre logique contribuent.

Cible stratégique commune 4: Améliorer l'accès aux soins de santé de qualité et promouvoir le droit à la santé pour tous	
	Opérationnalisation Memisa-MSV: en général, voir Théorie de changement, Cadre logique et stratégie d'intervention Par approche commune :
4a	Voir Résultat 1 et TOC, axe gouvernance
4b	Voir objectif spécifique, TOC
4c	Voir Résultat 2 et 3 ; TOC axe Offre
4d	Voir Résultat 4 ; TOC axe Demande
4e	Voir Résultats 1,2,3,4 (Transversal)

4f	Voir résultat 4 ; TOC axe demande
4g	Voir résultats 2 et 3 ; TOC axe offre

Une évaluation externe sur l'efficacité de notre stratégie d'intervention à mi-parcours et à la fin du programme est prévue

7.4.3. Description de la Durabilité.

L'impact attendu de l'intervention est que la population cible et surtout les plus vulnérables ont accès aux soins de santé de qualité. Toutes les interventions mises en œuvre cherchent finalement à améliorer l'offre de soins.

La durabilité technique : l'axe principal de l'intervention est basé sur le renforcement des capacités du personnel local, aussi bien médical qu'organisationnel, basé sur des échanges et des stages formatives à l'intérieur du pays. Ceci est accompagné par un investissement en matériel et équipements appropriés, et un suivi et renforcement continue dans le temps. Les partenaires sont renforcés pour accompagner et organiser les interventions et pour multiplier les expériences ailleurs. Voir plus d'explications sous chapitre 7.5 partenariats.
Médecins Sans Vacances et Memisa répondent, en complémentarité avec les autorités et les autres acteurs, aux besoins en connaissances et en expertise. Auprès de tous les partenaires en RDC, on travaille à l'amélioration de la compétence technique pour dispenser des soins de qualité. Médecins Sans Vacances et Memisa se focalisent sur les soins que les institutions sont supposées d'offrir d'après les normes nationales de santé. Le matériel envoyé au partenaire local est toujours adapté aux besoins et aux circonstances sur le terrain. Le droit de propriété du matériel expédié est transmis au partenaire local.

La durabilité financière : toute activité introduite est accompagnée par une étude de coût du fonctionnement, et des systèmes de participation communautaires sont développés. Par exemple, pour le fonctionnement de la moto-ambulance, chaque patient paie une petite participation à la consultation curative.
Les partenaires de la société civile sont renforcés et accompagnés pour accéder directement aux financements, mais l'instabilité du pays et de la société civile ne joue pas favorablement.
Pendant nos interventions, il est demandé aux partenaires d'appliquer les tarifs et procédures régulièrement mis en place pour les interventions. Nous évitons autant que possible qu'une gratuité circonstancielle pose ensuite des problèmes financiers aux formations sanitaires et que les patients s'attendent à ce qu'un service de soins gratuits soit toujours disponible. D'un autre côté, nous nous opposons à toute augmentation de prix durant les interventions, car ceci pourrait être un facteur d'exclusion pour certains patients. S'il se présente des patients incapables de payer les frais, ce sont les mesures de subvention habituellement appliquées qui sont conseillées (ex. : caisses sociales, mutuelles, fonds d'équité).
Il est évident qu'autant que l'état ne finance pas les soins de santé convenablement, des financements externes seront indispensables pour garantir un minimum d'organisation des soins de santé en RDC.

La durabilité sociale : l'ancrage de l'intervention est communautaire. Nous mettons l'accent sur le renforcement des capacités de sensibilisation et d'organisation des acteurs communautaires, pour qu'ils puissent eux même organiser les soins de santé et revendiquer leurs droits à la santé. A partir de la périphérie et des interventions sanitaires, nous appuyons le plaidoyer politique et les mouvements sociétaux pour une plus grande solidarité. La stratégie de stimuler les initiatives locales et communautaires encourage la participation communautaire et l'appropriation de la promotion et de l'organisation des soins de santé par la population.

Stratégie de désengagement[20] : conforme notre stratégie et objectifs stratégiques, l'objectif global de Memisa et de MSV à long terme est d'améliorer la disponibilité et la qualité des soins de santé dans des pays en difficulté, par le renforcement du système de santé. Plus spécifiquement en RDC, un état fragile avec une population très pauvre, le but est de participer au processus de structuration et responsabilisation de l'état à travers le renforcement des acteurs locaux de santé et la création des alliances stratégiques.
La collaboration de MSV-Memisa avec leurs partenaires devient inutile dès lors que la structure partenaire est capable d'assumer pleinement son rôle dans le système de santé national. Le point de départ de toute stratégie

[20] Voir aussi pour Memisa : Dossier d'Agrément ONG Programme 2017-2026, 29 décembre 2014 ; p. 26-28
et pour MSV: Meerjarenprogramma 2014-2016, 2.2.5 Exitstrategie, p.28-30

de désengagement sera d'accroître la durabilité de nos actions et d'améliorer la transparence et la coopération avec nos partenaires.

7.4.4. Description de l'Efficience.

1. Efficience suite aux synergies de Memisa et MSV

Grâce à la synergie et complémentarité entre Memisa et MSV qui ont opéré des choix de concentration géographique communs, une gestion moins onéreuse de certains coûts est possible. Cela se traduit dans la pratique par un partage des coûts des bureaux locaux, des frais de certains formations et ateliers qui seront organisés en commun, ainsi que des synergies dans l'utilisation du personnel local.

L'efficience du programme est augmenté également par l'intégration des activités de Viva Africa et de Fracarita Belgium, ce qui a pour conséquence d'augmenter les budgets des deux organisations en valeurs absolues.

Grâce à cette convergence géographique accrue, une efficience supplémentaire se dégage avec d'une part, une cohérence des interventions au niveau de l'hôpital de zone. En effet, toutes les contributions s'inscriront pour les deux acteurs dans un trajet unique de renforcement des capacités afin de garantir une parfaite cohérence. D'autre part, la présence continue des équipes d'accompagnement de Memisa et la collaboration avec les ECZ permettront à MSV également d'accentuer, sans coûts nouveaux, un suivi en continu, même entre les envois trimestriels d'équipes médicales. Enfin, Memisa aura possibilité d'intervenir plus au niveau des centres de santé et du lien entre l'hôpital et ceux-ci dans les zones de convergence, grâce à l'appui de MSV concentré au niveau de l'hôpital.

2. Efficience du budget de Memisa et MSV

2.1. Memisa.

EN RDC le budget des actions de Memisa s'élève à 16.900.563€ pour la période de 5 années. Il est détaillé afin de fournir plus d'indications sur le contenu des lignes budgétaires.

En vue de garantir un plus grand impact, Memisa souhaite concentrer quelque peu son intervention et à cet effet va appuyer les zones de santé et le niveau intermédiaire avec 3 degrés d'intensité :

1. Un appui plus significatif pour 5 zones de santé de démonstration (+-3$US/habitant/an) dont le rôle de formation pour les zones limitrophes et le rayonnement en terme de bonnes pratiques qui seront accentués. Il s'agit ici de développer un effet multiplicateur de la stratégie déjà engagée dans le cadre du programme 2014-2016 avec le centre de formation de l'hôpital de Kisantu qui a accueilli de nombreuses missions de formation du personnel des zones de santé de démonstration.
2. Un appui structurel dans 14 zones de santé avec une moyenne d'environs un $/habitant/an. Une attention particulière sera apportée dans les zones de convergence avec l'appui de la Banque Mondiale afin de fonctionner en parfaite complémentarité et de ne pas dupliquer les interventions. A cet effet, la subsidiassions du forfait à travers le mécanisme de prime au personnel soignant à) par exemple té supprimer dans les provinces du Kwango, du Kwilu et de l'Équateur.
3. Un appui aux initiatives locales congolaises, prioritairement destiné aux zones de désengagement (moins de 4% du budget) permettra à Memisa d'avoir une stratégie « exit », afin de pouvoir soutenir l'approvisionnement en médicament, les formations, etc., le temps que les projets de la Banque Mondiale produisent leurs effets dans ces zones.

Nous pouvons ensuite analyser l'efficience de l'utilisation des ressources du budget à travers les 3 axes d'intervention de Memisa :

1. L'appui à l'amélioration de l'offre de soins : estimé à 52% du budget. Il s'agit principalement d'un appui permettant de rendre les structures de soins de 19 zones de santé fonctionnelles, équipées en matériel de soins et approvisionnées en médicaments de base à travers le SNAM.
2. L'appui et l'organisation de la demande : estimé à 17%. Il s'agit ici d'une part d'encourager des initiatives existantes pour favoriser l'accès financier aux soins à travers des mutuelles ou des mécanismes de fonds d'équité, mais également de subsidier la tarification forfaitaire ou encore d'encourager les dynamiques

communautaires de sensibilisation aux soins de santés, à la prévention des maladies, de la malnutrition, etc.

3. L'appui à la gouvernance du système de soin de santé : estimé à 31% concerne principalement l'appui aux équipes-cadre de zone, au niveau intermédiaire (DPS) et à l'accompagnement technique de nos équipes locales. Le but poursuivi ici consiste à améliorer le fonctionnement du système grâce à la réalisation des supervisions, à du coaching et des renforcements de capacité, mais aussi grâce à la remontée d'information et des statistiques.

C'est donc au total une intervention principalement concentrée dans 19 zones de santés, dans 7 provinces sur un territoire d'environ 4 fois la superficie de la Belgique et permettant l'amélioration de l'accès à des soins de santé de qualité à près de 4.000.000 d'habitants.

Des expatriés occupent certaines positions clés avec l'objectif de renforcement de la capacité du partenaire et/ ou des acteurs locaux concernés. Ils jouent aussi un rôle important dans la liaison avec le volet Nord et la sensibilisation du public belge.

Pour assurer le gradient de compétences et la crédibilité de l'accompagnement, un minimum de 5 ans d'expérience dans le contexte approprié est demandé.

Memisa travaille avec 3 personnes expatriées en RDC, toutes basées à Kinshasa : un directeur des opérations, un médecin responsable qualité et un logisticien. Chacun a une position clé pour la réussite du programme, et une fonction de coach et d'accompagnement technique du personnel locale.

- Directeur des opérations : position clé dans la gestion des ressources humaines et du budget, matière sensible pour un personnel local. Il garantit également un bon respect de la planification des opérations et veille à la cohérence et l'efficience des moyens mis en œuvre.
- Médecin responsable Qualité : position clé pour l'identification et l'introduction des priorités liées aux priorités internationales et aux SDG ; pour l'introduction des innovations et des nouveaux techniques ; pour les relations avec les partenaires et parties prenantes belges et internationaux.
- Logisticien : position clé pour la gestion des achats au niveau national et surtout international et les envois du matériel acheté pour toute la RDC. Les procédures d'achats sont complexes et au regard du volume que représentent les investissements dans notre programme, cette position est jugée capitale.

La Représentation Nationale (RN) à Kinshasa a plusieurs fonctions : elle représente Memisa en RDC et maintient les contacts avec les partenaires, les bailleurs et les autorités. Memisa est un partenaire important et très présent dans tous les fora de consultation et de concertation au niveau du Ministère de la Santé Publique. Notre RN joue également un rôle important dans la recherche et le suivi des nouveaux projets et des projets sur fonds propres. Elle soutient et accompagne les bureaux régionaux et les BDOM partenaires. Elle a un ancrage important au niveau du ministère de la Santé publique ce qui permet et facilite des échanges sur les expériences du terrain (bottom-up) ainsi que sur les dernières évolutions et décisions prises à ce niveau (top-down).

Le suivi direct et la coordination de la mise en œuvre sur le terrain avec les équipes régionaux est assuré par des responsables projets au siège de Memisa. Pour chaque région il y a une personne qui est en contact et échange journalier avec les équipes et qui guide la prise de décisions et accordent les dépenses. De cette façon nous voudrions stimuler et renforcer l'autonomie et la prise des décisions locale, tout en conservant un appui technique et un suivi du siège, pour garantir un gradient de qualité. Par ailleurs, des missions régulières des responsables de projet du siège de Memisa leur permet un réel apport dans les opérations de ce programme.

2.2 MSV.

En RDC le budget des actions MSV, détaillé en annexe, s'élève à 3.331.039 € pour la période de 5 années et se concentre sur l'axe de l'amélioration de l'offre de soins. MSV contribue aux résultats 2 et 3 auprès de 19 hôpitaux, dont 8 dans les zones appuyées par MEMISA. Au cours du programme, MSV ajoutera 5 nouveaux hôpitaux partenaires, qui se situent tous dans des zones de santé de catégorie 1 ou 2 de Memisa.

Pour le résultat 2, MSV prévoit un appui en consommables et médicaments d'une part, et des investissements en équipement biomédical d'autre part. L'achat de médicaments et consommables, y inclus leur transport, représente 20% du coût opérationnel. Au cours du programme, MSV compte gagner en efficience par rapport aux frais de transport par l'introduction de l'achat local auprès des CDR et par l'envoi de matériel par container maritime. Cette ambition est reprise dans son trajet 'Lean & Green' et contribuera, ensemble avec les 'Green seats' à la réduction de son empreint écologique.

Quant aux investissements, notons que cet équilibre n'apparait pas dans le budget DGD, pour la simple raison que MSV dispose d'une provision de 1,2 million d'euros sur fonds propres pour réaliser ces investissements dans les années 2017-2018, dont un tiers est réservé aux partenaires congolais. A partir de 2019 MSV continuera d'assumer ces investissements sur fonds propres.

Le renforcement des compétences médicotechniques, techniques et organisationnelles, repris dans le résultat 3, s'adresse en moyenne à 80 personnes par hôpital, soit 1520 bénéficiaires directs. Indirectement les patients de ces hôpitaux bénéficieront de l'amélioration des services offerts. Leur nombre potentiel s'élève à près de 3.000 000 d'habitants. La globalité des activités de renforcement de capacités représente, l'informatisation de 2 hôpitaux inclus, 55% du coût opérationnel.

A part des missions de volontaires et des formations régionales, MSV appuie également des instruments locaux de renforcement de capacités dans le cadre de ses TRC, par exemple l'échange entre partenaires ou des missions par experts locaux. Le choix de l'instrument dépend des opportunités et de sa pertinence par rapport au contexte. Au Congo le calcul des frais de missions et de ces instruments est différent d'une région à l'autre à cause de la variété des prix de transport, de location et de personnel entre les régions. Le budget transports des missions des volontaires de terrain est élevé. Ce coût est mitigé grâce au contrat avec Brussels Airlines qui lui offre des conditions avantageuses sur les tarifs, les frais de bagages et les services offerts.

MSV ne prévoit pas l'envoi d'expatriés au Congo, par contre elle fera appel aux expatriés de Memisa pour certains aspects. Les volontaires de terrain MSV qui sont des expatriés ne perçoivent aucune sorte de rémunération, mais MSV prend en charge leurs frais de voyage et de séjour. MSV envisage de valoriser leur salaire dans le rapport financier. MSV peut compter par ailleurs sur l'appui d'une trentaine de volontaires qui assument les tâches les plus diverses au siège de Malines : accueil, traduction, organisation de formation, contacts avec les donateurs, etc……

Le budget RDC prévoit les frais de personnel et de fonctionnement de 2 médecins-conseillers basés respectivement à Bujumbura et à Kinshasa. Quant au médecin conseiller basé à Bujumbura les frais sont repris dans le budget du Congo à raison de 40% de montant total des coûts. (les 60% restants sont imputés au budget du Burundi). Les coûts du médecin conseiller à Kinshasa sont repris à 100% dans le budget Congo. La généralisation de la méthodologie du TRC nécessite ces coûts. La présence d'un médecin conseiller local est indispensable pour assurer le suivi du renforcement des capacités entre les missions. Mais sa présence est également nécessaire pour pouvoir organiser des instruments locaux de renforcement des capacités et d'opérationnaliser les synergies avec Memisa et d'autres acteurs. En plus, il facilite l'achat local de consommables et médicaments auprès des CDR.

La coordination et le suivi de la mise en œuvre des TRC et l'encadrement de volontaires de terrain sont assurés par des coordinateurs de projets au siège de MSV. Pour chaque région il y a une personne qui est en contact et échange régulier avec le médecin conseiller, avec les directions des hôpitaux partenaires et les responsables de projets au siège de MEMISA. Les frais de personnel de ces personnes sont imputés à 25% sur le budget Congo.

7.5. Description de la Stratégie de Partenariat spécifique pour la RDC

A. Partenariats

1. Principes des partenariats

Les deux organisations ont leur propre politique de la gestion des partenaires.

Pour Memisa : voir Dossier d'Agrément ONG Programme 2017-2026, 29 décembre 2014 ; p. 20-22
Pour MSV : voir Dossier d'Agrément ONG Programme 2017-2026, p.18-21, G. Partners.

Néanmoins, Memisa et MSV partagent des principes directifs par rapport à la gestion des partenariats.

Les 2 organisations recherchent une bonne collaboration avec leurs partenaires locaux, en dialogue ouvert, sur base d'égalité et responsabilité partagée. Un partenariat franc repose sur l'entente, la confiance réciproque, le respect mutuel et la franchise dans une bonne communication.

Les partenaires sont impliqués à chaque étape du processus décisionnel, aussi bien dans la conception, la planification, la mise en œuvre que dans l'évaluation. Une réelle affinité facilite l'échange d'expériences, de compétences et de connaissances et un apprentissage mutuel. Le partenariat doit permettre le transfert des compétences selon les besoins afin que le partenaire puisse assurer la continuité des interventions et renforcer la durabilité des résultats.

2. Gestion du partenariat

2.1. Identification et sélection des partenaires

La cohérence dans la sélection des partenaires en RDC pour les 2 organisations se manifeste à 3 niveaux : la cohérence stratégique, la cohérence géographique et la cohérence thématique.

Cohérence stratégique

La cohérence stratégique des partenariats respectifs de Memisa et MSV découle de la complémentarité stratégique et opérationnelle des 2 organisations. Memisa travaille à la promotion de la bonne gouvernance, l'amélioration de l'offre et l'appui à la demande à chaque niveau de la pyramide sanitaire, MSV se concentre sur la voie de l'amélioration de l'offre dans le deuxième niveau de référence. Ce fonctionnement complémentaire résulte à une définition asymétrique du concept partenaire par lequel un partenaire de MSV peut être au même temps un groupe cible de Memisa (eg. les hôpitaux des zones), ou l'inverse.

Selon le résultat attendu, le partenaire peut être actif dans la mise en œuvre des interventions, ou bien être lui-même la cible de l'intervention. Un partenaire dans l'amélioration de l'offre peut être la cible dans la promotion de la bonne gouvernance (eg. OSC locales pour Memisa).

Cohérence géographique

Les deux organisations poursuivent une convergence géographique croissante. En RDC, Memisa et MSV élargiront ensemble leurs champs d'action conjoints à 5 nouvelles zones de santé au cours de ce programme (renforcement des hôpitaux par MSV dans 5 zones où Memisa donne déjà un appui structurel), ce qui donnera une convergence de 8 ZS en total.

Cohérence thématique

Tous les partenaires des 2 organisations sont des partenaires actifs dans le secteur de santé ce qui facilite l'échange entre partenaires.

Partenaires actuelles

En RDC le partenaire principal de Memisa est le BDOM du réseau Caritas de l'Eglise catholique (identification historique). Il s'agit d'un partenaire solide, car basé sur une structure locale permanente, avec une large présence partout en RDC et ayant conclu un accord formel avec l'État congolais pour assurer le fonctionnement des services de santé.
Le BDOM est un acteur privé du niveau intermédiaire, qui renforce le NI étatique dans son rôle d'accompagnement du développement des zones de santé. Le NI étatique, les divisions provinciales de la santé, sont comme institutions d'intérêt public également partenaire de Memisa dans le sens large, suivant le MOU entre le Ministère de la Santé Publique de la RDC et Memisa.

Les partenaires de Memisa en RDC sont actuellement les BDOM de Kisantu, Bunia et Popokabaka ; deux nouveaux partenariats sont envisagés avec les BDOM de Budjala et Isiro. Les DPS partenaires sont celles de 7 provinces avec des zones appuyées.

Voir aussi sous point 7.2-1-I : promouvoir la bonne gouvernance.

En RDC, MSV collabore avec deux types de partenaires: des hôpitaux généraux de référence et des centres spécialisés. A la fin du PPA 2014 - 2016, 11 partenaires dans les provinces de Kinshasa, Bandundu, Kongo Central,

Sud-Kivu, Kasaï Oriental étaient inclus dans le programme. Tous ces partenaires sauf font partie du présent programme soumis à la DGD pour subvention. Les hôpitaux généraux de référence de Ciriri et de Katana au Sud-Kivu et l'hôpital pédiatrique de Kalembe Lembe à l'ouest que Médecins Sans Vacances appuyait sur fonds propres, seront également inclus dans ce programme.

MSV s'engage à étendre son effectif de partenaires à d'autres hôpitaux soutenus par MEMISA, dans le cadre du volet Hôpital pour Hôpital et commencent à travailler avec 3 de ces hôpitaux : les hôpitaux généraux de référence de Popokabaka, de KASONGO-LUNDA et de GOMBE-MATADI Pour plus d'efficacité, d'efficience et de rentabilité, une entité géographique unifiée devient moins onéreuse et facile à encadrer de manière harmonieuse et coordonnée. Les modalités spécifiques d'identification et sélection des nouveaux partenaires sont décrites dans :

Pour Memisa : Dossier d'Agrément ONG Programme 2017-2026, 29 décembre 2014 ; p. 26-27
Pour MSV : voir Dossier d'Agrément ONG Programme 2017-2026, G.2 Identificatie en selectie nieuwe partners, p.19.

2.2. Renforcement des capacités

Memisa et MSV veulent contribuer au renforcement de capacités des partenaires afin qu'ils puissent assumer leur rôle dans le système de santé national.

Les partenaires de MSV : Un trajet de renforcement des capacités (TRC) est le cadre dans lequel se déroule la collaboration entre MSV et le partenaire (explication TRC voir Description des opérations : Améliorer l'offre) . L'implication du partenaire et la prise en compte des besoins de l'hôpital se retrouvent donc au cœur du processus et forment le point de départ d'une collaboration durable. En identifiant avec lui les compétences et les besoins de renforcement de capacités de l'hôpital partenaire, MSV met davantage le processus entre les mains du partenaire du Sud. Dans le TRC seront décrites non seulement toutes les actions que MSV va mener, mais également les initiatives que le partenaire prendra lui-même pour renforcer ses capacités et ancrer les capacités acquises dans l'organisation. Les autres intervenants actifs auprès du même partenaire seront également inclus dans le trajet afin de garder une vue d'ensemble de toutes les activités de renforcement des capacités. De cette manière, toutes les parties sont responsabilisées. Le renforcement des capacités est un processus endogène. Il est donc important que le partenaire s'approprie le processus et en détermine les priorités et le rythme.

Les **partenaires de Memisa** sont des organisations de la société civile à but non lucratif et à finalité sociale. Memisa collabore avec des organisations partenaires locales pour le renforcement des soins de santé, des services de santé et du système de santé.
Memisa commence la collaboration par un screening organisationnel initial. Memisa a développé un outil appelé « partnerscan » pour formaliser et objectiver ce processus. Il est basé sur une évaluation de plusieurs critères de capacité de gestion du partenaire, et sert de base pour l'identification des pistes de renforcement. Le processus de l'utilisation est participatif.

Les modalités du partenariat peuvent varier en fonction du lieu et du moment, et doivent prendre en compte les besoins en accompagnement et en renforcement des capacités. Les partenaires locaux exécutent les projets, comme retenus ensemble, avec un suivi et accompagnement de Memisa. Le rôle de Memisa dans le partenariat peut inclure l'orientation technique, l'orientation managériale et administrative, l'identification des situations d'exclusion ou d'abus, l'intermédiation pour assurer les échanges entre la société civile, les services de santé et les autorités et l'orientation de la société civile sur les recours possibles.

2.3. Stratégie de désengagement

Le partenariat doit permettre le transfert des compétences selon les besoins afin que le partenaire puisse assurer la continuité des interventions et renforcer la durabilité des résultats. Memisa et MSV visent une responsabilisation progressive de leurs partenaires. Le principe fondamental de toute stratégie de désengagement sera d'accroître la durabilité de nos activités et d'améliorer la transparence et la coopération avec les partenaires.

Les modalités spécifiques de la stratégie de désengagement des 2 organisations sont décrites dans

Pour Memisa : Dossier d'Agrément ONG Programme 2017-2026, 29 décembre 2014 ; p. 27-28
Pour MSV : Meerjarenprogramma 2014-2016, 2.2.5 Exitstrategie, p.28-30.

3. Typologie des partenaires en RDC

Type		Rôle	Nombre	Organisation
Axe 1 : Promouvoir la bonne gouvernance				
Parties prenantes	Les autres ACNG et acteurs de le la coopération en développement	Concertation, cohérence, coordination		Memisa
Partenaires	Les OSC locales	Mobilisation sociale, sensibilisation des populations		Memisa
Cibles	Les OSC locales, les DPS, les ECZ, les communautés, le MSP			
Axe 2 : Améliorer l'offre				
Parties prenantes	Lumos	Renforcement des capacités du personnel médicale et technique des hôpitaux	1	Memisa
	Viva Africa	Renforcement de la prise en charge et diagnostique du VIH-SIDA, et la formation y lié		Memisa
	Fracaritas Be	Renforcement des capacités du personnel et appui en médicaments psychotropes des centres spécialisés en santé mentale		MSV
	Blue Square	Renforcement de la digitalisation au niveau de l'organisation et de la qualité des SSP		Memisa
	ICT4development	Projet pilote digitalisation dans 2 hôpitaux partenaires		
Partenaires	Les BDOM	Mise en œuvre des interventions		Memisa
	Fondation Dream	Mise en œuvre interventions Viva Africa		Memisa
	Action d'Espoir	Appui à le réhabilitation des communautés dans les zones post-conflit		Memisa
	les hôpitaux de districts	Dispenser des soins hospitaliers de qualité (PCA) et participer dans la supervision formative des CDS. Cadre d'enseignement et de recyclage. Élaboration et réalisation du TRC		MSV
	les centres spécialisés	Prestations des soins de santé spécialisés de santé mentale et d'handicap. Cadres formateurs en santé mentale. / Élaboration et réalisation du TRC		MSV
	Les DPS	Assurer la supervision des activités des ECZ, assurer les formations de renforcement des capacités (cadres formateurs), l'évaluation de la qualité des soins et la coordination harmonisée des activités avec celles d'autres intervenants pour plus de cohérence		Memisa
Cibles	ECZ Structures de santé (Hôpitaux de zones, centres de santé) Personnelle sanitaire des zones cibles Patients Population			Memisa Memisa Memisa/AZV Memisa/AZV
Axe 3 : Appuyer la demande				
Parties prenantes				
Partenaires	Les OSC locales	Mobilisation sociale, sensibilisation des populations		Memisa
Cibles	- Patients - Population			Memisa

B. Collaborations avec les parties prenantes

- **La collaboration avec Lumos à Kisantu et dans les ZSD**

Objectifs: LUMOS veut réaliser une amélioration des soins médicaux de base et, si pertinents dans le contexte, des soins spécialisés, par un renforcement des capacités, une optimalisation de l'infrastructure clinique, technique et didactique et par une augmentation de la qualité des services médicaux et paramédicaux dans l'hôpital St Luc de Kisantu (HSLK).
LUMOS s'efforce également à créer une tache d'huile, des réalisations à l'HSLK, dans les autres zones de santé de la RD Congo. A cette fin nous avons accompagné au cours du programme 2014-16 le développement de l'HSLK en centre de formation, pour renforcer les compétences du personnel des trois hôpitaux de démonstrations (HGRD) des Zones de Santé de Démonstration (Budjala, Mosango et Drodro). Vue que cette initiative est encore dans une phase initiale, les bons résultats de ces expériences pilotes seront consolidés et élargis dans ce programma quinquennal afin d'optimaliser le développement de la structure « centre de formation » et des HGRD et, à long terme, d'initier également la transformation de ces hôpitaux de démonstrations en centre de formation pour leurs propres zones et hôpitaux environnants dans d'autres régions en RDC.
En outre LUMOS vise à renforcer son impact en étant complémentaire et synergique avec d'autres acteurs belges et locaux dans le domaine du développement et en créant des synergies entre ses différents partenaires du Sud (surtout le Bénin, le Cameroun et le Rwanda).

Actions: L'amélioration de la qualité des soins à l'HSLK et les HGRD sera réalisée par le renforcement des capacités et la formation du personnel médical et paramédical. Le transfert d'information sera réalisé par des volontaires des hôpitaux universitaires et de l'université de Leuven, membres de LUMOS, et organisé dans un réseau d'échanges (Nord-Sud, Sud-Nord, Sud-Sud, Intra-Congo, hôpitaux-zones) entre les différentes structures. Dans ce réseau, l'HSLK fonctionnera comme centre de formation où seront organisée la majorité des missions et formations. Afin d'impliquer plus intensément les HGRD dans ces formations, des stages périodiques pour leur personnel soignant seront organisés à l'HSLK. La continuité sera sauvegardée en étendant les programmes de formation sur plusieurs années. Les priorités de formation seront développées en étroite collaboration avec le comité de direction de l'HSLK et les hôpitaux de démonstrations.

Résultats prévus: Le résultat final recherché est une amélioration pérenne de la qualité des soins de santé de base dans la zone de santé de Kisantu et dans les zones associées aux HGRD avec un impact mesurable sur la santé publique dans les zones concernées.

Le programme: l'identification des priorités pour 2017-21 est basée sur les conclusions et les recommandations résultant d'un atelier de travail et de réflexion (Leuven 2-4.06.2015) entre LUMOS/Memisa/HSLK concernant les priorités de la future collaboration, complétées avec les expériences obtenues au cours de la collaboration en 2015-2016.

LUMOS interviendra dans différents domaines qui sont liés à l'organisation des soins de santé primaires de qualité. Elle apportera de l'expertise liée aux processus diagnostic et thérapeutique et l'organisation hospitalière ainsi qu'aux infrastructures de base qui sont directement liés à l'organisation des soins de santé de qualité. A cette fin LUMOS se concentre principalement sur le renforcement des capacités et la formation du personnel des hôpitaux. La méthodologie est conforme les TRC développés par MSV. Memisa apportera le cadre organisationnel nécessaire pour la réalisation des activités de LUMOS.

Priorités et domaines d'action (liste non-exhaustive) – voir plus de détails en annexe 2:

1. L'organisation au niveau du personnel
2. Appuyer la gestion du budget déficitaire de l'HSLK
3. Méthodologie sur la prise en charge des malades
4. Optimaliser le fonctionnement de la pharmacie
5. Améliorer l'hygiène hospitalière
6. Le renforcement des capacités du personnel de l'HSLK et les hôpitaux de démonstration
    a. Définir l'HSLK comme centre de formation par la mise en place d'un programme de formation
    b. Profiler l'HSLK comme centre de capitalisation des expériences efficaces

c. Instaurer un comité de recherche chargé de l'accompagnement et du suivi des initiatives de recherche dans la zone de santé de Kisantu.
7. L'infrastructure, la technique et l'équipement
8. TIC et le dossier médical
9. Nutrition / malnutrition
10. Introduction de nouvelles disciplines

- **Le centre DREAM à Kinshasa avec le soutien de Viva Africa**

Dans le cadre du renforcement des capacités et de l'intégration de la prise en charge du VIH-Sida dans les SSP, le programme Memisa-MSV propose une collaboration avec Viva Africa pour le soutien du centre DREAM à Kinshasa.
Viva Africa, autant qu'ONG de la Communauté de Sant'Egidio en Belgique, apporte sa collaboration au programme DREAM au niveau international. Viva Africa a choisi comme thème de son cadre stratégique le développement socialement durable, qui s'articule autour de trois axes stratégiques : la stratégie de la santé pour tous, le droit à la santé, une société pour tous. Viva Africa bénéficie d'une grande expérience dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA, ainsi que dans celui de la prévention des conflits et de l'éducation à la paix. Viva Africa travaille depuis plus de 10 ans dans des pays touchés par l'épidémie du VIH/SIDA, comme le Mozambique, la Tanzanie et le Malawi. Plusieurs projets de prévention, traitement et monitorage du VIH/SIDA ont déjà été mis en œuvre dans le cadre d'un partenariat avec le réseau international DREAM de Sant'Egidio.
La collaboration avec la Communauté de Sant'Egidio existe depuis longtemps, ainsi que celle avec la Fondation DREAM en RDC, le partenaire local de ce projet. L'objectif commun est de garantir à chacun le droit à la santé, à commencer par les groupes plus vulnérables tels que les femmes, les enfants, les personnes âgées et marginalisées, et plus généralement les communautés socialement vulnérables qui n'ont pas accès gratuit aux soins essentiels. A Kinshasa, comme dans toute la République Démocratique du Congo, le système de soins de santé souffre de graves lacunes. Cela a incité Viva Africa à commencer des projets de développement dans ce pays, en commençant par l'ouverture d'un centre de santé DREAM, et par le développement des activités de formation, et des services de santé incluant la mise en place des services diagnostiques de haute qualité, et du soutien nutritionnel.
Au niveau international, le programme DREAM (Drug Resource Enhancement against Aids and Malnutrition) est né en 2002 pour lutter contre le sida sur le territoire africain. Au cours de ces 14 ans, DREAM a développé un modèle d'intervention qui vise à rendre la thérapie antirétrovirale possible et accessible, et qui inclut aussi l'ensemble de mesures et les facteurs nécessaires pour rendre la thérapie antirétrovirale efficace: l'éducation à la santé, le soutien nutritionnel, des services diagnostics avancés, la formation du personnel, ainsi que la lutte contre le paludisme, la tuberculose, les infections opportunistes et surtout la malnutrition.
Pour étendre l'accès aux soins à plus de personnes, un service mobile, appelé « DREAM Mobile », a été lancé depuis 2013. Ce service a commencé à mettre en œuvre un service de counseling et dépistage VIH/SIDA pour les femmes qui viennent à la consultation prénatale. Le service a débuté dans certaines maternités, mais l'objectif de 'DREAM Mobile' est d'arriver à cibler tous les centres de santé et les maternités, incluant les plus éloignés.

L'expérience acquise dans le projet DREAM et le modèle développé, surtout par rapport à la sensibilisation et le diagnostic communautaire d'un côté, et par rapport aux techniques du labo d'un autre côté, serviront comme exemple pour les zones de santé de démonstration appuyées par Memisa et MSV. Des stages dans le centre DREAM aussi que des échanges vers et à partir des ZSD, garantiront le renforcement des capacités basées sur l'apprentissage pratique et l'échange entre les pairs.
Plus d'information sur le fonctionnement du centre DREAM de Kinshasa dans annexe 3

- **Le projet d'assurance de la qualité des médicaments Quamed**

Memisa est membre fondateur de Quamed (projet de l'IMT), et planifie de poursuivre la collaboration avec le nouveau Quamed autonome, qui sera créé à partir du 1er janvier 2017. Quamed offre la possibilité d'un renforcement de capacités des CDR à travers des audits organisationnels et de qualité (évaluation MQAS), essentiels pour assurer un approvisionnement en MEG de qualité et conforme à notre stratégie d'appuyer le SNAME.
Memisa prévoit dans le cadre de ce programme une collaboration avec Quamed spécifiquement pour auditer les CDR de Kikwit, Kisantu, Bunia et Gemena/ Bwamanda.

Quamed prévoit également des formations du personnel en BPD (Bonnes Pratiques de Distribution) et des pharmaciens des CDR en PréQualification en Achats.
"Appui à distance" peut également être organisé par centrale, pour leur aider à élaborer des procédures et pour répondre à des questions.

- **Le renforcement des capacités en santé mentale avec Fracarita Belgium**

Fracarita Belgium (fondé en 1967 comme Caraes) est une a.s.b.l. liée aux œuvres de la congrégation des Frères de la Charité qui œuvre pour l'amélioration des circonstances de vie des personnes les plus vulnérables et souvent marginalisées. Il s'agit, entre autres, des malades mentaux. L'objectif final est la réhabilitation de ce groupe cible et leur intégration sociale par des soins accessibles de bonne qualité. Le renforcement des capacités des partenaires locaux dans les pays en voie de développement est l'activité clé pour arriver aux soins et accompagnements de qualité pour les groupes cibles. Dans la Région des Grands Lacs, Fracarita Belgium a une expérience de presque 40 ans et les partenaires soutenus sont des centres de santé mentale de référence reconnue par les autorités nationales et régionales de santé.
Dans ce programme Fracarita Belgium et MSV participeront, en matière de soins de santé mentale, au renforcement des capacités du Centre Psychiatrique Sosame à Bukavu (province du Sud Kivu) sur base d'un ensemble de tâches bien définies.
Tandis que MSV se concentre sur la formation des médecins et à un moindre degré des psychologues et ergothérapeutes, Fracarita Belgium se focalise sur le renforcement des capacités des infirmiers/infirmières via une formation de coaches (concept « train the trainer »). Pour cela un curriculum a été élaboré en étroite collaboration avec les partenaires locaux. Lors de ce programme, Fracarita Belgium continue à former un coach par centre. Le coaching continu du personnel sera ensuite assuré par le coach de chaque centre, tandis que le coaching ad hoc (plus ciblé sur le partenaire) sera sur la demande des partenaires confiées aux volontaires de terrain MSV.
Pour garantir l'application effective des formations reçues, le bon fonctionnement du centre est une condition sine qua non. Ainsi Fracarita Belgium continuera aussi à appuyer les partenaires au niveau de l'approvisionnement de médicaments psychotropes et de matériel structurel.

- **Collaboration avec Blue Square pour l'introduction et l'accompagnement des innovations digitales**

Intervention pilote pour la mise en œuvre du logiciel OpenSRP dans une zone de santé
Contexte
Dans la majorité des pays à faible et moyen revenus, le personnel soignant passe un temps considérable durant leurs heures de travail à effectuer des tâches bureaucratiques tel que remplir des registres papier pour de multiples systèmes de suivi et d'évaluation. Cela est d'autant plus marqué dans les systèmes sanitaires fragmentés, où cette contrainte administrative pesant sur le personnel y est encore plus forte. A cette fragmentation des systèmes de suivi et d'évaluation, le système actuel de livraison d'intrants aux structures sanitaires accroit encore plus la quantité d'information qui est demandée au personnel soignant.
Au final, très peu de données sont utilisées au niveau des centres de santé, ce qui reflète l'autonomie limitée des prestataires de soins de santé. Afin de réduire le fardeau administratif du personnel soignant, diverses solutions technologiques commencent à émerger. Le passage d'un système de registres et de rapports papier à un système digitalisé a comme avantage principal de réduire considérablement la charge de travail administrative demandée au personnel soignant. En plus, cela permet d'automatiser et de standardiser les rapports à tous les niveaux du système de santé permettant ainsi aux données d'être automatiquement agrégées et rendues accessibles sur un serveur.
C'est dans le but de réduire le fardeau bureaucratique et de rendre plus efficace la collecte et le traitement de données, que Memisa avec l'appui de BlueSquare souhaite tester à petite échelle le logiciel Open Smart Register (OpenSRP).

Le logiciel OpenSRP et ses avantages
Le logiciel Open SRP est un outil open source qui permet au personnel soignant d'enregistrer et de suivre électroniquement la santé des patients de la structure sanitaire.
Les données soumises dans le formulaire sont instantanément mises à jour dans le dossier du patient sans qu'une synchronisation préalable avec le serveur soit nécessaire. Si une connexion internet n'est pas disponible, les

données sont stockées de façon sécurisée jusqu'à ce que l'outil de collecte ait accès à un réseau internet. Cet outil permet de générer les rapports de données de façon électronique et de les envoyer au système national d'information sanitaire (SNIS) évitant ainsi la rédaction des rapports papier qu'il fallait au préalable remplir chaque mois.
Le logiciel permettra dès lors de réduire la tâche administrative du personnel soignant, mais également d'effectuer un suivi des patients plus performant. OpenSRP fonctionne également hors accès à internet et un back-up des données dans le serveur est effectué de façon routinière.

Objectif de l'intervention pilote
Tester le logiciel OpenSRP à petite échelle et remplacer les registres papier par un système de tablettes permettant de digitaliser la collecte des données et les rapports à envoyer aux systèmes d'informations sanitaires (SNIS). Les données seront transmises directement au SNIS via le logiciel DHIS2.
Une analyse des résultats du pilote sera aussi conduite afin d'envisager une mise à échelle de l'outil. BlueSquare prendra le lead sur les aspects technologiques de l'outil tandis que l'organisation Memisa sera chargée de l'implémentation de l'outil sur le terrain ainsi que de la bonne mise en œuvre du pilote.

- **Collaboration avec ICT4Development pour l'introduction et l'accompagnement des innovations digitales**

Le rôle d'ICT4Development dans le projet proposé par AZV et Memisa se résume comme une assistance technique dans 2 hôpitaux ciblés pour (i) l'analyse des besoins technologiques et fonctionnels, (ii) l'adaptation du code d'OpenClinic GA là où nécessaire, (iii) l'installation et la configuration du logiciel, (iv) la formation des utilisateurs, (v) l'accompagnement et l'assistance utilisateur après la mise en production et (vi) le monitoring et évaluation de l'utilisation du système. Voir fiche parties prenantes.

7.6. Description des Synergies et Complémentarités.

A. Synergies décrites dans le CSC

auxquelles Memisa et/ou MSV participent : (plus d'explication sur certaines initiatives en bas)

Synergie/complémentarité : Partant d'une vision étendue qui s'inscrit dans la politique nationale et qui soutient les organismes compétents pour développer le système de santé, les OSC impliquées souhaitent rassembler toutes les organisations compétentes, dans le but de maximiser les synergies et les complémentarités. Des actions concrètes en cours et planifiées sont entre autres :	**Entre nous (OSC et IA)**	**Entre nous et d'autres acteurs internat.**	**Entre nous et la coop. belge**
Groupe de travail RDC au sein de la plateforme Be-Cause Health, qui offre un lieu d'échange entre les acteurs belges opérationnel en RDC	x		x
FABAC Santé, qui rassemble les acteurs belges à Kinshasa	x		x
réseaux internationaux qui rassemblent plusieurs acteurs (MMI, Acte Alliance, HAT-platform, RIPSEC, MPS/PHM)	x	x	x
Bureau conjoint à Kinshasa entre plusieurs ONG avec progressivement partage logistique/ RH/ administration… (voir point 1 en bas)	x		
Organisation de formations conjointes ; échanges d'expériences entre différents projets ; échanges d'outils de sensibilisation ; Mise à disposition de volontaires	x	x	x
Synergie dans le renforcement des hôpitaux (stages, formations, échanges) ; plateforme de gestion hospitalière	x	x	x
action conjointe pour assurer la qualité des médicaments (Quamed) et l'implication des partenaires dans la gestion des CDR	x	x	x
action conjointe sur les initiatives mutualistes (Masmut)	x		
Formation du personnel des centres de santé primaires, publics comme privés			
Forum de concertation des intervenants avec les programmes lèpre et tuberculose			
Plateformes techniques et mécanismes de coordination existant auprès des institutions internationales comme l'OMS, le PNUD, le			

Fonds Mondial (GFATM) et l'Union Internationale contre la Tuberculose et les maladies respiratoires			
en collaboration avec des acteurs du CSC Travail Décent en RDC : contribuer à une meilleure sécurité sociale par l'augmentation de l'accessibilité aux soins de santé à travers la promotion des mutuelles de santé			
Soutien commun à deux zones de santé (SSR/SSP) pour garantir l'accès au soin et le renforcement des capacités			

B. Plateformes et Réseaux

Memisa et Médecins Sans Vacances sont actifs dans les plateformes d'échange et de réseautage. Ceci nous donne des opportunités de trouver plus de synergie et de complémentarité avec des parties prenantes belges et internationales, afin de mieux participer à la mission d'améliorer l'efficacité de l'aide et de renforcer la vision de droit à la santé pour tous.

- Membre de la plateforme belge Be-Cause Health :
  - Membre du comité de pilotage (MEMISA)
  - Actif dans plusieurs groupes de travail : Ressources humaines pour la santé (MEMISA)(avec signature de la charte (MSV)), Médicaments (MEMISA & MSV), Protection sociale (MEMISA), Afrique Centrale/ RDC (MEMISA & MSV) et maladies non transmissibles/ Diabète (MEMISA & MSV).
- Membre du réseau international des ONG médicales MMI (Medicus Mundi International Network) (MEMISA)
- Membre de plusieurs autres plateformes et organisations qui ont l'aspiration d'avoir une voix commune et de mieux coordonner les actions (Plateforme d'Action Solidarité Santé, Be-Gender, 11.11.11 et Quamed (MEMISA & MSV) et EURAC, Make Mothers Mather,. et CNCD, Masmut, …(MEMISA))

Au niveau de la RDC Memisa participe au Fabac Santé, Forum des Acteurs belges en concertation avec l'Ambabel. A partir de 2017 le médecin conseiller de Médecins Sans Vacances participera également.

C. Synergies ONG belges Santé - Kinshasa

1- Partage de moyens matériels et partage d'information

Désireuses de réaliser des économies d'échelle, mais également de favoriser les échanges entre organisations, Memisa, Médecins Sans Vacances, Médecins du Monde et M3M partageront un bureau commun à Kinshasa dans le cadre de ce programme quinquennal.

Il s'agira de diviser les frais liés à la location des bureaux, à la connexion internet, au gardiennage et, éventuellement, de mettre en place un service logistique commun.

Ce rapprochement physique est envisagé comme un premier pas et un outil au service d'une coopération accentuée et d'échanges plus constants entre les organisations. Œuvrant toutes dans le domaine de la santé, nos différentes organisations souhaitent partager des informations qui impactent directement sur la mise en œuvre de nos différents projets (analyse des risques et suivi du contexte, circuits d'approvisionnement en matériel médical et équipement, partage des agendas, contacts…). Cette cohabitation devrait progressivement conduire à davantage de partage à tous les niveaux : formations en commun, partage d'expertise et soutien sur des thématiques spécifiques pour lesquelles l'une des organisations dispose d'une plus grande expérience pour un renforcement mutuel des capacités et un meilleur impact des projets individuels. Ces partages pourront également conduire à la formulation de véritables synergies opérationnelles sous la forme d'interventions communes et à des discussions sur les possibilités d'harmonisation des approches. De même, ce rapprochement devrait être propice à l'élaboration, à terme, d'un plaidoyer commun avec partage éventuel des ressources humaines.

Néanmoins, si l'exercice des ACC et CSC a évidemment stimulé ce souhait existant de partage, il convient de rappeler qu'il est encore tôt pour savoir jusqu'où ce partage ira, dans la mesure où nous apprendrons à nous connaitre progressivement et que les points de convergences se définiront avec le temps.

2- Création et animation d'un Hub ONG Santé à Kinshasa

Un lieu de rencontre et d'échange sera créé à Kinshasa, dans un premier temps au sein des bureaux partagés par 4 ONG santé belges sous la forme d'un « Hub » au sein duquel les différents acteurs participants pourront se réunir afin d'échanger sur les opportunités existantes, opérationnelles et stratégiques, mais aussi de renforcer mutuellement leurs capacités et de capitaliser l'expérience de chacun en diffusant les bonnes pratiques. L'idée est de disposer d'un endroit où les différentes organisations de la société civile, concernées par le droit à la santé et à des soins de qualité, pourront se rencontrer, trouver des informations, échanger dans des cadres formels et informels et développer des synergies.

Par ailleurs, ce lieu est pensé comme un lieu permettant de faire vivre des dynamiques de manière permanente. L'organisation de séminaires est envisagée afin de stimuler le débat sur des questions de fond touchant à la santé comme la question structurelle du financement des systèmes de santé.
Des questions opérationnelles comme l'utilisation des nouvelles technologies au service de la santé nécessitent des concertations et accords entre les acteurs afin d'harmoniser les outils utilisés. Il est notamment prévu, à l'heure où la digitalisation est à l'agenda et commence à être appliquée sous différentes formes et dans plusieurs directions, d'inclure un espace « digitalisation » où toutes les informations et initiatives sur l'utilisation des nouvelles technologies seront rassemblées afin de créer plus de cohérence, d'efficience et de pertinence.

Le but est également de faire vivre les initiatives congolaises de la santé. Conscient qu'il convient de ne pas dupliquer les initiatives, le lien sera fait avec le FABAC et avec les différents groupes de travail en Belgique qui travaillent sur les questions de santé en RDC (exemple : Plate-forme RDC au sein de Be-cause Health).

Ce Hub ONG Santé sera initialement ouvert aux acteurs belges de la santé et aux acteurs congolais afin de créer une dynamique pour ensuite être ouvert aux autres acteurs de la solidarité internationale dans une démarche inclusive. L'initiative veut être une porte d'entrée pour stimuler la cohérence et la synergie entre différentes initiatives déjà existantes et émergentes (voir CSC RDC, 3. Engagement en faveur d'une synergie et d'une complémentarité - au niveau de la cible 4, p. 21-22).

L'animateur du hub ONG Santé se chargera de veiller au bon fonctionnement et au dynamisme de la structure ainsi qu'au plaidoyer et la collecte des informations pertinentes concernant la santé en RDC. Son dynamisme et sa notoriété seront par ailleurs stimulés par la création d'un site internet facilitant la diffusion de l'information.

Le financement de « l'animateur » : Sans personnalité juridique le hub des ONG Santé ne peut recruter. Dans un premier temps Memisa va budgétiser le poste (un mi-temps) et le proposer dans son programme. Une contribution des membres de 150€ par mois sera proposée pour assurer le fonctionnement du réseau.

D. Participation à la Plateforme Hospitalière

Une **plateforme hospitalière** s'est créée à Kinshasa en novembre 2012, sous l'impulsion de plusieurs ONGs belges, à la suite d'une réflexion de celles-ci sur les possibilités de gestion pratiques des hôpitaux (et notamment ceux qu'elles appuient) à répondre aux impératifs d'accessibilité et de qualité des soins de santé.
Les membres de la plateforme (10 hôpitaux, dont 8 dans la ville-province de Kinshasa) ont, durant 4 années, de manière informelle et en collaboration étroite avec la Direction des Établissements de Soins (DES-D2) du Ministère de la Santé Publique, échangé sur leurs pratiques de gestion respectives et bénéficié de formations (financement DGD) dans ce domaine.
En 2016, la plateforme s'institutionnalise sous forme d'asbl, se dote de statuts et d'un programme (jusqu'en 2020, suivant la même périodicité que le Programme National de Développement Sanitaire), en élargissant son champ d'activité. Elle demeure indépendante et complémentaire des actions entreprises par le ministère de la santé, et s'assigne les tâches suivantes :

- proposer un service aux membres, sous forme d'appuis (formations/ateliers, accompagnements de terrain) ou d'outils, en gardant à l'esprit que ceux-ci doivent être adaptés à la réalité pratique des hôpitaux : ils sont destinés à améliorer les compétences existantes, doivent être exploitables rapidement et être simples d'utilisation ;

- éclairer le niveau normatif en faisant remonter l'expérience de terrain des hôpitaux, notamment dans la planification des activités liées à la réforme hospitalière conduites par le ministère, suivant les priorités opérationnelles.

Quatre groupes de travail (GT) sont créés : GT « gestion hospitalière » ; GT « qualité de soins ». GT « appuis/synergies », GT « réforme hospitalière ».
Memisa et MSV sont membres de la plateforme et participent aux groupes de travail.

E. Autres complémentarités et synergies envisagées

- **Le programme PDSS de la Banque Mondiale** qui est en train de démarrer dans 11 provinces, dont 3 de convergence avec le programme Memisa-MSV, nous suscite à adapter notre appui dans les zones de convergence pour assurer une complémentarité et cohérence entre les PTF. Un manuel opérationnel du Financement Basé sur la Performance a été récemment publié par le Ministère de la santé Publique et servira comme référence pour l'action de la BM[21]. Memisa et MSV joueront un rôle important complémentaire dans l'accompagnement technique des équipes de gestion et des structures de santé à fin de veiller à et d'améliorer la qualité des soins.
- **L'agence belge de développement** : Memisa et la CTB partagent le même objectif de renforcement du système de santé, et la même stratégie opérationnelle, avec un ancrage complémentaire (périphérie/ communautaire vs. Central/ institutionnel). Nous travaillons en concertation depuis longtemps. Memisa a assuré la continuité de certaines interventions de la CTB après le retrait du secteur santé en 2014 (ASSNIP 3 à Kisantu dans le programme, appui aux DPS dans le projet synergie PIC). ***Le programme PADP de la CTB*** nous permettra de développer davantage les ZSD de Mosango et de Budjala, qui sont des zones de démonstration dans le programme Memisa-MSV. L'objectif du PADP est que les zones de santé ciblées montrent une meilleure performance en termes de qualité et accessibilité des soins de leurs services de santé à travers un accompagnement fonctionnel par les ECZS et les DPS. L'appui de la CTB est positionné au niveau intermédiaire avec le renforcement des capacités et de la gouvernance des autorités sanitaires (DPS), un volet très complémentaire à l'appui de Memisa-MSV aux zones de santé et ECZ, avec un ancrage communautaire. ***Le programme d'appui aux SNAME et aux CDR*** de la CTB est essentiel pour renforcer les CDR de Kikwit et de Bwamanda et assurer l'accès aux MEG dans les ZS de Kwilu, Kwango et Sud Ubangi.
- **L'IMT d'Anvers** : Partenaire académique formel et informel de Memisa dans un partenariat gagnant-gagnant basé sur des échanges, des demandes d'avis, des consultations scientifiques et des partenariats dans des projets de recherche. Memisa est actuellement partenaire de l'IMT pour la mise en œuvre d'un projet d'amélioration du dépistage actif et passif de la lutte contre la Trypanosomiase dans les zones de santé de Mosango et Yasa Bonga (province du Kwilu). Memisa prend en charge le volet renforcement du système de Santé pour améliorer le dépistage passif, une intervention entièrement complémentaire au programme cofinancé par la DGD. Dans les mêmes zones, nous travaillons en collaboration avec l'IMT pour l'opérationnalisation de la deuxième phase du projet NIDIAG, dans lequel des protocoles pour une approche syndromique neurologique et fébrile ont été développés.
  Un deuxième partenariat autour du projet RIPSEC est en train de se développer, avec le choix du ZAR Gombe Matadi, une zone appuyée dans le programme de Memisa, par l'ESP de Kinshasa. Dans le cadre de ce même projet Médecins Sans Vacances collabore avec l'IMT dans le ZAR Walungu, au Sud-Kivu. MSV en collaboration avec Louvain Coopération, appuiera l'ECZ dans la supervision formative des centres de santé afin d'améliorer le système de référence – contre-référence. Dans le cadre du TRC de l'hôpital de Walungu et l'hôpital pédiatrique de Kalembe Lembe de l'IMT et MSV collaborerons dans la mise en œuvre de la bactériologie. MSV avec l'appui de l'IMT organisera un atelier sur la prévention et le contrôle des infections hospitalières. Le programme sera basé sur la formation organisée en Belgique en septembre 2016 avec financement du VLIR-UOS.
  Le projet Bridges, un projet de recherche de l'IMT autour du suivi des diabètes avec des sms, a été mis en œuvre par Memisa à Kinshasa de 2012 à 2015. Les résultats viennent d'être publiés.
- **Biocartis** : ensemble avec l'IMT, Memisa envisage un partenariat avec Biocartis pour un projet pilote d'utilisation d'une unité mobile de diagnostic moléculaire. La société Biocartis, fondée par Rudi Pauwels, a développé un appareil mobile (Idylla) pour rendre le diagnostic moléculaire accessible, entre-autre pour répondre aux besoins lors des déclenchements des épidémies de nouvelles maladies, cf. Ebola. Un fonds a été créé (Praesens) pour initier cela en Afrique, et il est prévu de le faire en RDC ensemble avec l'INRB dans

[21] Ministère de la santé publique RDC (2016). Manuel opérationnel du Financement Basé sur la Performance.

le Kwilu (éventuellement à Yasa Bonga). Memisa a été contacté en tant que partenaire opérationnel potentiel pour tester l'unité mobile sur le terrain. Un projet de recherche de l'IMT sur l'utilisation des protocoles d'approche syndromique pourrait être mis en œuvre en combinaison.

- **L'Université d'Anvers :** nous envisageons un partenariat entre MEMISA et le Global Health Institute, GHI (Université d'Anvers), dans le cadre des activités de lutte et contrôle de l'épilepsie associé à l'onchocercose en RDC, en particulier dans la province de l'Ituri. Le GHI cherche des partenaires locaux (nationaux ou internationaux) qui sont actifs dans les régions les plus touchées par l'onchocercose et l'épilepsie pour améliorer la gestion et le contrôle des personnes avec épilepsie et EAO en particulier, à travers une approche holistique et multidisciplinaire. La complémentarité et le synergisme des compétences et expertises du GHI et MEMISA a été identifié suite à plusieurs rencontres et visites sur le terrain. Un partenariat entre le GHI, MEMISA et autres acteurs sur le terrain (comme BDOM et le MinSP provincial) aboutira à une situation gagnant-gagnant, non seulement pour les différentes organisations, mais surtout les personnes souffrant d'épilepsie/EAO bénéficieront de ce partenariat.
- **Action Damien** : Action Damien appuie et encadre les activités dans les domaines de la lèpre et de la tuberculose par le biais des Coordinations provinciales de lutte contre la lèpre et la tuberculose qui sont rattachées aux DPS. Ils soutiennent leur fonctionnement (équipe et bureau, dont un médecin coordinateur, médicaments, etc.). Chaque équipe encadre les activités dans toutes les ZS de la province (appro en médicaments et réactifs de labo, supervisions, formations, monitorage, campagnes d'élimination de la lèpre, etc.). Dans chaque ZS, ils donnent un appui pour le fonctionnement de l'équipe cadre de la ZS et le réseau diagnostique pour la tuberculose (labos). Les zones avec une convergence du programme Memisa-MSV sont se situent surtout dans la province du Kwilu. Il est prévu de travailler sur les points de synergie et complémentarité suivants :
    - Echanges d'informations sur les prestations et la qualité des services et des soins
    - Collaboration plus étroite dans le développement des activités de lutte contre la coïnfection TB/VIH, Memisa étant également un SR de Cordaid au niveau de la subvention du FM (approvisionnements en tests, CTX, ARV et INH pour la TPI, etc.)
    - Activités conjointes périodiques : certaines planifications, missions sur le terrain, réunions de monitorage, formations etc.
    - Participation à des réunions trimestrielles de suivi et évaluations dans ces ZS de convergence
    - Partage des informations sur les appuis au fonctionnement des ECZ
    - Suivi des approvisionnements et de la gestion conforme des médicaments et autres intrants
    - Canaux communs et concertation sur l'éventualité d'utiliser un outil commun dans le paiement des appuis dans les structures.
- **Congodorpen** : depuis leur existence les deux organisations Memisa et Congodorpen ont entretenu des contacts et des collaborations. Entre 2003-2007 elles ont exécuté un programme DGD ensemble. Pour le programme 2017-2021 Memisa et Congodorpen envisagent une synergie, principalement dans la zone de santé de Popokabaka, province Kwango. C'est une zone ou les deux ONG interviennent ; Memisa au niveau de la Zone de Santé et Congodorpen au niveau de 4 à 5 Aires de Santé. L'objectif commun recherché par cette collaboration est d'améliorer l'efficience et l'efficacité de l'intervention de chacun et finalement d'avoir un meilleur impact sur les bénéficiaires finaux. Le point fort de Congodorpen, est l'ancrage communautaire qui permettrait une meilleure implication des communautés dans la bonne gestion des FOSA. On peut imaginer qu'on pourrait atteindre un meilleur fonctionnement des Comités de Santé, et donc un meilleur fonctionnement global et gouvernance des Centres de Santé grâce à une collaboration entre Memisa (via les Equipes Cadres) et Congodorpen (via Proyaka et les communautés). Les expériences, bonnes pratiques et leçons tirées de cette synergie pourront servir aux interventions dans d'autres zones d'intervention des deux ACNG.
- **BAC** : Des synergies sont envisagées dans le cadre de la prise en charge des indigents dans les Zones de santé. L'existence d'un réseau BAC Asbl des coordinations provinciales de la Société Civile Santé (CSC) composée chacune au moins de 50 à 70 ANGS membres par province repartie à travers les provinces, même dans les zones de santé les plus rurales, peut constituer un atout pour atteindre les indigents dans les coins les plus reculés. Le réseau d'experts de la diaspora et des experts locaux du PPA BAC peut soutenir les relations de jumelage des hôpitaux afin d'augmenter leur efficacité et rendement.
  BAC prévoit également de jouer le rôle de structure d'appui et accompagnement du fonctionnement des mutuelles de santé à travers son réseau des coordinations provinciales de la Société Civile Santé, une piste de collaboration et de synergie très pertinent pour Memisa dans le résultat 3.
- **Light For The World Belgique** : Memisa et LplM prévoient de renforcer et développer davantage la synergie d'échange d'informations/échanges d'expériences par rapport aux soins oculaires et l'intégration des unités

oculaires dans les SSP . Memisa a initié au cours du programme 2014-16 une expérience pilote d'intégration des soins oculaires et visuels au sein des hôpitaux des zones de santé de démonstration qu'il appuie. LplM traîne une longue expérience en matière du développement durable des services complets des soins oculaires et visuels. La synergie entre les actions des deux partenaires consistera, pour LplM d'observer/tirer des leçons des premières expériences d'unités des soins oculaires intégrées au sein d'un hôpital général ; Alors que Memisa pourra tirer des leçons de l'expérience de LplM en matière de développement des services durables des soins oculaires. Les échanges d'expérience entre ces deux acteurs belges pourront, si nécessaire, aboutir à des séances d'apprentissage pratique de part et d'autre. L'objectif commun recherché étant de démontrer que la promotion de la santé oculaire passe par son intégration au sein du système de santé.

- **Province Brabant Flamand** : MSV organise, avec l'appui financier de la Province de Brabant Flamand et le support de la Division Provinciale de la Santé du Sud-Kivu, une formation modulaire thématique en maintenance préventive. Le projet qui porte le nom 'Jenga Maarifa', compte 4 sites de formation : l'Institut Fundi Maendeleo, l'hôpital de Panzi, l'HGR Dr Rau de Ciriri et l'HGR de Walungu. Quarante techniciens des hôpitaux Burundais et Congolais ont suivi le module de base sur l'électricité, la sécurité électrique des installations hospitalières et la plomberie. Les 20 meilleurs vont poursuivre au cours de 2017 – 2018 les 6 autres modules sur la maintenance préventive des équipements biomédicaux. La CTB et MEMISA facilitent la participation des participants du Burundi et de l'Ouest du Congo. MSV en collaboration avec MEMISA, chercheront à répliquer cette formation dans d'autres régions d'interventions.
- **HUMATEM** : Humatem s'attache à faire progresser les pratiques des acteurs de santé et de solidarité internationale dans le domaine de l'appui à l'équipement médical. Afin d'améliorer la qualité des transferts de matériel médical vers les structures de santé des pays en développement, Humatem gère une plateforme d'échanges qui se compose des services et volets d'activités complémentaires comme une banque de matériel médical pour la solidarité internationale et un centre de ressource sur l'appui à l'équipement biomédical. L'action d'Humatem est en adéquation avec les principes directeurs de l'Organisation Mondiale de la Santé sur les dons d'équipements médicaux et s'inscrit activement dans l'Initiative Mondiale en faveur des Technologies de la Santé lancée par l'OMS en 2009. Dans le cadre du projet Jenga Maarifa, Humatem appuie MSV dans la réflexion sur le contenu et l'animation des modules de formation et contribue à la construction des matériels ou supports didactiques/pédagogiques. Humatem contribue également à l'identification des besoins en équipements médicaux, outillage d'atelier de base, contenus des mallettes offertes aux stagiaires et Equipements de Contrôle, de Mesure et d'Essai (ECME = testeurs d'équipements médicaux) nécessaires pour la réalisation des exercices pratiques et donne un appui à l'approvisionnement.
- **Louvain Coopération (LD)**: MSV et LD prévoient de renforcer davantage leur synergie au Sud-Kivu afin de renforcer les structures de santé dans 2 zones d'interventions communs, Walungu et Katana. MSV organise des missions médicales dans les domaines TRC. LD facilite la participation des médecins en formation de 2ème échelon et contribue à la formulation des termes de référence de ces missions. Les 2 organisations coordonnent leur appui aux comités d'hygiène. LD et MSV envisagent une contribution à l'utilisation correcte et à la maintenance préventive des équipements biomédicaux. MSV organise la formation du personnel médical et technique, LD facilite la participation et sensibilise le personnel à l'application des connaissances. Dans le cadre du projet RIPSEC de l'IMT, MSV accompagnera l'ECZ dans la supervision formative, LD appuie les CdS en équipement et facilitent les descentes sur terrain de l'ECZ. Ensemble ils envisagent à renforcer le système de référence et contre-référence. MSV, LD et Fracarita Belgium échangeront les infos, planning et outils afin de créer des synergies en santé mentale. Les partenaires LD participeront aux missions MSV dans le centre neuropsychiatrique de SOSAME.
- **Division Provinciale de la Santé du Sud Kivu**: La DPS du Sud-Kivu et MSV ont vulgarisé des protocoles de prise en charge des urgences pédiatriques dans tous les HGR de la province. UNICEF, Louvain Coopération, BDOM Bukavu, NNIA et MSV ont contribué au financement du projet. MSV, par le biais de son groupe de travail de pédiatres, a donné l'appui technique au projet et a encadré un groupe de travail provincial pour les ateliers et facilité le suivi de la mise en œuvre. La DPS a fait appel à MSV pour l'élaboration et la vulgarisation des protocoles de prise en charge des urgences obstétricales dans le programme 2017-2021.
- **Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM Bukavu)** : BDOM Bukavu et MSV œuvrent pour une amélioration de la qualité de soins par le renforcement des capacités des hôpitaux du réseau. MSV organise des missions médicales de volontaires dans le cadre des TRC dans 6 des 14 HGR gérés par BDOM.

L'équipe de supervision du BDOM contribue par une supervision formative à l'application des recommandations dans les domaines de l'hygiène, des soins mères-enfants et du labo entre les missions. Le médecin conseiller de MSV participe à la réunion annuelle du BDOM et BDOM est invité à assister aux réunions de partenaires MSV. Des formations régionales dans la région sont organisées conjointement. MSV fait appel à BDOM Bukavu pour le dédouanement des équipements médicaux et des médicaments/consommables envoyés pour les hôpitaux partenaires locaux au Sud Kivu.

- **Ordre de Malte :** MSV fait appel à l'Ordre de Malte à Kinshasa pour le dédouanement des équipements médicaux et des médicaments et consommables envoyés pour ses hôpitaux partenaires locaux (Bandundu, Kinshasa, Bas Congo). MSV et l'Ordre de Malte appuient l'Hôpital général de référence de Monvu et des accords stipulent quel appui chaque organisation assure pour le renforcement de l'hôpital. MSV se concentre sur le renforcement des compétences du personnel dans le cadre d'un TRC ; l'Ordre de Malte investit plus dans l'infrastructure et l'équipement médical.

Liste des Abréviations

ACC	Analyse Commune du Contexte
ACNG	Acteur de la coopération non gouvernementale
AD	Action Damien
Ambabel	Ambassade de Belgique
ANMC	Alliance Nationale mutualités chrétiennes
AS	Aire de santé
ASBL	Association sans but lucratif
ATR	Accompagnateur Technique Régional (de Memisa)
BAC	Benelux Afro Center
BCZ	Bureau central de la zone de santé
BDOM	Bureau Diocésain des Œuvres Médicales
Bloc OK	Bloc opératoire
BM	Banque Mondiale
BPD	Bonnes Pratiques de Distribution
CBO	Community Based Organisation
CDR	Centrale de distribution régionale
CDS	Caritas développement Santé
CE	Commission Européenne
CNCD	Centre national de coopération au développement
CPN	Consultation prénatale
CSC	Cadre Stratégique Commun
CTB	Coopération technique Belge
DEP	Direction d'études et planification
DGD	Direction générale Coopération u développement
DPS	Division Provincial de la Santé
DREAM	Drug Resource Enhancement against Aids and Malnutrition
EAO	Epilepsie associé à l'onchocercose
ECZ	Equipe cadre de la zone de santé
EPN	Encadreur polyvalent national
EPP	Encadreur provincial polyvalent
ESP	Ecole de santé Publique
Etc	Etcetera
EURAC	Réseau européen pour l'Afrique Centrale
Evaluation MQAS	Model Quality Assurance System
FABAC	Forum des Acteurs Belge en RDC
FEDECAME	Fédération des centrales d'approvisionnement en médicaments essentiels
FOSA	Formation Médicale
G3W	Geneeskunde voor de derde wereld
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
GHI	Global Health Institute

GPS	Global positioning system
HAT-platform	Human African Trypanosomiasis
HGR	Hopital général de référence
HGRD	Hôpital de Démonstration
HSLK	Hôpital St Luc de Kisantu
IA	Institutionele Actor
IMT	Institut de médecine tropical d'Anvers
INRB	Institut National de Recherche Biomédicale
DHIS2	District Health Information System
SRP	Smart Register Platform
LplM	Light For The World Belgique
LUMOS	Leuvense Universitaire Medische Ontwikkelingssamenwerking en Solidariteit
M3M	Médecins pour le Tiers Monde
Masmut	Micro Assurance Santé Mutuelles de Santé
MDM	Médecins du Monde
MDP	Marqueurs de Progrès
MinSP	Ministère de la Santé Publique
MMI	Medicus Mundi International Network
MNT	Maladies Non Transmissibles
MOH	Ministery of Health
MOU	Memorandum of understanding
MPS/PHM	Mouvement Populaire pour la Santé / People's Health Movement
MSV	Médecins Sans Vacances
NIDIAG	Projet de recherche sur l'approche syndromique Neglected infectious diseases
OES	Outil d'évaluation et de suivi
OMD	Objectifs Millénaires de Développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ORL	Oto – rino – laryngo
OSC	Organisation de la société Civile
PADP	Programme d'Appui aux Divisions Provinciales
PAO	Plan d'Action Opérationnel
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PDSS	Projet de Développement du Système de Santé
PDZS	Plan de Développement de la Zone de Santé
PIC	Programme Indicatif de Coopération
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDIS	Programme National de Développement de l'Information Sanitaire
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PTF	Partenaire technique et financier
PTME	Prévention Transmission Mère Enfant
Quamed	Quality Medicines for All
RDC	République Démocratique du Congo

RH	Ressources Humaines
RIPSEC	Renforcement Institutionnel pour des Politiques de santé basés sur l'Evidence en République Démocratique du Congo (projet IMT)
SDG	Sustainable Development Goals
SIG	Système d'information Géographique
SNAME	Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
SNIS	Système national d'information sanitaire
SOLFA International	Solidariteitsfonds Afrikaanse Vrouwen
SOLSOC	Solidarité Socialiste
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SSP	Soins de santé primaires
TOC	Theory of Change
TRC	Trajet de Renforcement des Capacités
UA	Université d'Anvers
UNMS	Union National des mutualités socialistes
VCT	Voluntary Counselling and Testing
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise
WHO	World Health Organisation
ZAR	Zone d'apprentissage et de recherche
ZS	Zone de santé
ZSD	Zone de Santé de Démonstration

Memisa - MSV
Programme commun DGD
2017-2021

Partie II : présentation du Programme par pays

2. CSC Burundi - ***Programme Memisa-MSV***

11 avril 2017

Table des matières

1. Fiche Burundi 3
2. Liste des partenaires et parties prenantes connus au moment de la demande. 4
3. Théorie du Changement associée au Burundi 12
4. Analyse des risques associée au Burundi 16
5. Description de la prise en compte des recommandations formulées dans le cadre du Dialogue Stratégique lié à un CSC 18
6. OS Burundi 19
6.1 Fiche OS1 19
6.2 Description des résultats Outcome / Objectif Spécifique 1 21
6.3 Stratégie d'intervention 24
6.3 T3 – Coûts opérationnels OS 1 29
6.4 Motivation au regard des critères du CAD 33
6.4.1. Description de la Pertinence. 33
6.4.2. Description de l'Efficacité. 33
6.4.3. Description de la Durabilité. 35
6.4.4. Description de l'Efficience. 36
6.5 Description de la Stratégie de Partenariat spécifique pour le Burundi 37
6.6. Description des Synergies et Complémentarités. 40
6.7. Liste des abréviations 43

2. Burundi

1. Fiche Burundi

Coûts opérationnels totaux pour le pays :		3.144.687€		
Personne de contact en Belgique pour la DGD pour le pays:	Nom : - Elies Van Belle - Hilde Buttiens	Organisation : - Memisa - MSV	Téléphone : - +3224541546 - +3215400880	E-mail : - Elies.van.belle@memisa.be - hilde.buttiens@azv.be
Personne de contact qui représente l'ACNG dans le pays :	Nom : - Edouard Nkurunziza - Marcellin Kash Karubara	Organisation : - Memisa - MSV	Téléphone : - +25779927666 - +25779342991	E-mail : - nkured@hotmail.fr - Kash.karubara@azv.be

Résumé synthétique du programme pour ce pays (15 lignes maximum) :

Le programme vise l'amélioration de la qualité, de la disponibilité et de l'accessibilité des soins de santé au plus grand nombre avec une attention particulière aux populations vulnérables. Ce programme s'articule sur trois principaux axes : (1) l'amélioration de la gouvernance, (2) l'amélioration de l'offre et (3) l'amélioration de l'accès aux services et soins de santé dans six provinces du Burundi (Muyinga, Karusi, Gitega, Muramvya, Bujumbura Rural et Bujumbura Mairie). Nous voulons renforcer les acteurs du système de santé pour qu'ils puissent assumer leurs rôles. Au niveau de la gouvernance nous renforçons le leadership local des communautés, des acteurs de la société civile, des équipes-cadres de district sanitaire et des directions des hôpitaux de district et des centres spécialisés. Au niveau de l'offre nous nous concentrons sur le renforcement des capacités médicotechniques et organisationnelles des prestataires des soins et nous donnons un appui en infrastructures, matériel médical, médicaments et consommables. Au niveau de la demande nous contribuons entre autres à l'organisation de la subvention des soins des vulnérables indigents au niveau local et au renforcement des capacités de sensibilisation et d'organisation des acteurs communautaires. Ce programme met un accent particulier aux aspects de la durabilité écologique, de genre et de la digitalisation.

Carte du pays avec localisation des interventions

2. Liste des partenaires et parties prenantes connus au moment de la demande.

Partie prenante 1			
Nom complet et abréviation :	Croix-Rouge du Burundi (CRB)		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	Muyinga Karusi Gitega Muramvya	+257 79434688 +257 79979109 +257 79926664 +257 79427722	nzobonankira@yahoo.fr prosperndikumana@yahoo.fr ntupasteur@yahoo.fr nzoclaver@yahoo.fr
Personne de contact :	- NZOBONANTUMA Salvator à Muyinga - NDIKUMANA Prosper à Karusi - NTUNZWENIMANA Pasteur à Gitega - NZOYISABA Pierre Claver à Muramvya		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s):	OS1		
Budget par Outcome :	Budget OS 1 :0€		
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	- Processus d'identification des vulnérables indigents (constitution base des données) - Suivi et encadrement des activités d'autonomisation des vulnérables indigents pour l'accès aux soins - Suivi et encadrement des activités de suivi et contrôle de la qualité et quantité des soins offerts aux vulnérables indigents - Mise en place fond d'équité local		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2010 à Muramvya 2011 à Muyinga 2017 à Karusi et Gitega		

Partie prenante 2			
Nom complet et abréviation :	Mutuelle Nationale de santé (MUNASA)		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	Gitega	+257 79913318	Nidesbald.nsabimana@gmail.com
Personne de contact :	NSABIMANA Idesbald		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) impliquant l'acteur :	OS1		
Budget par Outcome :	Budget OS 1 : 0€		
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	- Animation de mobilisation/sensibilisation à la mutualité en santé - Connexion aux services complémentaires - Encadrement des MCS à Karusi et Gitega - Possibilité de reprise des MCS appuyées par MEMISA à Muramvya et Muyinga		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2017		

Partie prenante 3			
Nom complet et abréviation :	Association Burundaise pour la défense des malades (ABDDM)		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	Bujumbura	+257 79487299	Kadonavine2008@yahoo.fr
Personne de contact :	KANYANGE Donavine		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) impliquant l'acteur :	OS1		
Budget par Outcome :	Budget OS 1 : 0€		

Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Suivi du respect des droits des malades dans l'accès aux services et soins de santé (accès aux soins de qualité, dignité dans la prise en charge)
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2017

Partie prenante 4			
Nom complet et abréviation :	Fracarita Belgium		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	Jozef Guislainstraat 43 9000 Gent www.fracarita-belgium.org	+32 92163505	katrijn.de.clercq@fracarita.org Joost.van.heesvelde@fracarita.org
Personne de contact :	DE CLERCQ Katrijn VAN HEESVELDE Joost		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) impliquant l'acteur :	OS1		
Budget par Outcome :	Budget OS 1 : 120.000€/an		
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	- Renforcement des capacités du staff du Centre Neuro-psychiatrique de Kamenge (Bujumbura) à travers une formation « train the trainer » et support dans l'approvisionnement continue et durable des médicaments et matériaux médicaux pour garantir le bon fonctionnement du centre. - Rôle d'expert en ce qui concerne le renforcement du personnel (connaissances et compétences) en santé mentale au niveau décentralisé et interrégional.		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	01/01/2017 (Une collaboration synergétique entre Fracarita Belgium et Médecins Sans Vacances existe depuis 1996)		

Partenaire 1			
Nom complet et abréviation :	Le District Sanitaire de Muyinga		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	Muyinga	+25779979435	*Sera complété dans la convention*
Personne de contact :	NTUNZWENIMANA Eric		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) impliquant l'acteur :	OS1		
Budget par Outcome :	Budget OS 1 : 0€		
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	- Assurer la supervision des activités des CDS - Assurer les formations de renforcement des capacités (cadres formateurs), l'évaluation de la qualité des soins et la coordination harmonisée des activités avec celles d'autres intervenants pour plus de cohérence - Encadrement des relais communautaires - Cosignataire des contrats de prestations avec les MCS et la CRB		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2010		

Partenaire 2			
Nom complet et abréviation :	Le District Sanitaire de Gashoho		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	Gashoho	+25769420914	*Sera complété dans la convention*
Personne de contact :	GAHUNGU Athanase		

Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) impliquant l'acteur :	OS1
Budget par Outcome :	Budget OS 1 : 0€
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	- Assurer la supervision des activités des CDS - Assurer les formations de renforcement des capacités (cadres formateurs), l'évaluation de la qualité des soins et la coordination harmonisée des activités avec celles d'autres intervenants pour plus de cohérence - Encadrement des relais communautaires - Cosignataire des contrats de prestations avec les MCS et la CRB.
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2010

Partenaire 3			
Nom complet et abréviation :	Le District Sanitaire de Giteranyi		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	Giteranyi	+25769094723	safariugirashebuje@yahoo.fr
Personne de contact :	UGIRASHEBUJA Safari		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) impliquant l'acteur :	OS1		
Budget par Outcome :	Budget OS 1 : 0€		
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	- Assurer la supervision des activités des CDS - Assurer les formations de renforcement des capacités (cadres formateurs), l'évaluation de la qualité des soins et la coordination harmonisée des activités avec celles d'autres intervenants pour plus de cohérence - Encadrement des relais communautaires - Cosignataire des contrats de prestations avec les MCS et la CRB.		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2010		

Partenaire 4			
Nom complet et abréviation :	Le District Sanitaire de Muramvya		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	Muramvya	*Sera complété dans la convention*	*Sera complété dans la convention*
Personne de contact :	NDAYISENGA Alexis		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) impliquant l'acteur :	OS1		
Budget par Outcome :	Budget OS 1 : 0€		
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	- Assurer la supervision des activités des CDS - Assurer les formations de renforcement des capacités (cadres formateurs), l'évaluation de la qualité des soins et la coordination harmonisée des activités avec celles d'autres intervenants pour plus de cohérence - Encadrement des relais communautaires - Cosignataire des contrats de prestations avec les MCS et la CRB.		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2010		

Partenaire 5			
Nom complet et abréviation :	Le District Sanitaire de Kiganda		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :

	Kiganda	+25779400791	*Sera complété dans la convention*
Personne de contact :	GAHUNGU Christian		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) impliquant l'acteur :	OS1		
Budget par Outcome :	Budget OS 1 : 0€		
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	- Assurer la supervision des activités des CDS - Assurer les formations de renforcement des capacités (cadres formateurs), l'évaluation de la qualité des soins et la coordination harmonisée des activités avec celles d'autres intervenants pour plus de cohérence - Encadrement des relais communautaires - Cosignataire des contrats de prestations avec les MCS et la CRB.		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2010		

Partenaire 6			
Nom complet et abréviation :	Le District Sanitaire de Buhiga		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	Buhiga	*Sera complété dans la convention*	
Personne de contact :	NDUWIMANA Isaac		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) impliquant l'acteur :	OS1		
Budget par Outcome :	Budget OS 1 : 0€		
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	- Assurer la supervision des activités des CDS - Assurer les formations de renforcement des capacités (cadres formateurs), l'évaluation de la qualité des soins et la coordination harmonisée des activités avec celles d'autres intervenants pour plus de cohérence - Encadrement des relais communautaires - Cosignataire des contrats de prestations avec les MCS et la CRB.		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2010		

Partenaire 7			
Nom complet et abréviation :	Le District Sanitaire de Nyabikere		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	Nyabikere	*Sera complété dans la convention*	
Personne de contact :	NGENDAKUMANA Aaron		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) impliquant l'acteur :	OS1		
Budget par Outcome :	Budget OS 1 : 0€		
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	- Assurer la supervision des activités des CDS - Assurer les formations de renforcement des capacités (cadres formateurs), l'évaluation de la qualité des soins et la coordination harmonisée des activités avec celles d'autres intervenants pour plus de cohérence - Encadrement des relais communautaires - Cosignataire des contrats de prestations avec les MCS et la CRB.		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2010		

Partenaire 8	
Nom complet et abréviation :	Le District Sanitaire de Gitega

Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	Gitega	+257 79777448	onesphorenzigirabarya@yahoo.fr
Personne de contact :	NZIGIRABARYA Onesphore		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) impliquant l'acteur :	OS1		
Budget par Outcome :	Budget OS 1 : 0€		
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	- Assurer la supervision des activités des CDS - Assurer les formations de renforcement des capacités (cadres formateurs), l'évaluation de la qualité des soins et la coordination harmonisée des activités avec celles d'autres intervenants pour plus de cohérence - Encadrement des relais communautaires - Cosignataire des contrats de prestations avec les MCS et la CRB.		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2010		

Partenaire 9			
Nom complet et abréviation :	Le District Sanitaire de Kibuye		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	Kibuye	+257 79561638	mahirwejb2014@gmail.com
Personne de contact :	MAGORWA Jean Bosco		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) impliquant l'acteur :	OS1		
Budget par Outcome :	Budget OS 1 : 0€		
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	- Assurer la supervision des activités des CDS - Assurer les formations de renforcement des capacités (cadres formateurs), l'évaluation de la qualité des soins et la coordination harmonisée des activités avec celles d'autres intervenants pour plus de cohérence - Encadrement des relais communautaires - Cosignataire des contrats de prestations avec les MCS et la CRB.		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2010		

Partenaire 10			
Nom complet et abréviation :	Le District Sanitaire de Mutaho		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	Mutaho	+257 79428125	mudonziadelin@yahoo.fr
Personne de contact :	MUDONZI Adelin		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) impliquant l'acteur :	OS1		
Budget par Outcome :	Budget OS 1 : 0€		
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	- Assurer la supervision des activités des CDS - Assurer les formations de renforcement des capacités (cadres formateurs), l'évaluation de la qualité des soins et la coordination harmonisée des activités avec celles d'autres intervenants pour plus de cohérence - Encadrement des relais communautaires - Cosignataire des contrats de prestations avec les MCS et la CRB.		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2010		

Partenaire 11	
Nom complet et abréviation :	Le District Sanitaire de Ryansoro

Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	Ryansoro	+257 79233739	gloriosendayizeye@gmail.com
Personne de contact :	NDAYIZEYE Gloriose		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) impliquant l'acteur :	OS1		
Budget par Outcome :	Budget OS 1: 0€		
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	- Assurer la supervision des activités des CDS - Assurer les formations de renforcement des capacités (cadres formateurs), l'évaluation de la qualité des soins et la coordination harmonisée des activités avec celles d'autres intervenants pour plus de cohérence - Encadrement des relais communautaires - Cosignataire des contrats de prestations avec les MCS et la CRB.		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2010		

Partenaire 12			
Nom complet et abréviation :	Hôpital District Sanitaire de Muyinga (HDS Muyinga)		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	Muyinga	+257 79766784	rujegalober@yahoo.fr
Personne de contact :	RUKUBO Jean Georges		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) impliquant l'acteur :	OS1		
Budget par Outcome :	Budget OS 1 : 0 €/an		
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	- Dispenser des soins hospitaliers de qualité - Cadre d'enseignement et de recyclage - Élaboration et réalisation du TRC		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2011 (partenaire de MSV) ; 2010 (bénéficiaire direct pour Memisa)		

Partenaire 13			
Nom complet et abréviation :	Hôpital District Sanitaire de Muramvya (HDS Muramvya)		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	73 Muramvya	+257 79916169	ntakabonevo@yahoo.fr
Personne de contact :	NTAKARUTIMANA Evode Boniface		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) impliquant l'acteur :	OS1		
Budget par Outcome :	Budget OS 1 : 0 €/an		
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	- Dispenser des soins hospitaliers de qualité - Cadre d'enseignement et de recyclage - Élaboration et réalisation du TRC		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2013 (partenaire de MSV) ; 2010 (bénéficiaire direct pour Memisa)		

Partenaire 14			
Nom complet et abréviation :	Hôpital District Sanitaire de Buhiga (HDS Buhiga)		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	Buhiga	*Sera complété dans la convention*	
Personne de contact :	HARINDAVYI Henri		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) impliquant l'acteur :	OS1		

Budget par Outcome :	Budget OS 4 : 0 €/an
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	- Dispenser des soins hospitaliers de qualité - Cadre d'enseignement et de recyclage - Élaboration et réalisation du TRC
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2019 (partenaire de MSV) ; 2017 (bénéficiaire direct pour Memisa)

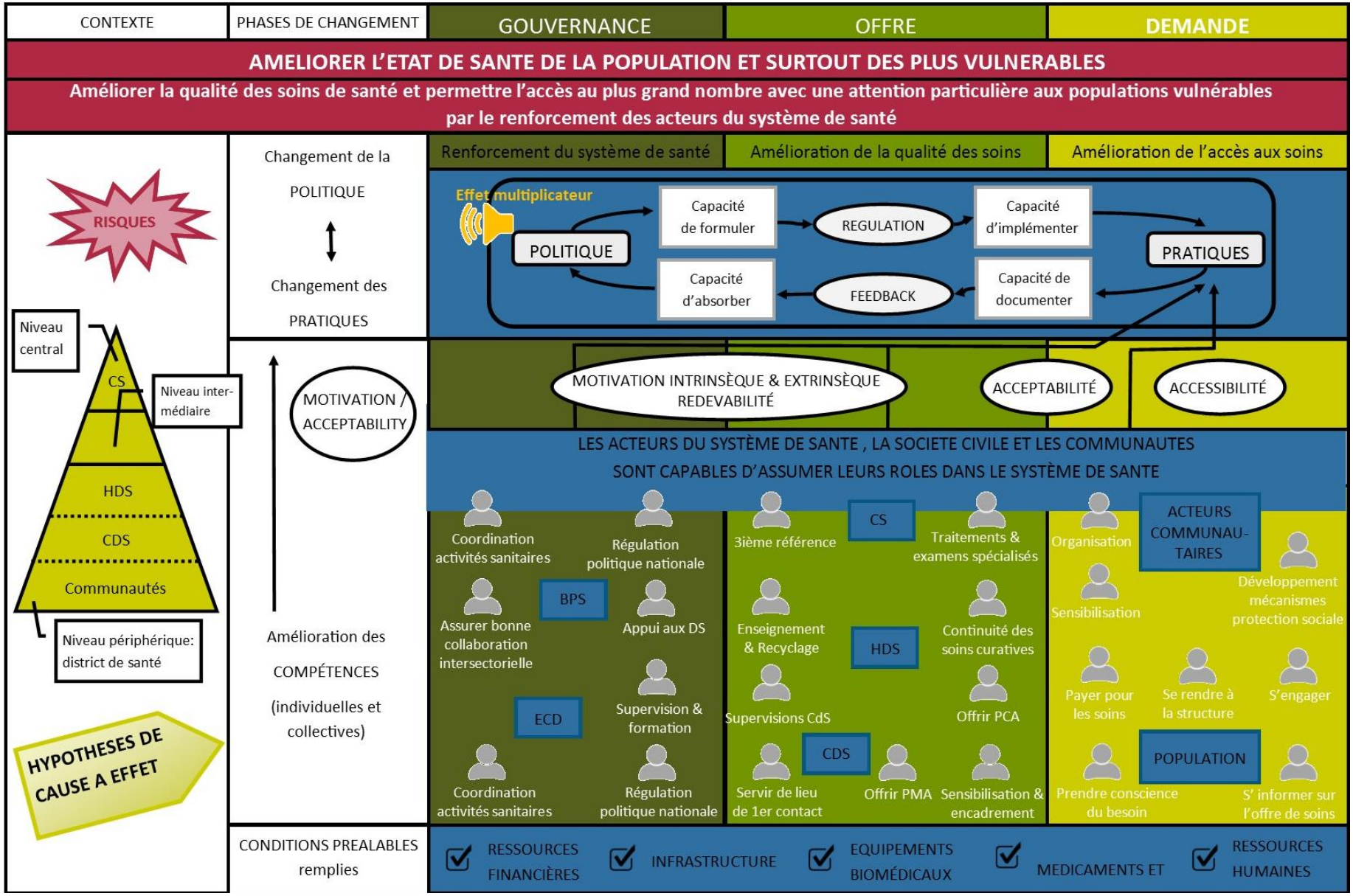
Partenaire 15			
Nom complet et abréviation :	Hôpital District Sanitaire de Gitega (HDS Gitega)		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	Gitega	*Sera complété dans la convention*	
Personne de contact :	NDUWIMANA Jacques		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) impliquant l'acteur :	OS1		
Budget par Outcome :	Budget OS 1 : 0 €/an		
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	- Dispenser des soins hospitaliers de qualité - Cadre d'enseignement et de recyclage - Élaboration et réalisation du TRC		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2017 (partenaire de MSV) ; 2017 (bénéficiaire direct pour Memisa)		

Partenaire 16			
Nom complet et abréviation :	Hôpital District Sanitaire de Ijenda (HDS Ijenda)		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	50 Ijenda	+257 77717867	hopitalijendab@gmail.com
Personne de contact :	Sœur NTEZAHORIGWA Adèle		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) impliquant l'acteur :	OS1		
Budget par Outcome :	Budget OS 1 : 0 €/an		
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	- Dispenser des soins hospitaliers de qualité - Cadre d'enseignement et de recyclage - Élaboration et réalisation du TRC		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2005 (partenaire de MSV)		

Partenaire 17			
Nom complet et abréviation :	Centre Neuropsychiatrique de Kamenge (CNPK)		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	666 Bujumbura	+257 79971468	hippomani@yahoo.com
Personne de contact :	Frère MANIRAKIZA Hippolyte		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) impliquant l'acteur :	OS 1		
Budget par Outcome :	Budget OS 1 : 0 €/an		
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	- Dispenser des soins de santé mentale - Cadre d'enseignement et de recyclage - Élaboration et réalisation du TRC		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2005 (partenaire de MSV)		

Partenaire 18			
Nom complet et abréviation :	Centre Akamuri		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	6082 Bujumbura	+257 79615545	bphilimine@yahoo.fr
Personne de contact :	Sœur BAFITIMANA Philimine		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) impliquant l'acteur :	OS1		
Budget par Outcome :	Budget OS 1 : 0 €/an		
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	- Dispenser des soins de santé d'handicap - Cadre d'enseignement et de recyclage - Élaboration et réalisation du TRC		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2005 (partenaire de MSV)		

3. Théorie du Changement associée au Burundi



L'impact recherché des interventions de Memisa et MSV est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population et surtout des plus vulnérables. Les interventions mises en œuvre cherchent à **améliorer la qualité des soins de santé et à permettre l'accès au plus grand nombre avec une attention particulière aux populations vulnérables par le renforcement des acteurs du système de santé.**
La stratégie est basée sur trois axes de changement : la promotion de la bonne gouvernance, l'amélioration de l'offre et l'appui à la demande. Memisa travaille sur les trois axes, MSV se concentre sur l'axe de l'amélioration de l'offre. Les thèmes transversaux genre, environnement et digitalisation reçoivent une attention particulière dans chaque axe de changement. Memisa et MSV renforcent le système de santé local par le renforcement des acteurs cibles afin qu'ils soient en mesure d'assumer leurs rôles dans le système.
Comme ONG de développement, nous partons du principe que nous avons le mandat explicite d'améliorer la qualité en nous alignant d'une façon « critique » à la politique nationale et en collaborant avec les structures étatiques et celles de la société civile. Nous voulons autant que possible éviter une multiplication des structures et des outils, éviter la substitution et plutôt organiser les interventions en s'appuyant sur les capacités locales, en les renforçant. Pour être durables et portées par les acteurs locaux, les solutions devraient être locales.

1. Phases de changement
0. Les conditions préalables
Des ressources humaines et financières, une infrastructure fiable (électricité, eau, bâtiments), un matériel fonctionnel et bien entretenu, des médicaments et consommables de qualité disponibles sont des conditions préalables pour dispenser des soins médicaux et paramédicaux de qualité.
Le renforcement des capacités ne peut avoir des résultats durables sans ces conditions préalables ; nos deux organisations ont fait l'expérience sur le terrain.

1.1. Changer les pratiques
Le changement des pratiques commence par l'amélioration des compétences nécessaires dans chaque axe de changement.
H1 : Les compétences individuelles du personnel des structures de santé seront améliorées, si des stages et des formations professionnelles sont organisés (= formation-sur-le-tas).
Pour améliorer des compétences (para)médicales organisationnelles et techniques[1], nous adoptons la formation-sur-le-tas comme stratégie d'intervention principale en appliquant le modèle d'apprentissage 70-20-10[2] selon lequel un collaborateur efficace et performant acquiert à peu près 70 % de ses connaissances sur le tas, 20 % via un suivi personnalisé ou des contacts sociaux (entretiens, réseaux, feedback) et 10 % seulement via la transmission classique du savoir.

H2 : Le changement des pratiques demande une amélioration des compétences individuelles et une amélioration des compétences collectives
Par rapport au renforcement de la capacité institutionnelle, nous nous basons sur le modèle de 5 compétences collectives[3]. Il s'agit d'un modèle systémique qui permet de repérer les éléments clés qui font qu'une organisation peut fonctionner et progresser. Le modèle comprend 5 compétences collectives[4] et est utilisé comme point de départ de notre stratégie du « Trajet de Renforcement des Capacités » (TRC) que nous élaborons avec tous nos partenaires.

Sur l'axe d'amélioration d'offre, nous travaillons sur le renforcement des capacités au niveau des centres de santé, des hôpitaux de district et 2 centres spécialisés. Nous comptons renforcer les compétences nécessaires pour assumer les fonctions déterminées pour chaque niveau dans la politique nationale de santé du Burundi. Les centres de santé (CDS) sont sensés fonctionner comme porte d'entrée du système de la santé et d'offrir le paquet minimum des activités ; ils ont aussi les fonctions de sensibilisation et d'encadrement de la communauté. Les hôpitaux de district (HDS) sont supposés d'assurer la continuité des soins curatifs et d'offrir le paquet complémentaire des activités ; ils participent aussi dans l'enseignement et recyclages. Les cadres des HD participent dans les supervisions des centres de santé au sein des ECD. Les centres

[1] Services de soutien : labo, imagerie médicale et la maintenance des équipements
[2] Le modèle 70-20-10 a été développé par Morgan McCall, Robert W. Eichinger et Michael M. Lombardo (Center for Creative Leadership) et est mentionné dans The Careeer Architect Development Planner, 3rd edition, de Michael M. Lombardo et Robert W. Eichinger.(http://www.princeton.edu/hr/learning/philosophy/)
[3] Le modèle de « Five core capabilities » a été élaboré par le European Centre for Development Policy Management (http://www.ecdpm.org)
[4] Les compétences collectives de 1) s'engager et d'agir, 2) d'obtenir des résultats de développement (réaliser des missions techniques, d'assistance et logistiques), 3) de nouer des relations et d'attirer des moyens et de l'assistance, 4) de s'adapter et de se renouveler, 5) de maintenir en équilibre la cohérence et la diversité

spécialisés (CS) doivent offrir des traitements et examens spécialisés. Ils constituent le troisième niveau de référence et participent dans le renforcement des capacités spécifiques.

Sur l'axe de gouvernance, nous nous concentrons sur les compétences suivantes, supposées être celles des Équipes Cadre de District (ECD) et des Bureaux Provinciaux de Santé (BPS) à leur niveau : la coordination des activités sanitaires et la régulation de la politique nationale. Les ECD font la supervision et la formation des HDS et des CDS. Les BPS doivent appuyer les ECD et assurer une bonne collaboration intersectorielle.
En ce qui concerne l'axe de la demande, il y a différentes obstacles potentiels auxquels la population est confrontée et qui font que les soins ne soient pas accessibles pour tous. On se réfère au cadre conceptuel de Levesque et. al. [5], qui décrit les 5 capacités requises pour accéder aux soins de santé : « *1) Ability to perceive; 2) Ability to seek; 3) Ability to reach; 4) Ability to pay; and 5) Ability to engage. »*
Nous renforçons les capacités de sensibilisation et d'organisation des acteurs communautaires pour qu'il ait une participation communautaire (bonne gouvernance et suivi communautaire de la qualité de soins). Nous stimulons et contribuons à l'application et au financement de différents mécanismes de protection sociale en santé. Le tout concourt à l'amélioration de l'utilisation des services par la population
Nous sommes conscients que l'amélioration des compétences ne résulte pas nécessairement en un changement des pratiques.

H3 Pour qu'un individu présente un comportement effectif et mette les compétences acquises en pratique la motivation intrinsèque et extrinsèque et la redevabilité sont indispensables
Au niveau de l'offre et de la gouvernance la motivation intrinsèque et extrinsèque (des facteurs dans l'environnement professionnel et social) ainsi que la redevabilité sont considérées des facteurs cruciaux pour qu'un individu soit performant et mette ses compétences en pratique[6]. Le fait de renforcer le plateau technique (équipement en matériel biomédical, de réhabiliter/étendre une infrastructure) et les compétences du personnel contribue à la motivation intrinsèque du personnel.

1.2. Apprendre des pratiques et influencer la politique

H4 : si les compétences d'analyser et de documenter sont améliorées, les acteurs cibles ont l'opportunité d'apprendre des pratiques et d'influencer le niveau décisionnel.
À cette phase nous voulons documenter les changements introduits pour capitaliser les expériences et influencer le niveau décisionnel. Les organisations de la société civile, qui sont nos partenaires principaux, peuvent jouer un rôle très important à ce niveau : le rôle de catalyseur entre les partenaires périphériques (structures soignantes) et le partenaire étatique (niveau intermédiaire ou central).

1.3. De changement des pratiques aux outcomes
H5 : Si les acteurs du système de santé assument leurs rôles dans le système de santé, la qualité des soins sera améliorée.

H6 : Si des mécanismes financiers existent et les services des soins sont perçus comme acceptables, la population aura un meilleur accès aux services sanitaires.
Au niveau de la demande on travaille sur les obstacles potentiels pour la population, mais le fait que des services sanitaires sont fonctionnels et accessibles (géographiquement et financièrement), ne garantit pas l'utilisation des services.
À côté de l'accessibilité, l'acceptabilité fait que quelqu'un va réellement utiliser des services sanitaires. La population doit avoir de confiance dans la capabilité du service sanitaire de résoudre leur souffrance. L'acceptabilité est considérée comme

[5] Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualizing access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, *12*(1), 18. doi:10.1186/1475-9276-12-18: "*we view access as the opportunity to identify healthcare needs, to seek healthcare services, to reach, to obtain or use health care services, and to actually have a need for services fulfilled. We conceptualize five dimensions of accessibility: 1) Approachability; 2) Acceptability; 3) Availability and accommodation; 4) Affordability; 5) Appropriateness. In this framework, five corresponding abilities of populations interact with the dimensions of accessibility to generate access. Five corollary dimensions of abilities include: 1) Ability to perceive; 2) Ability to seek; 3) Ability to reach; 4) Ability to pay; and 5) Ability to engage."*
[6] Bennett S, Franco LM. *Public sector health worker motivation and health sector reform: a conceptual framework.* Bethesda, MD, Abt Associates Inc. for Partnershios for Health Reform Project, 1999 (Major Applied Research 5, Technical Paper 1) in *The World Health Report 2006 – Working together for health, Chapter 4, Making the most of existing health workers*, p 71.

l'accessibilité psychologique ou culturelle[7]. Nous influençons cet aspect d'acceptabilité en renforçant la qualité des soins offerts aux structures de santé.

H7 Si le leadership local des équipes cadre des districts de santé et des équipes de gestion des hôpitaux, ainsi que la Participation Communautaire sont renforcés, alors la gouvernance du système local de santé sera améliorée.
L'OMS identifie le leadership et la gouvernance comme un des 6 piliers d'un système de santé[8].
Le renforcement du leadership est une stratégie principale pour arriver à un système de santé performant. Les communautés organisées en société civile locale doivent participer à l'amélioration de l'état de santé de la population entière. La situation actuelle du Burundi exige que la population soit capable d'influencer la gouvernance même quand le gouvernement central et ses structures déconcentrées semblent ne plus jouer leur rôle. La capacité communautaire et de la société civile à s'organiser et se choisir un leadership fort lui permet d'exiger de la redevabilité du système de santé d'améliorer l'état de santé de la population

1.4. Des outcomes à l'impact
MEMISA et Médecins Sans Vacances veulent contribuer à l'objectif final : l'amélioration de l'accès aux soins de qualité entraine celle de l'état de santé de la population.

2. De la Théorie de changement à la stratégie d'intervention

Nos stratégies d'intervention du programme précédente – pour MEMISA l'appui au développement des districts de santé et pour Médecins Sans Vacances la mise en œuvre des « Trajets de Renforcement des Capacités » (TRC) avec les hôpitaux- sont les stratégies clés de notre programme commun. Nous travaillons sur 3 axes : l'amélioration de la gouvernance, de l'offre et de la demande.
Pour plus d'information sur la stratégie opérationnelle voir chapitre 5.3 Description des résultats outcome/ objectif spécifique

[7] Van Damme, et.al Public Health Module 2 Health service organization course book, 2011.
[8] WHO, Everybody's business strengthening health systems to improve health outcomes, 2007.

4. Analyse des risques associée au Burundi

Probabilité	1	Improbable	Effets	1	Négligeable	Niveau de risque	<5	Bas	Impact sur component	Identifier sur quel(s) résultat(s) le risque aurait de l'impact. Utilisez ici la numérotation du cadre logique
	2	Possible		2	Petit		6-10	Moyen		
	3	Probable		3	Moyen		11-15	Haut		
	4	Presque sûr		4	Grand		16-20	Extrême		
				5	Sérieux					

Estimation du risque					**Gestion du risque (pour les niveaux hauts et extrêmes)**				**Suivi du risque**	
Source et nature du risque	Probabilité	Effets	Niveau risque	Impact résultat	Traitement	Organisation responsable	Responsable	Timing	Responsable	Quand
Instabilité politico-sécuritaire	4	4	16	R1 R2 R3 R4	-Prévoir un plan de secours ou un budget en cas de drame national ou régional (intervention humanitaire), -Faciliter d'autres activités RC que des missions des volontaires de terrain ; déviation des activités vers une autre région.	MEMISA/MSV	Sièges +Responsables pays	continue	Bureau local	trimestriel
Le climat de collaboration avec le Ministère et l'administration se détériore	4	3	12	R1 R2 R3 R4	-Expliquer et rappeler la responsabilité de chaque partie partenaire par rapport au programme et les fonctions/rôles. -Arrêter la collaboration sans pénaliser la population (passer par les OSC) --Renforcer les mécanismes de regroupement des ONGs -MOU avec Ministère ; cadre de concertation formelle et régulière	MEMISA/MSV	Siège +Responsables pays	ponctuel	Bureau local	continu
Les autres déterminants de la santé se détériorent	2	3	6	OS						

Perturbations majeures de l'état de santé de la population	3	4	12	OS	- Prévoir un fonds de gestion des catastrophes/épidémies et autres outils pour réduire leurs effets. - Plaidoyer ensemble avec d'autres acteurs auprès du Gouvernement pour qu'il déclare les épidémies afin que la gestion des cas soit facilitée.	MEMISA/MSV	Sièges + Responsables pays	ponctuel	Bureau local	continu
Les équipes cadre ne s'approprient pas l'encadrement et le suivi des actions des OSC et des structures communautaires	3	4	12	R1	-utiliser les cadres de concertations mis en place pour rappeler les rôles et missions des équipes cadres dans l'encadrement des structures communautaires	MEMISA+MSV	Responsable pays	ponctuel	Bureau local	semestriel
Les acteurs concernés ne partagent pas les informations nécessaires	2	4	8	OS	Utiliser les cadres de concertation mis en place dans le cadre du programme	MEMISA/MSV	+Sièges +Responsables pays	ponctuel	Sièges +bureau local	trimestriel
Les normes du district de santé ne sont pas respectées pour ce qui concerne la couverture en structures de santé et l'instabilité dans l'affectation du personnel	3	4	12	R2 R3	-Plaidoyer au niveau du MSPLS -Insister sur le partage interne des connaissances	MEMISA/MSV	Coordination médicale	annuel	Bureau local	trimestriel
les structures de santé ne facilitent pas la formation continue de leur personnel	2	3	6	R2						
Les structures de santé ne disposent pas des ressources d'énergie durables	3	4	12	R2 R3	Investir et sensibiliser en énergie durable	MEMISA	Responsable pays	ponctuel	Bureau local	continue
Le taux de pauvreté a augmenté	4	3	12	OS R4	-Prévoir un plan de secours ou un budget en cas de drame national ou régional), -encourager le système de stockage des produits alimentaires au niveau des collines	MEMISA/MSV	Sièges + Responsables pays	ponctuel	Bureau local	continu
La Ministère de Santé ne finance plus la politique de la gratuité des soins de santé pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans.	3	4	12		-Prévoir un plan de secours surtout que ceci sera lié au dysfonctionnement de l'Etat et à la pauvreté (fournitures des intrants médicaux dans les formations sanitaires, application d'un forfait des coûts des soins).	MEMISA/MSV	Sièges/responsables pays	ponctuel	Sièges bureau local	trimestriel

5. Description de la prise en compte des recommandations formulées dans le cadre du Dialogue Stratégique lié à un CSC

On se réfère au PV du Dialogue Stratégique sur le CSC Burundi, tenu à Bruxelles le 15 juin 2016, qui est basé sur la fiche d'appréciation[9], en ajoutant des explications supplémentaires seulement si pertinent pour notre programme :

1. Développer en commun une Théorie du changement.

La théorie de changement a été développée pour l'ensemble du programme Memisa-Médecins Sans Vacances, suivant la stratégie commune, et elle est contextualisée par pays. Voir point 4 plus haut.

L'opérationnalisation du CSC se fait au niveau du programme, en déclinant les approches en objectifs avec des activités précises pour l'atteinte de l'objectif spécifique (Outcome).

2. Développer une réflexion commune sur l'analyse des risques et leur gestion en tenant compte des spécificités du contexte burundais.

Les ACNG et la DGD conviennent que l'amélioration de l'analyse des risques va de pair avec le renforcement de la ToC. Le contexte du Burundi induit des risques globaux et similaires pour une grande partie des acteurs (risque sécuritaire, fiduciaire, …) sur lesquels il est utile d'échanger régulièrement, y compris sur les pratiques de gestion respectives.

3. Améliorer la prise en compte des stratégies et interventions de la coopération gouvernementale.

La CTB a été approchée pour comprendre leurs interventions actuelles et futures dans la Province de Muramvya. Le programme tient compte également des instructions d'adaptation de la coopération belge au Burundi en concentrant le plus d'activités au niveau périphérique

Voir 7.6 synergie *: La CTB appui institutionnellement les structures du MSPLS au niveau de la Province de Muramvya (BPS et BDS). Une synergie/complémentarité est déjà envisagée au niveau du renforcement des capacités des ressources humaines (des CDS) et des relais communautaires (ASC, Cosa, TPS et CH). La CTB continuera à appuyer techniquement et logistiquement les bureaux des districts sanitaires et de la province sanitaire. MSV contribuera dans le renforcement des capacités des équipes cadres en supervision formative intégrant l'équipe de l'hôpital de district. La CTB a fourni la liste des infrastructures qu'elle a retenues pour les réhabilitations et MEMISA Belgique pourra compléter ailleurs selon les besoins et le budget disponible.*

4. Les engagements en terme de synergies et complémentarités seront concrétisées dans les programmes et feront l'objet d'un suivi via le trajet d'apprentissage collectif.

Voir 7.6

5. Les ACNG actives dans le domaines de la santé devraient prendre en compte la « qualité » des médicaments achetés dans leur approche commune d'accès au médicament.

Pour assurer la qualité des médicaments à acheter, l'achat local est plus efficient. La CAMEBU étant un partenaire du QUAMED, nous estimons qu'il y a un contrôle de qualité. MSV vient d'être agréé par le MPLS et la CAMEBU comme ONG intervenant dans la chaîne d'approvisionnement des intrants de santé aux formations sanitaires. Des commandes groupées MEMISA-MSV seraient encore plus bénéfiques et ainsi les deux ONG ont une possibilité d'exigence de la qualité voulue

6. Pour l'introduction des programmes 2017-2021, les thèmes transversaux genre et environnement devraient être dans toutes les interventions.

Les thèmes transversaux sont pris en considération à travers les interventions et plusieurs indicateurs sont genre ou environnement spécifiques. Voir 5.2 cadre logique et 5.3 stratégie d'intervention.

7. Lien avec le CSC Travail Décent.

Les ACNG et la DGD sont d'accord sur le fait qu'il est nécessaire de stimuler la réflexion entre les deux CSC. Ainsi, il faudrait associer davantage le groupe du travail décent et permettre la meilleure articulation des deux CSC, et donc de les intégrer dans le processus. Les ACNG qui ont participé à l'élaboration du CSC TD sont dans une même plateforme des acteurs des mutuelles de santé au Burundi avec MEMISA et MUNASA, ce qui facilitera une meilleure articulation au niveau local. (Pour plus de détails voir 6.6 Description des Synergies et complémentarités)

[9] Fiche d'Appréciation DGD– Dossiers 2017-2021 – Burundi : « Burundi - Avis CSC-GSK - 07 06 16 – Final »

6. OS Burundi

6.1 Fiche OS1

Outcome (Anglais ou Espagnol ou Français) :		Améliorer la qualité des soins de santé et permettre l'accès au plus grand nombre avec une attention particulière aux groupes vulnérables par le renforcement des acteurs du système de santé dans les Provinces de Muyinga, Karusi, Gitega, Muramvya, Bujumbura et Bujumbura Mairie			
Pays :		BURUNDI	Cet outcome/objectif est-il couvert pas un CSC ?		*OUI*
Province(s) / Etat(s) ciblé(s) :		Subnational admin level 1	subnational admin level 2	Longitude	Latitude
Parties prenantes	*Branche CRB de :* *Muyinga* *Karusi* *Gitega* *Muramvya*	 Muyinga Karuzi Gitega Muramvya			
	MUNASA	Gitega			
	ABDDM	Bujumbura Mairie			
	Fracarita Belgium				
Partenaires					
	District Sanitaire de Muyinga *District Sanitaire de Gashoho* *District Sanitaire de Giteranyi* *District Sanitaire de Muramvya* *District Sanitaire de Kiganda* *District Sanitaire de Buhiga* *District Sanitaire de Nyabikere* *District Sanitaire de Gitega* *District Sanitaire de Kibuye* *District Sanitaire de Mutaho* *District Sanitaire de Ryansoro*	Muyinga Muyinga Muyinga Muramvya Muramvya Karuzi Karuzi Gitega Gitega Gitega Gitega			
	HDS d'Ijenda *HDS Muyinga* *HDS Muramvya* *HDS Gitega* *HDS Buhiga*	Bujumbura Rural Muyinga Muramvya Gitega Karuzi	Mugongo-Manga Muyinga Muramvya Gitega Buhiga	29° 33' E 30° 20' E 29° 38' E 29° 55' E 30° 9' E	3° 28' S 2° 50' S 3° 17' S 3° 29' S 3° 1' S
	Centre Akamuri *CNPK*	Bujumbura Mairie Bujumbura Mairie	Bwiza Kamenge	29° 21' E 29° 23' E	3° 21' S 3° 20' S
Groupe-cible :		Cible direct : les structures de santé et leur personnel Cible indirect : la population et spécifiquement les personnes vulnérables			
Nombre de bénéficiaires :		la population des districts sanitaires et spécifiquement les personnes vulnérables 3.246.910			
Secteur principal :		120 : Sante.			

Interactions des demandeurs :	*MEMISA travaille sur l'amélioration du gouvernance et de la demande et appui l'amélioration de l'offre au niveau des CDS. MSV appuie l'amélioration de l'offre au niveau des hôpitaux, selon les besoins et moyens disponibles et sur 3 domaines : le renforcement des capacités (para)médicales, le renforcement des services de soutien et de l'organisation (gestion hospitalière/hygiène hospitalière/gestion de stock) ..* *MSV renforce les connaissances des IT, ECD/BPS et cadres des HD sur les critères de référence et la contre-référence et MEMISA appui l'organisation de la formation (ciblage par les DS et HD, prise en charge séjour) et appuie aussi la sensibilisation de la population à la participation communautaire au système.*
Autres organisations impliquées :	11.11.11, WSM, Entraide et Fraternité et BD, HI, LD, World Vision, CRB-CF, SolSoc, PAMUSAB
Coûts opérationnels de l'outcome/objectif spécifique (total) :	3.755.441€

Markers :		
	Environnement	*1*
	RIO : désertification	*0*
	RIO : biodiversité	*0*
	RIO : CC adaptation	*0*
	RIO : CC mitigation	*0*
	Genre	*1*
	Bonne Gouvernance	*2*
	Santé génésique, maternelle, néonatale et infantile (SGMNI)	*2*
	HIV/Aids	*1*
	Droits des enfants	*1*
	Trade development	*0*

6.2 Description des résultats Outcome / Objectif Spécifique 1

	Baseline	An 3	An 5	Sources de vérification	Acteur(s) impliqué(s)
Cible(s) stratégique(s) X GSK XYZ	**Cible stratégique 4**				
Outcome / Objectif spécifique	Améliorer la qualité des soins de santé et permettre l'accès au plus grand nombre avec une attention particulière aux groupes vulnérables par le renforcement des acteurs du système de santé dans les Provinces de Muyinga, Karusi, Gitega, Muramvya, Bujumbura et Bujumbura Mairie				
Hypothèses	*Stabilité politico-sécuritaire et socio-économique du pays. les autres déterminants de la santé ne se sont pas détériorés (eau, éducation, pauvreté…) ; pas de perturbations majeures de l'état de santé de la population ; Il y a une complémentarité avec la coopération bilatérale au niveau d'appui institutionnel du ministère de la santé et avec d'autres ACNG et parties prenantes ; Les normes du district de santé sont respectées pour ce qui concerne la couverture en structures de santé et l'affectation du personnel ; Les acteurs concernés partagent les informations nécessaires*				
Indicateur 1 : % des FOSA dont le score de qualité globale a augmenté	50%	70%	80%	Rapport FBP Rapports des MCS	MEMISA-MSV
Indicateur 2 : Augmentation du taux d'utilisation des services (curatif, CPN2[10], AMS[11], PF)	Curat 1,38 CPN2 1,6% AMS 65,9% PF 29,4%	1,45 75% 75% 35%	1,60 >80% >80% >40%	Rapport FBP Rapports des BDS	MEMISA-MSV
Indicateur 3 : Augmentation du taux de pénétration des huit MCS[12]	2,2 %	5%	10%	Rapport programme Rapports acteurs mutualistes.	MEMISA
Résultat 1	La société civile locale est appuyée et la participation communautaire stimulée en interaction avec des équipes cadres fonctionnelles dans la poursuite du droit à la santé.				
Hypothèses	*les normes du district de santé sont respectées pour ce qui concerne l'affectation du personne ; Les équipes cadre s'approprient l'encadrement et le suivi des actions des OSC et des structures communautaires*				
Indicateur 1 : Augmentation du score de satisfaction communautaire	58,0%	70%	>80%	Rapport FBP Rapports BDS Rapport des MCS	MEMISA-MSV
Indicateur 2 : Base de données des vulnérables créée et annuellement mise à jour.	2	4	4	Rapport programme Rapport Croix-Rouge Liste vulnérables	MEMISA
Indicateur 3 : Nombre de fonds d'équité locaux fonctionnels	2	4	8	Rapport programme Rapport Croix-Rouge	MEMISA
Résultat 2	Les compétences médicotechniques et organisationnelles du personnel des hôpitaux, centres de santé ciblés et centres spécialisés sont améliorées				
Hypothèses	*les normes du district de santé sont respectées pour ce qui concerne la couverture en structures de santé et l'affectation du personnel ; Le personnel des structures de*				

[10] Les CPN2 traduisent plus la qualité des services et soins de santé maternelle que les CPN1
[11] AMS : Accouchements en milieu de soins dont la plupart (99,9%) sont faits par un personnel qualifié.

	santé est disponible pour participer aux formations ; les structures de santé facilitent la formation continue de leurs personnel ;				
Indicateur 1 : Nombre des Fosa qui appliquent les compétences médicotechniques introduites/Fosa prévues	CDS 50% HD*	CDS >60% HD 60%	CDS >70% HD 75%	Rapport FBP Rapport TRC	MEMISA-MSV
Indicateur 2 : Nombre des Fosa qui appliquent les compétences organisationnelles introduites/Fosa prévues	CDS 50% HD*	CDS >60% HD 65%	CDS >70% HD 80%	Rapport FBP Rapport TRC	MEMISA-MSV
Indicateur 3 : % des prestataires des CDS/ECD/HD formés sur la référence et contre-référence.	0%	25%	50%	Rapport programme Evaluations	MEMISA-MSV
Indicateur 4. % du personnel formé en soins de secours en cas de catastrophe.	0%	25%	50%	Rapport programme	MEMISA
Résultat 3.	les équipements, les infrastructures et l'approvisionnement en médicaments dans les structures cibles sont améliorés				
Hypothèses	*les normes du district de santé sont respectées pour ce qui concerne la couverture en structures de santé et l'affectation du personnel ; Les structures de santé disposent des ressources d'énergie durables*				
Indicateur 1 : % du matériel biomédical acheté en utilisation (milieu spécifique – gestion durable)	CDS** HDS 79%	CDS HDS 84%	CDS HDS 89%	Fiche Technique	MEMISA-MSV
Indicateur 2 augmentation du % des hôpitaux partenaires locaux et centres de santé ciblés qui rapportent un progrès à la maintenance préventive des équipements médicaux médicaux	0% pour CDS 0% pour HDS*	25% 50%	50% 80%	Rapport de suivi de l'indicateur Rapport FBP Rapport TRC	MEMISA-MSV
Indicateur 3 : Nombre de structures réhabilitées/prévues en respectant les normes environnementales	0	100%	100%	Rapport Programme	MEMISA
Résultat 4.	L'accès géographique et financier aux soins de santé est amélioré pour la population des districts ciblés.				
Hypothèses	*Stabilité politico-sécuritaire et socio-économique du pays. Stabilité du personnel ; les autorités politico-administratives collaborent ; les normes du district de santé sont respectées pour ce qui concerne la couverture en structures de santé ; La Ministère de Santé continue la politique de la gratuité des soins de santé pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans ; Le taux de pauvreté au Burundi n'augmente pas*				
Indicateur 1 : Augmentation du taux d'utilisation des services par la population (avec proportionnalité des groupes spécifiques : indigents, mutualistes, femmes, enfants)	indigents : 0,6 mutualistes : 0,7 femmes*** : enfants*** :	1,2 0,8	1,5 1,0	Rapport FBP Rapport SIS Rapport programme	MEMISA

Indicateur 2 : Niveau de fonctionnalité et rayonnement des MCS	Faible	Moyen	Elevé	Rapport programme Rapports MCS	MEMISA
Conditions préalables :	*Bon climat de coopération Burundi-Belgique ; Paix et stabilité politique entre le Burundi et la Belgique sont assurées sur toute l'étendue de notre zone d'intervention ; Le fonctionnement actuel du système de santé est maintenue, y inclus les financements existants.*				
Typologie des activités :	*Typologie générales des activités prévues pour l'atteinte de l'OS et des résultats prévus.* *Voir 5.3. stratégie d'intervention*				

**Le baseline pour les indicateurs basés sur des marqueurs de progrès seront déterminés en mars 2017 après avoir reçu les rapports TRC 2016 des partenaires ; pour un exemple des marqueurs de progrès voir annexe 9*

*** Le baseline pour cet indicateur sera connu au début du programme une fois que l'inventaire du matériel précédemment acheté aura été fait avec la fin du programme en cours*

****Ces chiffres seront connus au début du programme 2017*

L'intervention, qui vise à renforcer le système de santé au niveau périphérique, susceptible d'être influencé par son environnement complexe et par des autres acteurs, nous oblige de mettre sur pied un système GAR assez flexible qui nous permet d'adapter à tout moment nos stratégies d'intervention aux réalités changeantes.

Le ToC et le cadre logique constituent les fondements du système GAR de ce programme pluriannuel. Le cadre logique est alimenté par 2 courants des données. D'une part, les données nécessaires pour calculer les indicateurs qui se trouvent le plus possible dans le SNIS, pour éviter des mécanismes parallèles de monitorage. Pour certains indicateurs nous utilisons la conformité aux normes du ministère de la santé et les grilles d'évaluation du FBR.

D'autre part, MSV utilise un système de suivi avec deux volets : un volet partenaire pour le suivi et évaluation de chaque partenaire dans le cadre de son TRC et un volet pays basé sur le cadre logique. Le système de suivi du volet partenaire est basé sur des marqueurs de progrès ce qui nous donne des données qualitatives sur le progrès chez un partenaire. Dans le cadre logique nous utilisons des indicateurs quantitatifs qui intègrent les données du volet partenaire.

En général, nous utilisons une combinaison des indicateurs de processus, de résultats et d'impact, quantitatifs et qualitatifs, et avec une attention spécifique pour le genre et l'environnement. Tous les indicateurs sont formulés d'une manière SMART et doivent nous permettre d'attribuer nos interventions aux résultats escomptés et d'évaluer notre contribution à l'objectif spécifique et l'impact recherché. Etant donné qu'il s'agit d'une intervention répandue sur 6 zones sanitaires et avec une nouvelle combinaison des structures bénéficiaires de Memisa et de MSV, les valeurs de base de certains indicateurs ne sont pas encore connues et seront déterminées au début de l'intervention. Des enquêtes communautaires, organisés lors des évaluations externes, vont nous permettre d'avoir une idée réelle sur l'impact de l'intervention chez les bénéficiaires finaux, une valeur ajoutée importante.

6.3 Stratégie d'intervention[13]

Memisa et Médecins Sans Vacances sont présentes au Burundi depuis plus de 10ans et elles interviennent dans les provinces de Muyinga, Muramvya, Bujumbura et Bujumbura Mairie.
L'ajout des deux provinces de Karusi et Gitega est motivé par notre volonté de répondre aux sollicitations des responsables sanitaires des deux provinces pour apporter l'expertise prouvée. L'objectif spécifique de notre intervention commune[14] au Burundi reste dans la continuité des programmes précédents de Memisa et MSV :

Objectif spécifique : Améliorer la qualité des soins de santé et permettre l'accès au plus grand nombre avec une attention particulière aux groupes vulnérables par le renforcement des acteurs du système de santé dans les Provinces de Muyinga, Karusi, Gitega, Muramvya, Bujumbura et Bujumbura Mairie

Les résultats intermédiaires se focalisent autour des 3 grands axes de développement :

- **Promouvoir la bonne gouvernance** : renforcer le leadership local et la concertation à tous les niveaux : des communautés, des acteurs de la société civile, des équipes-cadres de districts sanitaires et du niveau intermédiaire ; promouvoir les bonnes pratiques d'organisation et de gestion des structures ; documenter les changements introduits pour capitaliser les expériences et influencer le niveau décisionnel ; collaborer avec des institutions de recherche et des organisations avec compétences complémentaires pour renforcer les capacités et la crédibilité des actions.
- **Améliorer l'offre :** renforcer les capacités médicotechniques des prestataires de soins ; investir dans les infrastructures, équipements médicaments et consommables ; contribuer à l'amélioration de l'organisation interne des services.
- **Appuyer la demande :** promouvoir un accès géographique et financier aux soins de qualité acceptables, aussi pour les plus défavorisés ; appuyer différents mécanismes de subvention des soins et de mutualisation des risques ; stimuler les initiatives locales et communautaires ; appuyer le plaidoyer politique et les mouvements sociétaux pour une plus grande solidarité.

Memisa travaille au Burundi avec la CRB pour l'assistance aux vulnérables indigents avec l'identification communautaires des vulnérables indigents, la mise en place et l'organisation d'un fonds d'équité, le suivi et contrôle de la quantité et qualité offerts aux indigents, avec l'ABDDM pour le plaidoyer et défenses des droits des malades pour leurs dignité et droits aux soins de bonne qualité et avec MUNASA pour l'appui à l'animation et la sensibilisation pour une adhésion aux mutuelles de santé, l'initiation de l'approche qualité dans les mutuelles de santé pour la recherche de la redevance du système de santé en matière de qualité
Suivant l'ACC du Burundi, les soins de santé mentale reçoivent une attention particulière dans ce programme en collaborant avec Fracarita Belgium (voir 6.5 Stratégie de partenariat pour plus de détails).

Promouvoir la bonne gouvernance

R1 : La société civile locale est appuyée et la participation communautaire stimulée en interaction avec des équipes cadres fonctionnelles dans la poursuite du droit à la santé..

Au niveau de la gouvernance, on constate:

- Des nouveaux membres des Cosa et ASC, non outillés et faiblement encadrés.
- Des comités d'hygiènes faiblement encadrés (Muramvya et Muyinga) ou inexistants (Karusi et Gitega).
- Un manque d'équipements et de moyens de supervision pour les TPS
- Une participation communautaire limitée (cogestion Fosa, fonctionnement à l'ambulance, définition des critères et identification des vulnérables indigents, constitution d'un fonds local d'équité et organisé)

[13] Voir annexe 1 pour le schéma décrivant les stratégies d'intervention de Memisa et Médecins Sans Vacances

[14] Ce programme découle de l'analyse descriptive faite au niveau de chaque district sanitaire des provinces à couvrir pour la période 2017-2021. Cette analyse se base aussi sur les informations recueillies sur terrain (entretien avec les responsables sanitaires du BPS et BDS, visites dans les DS et CDS/hôpitaux, autres données disponibles dans les provinces déjà appuyées, contact avec les coordinateurs provinciaux de la Croix-Rouge, les responsables de la planification au niveau des provinces etc.). Des données statistiques officielles les plus récentes ont été utilisées. Il s'agit surtout des données de l'Annuaire Statistique du MSPLS de 2014 où il était plus facile d'obtenir les données des districts sanitaires, l'année 2015 n'ayant pas amélioré la performance de la plupart des indicateurs par rapport à 2014. Les rapports des évaluations externes des programmes en cours sont également mis à contribution dans l'élaboration du présent programme. Le programme tient également compte de l'ACC du Burundi élaboré en 2015 et du CSC Burundi élaboré et validé en 2016

- Faible appropriation de l'organisation et gestion des MCS

Nous travaillerons sur les aspects suivants au niveau du R1 (la gouvernance) :

- Renforcement du leadership local à partir de la périphérie : des communautés, des acteurs de la société civile, des équipes d'encadrement des zones sanitaires et des directions des hôpitaux
- Mettre en place des comités d'hygiène et renforcement des capacités de ceux qui existent (code de la santé en matière d'hygiène et assainissement du milieu).
- Renforcement de la santé communautaire par une réorganisation des structures, leur responsabilisation et des formations/recyclage basées sur le nouveau manuel intégré de formation des agents de santé communautaire.
- Appui au fonctionnement des 8 MCS pour maintenir une appropriation progressive des MCS par les adhérents eux-mêmes (organes dirigeants et de gestion

Genre

Les systèmes de santé sont traversés par les inégalités de genre ayant cours dans les sociétés où ils sont implantés et peuvent contribuer à les perpétuer. Ainsi, la hiérarchie et la structure d'un système de santé peuvent être discriminatoires, non seulement en termes d'accessibilité aux services, mais aussi en termes de gestion des ressources humaines. Ainsi nous travaillons sur le renforcement des capacités aux niveaux intermédiaire et périphérique pour une analyse genre des politiques et de la planification/gestion des ressources humaines, et sur la sensibilisation des acteurs sur la gestion des carrières et les conditions de travail. Les indicateurs utilisés sont également genre spécifique.

Environnement

Nos partenaires et les autorités sanitaires décentralisés dans les provinces d'intervention sont stimulés et formés pour porter le message et sensibiliser les bénéficiaires sur la protection de l'environnement.
La mise en place des comités d'hygiène au niveau communautaire permet une appropriation locale des questions d'hygiène et de l'assainissement du milieu pour un environnement sain.

Digitalisation

Nous comptons réaliser une solution technologique de suivi et d'évaluation et de mesure de la qualité des soins avec le logiciel DHIS2 aligné au MSP pour le monitorage et le suivi des interventions de Memisa en vue d'une meilleure analyse et documentation et pour une prise de décision basée sur l'évidence. (voir annexe 5).

- Composante 1 : Mise en place d'une application mobile androïde de collecte de données.
- Composante 2 : Mise en place d'une solution open source de gestion des données (logiciel DHIS2).
- Composante 3 : Développement d'un tableau de bord basé sur le web de visualisation des résultats

Amélioration de la qualité de l'offre

Selon la PNS du Burundi 2016-2025 "le défi majeur se situe au niveau de la qualité de l'offre des services qui demeure insuffisante à tous les niveaux de la pyramide des soins comme l'indique la réduction encore insuffisante des principaux indicateurs de morbimortalité. Les autres défis concernent le renforcement des soins spécialisés (pour répondre notamment à la problématique grandissante des évacuations de patients vers l'étranger) ; le développement des soins de santé communautaire et l'amélioration du système de suivi-évaluation non seulement au niveau du SNIS mais aussi au niveau du suivi des activités à l'intérieur des différents programmes". L'analyse de la situation dans la zone d'intervention nous fait constater :

- Une Insuffisance du plateau technique dans les CDS, hôpitaux et centres spécialisés.
- Une Insuffisance de la qualité et quantité du personnel soignant (CDS, hôpitaux, centres spécialisés) et le niveau organisationnel des structures
- Une Insuffisance et état vétuste des infrastructures.
- Faible organisation du système de référence et contre-référence

Pour répondre à ces défis, notre deuxième axe comprend deux résultats attendus, le premier ciblé sur *la qualité* des soins*,* le deuxième sur *la disponibilité* des soins.

Les Trajets de Renforcements de Capacités (TRC) développées par MSV

L'approche des TRC a été développée par MSV en 2013 pour mieux encadrer son appui offert aux partenaires. MSV a organisé une évaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre des TRC de laquelle ressort clairement

que le choix de travailler avec des TRC a été un bon choix et dans ce programme 2017-2021 nous continuerons avec cette approche.
L'idée de travailler avec des TRC opérationnalise la stratégie de MSV en ce qui concerne le renforcement de capacités des hôpitaux. MSV établit le TRC ensemble avec le partenaire après une auto-évaluation des capacités de l'hôpital et du rôle du partenaire dans le système de santé national. Ensuite, le partenaire établit une liste des besoins et des priorités. Sur base de cette liste, le partenaire choisit, en dialogue avec MSV, les domaines dans lesquels MSV s'investira dans les 3 à 5 années à venir, un investissement non seulement dans les aspects paramédicaux mais aussi au niveau de la gestion et les services de soutien. L'implication du partenaire et la prise en compte des besoins de l'hôpital se retrouvent donc au cœur du processus et forment le point de départ d'une collaboration durable. Les TRC créent des opportunités pour mieux planifier, exécuter et gérer des processus de renforcement des capacités. Dans ce programme nous exécutons les TRC déjà élaborés avec les hôpitaux de district d'Ijenda, Muramvya, le CNPK et le Centre Akamuri. Avec les hôpitaux de district de Muyinga et de Gitega un TRC sera élaboré au début du programme, avec celui de Buhiga à mi-course du programme..
Pour réaliser les TRC ensemble avec nos partenaires et renforcer leur capacités médicales, techniques et organisationnelles, nous prévoyons une diversification des activités autre que des missions des volontaires de terrain : la facilitation des échanges sud-sud, l'organisation des ateliers et des formations régionales et le suivi rapproché des prestataires par des consultants locaux. A côté des initiatives/des missions de renforcement des capacités médicales, des missions en gestion hospitalière, hygiène hospitalière et gestion de stock seront organisées. Les hôpitaux reçoivent un appui en matériel biomédical, consommables et médicaments. Des formations des utilisateurs (personnel médical et technique) à l'utilisation, l'entretien et la maintenance du matériel installé sont également prévues.

R2 : Les compétences médicotechniques et organisationnelles du personnel des formations sanitaires ciblées sont améliorées.
Ce résultat est focalisé sur l'amélioration de *la qualité* des soins et des services, à travers le renforcement des capacités des ressources humaines.

- Renforcement des compétences médicotechniques du personnel des districts sanitaires cibles (La situation politique instable au Burundi nous oblige de réorienter notre approche et d'utiliser encore plus les instruments locaux de renforcement de capacités. MSV fait appel aux expertises locales pour assurer la continuité et augmenter l'efficacité de ses interventions. Les avantages sont multiples : les experts locaux connaissent les coutumes, parlent la langue locale et leur proximité facilite un suivi régulier)
- Renforcement organisationnel des structures cibles : une meilleure planification opérationnelle devra permettre aux structures cibles de jouer pleinement leurs rôles dans le système de santé.
- Renforcement du système référence et contre-référence et la qualité des prestations d'urgence aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants de moins de cinq ans
- Intégration opérationnelle des acteurs privés à intérêt public dans le système de santé: promouvoir l'intégration opérationnelle continue des hôpitaux privés sociaux comme hôpitaux de district ou hôpitaux secondaires.

R3 : Les équipements, les infrastructures et l'approvisionnement en médicaments dans les structures cibles sont améliorés.
Ici nous travaillerons sur les aspects suivants :

- Disponibilité des médicaments, consommables, matériel médical
- Formation des techniciens des hôpitaux de district sur la maintenance préventive des équipements médicaux
- Renforcer la gestion des médicaments
- Disponibilité des infrastructures adaptés

Genre
<u>santé maternelle, néonatale et infantile</u>
Au Burundi, la santé maternelle et infantile reste problématique malgré les efforts dans le cadre des OMD. La mortalité maternelle par 100.000 naissances vivantes est 800[15]. La mortalité périnatale sur 1000 naissances est 67[16]. La santé maternelle et infantile est perçue quasi universellement comme étant une question féminine par

[15] Analyse de contexte conjointe (ACC) Burundi, octobre 2015
[16] Analyse de contexte conjointe (ACC) Burundi, octobre 2015

laquelle les hommes ne se sentent que peu concernés et sur laquelle ils n'ont que de faibles connaissances en matière de prévention et de prise en charge de la mère et de l'enfant.

santé sexuelle et reproductive

Les obstacles relatifs au genre par rapport à la santé sexuelle et reproductive sont de deux types : (1) ceux liés à la demande inexistante ou incomplète, du fait de la persistance de modèles culturels et normes sociales et (2) ceux liée aux systèmes de santé : offre insuffisante et de mauvaise qualité.

Les hommes sous-utilisent les services liés à la santé reproductive et à la prévention, au traitement, à l'accompagnement et aux soins liés au VIH/SIDA. Par Contre, les professionnels de santé ont tendance à concentrer leurs efforts sur les femmes, parce qu'ils partagent la vision stéréotypée selon laquelle la santé reproductive est une question essentiellement féminine et qu'ils partent du présupposé selon lequel les hommes ne s'intéressent ni aux informations ni aux services de santé reproductive.

violences faites aux femmes

Les violences basées sur le genre, dont les violences sexuelles, sont une réalité partout dans le pays et la situation semble s'aggraver. Le programme prévoit de mettre un accent sur la sensibilisation à la qualité de la relation soignant-soigné, la prévention des violences envers les patients, le respect de l'anonymat et de l'intimité (vie privée). Des formations du personnel soignant à l'intégration du genre, la planification familiale, les soins maternels et néonatals et les fistules vésico-vaginales sont prévus, aussi qu'un appui en matériel et équipement y lié. Dans l'identification des besoins dans le cadre du TRC une attention particulière sera donnée à l'implication des hommes et des femmes.

Environnement

Gestion durable des équipements : L'amélioration de l'offre médicale et de la qualité des soins est étroitement liée à la disponibilité d'équipements médicaux, qui doivent être opérationnels et appropriés aux prestations diagnostiques et thérapeutiques qui doivent être fournies en temps utile. Les groupes de travail de l'OMS, qui se sont préoccupés ces dernières années de la problématique des dispositifs médicaux, ont constaté que 70% des équipements médicaux disponibles dans les pays en voie de développement sont inutilisés. On constate également un état désastreux du parc d'équipements médicaux compromettant l'efficacité de la prise en charge des patients. Parmi les causes majeures et bien connues de cette situation, on note un manque de maintenance préventive et un manque de maintenance corrective.

Le traitement et l'élimination des déchets médicaux et des médicaments peuvent entraîner indirectement des risques pour la santé en raison du rejet d'agents pathogènes et de polluants toxiques dans l'environnement. S'il n'est pas bien réalisé, l'enfouissement des déchets peut contaminer l'eau de boisson. Les déchetteries mal conçues, mal gérées ou mal entretenues représentent un risque pour ceux qui y travaillent. Une incinération imparfaite ou l'incinération de matériaux inadaptés à ce mode d'élimination entraîne le rejet de polluants et de résidus de cendres dans l'atmosphère. L'incinération de matériaux contenant du chlore peut produire des dioxines et des furanes, cancérogènes pour l'homme et qui ont été associés à divers effets néfastes sur la santé. L'incinération des métaux lourds ou de matériaux contenant une grande quantité de métal (en particulier du plomb, du mercure ou du cadmium) peut entraîner le rejet de métaux toxiques dans l'environnement.[17]

Dans toutes nos interventions nous prévoyons une attitude proactive pour la protection du milieu lié aux interventions, avec entre autres des :

- Formations sur la gestion des déchets biomédicaux
- Formations sur la maintenance et l'utilisation d'équipement pour une gestion durable du matériel
- Installations des ressources d'énergie durables
- Envois du matériel adapté aux conditions locales + réduction de l'empreinte carbone du transport
- Mises en œuvre du plan d'investissement appui technique durable MSV
- Achats locaux des consommables/médicaments pour une gestion durable des consommables et médicaments
- La mise en place des comités d'hygiène

Digitalisation

Pour appuyer l'informatisation des différents services médicaux des HD et des ECD, nous travaillerons sur les aspects suivants :

- Aide au diagnostic par téléphone mobile

[17] Les déchets liés aux soins de santé, Aide-mémoire n°253, novembre 2015, http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs253/fr/

Une version plus performante que celle offerte par KABISA pourrait offrir un panorama diagnostique, suggérant sous forme graphique les diagnostics à considérer et les questions et actes à poser, les examens à demander. Ce logiciel serait réduit du module aide au diagnostic à développer dans OpenClinic, un logiciel existant qui offre une aide électronique à la gestion hospitalière et un dossier médical.

- Formation continue et évaluation du progrès dans les compétences

Tout comme dans la formation continue qu'offrent certaines universités Américaines, des vignettes peuvent être générées et offertes aux cliniciens. Tenant compte de l'instabilité des réseaux WIFI et le coût des communications téléphoniques, les vignettes et les réponses pourraient être échangées avec mobiles sous forme codée par SMS/USSD/App. Ce mode opérateur permet des délais même importants dans la communication, permettant des échanges différées des propositions de solution de la vignette de la part du clinicien et les commentaires du tuteur électronique.

Améliorer la demande

Même si la demande s'est relativement améliorée avec la mise en place des mécanismes de gratuité des soins pour certains groupes de population, le renouvellement de la CAM, l'existence de la MFP et des MCS, nous observons :

- Un faible taux de pénétration des MCS (2%) et leur autonomisation problématique
- Une faible appropriation des responsables de certaines MCS dont l'organisation et la gestion reste dans les mains des cellules d'appui technique.
- Une persistance d'une superposition des mécanismes de financement de la santé sur les mêmes cibles, créant un conflit d'intérêt entre les politiques et systèmes (ex : CAM-MCS).
- Une Insuffisance d'autonomisation des vulnérables indigents pour l'accès aux soins ;
- Une Insuffisance de participation communautaire aux soins de santé des vulnérables indigents).
- Une capacité (financière) limitée des branches de la CRB pour le suivi et l'encadrement des IGR déjà initiées et de la subvention des soins des vulnérables indigents.

Pour répondre à ces défis, nous travaillerons sur les aspects suivants au niveau du résultat **:**

R4 : L'accès géographique et financier aux soins de santé est amélioré pour la population des districts ciblés

- Renforcer les capacités de sensibilisation et d'organisation des relais communautaires pour sensibiliser la population sur l'utilité des soins préventifs et curatifs et sur la disponibilité des services de soins et la nécessité de participer à l'organisation et à la prise en charge des évacuations
- Stimuler et contribuer à l'application et au financement de différents mécanismes de protection sociale en santé (les initiatives mutualistes, les fonds d'équité, des fonds sociaux, les systèmes de payement forfaitaire subventionné). Appuyer le processus d'identification des vulnérables indigents, initier la mise en place des fonds locaux d'équité pour une contribution communautaire à la subvention des soins offerts aux vulnérables indigents, l'autonomisation progressive des vulnérables à travers les IGR des groupements sociaux des unités collinaires.
- Appuyer les activités de suivi et évaluation par les branches de la CRB et le renforcement des capacités des cadres.

Genre

L'accès aux soins de santé est marqué par l'existence d'inégalités de genre. Plusieurs obstacles limitent l'accès des femmes aux services de santé :

- la restriction de leur mobilité due aux normes imposées par la société ou aux responsabilités qui leur sont attribuées envers les autres membres de leur famille
- un moindre accès aux ressources financières
- limitées par les schémas paternalistes de prise de décision.

Dans les activités prévues pour améliorer l'accès géographique et financier aux soins de santé l'aspect genre sera à chaque fois explicitement analysé et pris en considération, et des données désagrégées sur l'utilisation des services par des hommes et des femmes seront établies (dans les mesures du possible, sans trop dupliquer le SIS)

Dans les appuis aux initiatives locales et à la société civile, une attention explicite sera donnée à l'égalité entre les sexes.

Environnement
Dans les appuis aux initiatives locales et à la société civile, une attention explicite sera donnée aux initiatives durables et de protection de l'environnement. Une sensibilisation spécifique sur ces aspects accompagnera la stimulation des initiatives locales. L'implication de la communauté dans la promotion de l'hygiène et de l'assainissement du milieu améliore l'environnement et contribue à la prévention de la maladie (plus de 80% des maladies sont environnementales)

Digitalisation
Nous travaillerons sur l'aspect suivant : Base de données des vulnérables créée et annuellement mise à jour

6.3 T3 – Coûts opérationnels OS 1

Programme - Budget 2017-2021 - CSC2 - OSS1						
	2017	2018	2019	2020	2021	**Grand Total**
Coûts opérationnels						
1. Partenaires	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
Investissement	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,00**
Fonctionnement	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,00**
Personnel	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,00**
2. Collaborations	**90.360,00**	**90.360,00**	**90.360,00**	**90.360,00**	**90.360,00**	**451.800,00**
Investissement	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,00**
Fonctionnement	90.360,00	90.360,00	90.360,00	90.360,00	90.360,00	**451.800,00**
Personnel	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,00**
3. Bureau local	**352.400,00**	**515.360,20**	**466.415,14**	**421.094,13**	**326.505,29**	**2.081.774,75**
Investissement	56.500,00	96.500,00	68.500,00	54.500,00	4.500,00	**280.500,00**
Fonctionnement	188.707,00	311.259,00	289.899,00	258.156,00	213.138,00	**1.261.159,00**
Personnel	107.193,00	107.601,20	108.016,14	108.438,13	108.867,29	**540.115,75**
4. Siège	**98.305,29**	**117.515,15**	**122.259,61**	**131.411,77**	**141.620,53**	**611.112,36**
Investissement	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	**10.000,00**
Fonctionnement	82.055,29	101.022,90	105.521,00	114.422,59	124.376,54	**527.398,32**
Personnel	14.250,00	14.492,25	14.738,62	14.989,17	15.243,99	**73.714,03**
Total CO :	**541.065,29**	**723.235,35**	**679.034,75**	**642.865,89**	**558.485,82**	**3.144.687,11**
Investissement	**58.500,00**	**98.500,00**	**70.500,00**	**56.500,00**	**6.500,00**	**290.500,00**
Fonctionnement	**361.122,29**	**502.641,90**	**485.780,00**	**462.938,59**	**427.874,54**	**2.240.357,32**
Personnel	**121.443,00**	**122.093,45**	**122.754,75**	**123.427,30**	**124.111,28**	**613.829,79**

Partenaires						
Hôpital District Sanitaire de Ijenda						**0,00**
Hôpital District Sanitaire de Muyinga						**0,00**
Hôpital District Sanitaire de Muramvya						**0,00**
Hôpital District Sanitaire de Gitega						**0,00**

Hôpital District Sanitaire de Buhiga						**0,00**
Centre Akamuri						**0,00**
Centre Neuropsychiatrique de Kamenge (CNPK)						**0,00**
Total Partenaires :	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

Collaborations						
Fracarita Belgium	**90.360,00**	**90.360,00**	**90.360,00**	**90.360,00**	**90.360,00**	**451.800,00**
Total Collaborations :	**90.360,00**	**90.360,00**	**90.360,00**	**90.360,00**	**90.360,00**	**451.800,00**

Répartition entre ACNG demandeuses :

Programme commun - Memisa						
Investissement	**56.500,00**	**96.500,00**	**68.500,00**	**54.500,00**	**4.500,00**	**280.500,00**
Fonctionnement	**155.265,00**	**277.817,00**	**256.457,00**	**224.714,00**	**179.696,00**	**1.093.949,00**
Personnel	**89.193,00**	**89.193,20**	**89.193,20**	**89.193,20**	**89.193,20**	**445.965,80**
Total Memisa	**300.958,00**	**463.510,20**	**414.150,20**	**368.407,20**	**273.389,20**	**1.820.414,80**

Programme commun - AZV						
Investissement	**2.000,00**	**2.000,00**	**2.000,00**	**2.000,00**	**2.000,00**	**10.000,00**
Fonctionnement	**205.857,29**	**224.824,90**	**229.323,00**	**238.224,59**	**248.178,54**	**1.146.408,32**
Personnel	**32.250,00**	**32.900,25**	**33.561,55**	**34.234,10**	**34.918,08**	**167.863,99**
Total AZV	**240.107,29**	**259.725,15**	**264.884,55**	**274.458,69**	**285.096,62**	**1.324.272,31**

Programme - Budget 2017-2021 - CSC2 - OSS1						
Programme commun - Memisa						
	2017	2018	2019	2020	2021	**Total**
Coûts opérationnels						
1. Partenaires	**€ 0**	**€ 0**	**€ 0**	**€ 0**	**€ 0**	**€ 0**
Investissement						**€ 0**
Fonctionnement						**€ 0**
Personnel						**€ 0**
2. Collaborations	**€ 0**	**€ 0**	**€ 0**	**€ 0**	**€ 0**	**€ 0**
Investissement						**€ 0**
Fonctionnement						**€ 0**
Personnel						**€ 0**
3. Bureau local	**€ 300.958**	**€ 463.510**	**€ 414.150**	**€ 368.407**	**€ 273.389**	**€ 1.820.415**
Investissement	**€ 56.500**	**€ 96.500**	**€ 68.500**	**€ 54.500**	**€ 4.500**	**€ 280.500**
I 1 Investissement mobilier	**€ 56.500**	**€ 66.500**	**€ 38.500**	**€ 24.500**	**€ 4.500**	
I 1.1 Equipements pour fonctionnement ASC, Cosa et CH	€ 10.000		€ 14.000			

I 1.2 Equipement pour les formation aux soins d'urgence	€ 1.000	€ 1.000	€ 1.000	€ 1.000	€ 1.000	
I 1.3 Equipement pour les centres de santé	€ 0	€ 20.000	€ 20.000	€ 20.000	€ 0	
I 1.4 Equipement pour la réinsertion socio-économique des indigents en vue de leur autonomisation financière	€ 42.000	€ 42.000	€ 0	€ 0	€ 0	
I 1.5 Equipement et matériel de bureautique pour accompagnement	€ 3.500	€ 3.500	€ 3.500	€ 3.500	€ 3.500	
I 2 Investissements immobiliers	**€ 0**	**€ 30.000**	**€ 30.000**	**€ 30.000**	**€ 0**	
I 2.1 Réhabilitations des structures sanitaires		€ 30.000	€ 30.000	€ 30.000		
Fonctionnement	**€ 155.265**	**€ 277.817**	**€ 256.457**	**€ 224.714**	**€ 179.696**	**€ 1.093.949**
F 1 Appui de la société civile locale et de la participation communautaire en interaction avec des équipes cadres fonctionnelles pour une couverture santé universelle	**€ 10.000**	**€ 36.000**	**€ 19.000**	**€ 26.000**	**€ 7.000**	**€ 98.000**
F 1.1 Recycler des ASC sur le manuel de formation des ASC	€ 4.000	€ 4.000	€ 4.000	€ 4.000	€ 0	
F 1.2 Former des Cosa et responsables des MCS sur le leadership communautaire	€ 5.000	€ 5.000	€ 5.000	€ 5.000	€ 0	
F 1.3 Mettre en place des comités d'hygiène et renforcement de leurs capacité(code de la santé en matière d'hygiène et assainissement du milieu)	€ 0	€ 3.000	€ 3.000	€ 3.000	€ 0	
F 1.4 Initier l'approche qualité dans les MCS (MUNASA et MCS MEMISA) et ABDDM (mise en place des équipes AQ, formation des équipe, évaluation périodique AQ)	€ 0	€ 6.000	€ 6.000	€ 6.000	€ 6.000	
F 1.5 Former les cadres de la MUNASA et des MCS promues par MEMISA sur la recherche action en mutualité de santé	€ 0	€ 6.000	€ 0	€ 0	€ 0	
F 1.6 Former et sensibiliser des membres des ECD/BPS aux problèmes sanitaires liés à l'indigence et les solutions à base communautaires		€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	
F 1.7 Former des volontaires de la CRB sur le processus d'identification des indigents et l'organisation, la gestion et le fonctionnement d'un fonds d'équité local par la participation communautaire.	€ 0	€ 4.000	€ 0	€ 0	€ 0	
F 1.8 Former des Cosa sur la redevance du système de santé à la population (droits et dignité en santé).	€ 0	€ 7.000	€ 0	€ 7.000	€ 0	
F 1.9 Appuyer la sensibilisation à la participation communautaire au fonctionnement de l'ambulance du SRCR.	€ 1.000	€ 1.000	€ 1.000	€ 1.000	€ 1.000	
F 2 Renforcement des capacités médicotechniques et organisationnelles du personnel des hôpitaux et centres de santé ciblés	**€ 19.000**	**€ 30.500**	**€ 19.000**	**€ 2.000**	**€ 2.000**	**€ 72.500**
F 2.1 Former des points focaux du SIS/CDS et HD sur la collecte et le remplissage des fiches de collecte des données du SIS, leur traitement et analyse	€ 0	€ 21.500	€ 0	€ 0	€ 0	
F2.2Appuyer la formation des IT, ECD/BPS sur les critères de référence et de contre référence.	€ 1.000	€ 1.000	€ 1.000	€ 1.000	€ 1.000	
F 2.3 Recycler les ECD et BPS sur la micro-planification en santé	€ 10.000	€ 0	€ 10.000	€ 0	€ 0	

F 2.4 Renforcer les capacités médicotechniques et organisationnelles des prestataires (CDS/HD).	€ 7.000	€ 7.000	€ 7.000	€ 0	€ 0	
F 2.5 Renforcer les capacités des CDS/HD à la réponse aux catastrophes par une formation aux soins de secours	€ 1.000	€ 1.000	€ 1.000	€ 1.000	€ 1.000	
F 3 Amélioration du fonctionnement des Fosa	**€ 0**	**€ 1.750**	**€ 1.750**	**€ 0**	**€ 0**	**€ 3.500**
F 3.1 Former des techniciens des Fosa sur la maintenance préventive des équipements médicaux.	€ 0	€ 1.750	€ 1.750	€ 0	€ 0	
F 4 Améliorer l'accès géographique et financier des patients aux soins de qualités	**€ 98.065**	**€ 189.367**	**€ 196.507**	**€ 176.514**	**€ 150.496**	**€ 810.949**
F 4.1 Former les membres des ECD, BPS et HD sur l'assurance-maladie et la couverture santé universelle		€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	
F 4.2 Subventionner le ticket modérateur (TM) des soins offerts aux vulnérables indigents (identification, liste, achat t distribution CAM, paiement du TM)	€ 91.065	€ 182.867	€ 190.507	€ 171.014	€ 145.496	
F 4.3 Sensibiliser la population et des leaders communautaires pour une adhésion accrue aux MCS existantes.	€ 2.000	€ 2.000	€ 2.000	€ 2.000	€ 2.000	
F 4.4 Apporter un appui dégressif dans la fonctionnalité des MCS existantes et leur rayonnement dans la communauté (bureaux, comptables, outils de gestion,	€ 5.000	€ 4.500	€ 4.000	€ 3.500	€ 3.000	
F 5 Organisation de réunions, visites et missions d'accompagnement	**€ 24.000**	**€ 16.000**	**€ 16.000**	**€ 16.000**	**€ 16.000**	**€ 88.000**
F 6 Locations des bureaux	**€ 3.500**	**€ 3.500**	**€ 3.500**	**€ 3.500**	**€ 3.500**	**€ 17.500**
F 7 Communication	**€ 700**	**€ 700**	**€ 700**	**€ 700**	**€ 700**	**€ 3.500**
P Personnel	**€ 89.193**	**€ 89.193**	**€ 89.193**	**€ 89.193**	**€ 89.193**	**€ 445.966**
P1 Personnel Local	€ 89.193	€ 89.193	€ 89.193	€ 89.193	€ 89.193	
4. Siège	**€ 0**	**€ 0**	**€ 0**	**€ 0**	**€ 0**	**€ 0**
Investissement						**€ 0**
Fonctionnement						**€ 0**
Personnel						**€ 0**
Total CO :	**€ 300.958**	**€ 463.510**	**€ 414.150**	**€ 368.407**	**€ 273.389**	**€ 1.820.415**
Investissement	**€ 56.500**	**€ 96.500**	**€ 68.500**	**€ 54.500**	**€ 4.500**	**€ 280.500**
Fonctionnement	**€ 155.265**	**€ 277.817**	**€ 256.457**	**€ 224.714**	**€ 179.696**	**€ 1.093.949**
Personnel	**€ 89.193**	**€ 89.193**	**€ 89.193**	**€ 89.193**	**€ 89.193**	**€ 445.966**

Programme - Budget 2017-2021 - CSC2 - OSS1						
Programme commun - AZV						
	2017	2018	2019	2020	2021	**Grand Total**
Coûts opérationnels						
1. Partenaires	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
Investissement						**0,00**
Fonctionnement						**0,00**
Personnel						**0,00**
2. Collaborations	**90.360,00**	**90.360,00**	**90.360,00**	**90.360,00**	**90.360,00**	**451.800,00**

Investissement						**0,00**
Fonctionnement	90.360,00	90.360,00	90.360,00	90.360,00	90.360,00	**451.800,00**
Personnel						**0,00**
3. Bureau local	**51.442,00**	**51.850,00**	**52.264,94**	**52.686,93**	**53.116,09**	**261.359,95**
Investissement						**0,00**
Fonctionnement	33.442,00	33.442,00	33.442,00	33.442,00	33.442,00	**167.210,00**
Personnel	18.000,00	18.408,00	18.822,94	19.244,93	19.674,09	**94.149,95**
4. Siège	**98.305,29**	**117.515,15**	**122.259,61**	**131.411,77**	**141.620,53**	**611.112,36**
Investissement	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	**10.000,00**
Fonctionnement	82.055,29	101.022,90	105.521,00	114.422,59	124.376,54	**527.398,32**
Personnel	14.250,00	14.492,25	14.738,62	14.989,17	15.243,99	**73.714,03**
Total CO :	**240.107,29**	**259.725,15**	**264.884,55**	**274.458,69**	**285.096,62**	**1.324.272,31**
Investissement	**2.000,00**	**2.000,00**	**2.000,00**	**2.000,00**	**2.000,00**	**10.000,00**
Fonctionnement	**205.857,29**	**224.824,90**	**229.323,00**	**238.224,59**	**248.178,54**	**1.146.408,32**
Personnel	**32.250,00**	**32.900,25**	**33.561,55**	**34.234,10**	**34.918,08**	**167.863,99**

Collaborations						
Fracarita Belgium	**90.360,00**	**90.360,00**	**90.360,00**	**90.360,00**	**90.360,00**	**451.800,00**
Total Collaborations :	**90.360,00**	**90.360,00**	**90.360,00**	**90.360,00**	**90.360,00**	**451.800,00**

6.4 Motivation au regard des critères du CAD

6.4.1. Description de la Pertinence.

L'objectif spécifique de notre programme commun est « Améliorer la qualité des soins de santé et permettre l'accès au plus grand nombre par le renforcement des acteurs du système de santé avec une attention particulière aux groupes vulnérables » dans les Provinces de Muyinga, Karusi, Gitega, Muramvya, Bujumbura et Mairie ; et contribue au Cible stratégique 4 du CSC. Memisa et Médecins Sans Vacances couvrent ensemble les aspects spécifiés dans le cible stratégique en intervenant sur 3 axes principaux : (1) la promotion de la bonne gouvernance (2) l'amélioration de la qualité de l'offre des soins et services de santé et (3) l'amélioration de la demande des soins et services de santé. L'objectif spécifique et ses approches stratégiques s'inscrivent également dans la PNS du Burundi 2016-2025 et les objectifs 3 et 5 des ODD 2016-2030.

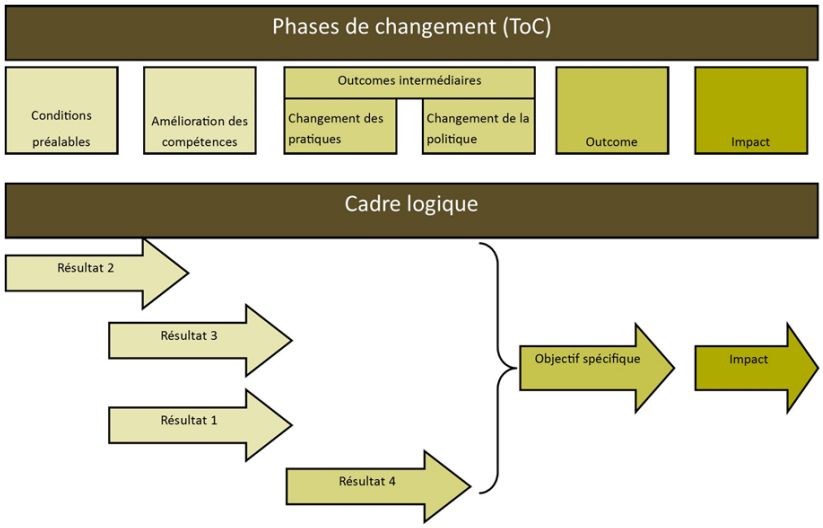
Pour plus d'information sur la pertinence de la stratégie d'intervention

- En général : voir théorie de changement, chapitre 3
- de Memisa : voir Dossier d'Agrément ONG Programme 2017-2026, 29 décembre 2014 ; p18, 3.4 *Une description de la stratégie que l'organisation veut mettre en œuvre pour atteindre en dix ans, ses objectifs figurant au 3.3*
- de MSV : Voir Dossier d'Agrément ONG Programme 2017-2026, p.8-13, B1.1,2,5 et B.2.1,2,5 pour les objectifs à atteindre en 5 et en 10 ans et sa stratégie pour la réalisation des objectifs.

En identifiant avec les partenaires les compétences et les besoins en renforcement de capacités, Memisa et MSV assurent la pertinence de leurs interventions.

6.4.2. Description de l'Efficacité.

La ToC décrit les phases de changement nécessaires pour améliorer la qualité des soins de santé et permettre l'accès au plus grand nombre . Les 4 premières phases de changement correspondent avec les résultats du cadre logique. Il y a 3 outcomes intermédiaires: le système de santé est renforcé, la qualité des soins est améliorée et l'accès aux soins est amélioré pour arriver à l'outcome final: l'amélioration de la qualité des soins de santé et l'accès au plus grand nombre par le renforcement des acteurs du système de santé du niveau périphérique avec une attention particulière aux groupes vulnérables. L'outcome final correspond avec l'objectif spécifique du cadre logique. L'impact recherché des interventions de Memisa et MSV est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population et surtout des plus vulnérables.



Notre stratégie d'intervention au Burundi est en lien avec le CSC Burundi et les approches communes proposées pour atteindre la cible stratégique commune 4 : Assurer/Améliorer la qualité, la disponibilité et l'accessibilité aux soins de santé pour tous (Préventifs, Curatifs, Réadaptatifs et de promotion de la santé). Le tableau ci-dessous indique à quelle approche commune les résultats du cadre logique contribuent et résume la mise en œuvre de chaque résultat par Memisa et MSV sous formes des interventions proposées dans le programme pluriannuel.

Cible stratégique commune 4 : Assurer/Améliorer la qualité, la disponibilité et l'accessibilité aux soins de santé pour tous (Préventifs, Curatifs, Ré-adaptatifs et de promotion de la santé)		
Objectif spécifique : Améliorer la qualité des soins de santé et permettre l'accès au plus grand nombre par le renforcement des acteurs du système de santé avec une attention particulière aux populations vulnérables » dans les Provinces de Muyinga, Karusi, Gitega, Muramvya, Bujumbura et Bujumbura Mairie		
Approche commune	Résultat	Opérationnalisation Memisa-MSV
4a	Résultat 1	- renforcement du leadership local à partir de la périphérie - Documenter les changements introduits pour capitaliser les expériences et influencer le niveau décisionnel
4c	Résultat 2 et résultat 3	- Renforcement des capacités des responsables du SIS au niveau provincial, district et centres de santé
4d	Résultat 1	- Réorganisation et responsabilisation des structures - formations basées sur le nouveau manuel intégré de formation des agents de santé communautaire
4 e	Résultat 1 et Résultat 2	-Introduction la thématique sur les maladies mentales dans les thématiques de formation des prestataires pour permettre leur intégration dans les services des soins de santé au niveau périphérique -Former et sensibiliser des membres des ECD/BPS aux problèmes sanitaires liés à l'indigence et les solutions à base communautaires (fonds d'équité, outils de suivi de subventions des soins de santé offerts aux vulnérables indigents
4f	Résultat 4	- Appuyer le plaidoyer politique et les mouvements sociétaux pour une plus grande solidarité
4g	Résultat 2 et résultat 3	- Renforcement des compétences médicotechniques du personnel des districts de santé cibles - Renforcement organisationnel des structures cibles - Disponibilité des médicaments, consommables, matériel médical - Disponibilité des infrastructures et équipements adaptés - Renforcement du système référence et contre-référence - Intégration opérationnelle des acteurs privés à intérêt public - Disponibilité des ressources financières aux structures cibles

4h	Résultat 2	Renforcer les capacités des CDS/HD à la réponse aux catastrophes par une formation aux soins de secours et par la fourniture du matériel de soins d'urgence et consommables médicaux
4j	Résultat 4	- Renforcer les capacités de sensibilisation et d'organisation des acteurs communautaires pour sensibiliser la population - Cartographier les zones sanitaires et renforcer la couverture en structures sanitaires - Stimuler différentes initiatives pour faire fonctionner le système de référence - Stimuler et contribuer à l'application et au financement de différents mécanismes de protection sociale en santé - Stimuler les initiatives locales et communautaires

6.4.3. Description de la Durabilité.

L'impact attendu de l'intervention est que la population cible et surtout les populations vulnérables ont accès aux soins de santé de qualité. Toutes les interventions mises en œuvre cherchent à améliorer l'offre de soins et à contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population et surtout des plus vulnérables.

La durabilité technique : L'axe principal de l'intervention est basé sur le renforcement des capacités du personnel local, aussi bien médicale qu'organisationnelle, basé sur des échanges et des stages formatives à l'intérieur du pays. Ceci est accompagné par un investissement en matériel et équipements appropriés, et un suivi et renforcement continue dans le temps. Les partenaires sont renforcés pour accompagner et organiser les interventions et pour multiplier les expériences ailleurs. Voir plus d'explications sous chapitre 6.5 Description de stratégie de partenariats. Médecins Sans Vacances et Memisa répondent, en complémentarité avec les autorités et les autres acteurs, aux besoins en connaissances et en expertise. Auprès de tous les partenaires au Burundi, on travaille à l'amélioration de la compétence technique pour dispenser des soins de qualité. Médecins Sans Vacances et Memisa se focalisent sur les soins que les institutions sont supposées d'offrir d'après les normes nationales de santé. Le matériel envoyé au partenaire local est toujours adapté aux besoins et aux circonstances sur le terrain. Le droit de propriété du matériel expédié est transmis au partenaire local.

La durabilité financière : Toute activité introduite est accompagnée par une étude de coût du fonctionnement, et des systèmes de participation communautaires sont développés. Les investissements faits pour la réinsertion sociale et économiques des vulnérables indigents avec les programmes précédents, permettent aux branches de la CR Burundi de Muyinga et Muramvya à poursuivre l'activité sans bénéficier d'autres financements. Les unités collinaires ont fructifié l'investissement initial qui leur permet aujourd'hui d'assurer l'autonomisation des vulnérables pour l'accès aux soins. Cette logique va nous guider dans les nouvelles entités d'intervention. Les partenaires de la société civile sont renforcés et accompagnés pour accéder directement aux financements, mais l'instabilité du pays et de la société civile ne joue pas favorablement.

Pendant nos interventions, il est demandé aux partenaires d'appliquer les tarifs et procédures régulièrement mis en place pour les interventions. Nous évitons autant que possible qu'une gratuité circonstancielle pose ensuite des problèmes financiers aux formations sanitaires et que les patients s'attendent à ce qu'un service de soins gratuits soit toujours disponible. D'un autre côté, nous nous opposons à toute augmentation de prix durant les interventions car ceci pourrait être un facteur d'exclusion pour certains patients. S'il se présente des patients incapables de payer les frais, ce sont les mesures de subvention habituellement appliquées qui sont conseillées (ex : CAM, caisses sociales, mutuelles, assistance des volontaires de la CRB).

La durabilité sociale : L'ancrage de l'intervention est communautaire. Le renforcement du leadership communautaire permet aux acteurs communautaires et mouvements sociaux d'acquérir des capacités de sensibilisation, d'organisation et de plaidoyer politique pour mieux organiser les soins et revendiquer leur droits à la santé.

Stratégie de désengagement : Conforme à notre stratégie et objectifs stratégiques, l'objectif global à long terme est d'améliorer la disponibilité et la qualité des soins de santé dans des pays en difficulté, par le renforcement du système de santé. Plus spécifiquement au Burundi, un état fragile avec une population très pauvre, le but est de participer au processus de structuration et responsabilisation des prestataires et autres acteurs locaux à travers leur renforcement et la création des alliances stratégiques. La collaboration de MSV-Memisa avec leurs partenaires devient inutile dès lors que la structure partenaire est capable d'assumer pleinement son rôle dans le système de santé national. Le point de départ de toute stratégie de désengagement sera d'accroître la durabilité de nos actions et d'améliorer la transparence et la coopération avec nos partenaires.

6.4.4. Description de l'Efficience.

1. Efficience suite aux synergies de Memisa et MSV

Grâce à la synergie et complémentarité entre Memisa et MSV qui ont opéré des choix de concentration géographique communs, une gestion moins onéreuse de certains coûts est possible. Cela se traduit dans la pratique par un partage des coûts des bureaux locaux, des frais de certaines formations et ateliers qui seront organisés en commun, ainsi que des synergies dans l'utilisation du personnel local.
Grâce à cette convergence géographique accrue, une efficience supplémentaire se dégage avec d'une part, une cohérence des interventions au niveau de l'hôpital de zone. En effet, toutes les contributions s'inscriront pour les deux acteurs dans un trajet unique de renforcement des capacités afin de garantir une parfaite cohérence. Grâce à la mise en commun du volet Hôpital pour Hôpital les investissements dans le matériel médical seront orientés d'une façon plus efficiente.

2. Efficience du budget de Memisa et MSV

2.1. Memisa

Résultat 1.Bonne gouvernance; la société civile est appuyée et la participation communautaire stimulée en interaction budget € 179.000

Ce budget est reparti sur la formation des différents groupes sur le leadership, renforcement des capacités en matière d'assainissement, initiation de l'approche qualité , formation sur la recherche/action en mutualité de santé , sensibilisation sur les problèmes sanitaires liés à l'indigence, les solutions à base communautaire, fonds d'équité et la redevabilité du système de santé ainsi que le matériel de travail pour les structures communautaires.

Résultat 2. Amélioration de l'offre. Les compétences médico-technique du personnel des hôpitaux et centres de santé ciblés sont améliorés. Budget € 72.500

Ce budget est prévu pour la formations des différents groupes sur la collectée des données SIS, la supervision formative intégrée, la micro planification et le renforcement des capacités médicotechniques, organisationnelles et réponses humanitaires.

Résultat 3. L'équipement et le fonctionnement des structures sont améliorés Budget € 155.000

Avec ce budget on compte effectuer certaines réhabilitations nécessaires aux fosa ciblés, la formation du personnel médical sur la maintenance préventive des équipements médicaux et la fourniture du matériel médical complémentaire nécessaire et, le cas échéant, des médicaments essentiels

Résultat 4. Appui à la demande. L'accès géographique et financier aux soins de santé est amélioré. Budget € 1.040.850

Tenant compte de l'attention particulière que MEMISA attache à l'accès aux groupes vulnérables, la part du lion de ce budget est lié aux frais facilitant l'accès aux soins pour « indigents » , (nombre croissant lié à la situation socio-économique) par des cartes assurances maladies et participation au remboursement des ticket modérateur. Mais en même par des activités génératrices de revenus communautaires on essaie de faire sortir certains groupes d'indigents de leur état de dépendance. La sensibilisation de la population sur les systèmes des assurances (communautaires) de maladie ainsi qu'un appui (dégressif) pour le démarrage des systèmes de mutuelles communautaires .

2.2 MSV

Au Burundi le budget des actions MSV s'élève à 1.324.272,31 € pour la période de 5 années, dont 451.800 € est réservé pour Fracarita Belgium. MSV se concentre sur l'axe de l'amélioration de l'offre de soins et contribue aux résultats 2 et 3 auprès de 5 hôpitaux de district et 2 centres spécialisés. Les 2 nouveaux hôpitaux se trouvent dans les provinces d'extension commune de Memisa/MSV.

Pour le résultat 2, MSV prévoit un appui en consommables et médicaments d'une part, et des investissements en équipement biomédical d'autre part. L'achat de médicaments et consommables, y inclus leur transport, représente 20% du coût opérationnel MSV. Au cours du programme, MSV compte gagner en efficience par rapport aux frais de transport par l'introduction de l'achat local auprès du CAMEBU. Cette ambition est reprise dans son trajet 'Lean & Green' et contribuera, ensemble avec les 'Green seats' à la réduction de son empreint écologique.
Quant aux investissements, notons que cet équilibre n'apparait pas dans le budget DGD, pour la simple raison que MSV dispose d'une provision de 1,2 millions d'euro sur fonds propres pour réaliser ces investissements dans les années 2017-2018, dont 90.000 € est réservé aux partenaires burundais. A partir de 2019 MSV continuera d'assumer ces investissements sur fonds propres.
Le renforcement des compétences médicotechniques, techniques et organisationnelles, repris dans le résultat 3, s'adresse en moyenne à 55 personnes par hôpital/centre, soit 330 bénéficiaires directs. Indirectement les patients de ces hôpitaux bénéficieront de l'amélioration des services offerts. Leur nombre potentiel s'élève à près de 2.811.719 d'habitants. La globalité des activités de renforcement de capacités représente 52 % du coût opérationnel de MSV.
A part des missions de volontaires et des formations régionales, MSV appuie également des instruments locaux de renforcement de capacités dans le cadre de ses TRC, comme par exemple l'échange entre partenaires ou des missions par experts locaux. Le choix de l'instrument dépend des opportunités et de sa pertinence par rapport au contexte. Ainsi au Burundi, MSV opte principalement pour des missions par des spécialistes locaux auprès des hôpitaux de district. Si la situation sécuritaire le permet, elles seront complétées par des missions de volontaires de terrain dans l'objectif de la formation des formateurs. MSV utilisera son expertise de prise en charge des fistules vésico-vaginales pour appuyer le projet à Gitega. Les centres spécialisés seront renforcés par des missions de volontaires, si la situation sécuritaire le permet. D'autres instruments de renforcement des capacités comme des stages les complèteront ou, le cas échéant, les remplaceront. Au niveau du Centre neuropsychiatrique la synergie entre MSV et Fracarita Belgium contribuera à l'efficience. Le budget transports des missions des volontaires de terrain est élevé. Ce coût est mitigé grâce au contrat avec Brussels Airlines qui lui offre des conditions avantageuses sur les tarifs, les frais de bagages et les services offerts.
MSV ne prévoit pas l'envoi d'expatriés au Burundi. Les volontaires de terrain qui sont des expatriés ne perçoivent aucune sorte de rémunération, mais MSV prend en charge leurs frais de voyage et de séjour. MSV envisage de valoriser leur salaire dans le rapport financier. MSV peut compter par ailleurs sur l'appui d'une trentaine de volontaires qui assument les tâches les plus diverses au siège de Malines : accueil, traduction, organisation de formation, contacts avec les donateurs etc……
Le budget Burundi prévoit les frais de personnel et de fonctionnement d'un médecin-conseiller à 60% (les 40% restants sont imputés au budget du Congo). Il partage le bureau avec 11.11, Broederlijk Delen et Solidarité Mondiale. La généralisation de la méthodologie du TRC nécessite ces coûts. La présence d'un médecin conseiller local est indispensable pour assurer le suivi du renforcement des capacités entre les missions. Mais sa présence est également nécessaire pour pouvoir organiser des instruments locaux de renforcement des capacités, comme les missions locales. En plus, il facilite l'achat local de consommables et médicaments.
La coordination et le suivi de la mise en œuvre des TRC et l'encadrement de volontaires de terrain sont assurés par un coordinateur de projets au siège de MSV. Elle est en contact et échange régulier avec le médecin conseiller et avec les directions des hôpitaux partenaires. Les frais de personnel de cette personne sont imputés à 25% sur le budget Burundi.

6.5 Description de la Stratégie de Partenariat spécifique pour le Burundi

6.5.1. Principes des partenariats

Les deux organisations ont leur propre politique de la gestion des partenaires[18]. Néanmoins, Memisa et MSV partagent des principes directifs par rapport à la gestion des partenariats.

Les 2 organisations recherchent une bonne collaboration avec leurs partenaires locaux, en dialogue ouvert, sur base d'égalité et responsabilité partagée. Un partenariat franc repose sur l'entente, la confiance réciproque, le respect mutuel et la franchise dans une bonne communication.

Les partenaires sont impliqués à chaque étape du processus décisionnel, aussi bien dans la conception, la planification, la mise en œuvre que dans l'évaluation. Une réelle affinité facilite l'échange d'expériences, de

[18] Pour Memisa : voir Dossier d'Agrément ONG Programme 2017-2026, 29 décembre 2014 ; p. 20-22
Pour MSV : voir Dossier d'Agrément ONG Programme 2017-2026, p.18-21, G. Partners.

compétences et de connaissances et un apprentissage mutuel. Le partenariat doit permettre le transfert des compétences selon les besoins afin que le partenaire puisse assurer la continuité des interventions et renforcer la durabilité des résultats.

6.5.2. Gestion du partenariat

Identification et sélection des partenaires[19]
Memisa collabore avec des organisations partenaires locales pour le renforcement des soins de santé, des services de santé et du système de santé.
Dans le contexte socio-politique instable du Burundi, avec un système de santé public qui a besoin d'un appui à la base pour fonctionner, Memisa appui les districts sanitaires à fin de mieux développer l'offre de services. Ces autorités décentralisées responsable de la gestion des districts sanitaires sont identifiés comme partenaire de mise en œuvre dans la poursuite des résultats 1,2 et 3 (les EDS de Muyinga, Gasobo, Giteranyi, Muramvya, Kiganda, Buhiga, Nyabikere, Gitega, Kibuye, Mutaho et Ryansoro). Ils assurent la supervision des activités des centres de santé et les formations de renforcement des capacités ainsi que l'évaluation de la qualité des soins et la coordination harmonisée des activités. Les districts encadrent les relais communautaires.
La société civile locale est mobilisé dans l'appui à la demande (OSC considérées comme parties prenantes, voir plus bas).
Au Burundi, MSV collabore avec deux types de partenaires: des hôpitaux de district et des centres spécialisés. A la fin du PPA 2014 - 2016, cinq partenaires dans les provinces de Muyinga, Muramvya, Mairie de Bujumbura et la Province de Bujumbura étaient inclus dans le programme. Ces cinq partenaires (3 hôpitaux de district et 2 centres spécialisés) font également parti du présent programme que soumet Médecins Sans Vacances à la DGD pour subvention.

En plus de ces cinq partenaires, 2 nouveaux partenaires seront inclus dans le présent programme. Il s'agit de 2 hôpitaux des districts ou Memisa sera également actif. L'ajout des deux provinces de Karusi et Gitega est motivé par la volonté de ces organisations de répondre aux sollicitations des responsables sanitaires des deux provinces pour apporter l'expertise prouvée. Ce qui demande une extension des interventions tout en renforçant celles commencée dans les autres provinces. Pour plus d'efficacité, d'efficience et de rentabilité, une entité géographique unifiée devient moins onéreuse et facile à encadrer de manière harmonieuse et coordonnée. Une zone constituée par les provinces de Muyinga, Karusi, Gitega, Muramvya, Bujumbura et la mairie devient contiguë, continue et unifiée pour une intervention commune

Renforcement des capacités

MSV veut contribuer au renforcement de capacités des partenaires afin qu'ils puissent assumer leur rôle dans le système de santé local.

Comme décrit dans la stratégie d'intervention, le trajet de renforcement des capacités (TRC) est le cadre dans lequel se déroule la collaboration entre MSV et le partenaire. En identifiant avec lui les compétences et les besoins de renforcement de capacités de l'hôpital partenaire, MSV met davantage le processus entre les mains du partenaire du Sud. Dans le TRC seront décrites non seulement toutes les actions que MSV va mener, mais également les initiatives que le partenaire prendra lui-même pour renforcer ses capacités et ancrer les capacités acquises dans l'organisation. Les autres intervenants actifs auprès du même partenaire seront également inclus dans le trajet afin de garder une vue d'ensemble de toutes les activités de renforcement des capacités. De cette manière, toutes les parties sont responsabilisées. Le renforcement des capacités est un processus endogène. Il est donc important que le partenaire s'approprie le processus et en détermine les priorités et le rythme.

Pour Memisa, les modalités du partenariat peuvent varier en fonction du lieu et du moment, et doivent prendre en compte les besoins en accompagnement et en renforcement des capacités. Les partenaires locaux exécutent les projets, comme retenus ensemble, avec un suivi et accompagnement de Memisa. Le rôle de Memisa dans le partenariat peut inclure l'orientation technique, l'orientation managériale et administrative, l'identification des

[19] Pour les modalités spécifiques d'identification et sélection des nouveaux partenaires de MSV voir Dossier d'Agrément ONG Programme 2017-2026, G.2 Identificatie en selectie nieuwe partners, p.19. Pour Memisa : Dossier d'Agrément ONG Programme 2017-2026, 29 décembre 2014 ; p. 26-27.

situations d'exclusion ou d'abus, l'intermédiation pour assurer les échanges entre la société civile, les services de santé et les autorités et l'orientation de la société civile sur les recours possibles.
Le renforcement des capacités des districts sanitaires au Burundi se traduit en accompagnement des équipes cadres afin qu'ils puissent mieux remplir leur rôle de développement des districts sanitaires : supervisions conjointes, analyse des données, réunion de concertation, appui en fonctionnement, documentation des expériences, sensibilisation de la population, faciliter le lien avec les MCS et les OSC locales .

Stratégie de désengagement[20]
Le partenariat permet le transfert des compétences selon les besoins afin que le partenaire puisse assurer la continuité de l'intervention. Memisa et MSV visent une responsabilisation progressive de leurs partenaires. Le principe fondamental de toute stratégie de désengagement sera d'accroître la durabilité de nos activités et d'améliorer la transparence et la coopération avec les partenaires.

Les parties prenantes

Fracarita Belgium (fondé en 1967 comme Caraes) est une a.s.b.l. liée aux œuvres de la congrégation des Frères de la Charité qui œuvre pour l'amélioration des circonstances de vie des personnes les plus vulnérables et souvent marginalisées. Il s'agit, entre autres, des malades mentaux. L'objectif finale est la réhabilitation de ce groupe cible et leur intégration sociale par des soins accessibles de bonne qualité. Le renforcement des capacités des partenaires locaux dans les pays en voie de développement est l'activité clé pour arriver aux soins et accompagnement de qualité pour les groupes cibles. Dans la Région des Grands Lacs, Fracarita Belgium a une expérience de presque 40 ans et les partenaires soutenus sont des centres de santé mentale de référence reconnues par les autorités nationales et régionales de santé.
Dans la continuité du programme précédent, Fracarita Belgium et MSV intensifient encore leur collaboration et participeront, en matière de soins de santé mentale, au renforcement des capacités du Centre Neuro-Psychiatrique de Kamenge (CNPK) à Bujumbura sur base d'un ensemble de tâches bien définies.
Tandis que MSV se concentre sur la formation des médecins et à un moindre degré des psychologues et ergothérapeutes, Fracarita Belgium se focalise sur le renforcement des capacités des infirmiers/infirmières via une formation de coaches (concept « train the trainer »). Pour cela un curriculum a été élaboré en étroite collaboration avec les partenaires locaux. Lors de ce programme Fracarita Belgium continue à former un coach par centre. Le coaching continu du personnel sera ensuite assuré par le coach de chaque centre, tandis que le coaching ad hoc (plus ciblé sur le partenaire) sera sur la demande des partenaires confiée aux volontaires de terrain MSV.
Pour garantir l'application effective des formations reçues, le bon fonctionnement du centre est une condition sine qua non. Ainsi Fracarita Belgium continuera aussi à appuyer les partenaires au niveau de l'approvisionnement de médicaments psychotropes et de matériel structurel.
Un des piliers de la Politique Nationale de Santé Mentale 2016-2025 du Burundi est d'améliorer – selon la recommandation de l'OMS – l'accessibilité (financière) aux services de santé mentale. Les soins de santé mentale peuvent être bénéficiés plus proche du patient et souvent sur base ambulatoire.
Le CNPK soutient cet objectif d'accessibilité accrue par la décentralisation des soins santé mentale à travers deux antennes psychiatriques : une antenne à Gitega au milieu du pays (depuis 2011) avec des soins résidentiels et ambulatoires qui couvre les provinces de Gitega, Muramvya, Mwaro et Ruyigi et une antenne à Ngozi (depuis 2014) avec des soins ambulatoires (et au cours de 2017 aussi des soins résidentiels) pour des malades mentaux principalement de provenance des provinces de Kayanza, Muyinga, Kirundi et Ngozi.
Le CNPK renforce également les capacités des soignants des deux antennes. En supplément de cela, il y a des supervisions et formations périodiques par des prestataires des soins (médecins et infirmiers) qualifiés et expérimentés du siège CNPK auprès les deux succursales et les membres de personnels des deux antennes sont invités pour suivre des formations au CNPK.
Les mêmes psychotropes disponibles au CNPK à Bujumbura sont aussi disponibles aux patients qui visitent les structures décentralisées à Ngozi et Gitega. La même approche multidisciplinaire et holistique est appliquée dans les trois centres.

Memisa travaille au Burundi avec les organisations locaux suivantes :

[20] Les modalités spécifiques du stratégie de désengagement sont décrit dans : Meerjarenprogramma 2014-2016, 2.2.5 Exitstrategie, p.28-30. Pour Memisa : Dossier d'Agrément ONG Programme 2017-2026, 29 décembre 2014 ; p. 27-28

- CRB pour l'assistance aux vulnérables indigents avec l'identification communautaires des vulnérables indigents, la mise en place et l'organisation d'un fonds d'équité, le suivi et contrôle de la quantité et qualité offerts aux indigents,
- ABDDM pour le plaidoyer et défenses des droits des malades pour leurs dignité et droits aux soins de bonne qualité et avec
- MUNASA pour l'appui à l'animation et la sensibilisation pour une adhésion aux mutuelles de santé, l'initiation de l'approche qualité dans les mutuelles de santé pour la recherche de la redevance du système de santé en matière de qualité. (Voir 6.6 Description des Synergies et Complémentarités pour plus de détails sur la collaboration avec ABDDM et MUNASA)

6.6. Description des Synergies et Complémentarités.

Partage de moyens matériels et partage d'information (partage bureaux)

Désireuses de réaliser des économies d'échelle mais également de favoriser les échanges entre organisations, MSV, Memisa, 11.11.11, WSM, Entraide et Fraternité et Broederlijk Delen partagent un bureau commun à Bujumbura. A l'intérieur du pays, notamment à Muyinga et/ou à Gitega, Memisa et MSV partageront également un bureau commun. Il s'agira de diviser les frais liés à la location des bureaux, à la connexion internet, au gardiennage etcetera.

Synergies/complémentarités dans le domaine spécifique des soins ré-adaptatifs

Les actions de HI, Memisa et MSV de formations dispensées dans le domaine de la santé maternelle et infantile dans les centres de santé et les hôpitaux des districts sanitaires de Gitega, Kibuye, Mutaho, Ryansoro et Muyinga, contribueront à une approche globale de la prise en charge de toutes les femmes, dont femmes handicapées et atteintes de FO, et de tous les enfants, dont les enfants handicapés : les interventions de HI au niveau communautaire et dans les structures sanitaires sur la prévention des incapacités lors de la grossesse, de détection précoce du handicap et de référencement vers des centres spécialisés d'un côté et de Memisa et MSV dans l'amélioration de la prise en charge médicale à travers les formations en SONUB et le renforcement du plateau technique d'autre côté (OS1 R1-R2 HI vs. OS1 R2 MEMISA-MSV)

Synergies/complémentarités dans l'amélioration de l'offre des soins de santé

Santé mentale avec Louvain Coopération au Développement
MSV renforce les capacités des hôpitaux de district et des centres spécialisés au Burundi. Elle appuie le Centre Neuropsychiatrique de Kamenge dans la formation continue du personnel, l'organisation des services et l'équipement. Elle organise des missions de volontaires spécialisés en santé mentale à cet effet. LD de son côté renforce les structures sanitaires périphériques dans ce domaine. MSV contribuera à la formation du personnel du projet LD et des cadres des organisations de mise en œuvre y compris ceux du CNPN (Centre Neuropsychiatrique de Ngozi). Elle appuiera le personnel du CNPK dans l'accompagnement des prestataires formés dans leurs formations. Les prestataires des CDS pilotes de LD participeront aux formations dispensées par les volontaires de terrains de MSV au CNPK. Ainsi la synergie entre les 2 organisations contribue à la politique nationale de la décentralisation de la santé mentale.

La coopération belge
La CTB appui institutionnellement les structures du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA (MSPLS) au niveau de la Province de Muramvya (BPS et BDS). Une synergie/complémentarité est déjà envisagée au niveau du renforcement des capacités des ressources humaines (CDS) et des relais communautaires (ASC, Cosa, TPS et CH). La CTB continuera à appuyer techniquement et logistiquement les bureaux des districts sanitaires et de la province sanitaire. La CTB a fourni la liste des infrastructures qu'elle a retenues pour les réhabilitations à Muramvya et Memisa pourra compléter selon les besoins et le budget disponible.

Les acteurs non Belges (WV, IHB)
World Vision (WV) intervient au niveau communautaire et travaille avec les relais communautaires, surtout en matière de nutrition et de santé de la reproduction. Elle procède souvent aux équipements des ASC et Cosa. Memisa tiendra compte de cet état de fait et surtout approcher WV pour réfléchir ensemble sur l'équipement minimal pour ces relais communautaires et leur renforcement des capacités. L'expérience du passé a montré cette complémentarité dans la province de Muramvya où, sous la coordination du BPS, Memisa a assuré la

formation des ASC sur le nouveau manuel de formation des ASC dans deux communes (Bukeye et Muramvya) au moment où WV en a assuré dans les trois autres communes. Mais les budgets n'ont pas permis la formation de tous les ASC d'où nécessité de prévoir encore des formations. FHI360 exécute un programme de SMI/PF à Muyinga et Karusi (avec le financement de l'USAID), concernant surtout le renforcement des capacités dans le domaine. Il appuie aussi dans les supervisions (logistique, communication, maintenance) uniquement pour les aspects SMI/PF. Memisa et MSV vont appuyer la supervision formative intégrée selon les normes.

Collaboration avec les antennes provinciaux et collinaires de la Croix Rouge en intégrant des personnes particulièrement vulnérables (indigents) avec l'objectif de les faire sortir de façon durable de leur état de dépendance.

La Croix-Rouge de Belgique (CRB-CF) et Memisa développeront des synergies et complémentarités géographique et opérationnelle dans la province de Gitega. La CRB-CF appuiera le référencement communautaire des malades, blessés et malnutris vers les CDS qui seront appuyés par Memisa (formation et équipement). Les deux organisations appuieront ensemble l'harmonisation de l'offre et de la demande de soin. Au niveau des communautés, les Agents de Santé Communautaire formés par Memisa, et les volontaires formés par la Croix-Rouge dans le domaine de la santé communautaire, travailleront ensemble à la promotion de la santé. Dans la mesure du possible, les formations se feront de manière commune. Les ménages ciblés par la Croix-Rouge pour son approche Ménage Modèle seront encouragés à s'affilier aux mutuelles de santé déjà promues dans la province de Gitega dont la MUNASA en collaboration avec Memisa. Les deux organisations travailleront ensemble pour que des fonds d'équité soient mis en place au niveau des collines, afin de contribuer aux tickets modérateurs de la Carte d'Assistance Médicale (CAM) pour les vulnérables indigents. Des échanges seront effectués avec Louvain Coopération qui mènera des actions similaires avec la Croix-Rouge sur Kirundo.

Aujourd'hui, les structures locales participent activement dans (1) le processus d'identification des vulnérables indigents (définition communautaire des critères de l'indigence, identification communautaire des vulnérables indigents et constitution des listes/base des données), (2) la distribution des CAM achetées par Memisa pour les vulnérables indigents et elles vont (3) mettre en place des fonds locaux d'équité pour participer au paiement du ticket modérateur pour les indigents défavorisés. Dans les provinces de Muyinga et Muramvya, Memisa appuiera les activités de suivi et évaluation des prestations offertes dans les Fosa et de l'autonomisation progressive par les branches de la CR Burundi et le renforcement des capacités (recyclage) des cadres. A Gitega et Karusi, en plus de ce qui est fait dans les deux autres provinces, Memisa va appuyer la réinsertion socio-économique des vulnérables indigents pour leur autonomisation dans Karusi.

En collaboration avec des acteurs du CSC Travail Décent au Burundi : contribuer à une meilleure sécurité sociale par l'augmentation de l'accessibilité aux soins de santé à travers la promotion des mutuelles de santé

WSM et SOLSOC développent des aspects du travail décent par la promotion des MCS à travers la MUNASA (mutuelle nationale de santé), surtout dans les provinces de Muyinga, Karusi et Gitega. Memisa a initié l'organisation des communautés en MCS dans les provinces de Muyinga (où la MUNASA est présente) et Muramvya (où SOLSOC est présente). A Muramvya, sur les 5 communes, 4 sont complétement couvertes par les MCS promues avec l'appui de Memisa. L'autre commune est couverte par la MCS promue par ADISCO avec l'appui de SOLSOC. Ainsi, les actions des deux acteurs (Memisa et SOLSOC) se complètent pour assurer une couverture de l'ensemble de la province. Dans la première partie du programme, Memisa continue d'accompagner les MCS déjà promues dans le but de céder l'animation de ces mutuelles à la MUNASA en applications des élément du paquet de base d'harmonisation en cours entre acteurs des MCS au Burundi (approches, cotisations, services à couvrir, outils de gestion, etc.).

La MUNASA est une des structures mutualistes du Burundi, appuyée par WSM. Elle est présente dans plusieurs provinces du pays dont celles couvertes par le présent programme. Pour les sections de la MUNASA, celle-ci poursuivra les activités d'animation/sensibilisation et d'appui au fonctionnement. Les activités d'animation/sensibilisation et d'encadrement vont s'étendre au niveau des MCS déjà promues avec l'appui de Memisa à Muyinga (4) et Muramvya (4). Memisa va continuer à appuyer le fonctionnement des 8 MCS pour maintenir une appropriation progressive des MCS par les adhérents eux-mêmes (organes dirigeants et de gestion) et ce pendant la première moitié du programme. Sur l'ensemble de la zone d'intervention du programme, Memisa va s'occuper de l'introduction de l'approche qualité des soins dans les MCS (MUNASA et celles déjà promues par Memisa) en même temps que la promotion de la qualité des soins dans les Fosa (CDS). Notons que Solsoc appui déjà l'approche de qualité des soins dans les MCS de la FEMUSCABU (dont une dans

une commune de Muramvya et deux dans deux communes de Muyinga, d'autres MCS sont implantées dans les provinces de Gitega et Karusi).

La PAMUSAB est une coalition des promoteurs des MCS au Burundi. C'est un cadre de concertation, de plaidoyer et de lobbying pour la promotion des MCS et leur développement. Memisa en est membre en tant qu'acteur. Non seulement il y a des contributions statutaires, mais aussi Memisa apporte des conseils aux responsables de la plateforme. Les actions de la plateforme se feront au niveau central (à travers un appui de MASMUT) et Memisa s'occupera du renforcement des capacités techniques et compétences des MCS déjà promues dans les provinces de Muyinga et de Muramvya pour leur professionnalisation.

L'ABDDM est une association agrée qui s'est donnée comme mission la défense des droits des malades dont l'accès aux soins de santé de qualité. Ce qui suppose une disponibilité des services de soins. Les membres de ces associations ne sont pas nécessairement du domaine de la santé, ne maîtrisant pas assez tous les aspects de la qualité des soins et des services et de la réactivité du système de santé. L'implication d'une telle association permet, en plus des mutualistes (qui peuvent aussi être des membres de l'association) de conduire à une force incitative pour l'amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des soins et services de santé dans les formations sanitaires. L'association pourra mener régulièrement des enquêtes indépendantes pour mesurer la réactivité du système de santé et le niveau de satisfaction des bénéficiaires des services et soins de santé, avec l'appui des interventions du programme.

Synergies/complémentarités avec l'administration (territoriale et sanitaire).

L'administration territoriale facilitera la mise en œuvre du programme par une coordination cohérente et harmonieuse de tous les intervenants au développement. Elle assure la stabilité et la sécurité locale. Elle aura participé dans la détermination des stratégies prioritaires et aussi sera impliquée dans le suivi et l'évaluation du programme. L'administration sanitaire est constituée des bureaux provinciaux de la santé et des bureaux des districts sanitaires. Ces bureaux auront participé à l'alignement du programme à la politique nationale de la santé. Les membres des équipes cadres assureront les supervisions des centres de santé qu'ils encadrent en intégrant les activités visés par le programme. Des décentes conjointes seront organisées pour les supervisions et le suivi et évaluation sur terrain. Dans la mise en œuvre des activités, le programme évitera de se substituer aux responsabilités de l'administration territoriale et sanitaires.

Voir annexe 8 : Tableau Synergie/complémentarité selon secteurs, le groupe cibles, les approches, les partenaires et les ressources au Burundi.

6.7. Liste des abréviations

ABDDM	Association Burundaise pour la défense des malades
ACC	Analyse contextuelle commune
ACNG	acteurs de la coopération non gouvernementale
ADISCO	Appui au développement intégral et à la solidarité sur les collines
AMS	Accouchements en milieu de soins
ASC	Agents de santé
BD	Broederlijk Delen
BDS	Bureau District Sanitaire
BPS	Bureaux Provinciaux de Santé
CAD	Direction de la coopération pour le développement
CAM	Carte d'Assistance Médicale
CAMEBU	Centrale d'Achats des Médicaments Essentiels, des Dispositifs Médicaux et des Produits et Matériels de Laboratoire du Burundi
CDS	Centre de santé
CH	Centre Hospitalier
CNPK	Centre Neuropsychiatrique de Kamenge
CO	Coûts opérationnels
Cosa	Comité de Santé
CPN2	Consultation prénatale 2
CRB	Croix Rouge du Burundi
CRB-CF	Croix-Rouge de Belgique
CS	Centre spécialisé
CSC	Cadre Stratégique Commun
CTB	Coopération Technique Belge
DGD	Direction générale Coopération au développement et Aide humanitaire
ECD	Équipe Cadre de District
EDS	Équipe District Sanitaire
FBP	Financement Basé sur la Performance
FEMUSCABU	Fédération des Mutuelles de santé des caféiculteurs du Burundi
GAR	Gestion axée sur les résultats
HD	Hôpital de district
HDS	Hôpital district sanitaire
HI	Handicap International
LD	Louvain Coopération au Développement
MASMUT	Micro Assurance Santé Mutuelles de Santé
MCS	Mutuelles Communautaires de Santé
MDP	Marqueur de progrès
MFP	Mutuelle de la Fonction Publique
MSV	Médecins Sans Vacances
MUNASA	Mutuelle Nationale de santé
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OS	Objectif spécifique
OSC	Organisation de la Société Civile
PAMUSAB	Plateforme des Acteurs des Mutuelles de Santé au Burundi
PF	Planification Familiale
PPA	Programme pluriannuel
SIS	Système d'Information Sanitaire
SMART	Specific, Measurable, Assignable, Realistic, Time related

SMI/PF	services de santé materno-infantile (SMI) et planification familiale (PF)
SNIS	Système National d'information sanitaire
SOLSOC	Solidarité socialiste
SONUB	Soins Obstétriques et Néonataux d'Urgence Basique
TD	Travail Décent
ToC	Theory of Change
TPS	Technicien de promotion de la santé
TRC	Trajet de renforcement des capacités
WSM	Wereldsolidariteit/Solidarité Mondiale

Memisa - MSV
Programme commun DGD
2017-2021

Partie II : présentation du Programme par pays

3. CSC Bénin - ***Programme Memisa-MSV***

31 mars 2017

Table de matière

3. Bénin 3
1. Liste des partenaires et parties prenantes connus au moment de la demande. 4
2. Théorie du Changement associée au Bénin 9
3. Analyse des risques associée au Bénin 12
4. Description de la prise en compte des recommandations formulées dans le cadre du Dialogue Stratégique lié à un CSC 15
5. OS Bénin 16
5.1 Fiche OS Bénin 16
5.2 Description des résultats Outcome/ Objectif Spécifique Bénin 17
Cadre Logique 17
Description des opérations 19
Promouvoir la bonne gouvernance 20
Améliorer l'offre 21
Appuyer la demande 23
5.3 T3 – Coûts opérationnels Bénin OS 1 24
5.4 Motivation au regard des critères du CAD 25
5.5 Description de la Stratégie de Partenariat spécifique pour le Bénin 29
5.6 Description des Synergies et Complémentarités. 32
Liste de abréviations : 36

3. Bénin

Coûts opérationnels totaux pour le pays :		4.951.425 € (dont Memisa 3.750.000 €, MSV 1.201.425 €)		
Personne de contact en Belgique pour la DGD pour le pays :	Nom : Frank De Paepe Hilde Buttiëns	Organisation : Memisa MSV	Téléphone : +3224541543 +3215400880	E-mail : frank.de.paepe@memisa.be Hilde.buttiens@azv.be
Personne de contact qui représente l'ACNG dans le pays :	Nom : Béatrice Radji	Organisation : Amces	Téléphone : +229 21 38 93 18	E-mail : sante@amces-benin.org

Résumé synthétique du programme pour ce pays (15 lignes maximum) :

Le programme Memisa-MSV veut améliorer la qualité des soins de santé et permettre l'accès aux services de santé au plus grand nombre avec une attention particulière aux populations vulnérables. Nous voulons renforcer les acteurs du système de santé pour qu'ils puissent assumer leurs rôles. La mise en œuvre de la stratégie suit 3 axes de développement :

(1) promouvoir la bonne gouvernance : renforcer le leadership local et la concertation à tous les niveaux; promouvoir les bonnes pratiques d'organisation et de gestion des structures ; documenter les changements introduits, en collaboration avec des institutions de recherche.

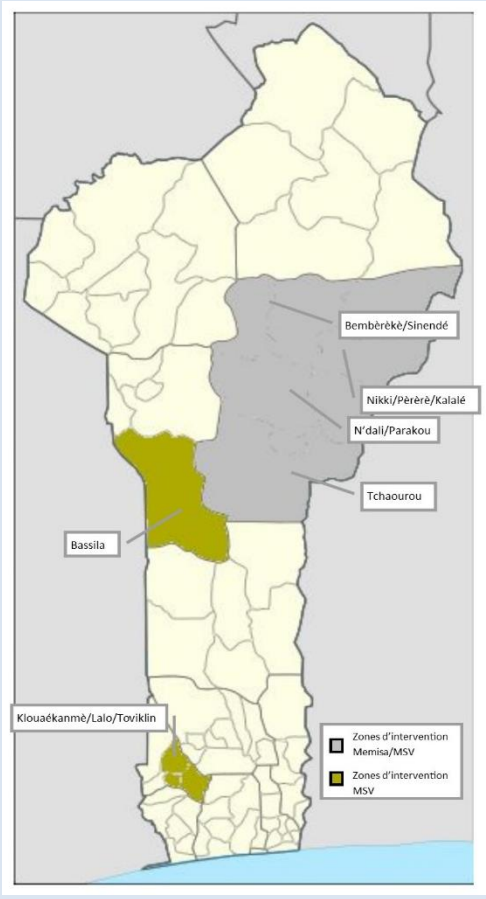
(2) améliorer l'offre : renforcer les capacités médicales des prestataires de soins ; investir dans les infrastructures, équipements médicaments et consommables ; contribuer à l'amélioration de l'organisation interne des services.

(3) appuyer la demande : promouvoir un accès géographique et financier aux soins de qualité acceptables, aussi pour les plus défavorisés ; appuyer différents mécanismes de subvention des soins et de mutualisation des risques ; stimuler les initiatives locales et communautaires ; appuyer le plaidoyer politique et les mouvements sociétaux pour une plus grande solidarité.

Ce programme met un accent particulier aux aspects de la durabilité écologique, de genre et de la digitalisation.

Carte du pays avec localisation des interventions

L'appui aux ZS de Bassila et Klouékanmè/Lalo/Toviklin concerne uniquement les interventions de MSV dans les hôpitaux de zone de Bassila et Klouékanmè.



1. Liste des partenaires et parties prenantes connus au moment de la demande.

Partie prenante 1			
Nom complet et abréviation :	Fondation Hubi et Vinciane – FHV		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	Kwakkelbosstraat 1, 3360 Bierbeek	+32 16 89 00 80	info@hubi-vinciane.be
Personne de contact :	Pascale Van Assche		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	OS 1		
Budget par Outcome :	Budget OS 1 :	0 €/an	0 €/5 ans
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	La FHV est active depuis plus de 30 ans dans la région de Parakou. Partant d'un appui aux 2 hôpitaux St-Jean de Dieu de Boko et St-Martin de Papané, elle veut favoriser un développement intégral de la région, avec des volets additionnels en agriculture et un appui aux écoles. La FHV, qui a un accord de siège avec le Bénin, et dont le représentant légal au Bénin est l'AMCES, fera 2 missions de suivi par an et s'impliquera davantage dans la gouvernance des 2 hôpitaux de Boko et de Papané par sa participation aux réunions des conseils d'administration.		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	25/03/2013		

Partie prenante 2			
Nom complet et abréviation :	Leuvense Universitaire Medische Ontwikkelingssamenwerking en Solidariteit – LUMOS		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	Herestraat 49, 3000 Leuven	+32 16 34 18 55	sandy.groeninck@uzleuven.be
Personne de contact :	Sandy Groeninck		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	OS 1		
Budget par Outcome :	Budget OS 1 :	0 €/an	0 €/5 ans
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	LUMOS est actif dans les hôpitaux St-Jean de Dieu de Boko et St-Martin de Papané depuis la signature d'un accord de collaboration quadripartite avec la Fondation Hubi & Vinciane Memisa et MSV en juin 2015. LUMOS veut réaliser une amélioration des soins médicaux de base et aussi des soins spécialisés, par un renforcement de capacité, par une optimalisation de l'environnement clinique, technique et didactique et par une augmentation de la qualité des services médicaux et paramédicaux dans l'hôpital St. Martin de Papané et l'hôpital St. Jean de Dieu de Boko. LUMOS s'efforce également à créer une tâche d'huile, des réalisations aux hôpitaux mentionnés ci-dessus, dans leurs zones de santé respectives ainsi que dans les autres hôpitaux partenaires de LUMOS (en RD Congo, le Rwanda et le Cameroun) et vice-versa. A cette fin LUMOS a initié dans le programme triennal avec Memisa/DGD (2014-2016) des échanges sud-sud entre l'hôpital St. Luc de Kisantu (en RD Congo) et l'hôpital St. Jean de Dieu de Boko (au Bénin). Vu que cette initiative est encore dans une phase initiale, les bons résultats des expériences pilotes du projet LUMOS/Memisa 2014-2016 seront consolidés et élargis dans le programma quinquennal. En outre, LUMOS vise à renforcer son impact en étant complémentaire et synergique avec d'autres acteurs belges et locaux dans le domaine du développement et en créant des synergies entre ses différents partenaires du Sud (RDC, Bénin, Cameroun et Rwanda). L'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital St. Martin de Papané et l'hôpital St. Jean de Dieu de Boko sera réalisée par le renforcement des capacités et la formation du personnel médical et paramédical. Le transfert d'information sera réalisé par des volontaires des hôpitaux universitaires et de l'université de Leuven, tous membres de LUMOS, et organisé dans un réseau d'échanges (Nord-Sud, Sud-Nord, Sud-Sud, Intra-Bénin, hôpitaux-zones) entre les différents partenaires. La continuité sera sauvegardée en étendant les programmes de formation sur		

	plusieurs années. Les priorités de formation seront développées en étroite collaboration avec Médecins Sans Vacances et les comités de direction de l'hôpital St. Martin de Papané et de l'hôpital St. Jean de Dieu de Boko. Ces priorités seront décrites dans un Trajet de Renforcement de Capacités qui est élaboré sur l'initiative de MSV en étroite collaboration avec LUMOS. Afin d'améliorer l'environnement technique et sanitaire de ces deux hôpitaux, les partenaires partageront d'information pratique, entre autres en ce qui concerne l'inventaire de l'infrastructure et de l'équipement de ces deux hôpitaux et les activités prévues dans ces domaines. En plus les organisations échangeront de bonnes pratiques et d'informations propres en matière d'hygiène hospitalière et de la maintenance. En 2016, l'IMT et KU Leuven ont co-organisé un programme internationale de formation sur l'hygiène hospitalière, avec des fonds VLIR-UOS, Memisa, LUMOS et IMT. Lors de cette formation, des actions CNHU-IMT-LUMOS-MSV ont été planifié dans le domaine de la surveillance microbiologique des infections invasives, la résistance aux antibiotiques et la prévention et le contrôle des infections hospitalières en réseau avec les hôpitaux de Boko et Papané.
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	01/01/2014

Partie prenante 3			
Nom complet et abréviation :	Quamed		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
Personne de contact :	Pas encore connue – nouveaux statuts prévus à partir de 01/01/2017		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	OS 1		
Budget par Outcome :	Budget OS 1 :	0 €/an	0 €/5 ans
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Quamed est un projet destiné à améliorer la qualité des médicaments qui circulent dans les pays en voie de développement à travers l'animation d'un réseau d'organisations à but non lucratif impliquées dans l'approvisionnement en médicaments. La mutualisation des moyens entre tous les partenaires, le partage d'informations vérifiées et validées, le renforcement des capacités techniques des partenaires du réseau, la recherche appliquée au domaine de la qualité des médicaments, le plaidoyer auprès des décideurs et bailleurs de fonds sont les objectifs principaux de QUAMED. Une restructuration de QUAMED est en cours et devrait aboutir début 2017. Memisa prévoit dans le cadre de ce programme une collaboration avec Quamed spécifiquement pour auditer la CAME et son antenne à Parakou. Quamed prévoit également des formations du personnel en BPD (Bonnes Pratiques de Distribution) et des pharmaciens de la CAME en Préqualification en Achats. Un "appui à distance" peut également être organisé, pour aider à élaborer des procédures et pour répondre à des questions.		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	01/01/2017		

Partenaire 1			
Nom complet et abréviation :	Association des Œuvres Médicales Privées Confessionnelles et Sociales au Bénin – AMCES		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	Quartier Agla, Carré 3468 Parcelle A, 08 BP 215 Cotonou, Bénin	+229 21 38 93 18	sante@amces-benin.org
Personne de contact :	Madame Béatrice Radji		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	OS 1		
Budget par Outcome :	Budget OS 1 :	752.986 €/an	3.764.930 €/5 ans

Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Partenaire opérationnel pour la mise en œuvre des interventions au Bénin. AMCES est une association faîtière représentant les formations sanitaires privés à but non lucratif, dont sont membres les quatre hôpitaux de zone privés du département du Borgou bénéficiaires d'un appui dans le cadre du présent programme. Le BEC/AMCES à Cotonou assure la coordination de l'association, et maintient les contacts avec le gouvernement, les partenaires et les bailleurs. AMCES soutient et accompagne ses membres. Elle a un ancrage important au niveau du ministère de la Santé publique ce qui permet et facilite des échanges sur les expériences du terrain (bottom-up) ainsi que sur les dernières évolutions et décisions prises au niveau national (top-down). Une antenne du BEC appelée URAMO est créée à Parakou pour la mise en œuvre du programme et l'accompagnement rapproché.
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	25 mars 2013

Partenaire 2			
Nom complet et abréviation :	Hôpital Saint Jean de Dieu de Boko		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	BP 487 Boko-Parakou, Bénin	+229 23 61 09 34	hopital_boko@yahoo.fr
Personne de contact :	Père ADJE A. A. Dominique		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	OS 1		
Budget par Outcome :	Budget OS 1 :	0 €/an	0 €/5 ans
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Dispenser des soins hospitaliers de qualité. Cadre d'enseignement et de recyclage. Élaboration et réalisation du TRC.		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	1999 (partenaire de MSV) ; 2014 (bénéficiaire direct pour Memisa)		

Partenaire 3			
Nom complet et abréviation :	Hôpital Sounon Séro de Nikki		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	BP 11 Nikki, Bénin	+229 97 24 04 97	rdarate@yahoo.fr
Personne de contact :	Dr DARATE René		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	OS 1		
Budget par Outcome :	Budget OS 1 :	0 €/an	0 €/5 ans
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Dispenser des soins hospitaliers de qualité. Cadre d'enseignement et de recyclage. Élaboration et réalisation du TRC.		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2007 (partenaire de MSV) ; 2017 (bénéficiaire direct pour Memisa)		

Partenaire 4			
Nom complet et abréviation :	Hôpital Saint Martin de Papané		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	BP 03 Tchaourou, Bénin	+229 95 61 00 03	miragues@yahoo.fr
Personne de contact :	Sœur AGUESSI Mireille		

Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	OS 1		
Budget par Outcome :	Budget OS 1 :	0 €/an	0 €/5 ans
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Dispenser des soins hospitaliers de qualité. Cadre d'enseignement et de recyclage. Élaboration et réalisation du TRC.		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2016 (partenaire de MSV) ; 2014 (bénéficiaire direct pour Memisa)		

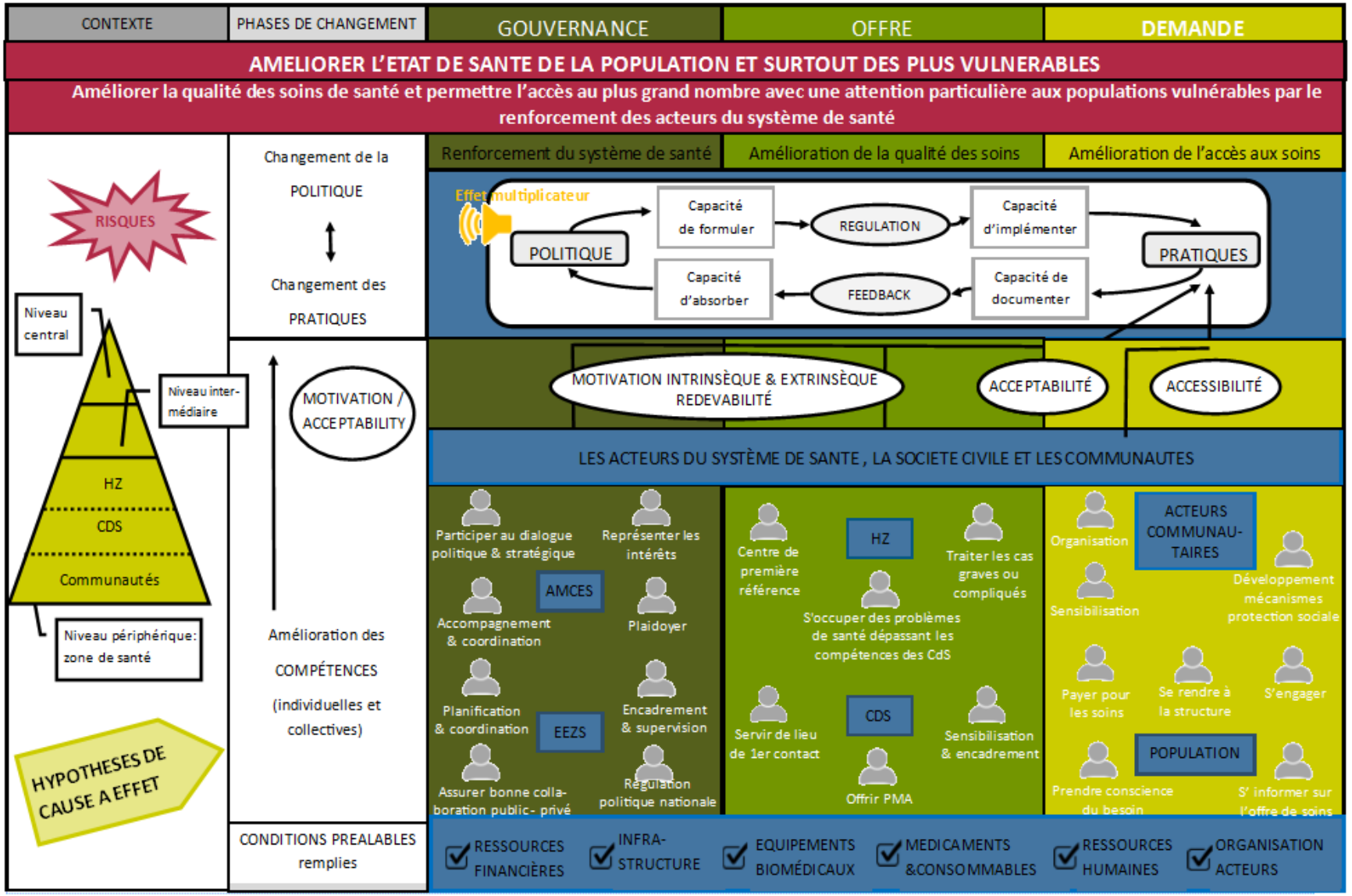
Partenaire 5			
Nom complet et abréviation :	Hôpital Evangélique de Bembéréké		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	BP 28 Bembéréké, Bénin	+229 23 62 10 39	hebueebsim@yahoo.fr
Personne de contact :	Monsieur AOUDI Ibouraïma		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	OS 1		
Budget par Outcome :	Budget OS 1 :	0 €/an	0 €/5 ans
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Dispenser des soins hospitaliers de qualité. Cadre d'enseignement et de recyclage. Élaboration et réalisation du TRC.		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2017 (partenaire de MSV) ; 2017 (bénéficiaire direct pour Memisa)		

Partenaire 6			
Nom complet et abréviation :	Hôpital de Zone de Bassila		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	BP 21 Bassila, Bénin	+229 95 05 62 11	lambertloko@hotmail.com
Personne de contact :	Monsieur LOKO TONOUDJI Lambert		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	OS 1		
Budget par Outcome :	Budget OS 1 :	0 €/an	0 €/5 ans
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Dispenser des soins hospitaliers de qualité. Cadre d'enseignement et de recyclage. Élaboration et réalisation du TRC.		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2015 (partenaire de MSV)		

Partenaire 7			
Nom complet et abréviation :	Hôpital de Zone de Klouékanmè		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	Klouékanmè, Bénin	+229 96 75 68 59	julesgaliano@yahoo.fr
Personne de contact :	Dr Jules GBOVI		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	OS 1		
Budget par Outcome :	Budget OS 1 :	0 €/an	0 €/5 ans

Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Dispenser des soins hospitaliers de qualité. Cadre d'enseignement et de recyclage. Élaboration et réalisation du TRC.
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2017 (partenaire de MSV)

2. Théorie du Changement associée au Bénin



Memisa et MSV veulent contribuer à la construction d'une société béninoise démocratique, où chaque citoyen – homme, femme et enfant – a accès à ses droits fondamentaux et à une vie digne et épanouie, dans un environnement préservé. L'impact recherché des interventions de Memisa et MSV est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population et surtout des plus vulnérables. Les interventions mises en œuvre cherchent à **améliorer la qualité des soins de santé et à permettre l'accès au plus grand nombre, avec une attention particulière aux populations vulnérables, par le renforcement des acteurs du système de santé.**
La stratégie est basée sur trois axes de changement : la promotion de la bonne gouvernance, l'amélioration de l'offre et l'appui à la demande. Memisa travaille sur les trois axes, MSV se concentre sur l'axe de l'amélioration de l'offre. Les thèmes transversaux genre et environnement et la digitalisation reçoivent une attention particulière dans chaque axe de changement.
Memisa et MSV renforcent le système de santé par le renforcement des acteurs cibles afin qu'ils soient en mesure d'assumer leurs rôles dans le système.
Comme ONG de développement, nous partons du principe que nous avons le mandat explicite d'améliorer la qualité en nous alignant d'une façon « critique » à la politique nationale[1] et en collaborant avec les structures étatiques et celles de la société civile. Nous voulons autant que possible éviter une multiplication des structures et des outils, éviter la substitution et plutôt organiser les interventions en s'appuyant sur les capacités locales, en les renforçant. Pour être durables et portées par les acteurs locaux, les solutions devraient être locales.

1. Phases de changement

0. Les conditions préalables

Des ressources humaines et financières, une infrastructure fiable (électricité, eau, bâtiments), un matériel fonctionnel et bien entretenu, des médicaments et consommables de qualité disponibles ainsi que des ressources financières sont des conditions préalables pour dispenser des soins médicaux et paramédicaux de qualité. Vu l'importance en volume des prestations de services et de soins des acteurs de la société civile, institutions confessionnelles et associatives sans but lucratif, leur bonne organisation et représentation est d'une importance capitale pour la concertation au sein du secteur et l'amélioration de la qualité du système.
Le renforcement des capacités ne peut avoir des résultats durables sans ces conditions préalables ; nos deux organisations en ont fait l'expérience sur le terrain.

1.1. Changer les pratiques

Le changement des pratiques commence par l'amélioration des compétences nécessaires dans chaque axe de changement.

H1 : Les compétences individuelles du personnel des structures de santé seront améliorées, si des stages et des formations professionnelles sont organisés (= formation-sur-le-tas).
Pour améliorer des compétences médicales et organisationnelles, nous adoptons la formation-sur-le-tas comme stratégie d'intervention principale en appliquant le modèle d'apprentissage 70-20-10[2] selon lequel un collaborateur efficace et performant acquiert à peu près 70 % de ses connaissances sur le tas, 20 % via un suivi personnalisé ou des contacts sociaux (entretiens, réseaux, feedback) et 10 % seulement via la transmission classique du savoir.

H2 : Le changement des pratiques demande une amélioration des compétences individuelles et une amélioration des compétences collectives.
Par rapport au renforcement de la capacité institutionnelle, nous nous basons sur le modèle des 5 compétences collectives[3]. Il s'agit d'un modèle systémique qui permet de repérer les éléments clés qui font qu'une organisation peut fonctionner et progresser. Le modèle comprend 5 compétences collectives et est utilisé comme point de départ de notre stratégie du « Trajet de Renforcement des Capacités » (TRC) que nous élaborons avec tous nos partenaires.

Nous travaillons d'abord sur le renforcement des capacités de l'association AMCES (Association des Œuvres Médicales Privées Confessionnelles Associatives et Sociales) qui intervient comme partenaire local de mise en œuvre sur les 3 axes de l'intervention. Cette organisation de la société civile joue depuis plus de 30 ans un rôle important comme lien entre hôpitaux

[1] La Stratégie de renforcement du Système de Santé (SRSS) en RDC, deuxième édition, mars 2010
[2] Le modèle 70-20-10 a été développé par Morgan McCall, Robert W. Eichinger et Michael M. Lombardo (Center for Creative Leadership) et est mentionné dans The Careeer Architect Development Planner, 3rd edition, de Michael M. Lombardo et Robert W. Eichinger.(http://www.princeton.edu/hr/learning/philosophy/)
[3] Het Five core capabilities – model werd ontwikkeld door European Centre for Development Policy Management (http://www.ecdpm.org)

et centres de santé privés sociaux (à but non lucratif - catholiques, protestants, musulmans et associatifs) du Bénin. Nous concentrons notre appui sur les 4 rôles de l'AMCES:

- participer au dialogue politique et stratégique au niveau central, à la concertation à tous les niveaux dans les commissions techniques et de concertation du Ministère de la santé ;
- représenter les intérêts des initiatives des OSC membres dans le domaine de la santé et mener le plaidoyer autour des problèmes et dysfonctionnements observés sur terrain ;
- assurer un accompagnement managériale et technique et une coordination des hôpitaux et centres de santé privés sociaux (à but non lucratif) membres et organiser des rencontres d'échanges, des formations et des études ;
- mener le plaidoyer et œuvrer pour le bien-être et la bonne couverture sanitaire des populations.

Sur l'axe de gouvernance ensemble avec notre partenaire local, AMCES, nous nous concentrons sur les compétences suivantes, supposées être celles des Équipes d'Encadrement des Zones Sanitaires (EEZS) : la planification et la coordination des activités ; l'encadrement et la supervision formative des formations sanitaires ; la régulation de la mise en œuvre de la politique nationale ; et l'assurance d'une bonne collaboration public-privé.
Les ZS ont le plus souvent besoin d'un appui technique et opérationnel pour pouvoir réellement encadrer et animer les intervenants pour un résultat optimal au profit de tous, au niveau des hôpitaux et centres de santé par des interventions médicales et techniques couplées à l'échange de connaissances (formation et coaching).

Sur l'axe d'amélioration de l'offre, nous travaillons sur le renforcement des capacités au niveau des centres de santé et des hôpitaux de zone. Nous comptons renforcer les compétences nécessaires pour assumer les fonctions déterminées pour chaque niveau par la politique nationale de santé du Bénin. Les centres de santé sont sensés fonctionner comme 1er contact et offrir le paquet minimum d'activités ; les hôpitaux de zone sont supposés avoir les compétences pour gérer aussi les cas plus difficiles et référés, offrir des services spécialisés et de qualité, offrir le paquet complémentaire d'activités et servir de lieu de recherche opérationnelle, d'enseignement, de formation et de recyclage.

En ce qui concerne l'axe de la demande, il y a différents obstacles potentiels auxquels la population est confrontée et qui font que les soins ne soient pas accessibles pour tous. On se réfère au cadre conceptuel de Levesque et. al. [4], qui décrit les 5 capacités requises pour accéder aux soins de santé : « *1) Ability to perceive; 2) Ability to seek; 3) Ability to reach; 4) Ability to pay; and 5) Ability to engage ».*
La santé communautaire occupe une place de choix dans la politique sanitaire nationale, il importe donc de donner les moyens aux relais communautaires de jouer leur rôle. Nous renforçons les capacités de sensibilisation et d'organisation des acteurs communautaires afin de parvenir à une réelle participation communautaire (bonne gouvernance et suivi communautaire de la qualité de soins). Nous stimulons et contribuons à l'application et au financement de différents mécanismes de protection sociale en santé.

Nous sommes conscients que l'amélioration des compétences ne résulte pas nécessairement en un changement des pratiques.

H3 Pour qu'un individu présente un comportement effectif et mette les compétences acquises en pratique, la motivation intrinsèque et extrinsèque et la redevabilité sont indispensables.
Au niveau de l'offre et de la gouvernance la motivation intrinsèque et extrinsèque (des facteurs dans l'environnement professionnel et social) ainsi que la redevabilité sont considérées des facteurs cruciaux pour qu'un individu soit performant et mette ses compétences en pratique[5]. Le fait de renforcer le plateau technique (équipement en matériel biomédical, de réhabiliter/étendre une infrastructure) et les compétences du personnel contribue à la motivation intrinsèque du personnel.

[4] Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualizing access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, *12*(1), 18. doi:10.1186/1475-9276-12-18: "*we view access as the opportunity to identify healthcare needs, to seek healthcare services, to reach, to obtain or use health care services, and to actually have a need for services fulfilled. We conceptualize five dimensions of accessibility: 1) Approachability; 2) Acceptability; 3) Availability and accommodation; 4) Affordability; 5) Appropriateness. In this framework, five corresponding abilities of populations interact with the dimensions of accessibility to generate access. Five corollary dimensions of abilities include: 1) Ability to perceive; 2) Ability to seek; 3) Ability to reach; 4) Ability to pay; and 5) Ability to engage."*

[5] Bennett S, Franco LM. *Public sector health worker motivation and health sector reform: a conceptual framework.* Bethesda, MD, Abt Associates Inc. for Partnershios for Health Reform Project, 1999 (Major Applied Research 5, Technical Paper 1) in *The World Health Report 2006 – Working together for health, Chapter 4, Making the most of existing health workers*, p 71.

1.2. Apprendre des pratiques et influencer la politique

H4 : Si les compétences d'analyser et de documenter sont améliorées, les acteurs cibles ont l'opportunité d'apprendre des pratiques et d'influencer le niveau décisionnel.
À cette phase nous voulons documenter les changements introduits pour capitaliser les expériences et influencer le niveau décisionnel. L'AMCES, qui est notre partenaire principal, peut jouer un rôle très important à ce niveau : le rôle de catalyseur entre les partenaires périphériques (structures soignantes) et le partenaire étatique (niveau intermédiaire ou central).

1.3. Du changement des pratiques aux outcomes

H5 : Si les acteurs du système de santé assument leurs rôles dans le système de santé, la qualité des soins sera améliorée.

H6 : Si des mécanismes financiers existent et les services des soins sont perçus comme acceptables, la population aura un meilleur accès aux services sanitaires.
Au niveau de la demande on travaille sur les barrières de l'accessibilité, mais le fait que des services sanitaires sont fonctionnels et accessibles (géographiquement et financièrement), ne garantit pas l'utilisation des services.
À côté de l'accessibilité, l'acceptabilité fait que quelqu'un va réellement utiliser des services sanitaires. La population doit avoir de confiance dans la capacité du service sanitaire de résoudre leur souffrance. L'acceptabilité est considérée comme l'accessibilité psychologique ou culturelle[6]. Nous influençons cet aspect d'acceptabilité en renforçant la qualité des soins offerts aux structures de santé.

H7 Si le leadership local des équipes d'encadrement des zones sanitaires et des équipes de gestion des hôpitaux, ainsi que la Participation Communautaire sont renforcés, alors le fonctionnement du système local de santé sera amélioré.
L'OMS identifie le leadership et la gouvernance comme un des 6 piliers d'un système de santé[7].
Le renforcement du leadership est une stratégie principale pour arriver à un système de santé performant.

1.4. Des outcomes à l'impact

Memisa et MSV veulent contribuer à l'objectif final : la garantie de l'accès aux soins de qualité fait que l'état de santé de la population sera amélioré.

2. De la Théorie de changement à la stratégie d'intervention

Nos stratégies d'intervention du programme précédent – pour Memisa la mise en œuvre locale du programme par le partenaire local AMCES et l'accompagnement rapproché des bénéficiaires directs par une antenne de l'AMCES et pour Médecins Sans Vacances la mise en œuvre des « Trajets de Renforcement des Capacités » (TRC) avec les hôpitaux- sont les stratégies clés de notre programme commun. Nous travaillons sur 3 axes : l'amélioration de la gouvernance, de l'offre et de la demande.
Pour plus d'information sur la stratégie opérationnelle voir chapitre 6.2. et le schéma de la logique d'intervention en annexe

3. Analyse des risques associée au Bénin

Pour une analyse des risques associée au secteur santé au Bénin en général, nous nous référons au chapitre 9.2 de l'Analyse Contextuelle Commune du Bénin (ANALYSE DES RISQUES ET OPPORTUNITÉS PAR DOMAINE D'INTERVENTION – domaine de la Santé, p91-92)
L'analyse des risques par rapport aux interventions spécifiques de Memisa-MSV est présentée ci-dessous :

[6] Van Damme, et.al Public Health Module 2 Health service organization course book, 2011.
[7] WHO, Everybody's business strengthening health systems to improve health outcomes, 2007.

Probabilité	1	Improbable	Effets	1	Négligeable	Niveau de risque (prob. x effet)	<5	Bas	Impact sur résultat	Identifier sur quel(s) résultat(s) le risque aurait de l'impact. Utilisez ici la numérotation du cadre logique
	2	Possible		2	Petit		6-10	Moyen		
	3	Probable		3	Moyen		11-15	Haut		
	4	Presque sûr		4	Grand		16-20	Extrême		
				5	Sérieux					

Estimation du risque					Gestion du risque (pour les niveaux hauts et extrêmes)			Suivi du risque	
Source et nature du risque	Probabilité	Effets	Niveau de risque	Impact résultat	**Traitement**	**Responsable**	**Timing**	**Responsable**	**Timing**
Les autorités politico-administratives du Bénin et le niveau intermédiaire ne jouent plus leur rôle de régulateur du secteur et d'encadrement des Zones sanitaires.	2	4	8	R1					
Les membres des organes de contrôle et le personnel de direction et de gestion du partenaire AMCES sont instables.	3	4	12	R1 R2 R3 R4	Politique de rétention ; renforcement institutionnel ; renforcement des capacités organisationnelles	AMCES ; Memisa ; MSV	A tout moment	AMCES ; MEMISA ; MSV	Permanent ; Evaluation annuelle
Les grèves dans le public reprennent et la différence des conditions de travail entre public et privé social augmentent.	3	3	9	R2 R3					
Les MEG et consommables médicaux ne sont pas disponibles à la Centrale d'Achat (CAME) et sa filiale à Parakou	4	3	12	R2	Recherche d'autres fournisseurs qualifiés de MEG et consommables pour les produits non disponibles à la CAME	AMCES/BEC ; AMCES/URAMO	A tout moment	AMCES/BEC ; AMCES/URAMO	Trimestriel
Le personnel n'est pas disponible en nombre suffisant dans les FS.	3	5	15	R3	Politique de rétention ; plaidoyer auprès du ministère pour avoir suffisamment de personnel	HZ ; ZS ; AMCES	A tout moment	HZ ; ZS ; AMCES	Permanent
L'Etat n'arrive pas à tenir ses engagements en matière de subvention des soins, notamment pour les soins gratuits et la subvention selon la performance/FBR.	3	4	12	R1 R2 R3 R4	Plaidoyer auprès du ministère	AMCES	A tout moment	AMCES	Trimestriel

Les autres déterminants de la santé se détériorent (eau, éducation, pouvoir d'achat, etc.).	2	4	8	OS					
Il y a des perturbations majeures de l'état de santé de la population (épidémies, catastrophes, etc.)	2	3	6	OS					
Les différents partenaires et PTF ne favorisent pas la synergie et collaboration au niveau communautaire	2	3	6	R4					
Les mutuelles ne sont pas associées au RAMU et les PTF ne donnent aucun appui aux mutuelles de santé	2	5	10	R4	Plaidoyer auprès du ministère et auprès des PTF	AMCES	A tout moment	AMCES	Trimestriel
Les acteurs concernés ne partagent pas les informations nécessaires	2	4	8	OS					
Le taux de pauvreté augmente au sein de la population bénéficiaire finale	2	4	8	R4					

4. Description de la prise en compte des recommandations formulées dans le cadre du Dialogue Stratégique lié à un CSC

On se réfère à la Fiche d'Appréciation DGD – Dossiers 2017-2021 – Avis CSC Bénin et au PV du Dialogue Stratégique sur le CSC Bénin, tenu à Cotonou le 10 juin 2016, en ajoutant des explications supplémentaires seulement si pertinent pour notre programme.

- Intégration des thématiques tranversales et particulièrement de la digitalisation

Les thèmes transversaux CS7 sont pris en considération à travers les interventions et plusieurs indicateurs sont spécifiques pour le genre ou l'environnement. La nouvelle priorité politique, la digitalisation, et la mise en commun par rapport aux nouvelles technologies sont prises en considération spécifiquement. Pour plus d'information voir la logique d'intervention.

- Inscription du programme dans les Cibles stratégiques et les approches communes du CSC Bénin

Ce programme s'inscrit dans la plupart des approches communes de la Cible stratégique commune 2. Voir 6.4.2 Description de l'Efficacité.

Voici pour la prise en compte d'autres aspects traités lors du Dialogue stratégique par le programme de Memisa et MSV :

- Théorie du Changement

La théorie de changement a été développée pour l'ensemble du programme Memisa-MSV, suivant la stratégie commune, et est contextualisée par pays. Voir point 3.

- Mise en œuvre opérationnelle des approches communes

Même si les différents ACNG ne travaillent en général pas géographiquement au même endroit, on tente de créer une collaboration et complémentarité thématiques et intersectorielles. Voir point 6.6 Description des Synergies et Complémentarités.

- Approche commune en matière de partenariat

Là où plusieurs ACNG travaillent avec le même partenaire de la société civile ou la même autorité décentralisée, nous nous inscrivons dans les principes de transparence et de plan d'action unique, géré par le partenaire.

- Prise en compte du CSC travail décent

Memisa et MSV échangeront avec les organisations du CSC Travail Décent ou leurs représentants au sein du Forum des acteurs Belges au Bénin, utilisant celui-ci comme forum ouvert pour le partage de connaissances et d'expériences entre les OSC/AI belges et avec la Coopération belge sur des thématiques, des programmes et des défis communs.

Lors de ces échanges, de nouvelles opportunités de complémentarité et de synergie pourront se présenter entre les OSC belges du CSC Travail Décent et des OSC belges participantes au CSC du pays, dont Memisa et MSV, notamment autour de la problématique de l'accès aux soins de qualité.

- Cohérence entre coopération gouvernementale et non-gouvernementale

La cohérence et la complémentarité avec la coopération gouvernementale sont évidentes, vu le fait que nos stratégies d'interventions sont très similaires et complémentaires. Memisa et MSV interviennent plutôt au niveau des structures périphériques du système de santé et en appui à la société civile et aux autorités décentralisés, là où la CTB intervient plutôt au niveau central et intermédiaire, par un appui institutionnel. Toutes les interventions de Memisa et MSV s'inscrivent dans le PNDS du Bénin. MSV intervient aussi dans les Hôpitaux des ZS de Bassila et Klouékanmè, qui sont appuyées par la CTB.

5. OS Bénin

5.1 Fiche OS Bénin

Outcome (Anglais ou Espagnol ou Français) :		Améliorer la qualité des soins de santé et permettre l'accès aux soins du plus grand nombre avec une attention particulière aux plus vulnérables par le renforcement des acteurs du niveau périphérique du système sanitaire			
Pays :		Bénin	Cet outcome/objectif est-il couvert pas un CSC ?		Oui
Province(s) / Etat(s) ciblé(s) :		Subnational admin level 1	subnational admin level 2	Longitude	Latitude
Parties prenantes :	FHV				
	LUMOS				
	Blue Square				
	Quamed				
Partenaires locaux :	AMCES\BEC AMCES\URAMO	Littoral Borgou	Cotonou Parakou	2° 21' E 2° 38' E	6° 23' N 9° 21' N
	Hôpital Saint Jean de Dieu de Boko	Borgou	Parakou	2° 37' E	9° 29' N
	Hôpital Sounon Séro de Nikki	Borgou	Nikki	3° 12' E	9° 56' N
	Hôpital Saint Martin de Papané	Borgou	Tchaourou	2° 36' E	8° 49' N
	Hôpital Evangélique de Bembéréké	Borgou	Bembéréké	2° 39' E	10° 13' N
	Hôpital de Zone de Bassila	Donga	Bassila	1° 39' E	9° 0' N
	Hôpital de Zone de Klouékanmè	Couffo	Klouékanmè	1° 52' E	7° 2' N
Groupe-cible :		Cible direct : les zones sanitaires, les formations sanitaires et leur personnel			
Bénéficiaires (nature, et nombre [lorsque connu]) :		La population des zones sanitaires ciblées (1.530.351 personnes) et spécifiquement les personnes vulnérables			
Secteur principal :		120 Santé			
Interactions des demandeurs :		Ensemble, et avec le partenaire local opérationnel AMCES pour la mise en œuvre des interventions communes au Bénin, Memisa et MSV travailleront sur le renforcement des capacités du personnel des hôpitaux appuyés, les investissements en infrastructures et en équipements médicaux liés aux formations, et la gestion durable du matériel et des équipements biomédicaux (voir partie I : Description de la stratégie de collaboration du programme multi-acteurs).			
Autres organisations impliquées :		Chaîne de l'Espoir Belgique, Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, APEFE, PROTOS, CEBIOS, CTB, WSM-ANMC et IFSI/ISVI			
Coûts opérationnels de l'outcome/objectif spécifique (total) :		Total : 4.951.425 € (dont Memisa 3.750.000 €, MSV 1.201.425 €)			
Markers :					
	Environnement				1
	RIO : désertification				0
	RIO : biodiversité				0
	RIO : CC adaptation				0
	RIO : CC mitigation				0
	Genre				1
	Bonne Gouvernance				2
	Santé génésique, maternelle, néonatale et infantile (SGMNI)				2
	HIV/Aids				1
	Droits des enfants				1
	Trade development				0

5.2 Description des résultats Outcome/ Objectif Spécifique Bénin

Cadre Logique

	Baseline 2015	An 3	An 5	Sources de vérification	Acteur(s) impliqué(s)
Cible stratégique 2 CSC BENIN	**Améliorer la qualité, la disponibilité et l'accessibilité (financière, géographique et culturelle) des soins de santé pour tous**				
Outcome/ Objectif spécifique 1	Améliorer la qualité des soins de santé et permettre l'accès aux soins du plus grand nombre avec une attention particulière aux plus vulnérables par le renforcement des acteurs du niveau périphérique du système sanitaire				Memisa & MSV
Hypothèses	*Les autres déterminants de la santé ne se sont pas détériorés (eau, éducation, pauvreté…); Pas de perturbations majeures de l'état de santé de la population; Il y a une complémentarité avec la coopération bilatérale au niveau d'appui institutionnel du ministère de la santé et avec d'autres ACNG et parties prenantes ; Les normes de la zone de santé sont respectées pour ce qui concerne la couverture en structures de santé et l'affectation du personnel ; Les acteurs concernés partagent les informations nécessaires*				
Augmentation du pourcentage des services TRC avec une diminution/stabilisation du taux de décès intra-hospitalier (HZ)	*			Rapport annuel HZ	MSV
Augmentation du taux de satisfaction des clients externes des HZ (genre spécifique)	*			Enquêtes communautaires de satisfaction sur un échantillon (évaluations externes, grille FBR)	Memisa & MSV
Augmentation du taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié dans les ZS (FS)	75%	80%	85%	SNIGS – proportion APA/nombre accouchements prévu (4%)	Memisa
Augmentation du taux d'utilisation des services de santé dans la ZS (FS)	55%	60%	65%	SNIGS	Memisa
Résultat 1	La société civile locale est appuyée et la participation communautaire stimulée en interaction avec des équipes cadres et des organes de contrôle et de gestion des ZS et des FS fonctionnels dans le département du Borgou dans la poursuite du droit à la santé.				Memisa
Hypothèses	*Les partenaires pertinents de la société civile sont identifiés ; des relations de confiance durables sont construites entre l'Etat et les OSC ; les acteurs OSC continuent d'accepter l'intégration opérationnelle dans le système de santé ; le niveau intermédiaire joue son rôle d'encadrement des Zones de Santé ; les normes de la ZS sont respectées pour ce qui concerne l'affectation de personnel ; les EEZS s'approprient l'encadrement et le suivi de tous les acteurs*				
Pourcentage de personnel des EEZS et des Directions des HZ ciblés formés en bonne gouvernance au cours du programme		60%	80%	Rapports programme	Memisa
Augmentation de la proportion des Comités de santé des ZS et Conseils d'administration des HZ fonctionnels (selon les critères établis)	*	80%	90%	Rapports	Memisa

Augmentation du taux de malades hospitalisés aux HZ reçus en référence	20%	22%	25%	SNIGS: nbre de référés des CS / nbre d'admissions en hospitalisation	Memisa
Résultat 2	Les équipements, les infrastructures et l'approvisionnement en médicaments dans les structures cibles sont améliorés.				Memisa & MSV
Hypothèses	*La CAME et ses antennes fonctionnent ; les normes de la zone de santé sont respectées pour ce qui concerne la couverture en structures de santé et l'affectation du personnel ; les structures de santé disposent des ressources d'énergie durables ; le Ministère de Santé continue la subvention des soins gratuits et selon la performance/FBR*				
Augmentation de la proportion d'infrastructures répondant aux normes/en bon état	*			Grille FBR	Memisa
Augmentation de disponibilité des MEG traceurs au dépôt répartiteur de la ZS (CS et HZ)	*	80%	85%	Grille FBR	Memisa
Proportion du matériel biomédical acheté au cours du programme en utilisation (milieu spécifique – gestion durable)		90%	90%	Fiche technique	MSV
% des HZ appuyés qui rapportent un progrès par rapport à la maintenance préventive du matériel	**	50%	80%	Rapport annuel TRC	MSV
Résultat 3	Les compétences médicales et organisationnelles du personnel des formations sanitaires ciblées sont améliorées.				Memisa & MSV
Hypothèses	*Les normes de la zone de santé sont respectées pour ce qui concerne la couverture en structures de santé et l'affectation du personnel ; le personnel des structures de santé est disponible pour participer aux formations ; les structures de santé facilitent la formation continue de leur personnel ; le Ministère de Santé continue la subvention des soins gratuits et selon la performance/FBR*				
% de personnes formées/ prévues issues des ZS au cours du programme (genre spécifique)		80%	90%	Rapports de formation, plans d'action	Memisa
Diminution du ratio de mortalité périnatale parmi les Accouchements Professionnellement Assistés	37/1000 NV	35/1000 NV	30/1000 NV	SNIGS: mort-nés + décès < 7 jours/ nombre naissances	Memisa
% des HZ appuyés qui rapportent un progrès (de min 50% des MDP) par rapport à l'application des compétences médicales	**	60%	80%	Rapport annuel TRC	MSV
% des HZ appuyés qui rapportent un progrès (de min 50% des MDP) par rapport à l'application des compétences organisationnelles	**	60%	80%	Rapport annuel TRC	MSV
Résultat 4	L'accès géographique et financier aux soins de santé est amélioré et les soins sont acceptables pour la population du Borgou.				Memisa
Hypothèses	*Les normes de la zone de santé sont respectées pour ce qui concerne la couverture en structures de santé ; le Ministère de Santé continue la politique de la gratuité des soins de santé pour la césarienne, le paludisme et la*				

	tuberculose ; le taux de pauvreté au Benin n'augmente pas ; les autorités politico-administratives collaborent				
Augmentation du taux de rétention du personnel féminin qualifié au sein des FS éloignées et défavorisées	*			Rapports programme	Memisa
Augmentation du taux d'utilisation des méthodes contraceptives dans les ZS	18%	20%	23%	SNIGS	Memisa
% de relais communautaires formés/prévus issus des ZS au cours du programme (genre spécifique)		50%	90%	Rapports programme	Memisa
Diminution de la proportion de ménages avec des dépenses de santé catastrophiques	*	10%	5%	Enquêtes communautaires sur un échantillon (enquêtes et évaluations)	Memisa
Conditions préalables :	Paix et stabilité politique ; les problèmes de faible régulation, d'instabilité du personnel et de concurrence déloyale ne s'aggravent pas ; le fonctionnement actuel du système de santé est maintenue, y inclus les financements existants.				
Typologie des activités :	Fourniture équipement (matériel médical et non-médical), moyens de transport, médicaments et consommables, fourniture, pièces de rechange, carburant et lubrifiant ; assainissement et réhabilitation ; bourses, formations, stages et renforcement de capacité technique, gestionnaire et organisationnel ; sensibilisation, protection sociale, assurance ; missions, évaluations, audits, recherche et documentation ; fonctionnement bureau partenaire local ; appui partenaire local pour fonctionnement, salaires du personnel local et international.				

** Le baseline pour cet indicateur sera déterminé en avril 2017 après avoir reçu les rapports annuels de 2016 des hôpitaux partenaires et des zones sanitaires.*

***Le baseline pour les indicateurs basés sur des marqueurs de progrès seront déterminés en mars 2017 après avoir reçu les rapports TRC 2016 des hôpitaux partenaires. Pour un exemple des marqueurs de progrès: annexe 9*

NB : Les indicateurs concernent la moyenne des 4 ZS pour Memisa et des 6 HZ pour MSV

L'intervention, qui vise à renforcer le système de santé au niveau périphérique, susceptible d'être influencé par son environnement complexe et par des autres acteurs, nous oblige de mettre sur pied un système GAR assez flexible qui nous permet d'adapter à tout moment nos stratégies d'intervention aux réalités changeantes.

Le ToC et le cadre logique constituent les fondements du système GAR de ce programme pluriannuel. Le cadre logique est alimenté par 2 courants des données. D'une part, les données nécessaires pour calculer les indicateurs qui se trouvent le plus possible dans le SNIGS, pour éviter des mécanismes parallèles de monitorage. Pour certains indicateurs (eg. fonctionnalité HZ) nous utilisons la conformité aux normes du ministère de la santé et les grilles d'évaluation du FBR.

D'autre part, MSV utilise un système de suivi avec deux volets : un volet partenaire pour le suivi et évaluation de chaque partenaire dans le cadre de son TRC et un volet pays basé sur le cadre logique. Le système de suivi du volet partenaire est basé sur des marqueurs de progrès ce qui nous donne des données qualitatives sur le progrès chez un partenaire. Dans le cadre logique nous utilisons des indicateurs quantitatifs qui intègrent les données du volet partenaire.

En général, nous utilisons une combinaison des indicateurs de processus, de résultats et d'impact, quantitatifs et qualitatifs, et avec une attention spécifique pour le genre et l'environnement. Tous les indicateurs sont formulés d'une manière SMART et doivent nous permettre d'attribuer nos interventions aux résultats escomptés et d'évaluer notre contribution à l'objectif spécifique et l'impact recherché. Etant donné qu'il s'agit d'une intervention répandu sur 6 zones sanitaires et avec une nouvelle combinaison des structures bénéficiaires de Memisa et de MSV, les valeurs de base de certains indicateurs ne sont pas encore connues et seront déterminées au début de l'intervention. Des enquêtes communautaires, organisées lors des évaluations externes, nous permettront d'avoir une idée réelle sur l'impact de l'intervention auprès des bénéficiaires finaux, une valeur ajoutée importante.

Description des opérations

Objectif spécifique : améliorer la qualité des soins de santé et permettre l'accès au plus grand nombre avec une attention particulière aux populations vulnérables par le renforcement des acteurs du système de santé du niveau périphérique.

L'objectif spécifique reste dans la continuité des programmes précédents de Memisa et MSV. Les résultats intermédiaires se focalisent autour des 3 grands axes de développement. Pour obtenir nos résultats en renforçant les capacités des acteurs du système de santé, nous travaillerons sur les trois axes d'intervention dans les ZS du département du Borgou. Dans les hôpitaux de zone de Bassila et Klouékanmè nous nous concentrons uniquement sur l'offre. Ces deux hôpitaux sont appuyés par la CTB qui travaille entre autres sur la gouvernance et la demande.
Les thèmes transversaux **genre et environnement** reçoivent une attention particulière dans chaque axe.
Le renforcement du système national d'information sanitaire est un des objectifs du PNDS. Cet objectif poursuit un seul résultat à savoir : «La disponibilité de l'information sanitaire de qualité est assurée pour une meilleure prise de décision». Le Bénin a retenu le logiciel DHIS2. Conformément au PNDS et tenant compte des priorités de la coopération belge, la **digitalisation** est pris en considération.

Memisa et MSV travaillent avec le partenaire local **AMCES**. Ce dernier est présent et fonctionnel comme organisation faîtière depuis plus de 30 ans. La capacité d'accueil des membres de l'AMCES, en termes de lits d'hospitalisation installés, représente 36,4% de la capacité au niveau national. En volume des soins hospitaliers les activités des membres de l'AMCES représentent 47,3% des malades hospitalisés au Bénin. AMCES a signé une convention de partenariat avec le Ministère de la Santé du Bénin depuis le 22 Novembre 2002, enregistré sous le N° 213/MSP/DC/SGM/CTJ/DNSP/SA. Six de ses membres sont érigés en hôpitaux de zone. L'exécution même du programme renforce ses capacités et son efficacité comme représentant, défenseur et accompagnateur de ses membres dans tout le Bénin et l'intervention a ainsi un effet multiplié. AMCES représente Memisa et MSV à certaines occasions et maintient les contacts avec tous les partenaires, les bailleurs et les autorités. AMCES est un partenaire important et très présent dans tous les fora de consultation et de concertation au niveau du Ministère de la Santé. Elle a créé une antenne (URAMO) pour la mise en œuvre et l'accompagnement rapproché du programme au Borgou. Elle a un ancrage important au niveau du ministère de la Santé ce qui permet et facilite des échanges sur les expériences du terrain (bottom-up) ainsi que sur les dernières évolutions et décisions prises à ce niveau (top-down).

Promouvoir la bonne gouvernance

R1 : La société civile locale est appuyée et la participation communautaire stimulée en interaction avec des équipes cadres et des organes de contrôle et de gestion des ZS et des FS fonctionnels dans le département du Borgou dans la poursuite du droit à la santé.
Nous travaillerons sur les aspects suivants au niveau du R1 (la gouvernance) :

- Renforcement de la capacité organisationnelle et opérationnelle de l'AMCES et de son unité rapprochée d'accompagnement et de mise en œuvre (URAMO/AMCES) à Parakou comme poste avancée de l'AMCES
- Renforcement du leadership local à partir de la périphérie : des communautés, des acteurs de la société civile, des équipes d'encadrement des zones sanitaires et des directions des hôpitaux.
- Renforcement des mécanismes de concertation multi-acteurs et d'intégration des programmes verticaux afin d'aider à remédier à la fragmentation des interventions.
- Documenter les changements introduits pour capitaliser les expériences et influencer le niveau décisionnel. Collaborer avec des institutions de recherche et des organisations avec des compétences complémentaires pour renforcer les capacités et la crédibilité des actions. Ceci nous permet d'adapter nos interventions aux évidences et aux avis des experts et de renforcer nos capacités ainsi que les capacités de nos partenaires/ bénéficiaires.
- Être actif dans les plateformes d'échange et de réseautage au Bénin via notre partenaire local AMCES et en Belgique. Ceci nous donne des opportunités d'apprentissage, de concertation, de planification stratégique, et de collaboration effective avec nos partenaires belges et internationaux sur le terrain, afin de mieux participer à la mission d'améliorer l'efficacité de l'aide et de renforcer la vision de droit à la santé pour tous.

Genre
Les systèmes de santé sont traversés par les inégalités de genre ayant cours dans les sociétés où ils sont implantés et peuvent contribuer à les perpétuer. Ainsi, la hiérarchie et la structure d'un système de santé peuvent être discriminatoires, non seulement en termes d'accessibilité aux services, mais aussi en termes de gestion des ressources humaines. Ainsi nous travaillons sur le renforcement des capacités aux niveaux intermédiaire et périphérique pour une analyse genre des politiques et de la planification/gestion des ressources humaines, et sur la sensibilisation des acteurs sur la gestion des carrières et les conditions de travail. Les indicateurs utilisés sont également genre spécifique.

Environnement
Nos partenaires et les autorités sanitaires décentralisés dans les zones d'intervention sont stimulés et formés pour porter le message et sensibiliser les bénéficiaires sur la protection de l'environnement.

Digitalisation
Nous comptons mettre en place un Solution technologique de suivi et d'évaluation et de mesure de la qualité des soins avec le logiciel DHIS2 aligné au MSP pour le monitorage et le suivi des interventions de Memisa (voir annexe 5).

- Composante 1 : Mise en place d'une application mobile android de collecte de données.
- Composante 2 : Mise en place d'une solution open source de gestion des données (logiciel DHIS2).
- Composante 3 : Développement d'un tableau de bord basé sur le web de visualisation des résultats

Améliorer l'offre

Le deuxième axe comprend deux résultats attendus, le premier ciblé sur *la disponibilité* des soins, le deuxième sur *la qualité* des soins.

Les Trajets de Renforcements de Capacités (TRC) développées par MSV
L'approche des TRC a été développée par MSV en 2013 pour mieux encadrer son appui offert aux partenaires. MSV a organisé une évaluation de l'élaboration et de la mise en œuvre des TRC de laquelle ressort clairement que le choix de travailler avec des TRC a été un bon choix et dans ce programme 2017-2021 nous continuerons avec cette approche.
L'idée de travailler avec des TRC opérationnalise la stratégie de MSV en ce qui concerne le renforcement de capacités des hôpitaux. Les TRC créent des opportunités pour mieux planifier, exécuter et gérer des processus de renforcement des capacités (plus d'explications sous 6.5. stratégie de partenariats). Dans ce programme nous exécutons les TRC déjà élaborés avec l'Hôpital Sounon Séro de Nikki, l'Hôpital de Zone de Bassila, l'Hôpital Saint Martin de Papané et l'Hôpital Saint Jean de Dieu de Boko. Avec l'Hôpital Evangélique de Bembéréké et l'Hôpital de Zone de Klouékanmè un TRC sera élaboré au début du programme.
Pour réaliser les TRC ensemble avec nos partenaires et renforcer leur capacités médicales, techniques et organisationnelles, nous prévoyons une diversification des activités autre que des missions des volontaires de terrain : la facilitation des échanges sud-sud, l'organisation des ateliers et des formations régionales et le suivi rapproché des prestataires par des consultants locaux. A côté des initiatives/des missions de renforcement des capacités médicales, des missions en gestion hospitalière, hygiène hospitalière et gestion de stock seront organisées. Les hôpitaux reçoivent un appui en matériel biomédical, consommables et médicaments. Une formation sur l'utilisation et la maintenance préventive des équipements médicaux est également prévue.

R2 : Les équipements, les infrastructures et l'approvisionnement en médicaments dans les structures cibles sont améliorés et les structures sont utilisées.
Ici nous travaillerons sur les aspects suivants :

- Disponibilité du matériel médical parce qu'une partie du matériel est amorti et un manque d'équipement entraîne un retard et des manquements dans la prise en charge des malades et démotive le personnel.
- Formation des techniciens des HZ sur la maintenance préventive des équipements médicaux car l''entretien et la maintenance restent une préoccupation constante.
- Renforcement de la gestion des médicaments et assurer la disponibilité des méthodes contraceptives dans la ZS.
- Disponibilité des infrastructures parce que les infrastructures ne sont pas toutes conformes aux normes du Ministère de la Santé et ne répondent pas toutes aux normes de l'hygiène hospitalière. Des actions devront être mises en œuvre pour la réhabilitation ou construction de certains services dans les hôpitaux et l'exécution des ouvrages d'assainissement.

R3 : Les compétences médicales et organisationnelles du personnel des formations sanitaires ciblées sont améliorées.
Ce résultat est focalisé sur l'amélioration de *la qualité* des soins et des services, à travers le renforcement des capacités des ressources humaines.

- Renforcement des compétences médicales du personnel des zones de santé cibles parce qu'on constate une insuffisance quantitative et qualitative du personnel de santé élevée et accentuée par des déséquilibres importants par rapport à leur distribution entre les régions, et entre les zones urbaines et les zones rurales.
- Renforcement organisationnel des structures cibles : une meilleure planification opérationnelle devra permettre aux structures cibles de jouer pleinement leurs rôles dans le système de santé.
- Renforcement du système référence et contre-référence et la qualité des prestations d'urgence aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants de moins de cinq ans

- Intégration opérationnelle des acteurs privés à intérêt public dans le système de santé: promouvoir l'intégration opérationnelle continue des hôpitaux privés sociaux comme HZ ou hôpitaux secondaires.
- Appuyer la santé scolaire dans 7 écoles primaires des arrondissements de Sirarou et de Papané : formation en hygiène, assainissement et planning familial pour les enseignants, trousse de secours, visite médicale des vendeuses de nourriture

Genre

Au Bénin, des inégalités de genre existent dans tous les domaines, et particulièrement dans le secteur de la santé. Les femmes sont les premières utilisatrices des services et soins de santé et, malgré les efforts du gouvernement et de ses partenaires, la diminution du taux de mortalité maternelle reste trop timide. L'une des causes principales de mortalité maternelle et infantile reste l'absence ou le retard de transfusion sanguine que le programme cherche à améliorer.

Les obstacles relatifs au genre par rapport à la santé sexuelle et reproductive sont de deux types : (1) ceux liés à la demande inexistante ou limitée, du fait de la persistance de modèles culturels et normes sociales et (2) ceux liée aux systèmes de santé : offre insuffisante et de mauvaise qualité. Les hommes sous-utilisent les services liés à la santé reproductive et à la prévention, au traitement, à l'accompagnement et aux soins liés au VIH/SIDA. Par contre, les professionnels de santé ont tendance à concentrer leurs efforts sur les femmes, parce qu'ils partagent la vision stéréotypée selon laquelle la santé reproductive est une question essentiellement féminine et qu'ils partent du présupposé selon lequel les hommes ne s'intéressent ni aux informations ni aux services de santé reproductive.

Le programme prévoit de mettre un accent sur la sensibilisation à la qualité de la relation soignant-soigné, la prévention des violences envers les patients, le respect de l'anonymat et de l'intimité (vie privée). Des formations du personnel soignant à l'intégration du genre, la planification familiale et les urgences obstétricales et néonatales sont prévues, aussi qu'un appui en matériel et équipement y lié. Dans l'identification des besoins dans le cadre du TRC une attention particulière sera donnée à l'implication des hommes et des femmes.

Environnement

L'amélioration de l'offre médicale et de la qualité des soins dépend de plus en plus étroitement de la disponibilité d'équipements médicaux opérationnels en temps utile et bien appropriés aux prestations diagnostiques et thérapeutiques qui doivent y être fournies. Les groupes de travail de l'OMS, qui se sont préoccupés ces dernières années de la problématique des dispositifs médicaux, ont constaté que 70% des équipements médicaux disponibles dans les pays en voie de développement sont inutilisés. On constate également un état désastreux du parc d'équipements médicaux compromettant l'efficacité de la prise en charge des patients. Parmi les causes majeures et bien connues de cette situation, on note un manque de maintenance préventive et un manque de maintenance corrective.

Le traitement et l'élimination des déchets liés aux soins peuvent entraîner indirectement des risques pour la santé en raison du rejet d'agents pathogènes et de polluants toxiques dans l'environnement. S'il n'est pas bien réalisé, l'enfouissement des déchets peut contaminer l'eau de boisson. Les déchetteries mal conçues, mal gérées ou mal entretenues représentent un risque pour ceux qui y travaillent. Une incinération imparfaite ou l'incinération de matériaux inadaptés à ce mode d'élimination entraîne le rejet de polluants et de résidus de cendres dans l'atmosphère. L'incinération de matériaux contenant du chlore peut produire des dioxines et des furanes, cancérogènes pour l'homme et qui ont été associés à divers effets néfastes sur la santé. L'incinération des métaux lourds ou de matériaux contenant une grande quantité de métal (en particulier du plomb, du mercure ou du cadmium) peut entraîner le rejet de métaux toxiques dans l'environnement. [8] Dans toutes nos interventions nous prévoyons une attitude proactive pour la protection du milieu lié aux interventions, avec entre autres des :

- Formations sur la gestion des déchets biomédicaux
- Formations sur la maintenance et l'utilisation d'équipement pour une gestion durable du matériel
- Installations des ressources d'énergie durables
- Envois du matériel adapté aux conditions locales + réduction de l'empreinte carbone du transport
- Mises en œuvre du plan d'investissement appui technique durable MSV
- Achats locaux des consommables/médicaments pour une gestion durable des consommables et médicaments

Digitalisation

Pour appuyer l'informatisation des différents services médicaux des HZ et des EEZS, nous travaillerons sur les aspects suivants :

- Aide au diagnostic par téléphone mobile

[8] Les déchets liés aux soins de santé, Aide-mémoire n°253, novembre 2015, http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs253/fr/

Une version plus performante que celle offerte par KABISA pourrait offrir un panorama diagnostique, suggérant sous forme graphique les diagnostics à considérer et les questions et actes à poser, les examens à demander. Ce logiciel serait réduit du module aide au diagnostic à développer dans OpenClinic, un logiciel existant qui offre une aide électronique à la gestion hospitalière et un dossier médical.

- Formation continue et évaluation du progrès dans les compétences

Tout comme dans la formation continue qu'offrent certaines universités Américaines, des vignettes peuvent être générées et offertes aux cliniciens. Tenant compte de l'instabilité des réseaux WIFI et le coût des communications téléphoniques, les vignettes et les réponses pourraient être échangées avec les téléphones mobiles sous forme codée par SMS/USSD/App. Ce mode opérateur permet des délais même importants dans la communication, permettant des échanges différés des propositions de solution de la vignette de la part du clinicien et les commentaires du tuteur électronique.

Appuyer la demande

R4 : L'accès géographique et financier aux soins de santé est amélioré et les soins sont acceptables pour la population du Borgou.

Nous travaillerons sur les aspects suivants au niveau du R4 (la demande) :

- Renforcer les capacités de sensibilisation et d'organisation des relais communautaires pour sensibiliser la population sur l'utilité des soins préventifs et curatifs et sur la disponibilité des services de soins et la nécessité de participer à l'organisation et à la prise en charge des évacuations
- Stimuler et contribuer à l'application et au financement de différents mécanismes de protection sociale en santé (les initiatives mutualistes, les fonds d'équité, des fonds sociaux, les systèmes de payement forfaitaire subventionné…).
- Appuyer les initiatives communautaires pour une meilleure prise en charge de la référence et la prise en compte communautaire de problèmes prioritaires comme la malnutrition.
- Assainir les 4 HZ et les rendre plus accueillants et agréables pour le malade et ses accompagnants.

Genre

L'accès aux soins de santé est marqué par l'existence d'inégalités de genre. Plusieurs obstacles limitent l'accès des femmes aux services de santé :

- la restriction de leur mobilité due aux normes imposées par la société ou aux responsabilités qui leur sont attribuées envers les autres membres de leur famille
- un moindre accès aux ressources financières
- limitées par les schémas paternalistes de prise de décision et de communication entre les prestataires de soins de santé et les clients et peu encouragées à prendre la parole lors de leur socialisation, les femmes n'osent pas forcément poser des questions pendant les consultations de santé.

Dans les activités prévues pour améliorer l'accès géographique et financier aux soins de santé l'aspect genre sera à chaque fois explicitement analysé et pris en considération, et des données désagrégées sur l'utilisation des services par des hommes et des femmes seront établies (dans les mesures du possible, sans trop dupliquer le SNIGS). Dans les appuis aux initiatives locales et à la société civile, une attention explicite sera donnée à l'égalité entre les sexes.

Les difficultés pour recruter et retenir du personnel qualifié féminin dans certaines structures sanitaires défavorisées (population plus pauvre, éloignement du chef-lieu, besoins importants en investissements, etc.) ont été contournées avec succès par l'attribution ciblée d'une prime d'isolement à ce personnel. Le taux de rétention total du personnel féminin isolé est de 87,5% (7 agents sur 8 étant restés à leur poste). Le programme actuel prévoit de continuer cette activité afin de retenir le personnel féminin qualifié au sein des FS éloignées et défavorisées.

Environnement

Dans les appuis aux initiatives locales et à la société civile, une attention explicite sera donnée aux initiatives durables et de protection de l'environnement. Une sensibilisation spécifique sur ces aspects accompagnera la stimulation des initiatives locales.

Digitalisation

Nous travaillerons sur les aspects suivants.

- La poursuite de l'utilisation du Système d'Information Géographique (SIG) pour la cartographie sanitaire comme outil de planification, suivi et évaluation.

5.3 T3 – Coûts opérationnels Bénin OS 1

Programme - Budget 2017-2021 - CSC3 - OSS1						
	2017	2018	2019	2020	2021	**Grand Total**
Coûts opérationnels						
1. Partenaires	**632.610,60**	**872.453,27**	**865.593,20**	**872.453,27**	**521.819,62**	**3.764.929,97**
Investissement	148.140,60	350.633,27	365.878,20	350.633,27	76.224,62	**1.291.509,97**
Fonctionnement	415.888,00	453.238,00	431.133,00	453.238,00	377.013,00	**2.130.510,00**
Personnel	68.582,00	68.582,00	68.582,00	68.582,00	68.582,00	**342.910,00**
2. Collaborations	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
Investissement	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,00**
Fonctionnement	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,00**
Personnel	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,00**
3. Bureau local	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
Investissement	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,00**
Fonctionnement	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,00**
Personnel	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,00**
4. Siège	**207.014,00**	**239.556,25**	**249.164,00**	**245.253,17**	**245.507,99**	**1.186.495,42**
Investissement	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	**10.000,00**
Fonctionnement	158.750,00	191.050,00	200.411,38	196.250,00	196.250,00	**942.711,38**
Personnel	46.264,00	46.506,25	46.752,62	47.003,17	47.257,99	**233.784,03**
Total CO :	**839.624,60**	**1.112.009,52**	**1.114.757,20**	**1.117.706,45**	**767.327,62**	**4.951.425,39**
Investissement	**150.140,60**	**352.633,27**	**367.878,20**	**352.633,27**	**78.224,62**	**1.301.509,97**
Fonctionnement	**574.638,00**	**644.288,00**	**631.544,38**	**649.488,00**	**573.263,00**	**3.073.221,38**
Personnel	**114.846,00**	**115.088,25**	**115.334,62**	**115.585,17**	**115.839,99**	**576.694,03**

Partenaires						
AMCES	**632.610,60**	**872.453,27**	**865.593,20**	**872.453,27**	**521.819,62**	**3.764.929,97**
Total Partenaires :	**632.610,60**	**872.453,27**	**865.593,20**	**872.453,27**	**521.819,62**	**3.764.929,97**

Collaborations						
Total Collaborations	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

Programme commun – Memisa (détail en annexe 7 page 1)						
Investissement	**148.140,60**	**350.633,27**	**365.878,20**	**350.633,27**	**76.224,62**	**1.291.509,97**
Fonctionnement	**403.888,00**	**441.238,00**	**419.133,00**	**441.238,00**	**365.013,00**	**2.070.510,00**
Personnel	**77.596,00**	**77.596,00**	**77.596,00**	**77.596,00**	**77.596,00**	**387.980,00**
Total Memisa	**629.624,60**	**869.467,27**	**862.607,20**	**869.467,27**	**518.833,62**	**3.749.999,97**

Programme commun – MSV (détail en annexe 7 page 2)						
Investissement	**2.000,00**	**2.000,00**	**2.000,00**	**2.000,00**	**2.000,00**	**10.000,00**
Fonctionnement	**170.750,00**	**203.050,00**	**212.411,38**	**208.250,00**	**208.250,00**	**1.002.711,38**
Personnel	**37.250,00**	**37.492,25**	**37.738,62**	**37.989,17**	**38.243,99**	**188.714,03**
Total AZV	**210.000,00**	**242.542,25**	**252.150,00**	**248.239,17**	**248.493,99**	**1.201.425,42**

5.4 Motivation au regard des critères du CAD

5.4.1 Description de la Pertinence

Le programme commun de Memisa et MSV, qui s'adresse tant à la gouvernance qu'à la qualité de l'offre et de la demande, contribue hautement aux CS2 et 7 du CSC Bénin (**Voir CSC Bénin p.12-13)**.

Pour Memisa : voir Dossier d'Agrément ONG Programme 2017-2026, 29 décembre 2014 ; p18, 3.4. Une description de la stratégie que l'organisation veut mettre en œuvre pour atteindre ses objectifs en dix ans figurant en 3.3
Pour MSV : Voir Dossier d'Agrément ONG Programme 2017-2026, p.8-13, B1.1,2,5 et B.2.1,2,5 pour les objectifs à atteindre en 5 et en 10 ans et sa stratégie pour la réalisation des objectifs.

Le programme commun de Memisa et MSV est également pertinent parce qu'il s'inscrit dans les ODD et qu'il correspond aux orientations stratégiques du Plan national de développement de la santé du Bénin (PNDS) 2009-2018.

Orientation	**Domaine PNDS**	**ODD**
Amélioration de la Gouvernance du secteur et du Processus de planification	D1	ODD3
Appui aux spécialistes (gynéco, chirurgiens et pédiatres) dans les HZ Mutualisation des spécialités entre les zones Equipement et infrastructures, et leur gestion et maintenance Appui à la PEC des Maladies Non Transmissibles (MNT): santé mentale, HTA, abus des stupéfiants, diabète Appui à la PEC des Maladies Tropicales Négligées (MTN)	D2	ODD3
Promotion de la Santé, de la Vaccination de routine, de la Nutrition Appui à la Santé communautaire (PEC des Relais Communautaires, FBR communautaire, renforcement PIHI,…) Promotion des RH pour les zones déshéritées dans le secteur santé Approche de financement innovant pour assurer la couverture universelle en santé	D3	ODD3
Mettre en œuvre le document de politique genre		ODD5
Assainissement et amélioration de la qualité de l'eau		ODD6
Gestion des déchets biomédicaux, la destruction des produits périmés et des déchets		ODD13
Renforcement du partenariat et des échanges d'expertise		ODD17

5.4.2 Description de l'Efficacité

Le ToC décrit les phases de changement nécessaires pour améliorer la qualité des soins de santé et permettre l'accès au plus grand nombre. Les 4 premières phases de changement correspondent aux résultats du cadre logique. Il y a 3 outcomes intermédiaires: le système de santé est renforcé, la qualité des soins est améliorée et l'accès aux soins est amélioré pour arriver à l'outcome final: l'amélioration de la qualité des soins de santé et l'accès au plus grand nombre avec une attention particulière aux groupes vulnérables par le renforcement des acteurs du système de santé. L'outcome final correspond à l'objectif spécifique du cadre logique. L'impact recherché des interventions de Memisa et MSV est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population et surtout des plus vulnérables.
Notre stratégie d'intervention au Bénin est en lien avec le CSC Bénin et les approches communes proposées pour atteindre la cible stratégique commune 2 : Améliorer la qualité, la disponibilité et l'accessibilité (financière, géographique et culturelle) des soins de santé pour tous. Le tableau ci-dessous indique à quelle approche commune les résultats du cadre logique contribuent et résume l'opérationnalisation de chaque résultat par Memisa et MSV sous formes des interventions proposées dans le programme pluriannuel.

Cible stratégique commune 2 : Améliorer la qualité, la disponibilité et l'accessibilité (financière, géographique et culturelle) des soins de santé pour tous
Objectif spécifique : Améliorer la qualité des soins de santé et permettre l'accès aux soins du plus grand nombre avec une attention particulière aux plus vulnérables par le renforcement des acteurs du niveau périphérique du système sanitaire

Approche commune	Résultat (R)	Opérationnalisation Memisa-MSV
2A	R 1, R 3	- Renforcement du leadership local à partir de la périphérie - Renforcement organisationnel des structures cibles: une meilleure planification opérationnelle devra permettre aux structures cibles de jouer pleinement leurs rôles dans le système de santé
2B	R 1, R 2, R 3, R 4	- Documenter les changements introduits pour capitaliser les expériences et influencer le niveau décisionnel - Être actif dans les plateformes d'échange et de réseautage via notre partenaire local AMCES
2C	R 2	Disponibilité des infrastructures et équipements adaptés
2D	R 3	Renforcement des compétences médicotechniques du personnel des zones de santé
2E	R 4	Renforcer les capacités de sensibilisation et d'organisation des relais communautaires pour sensibiliser la population
2F	R 4	- Stimuler et contribuer à l'application et au financement de différents mécanismes de protection sociale en santé (les initiatives mutualistes, les fonds d'équité, des fonds sociaux, les systèmes de payement forfaitaire subventionné…) - Appuyer le plaidoyer politique et les mouvements sociétaux pour une plus grande solidarité
2G	R 1, R 4	- Stimuler les initiatives locales et communautaires pour éviter une participation communautaire trop limitée - Stimuler et contribuer à l'application et au financement de différents mécanismes de protection sociale en santé (les initiatives mutualistes, les fonds d'équité, des fonds sociaux, les systèmes de payement forfaitaire subventionné…)
2H	R 1	Renforcement de la capacité organisationnelle et opérationnelle de l'AMCES
2I	R 1	Renforcement des mécanismes de concertation multi-acteurs et d'intégration des programmes verticaux

5.4.3 Description de la Durabilité

L'impact attendu de l'intervention est que la population cible et surtout les plus vulnérables ont accès aux soins de santé de qualité. Toutes les interventions mises en œuvre cherchent finalement à améliorer l'offre de soins.

La durabilité technique : l'axe principal de l'intervention est basé sur le renforcement des capacités du personnel local, aussi bien médical qu'organisationnel, basé sur des échanges et des stages formatifs. Ceci est accompagné par un investissement en infrastructures, en matériel et en équipements appropriés, et un suivi et renforcement continue dans le temps. Les partenaires sont renforcés pour accompagner les structures appuyées, pour organiser des formations et pour multiplier les expériences ailleurs.

MSV et Memisa répondent, en complémentarité avec les autorités et les autres acteurs, aux besoins en connaissances et en expertise. MSV et Memisa veulent contribuer à améliorer les services et soins que les institutions appuyées sont supposées offrir d'après les normes nationales de santé et leur place dans le système de santé. Le matériel et les équipements acquis et remis aux institutions appuyées sont toujours adaptés aux besoins et aux circonstances sur le terrain. Le droit de propriété du matériel expédié est transmis au partenaire local.

La durabilité financière : toute activité introduite est accompagnée par une étude de coût du fonctionnement, et des systèmes de participation communautaires sont développés. Le partenaire de la société civile est renforcé et accompagné pour améliorer l'accès des structures appuyées aux financements.
Pendant nos interventions, il est demandé aux partenaires d'appliquer les tarifs et procédures régulièrement mis en place pour les interventions. Nous évitons autant que possible qu'une gratuité circonstancielle pose ensuite des problèmes financiers aux formations sanitaires et que les patients s'attendent à ce qu'un service de soins gratuits soit toujours disponible. D'un autre côté, nous nous opposons à toute augmentation de prix durant les interventions, car ceci pourrait être un facteur d'exclusion pour certains patients. S'il se présente des patients incapables de payer les frais, ce sont les

mesures de subvention habituellement appliquées qui sont conseillées (recours au fonds des indigents ou intervention du fonds d'équité).

La durabilité sociale : l'ancrage de l'intervention est communautaire, basé sur le renforcement des capacités de sensibilisation et d'organisation des acteurs communautaires, pour qu'ils puissent eux même suggérer ou appuyer une meilleure organisation des soins de santé et revendiquer leurs droits à la santé. Le programme vise à stimuler les initiatives locales et communautaires. En renforçant les capacités des OSC et des communautés locales et la qualité de leurs initiatives, l'impact des interventions sera plus durable, en particulier pour une meilleure inclusion de toute la population et l'amélioration de l'accessibilité des soins et services pour tous. Devant une situation où une vision d'ensemble fait souvent défaut, où les techniciens sont régulièrement frustrés par les décisions politiques, il importe de renforcer les capacités de participation des communautés et des acteurs de la société civile. Il est important de renforcer les acteurs non-gouvernementaux locaux partenaires afin d'améliorer leur capacité à influencer les centres de décision. Nos partenaires s'appliquent à appuyer le plaidoyer politique et font partie des mouvements sociétaux pour une plus grande solidarité.

Stratégie de désengagement : conforme à notre stratégie et aux objectifs stratégiques, l'objectif global à long terme de Memisa et MSV est d'améliorer la disponibilité et la qualité des soins de santé, par le renforcement du système de santé. Plus spécifiquement au Bénin, avec une population pauvre, le but est de participer au processus de responsabilisation de l'état à travers le renforcement des acteurs locaux de santé et la création des alliances stratégiques.
La collaboration de Memisa et MSV avec leurs partenaires devient inutile dès lors que la structure partenaire est capable d'assumer pleinement son rôle dans le système de santé national. Le point de départ de toute stratégie de désengagement sera d'accroître la durabilité de nos actions et d'améliorer la transparence et la coopération avec nos partenaires.

5.4.4 Description de l'Efficience

Efficience suite aux synergies entre Memisa et MSV
Grâce à la synergie et la complémentarité entre Memisa et MSV au Bénin une gestion moins onéreuse de certains coûts est possible. Cela se traduit dans les coûts partagés de renforcement des capacités du partenaire AMCES, dans les coûts de mise en œuvre du programme commun par ce dernier, dans les frais de représentation et de participation aux échanges et concertations, dans les frais de certaines formations ainsi que dans les frais de personnel et de fonctionnement.
La synergie entre les deux organisations a des effets positifs sur plusieurs aspects du programme au Bénin. MSV et Memisa ont décidé d'étendre leurs activités vers toutes les zones sanitaires du département du Borgou pour avoir un ensemble-cible cohérent et pouvoir appuyer un groupe représentatif des membres de l'AMCES. L'augmentation des coûts due à l'extension sera modérée par la concentration des activités des 2 OSC. Grâce à une convergence géographique accrue, une efficience supplémentaire se dégage avec d'une part, une cohérence des interventions au niveau de l'hôpital de zone. En effet, les contributions s'inscriront pour les deux acteurs dans un trajet unique de renforcement des capacités afin de garantir une parfaite cohérence. D'autre part, la présence continue des équipes d'accompagnement de l'AMCES et la collaboration avec les EEZS permettront à MSV également d'accentuer, sans coûts nouveaux, un suivi en continu, même entre les envois trimestriels d'équipes médicales. Memisa aura la possibilité d'intervenir davantage au niveau des centres de santé et du lien entre l'hôpital et ceux-ci dans les zones de convergence, grâce à l'appui de MSV concentré au niveau de l'hôpital.

Efficience liée au partenariat avec AMCES.
Dans leurs budgets du Bénin Mémisa et MSV se partagent les frais pour le soutien à l'AMCES. Il s'agit d'une part d'un appui aux activités de coordination d'AMCES en tant que coupole dans le domaine de la santé par un appui au BEC/AMCES, et d'autre part d'une prise en charge des coûts de la mise en œuvre du programme de Memisa et MSV au niveau national et de l'accompagnement local par l'URAMO/AMCES. Nous avons étudié une estimation des coûts faite par l'AMCES pour un fonctionnement optimal du BEC et de l'URAMO, tenant compte des rôles propres à l'association et les rôles dans le programme, et avons accepté de financer ensemble 50% des coûts estimés du BEC (pour 47.014 € par an dont 29.928 € pour le personnel) et 100% des coûts estimés de l'URAMO (pour 58.417 € par an dont 38.654 € pour le personnel). La synergie entre Mémisa et MSV permet de modérer et de partager les coûts d'accompagnement du programme.
Comme l'intervention au Bénin est basée sur le partenariat avec AMCES, aucun expatrié n'est prévu. AMCES aura la possibilité de motiver ou recruter du personnel possédant l'expérience requise pour assurer une exécution et un accompagnement de niveau adéquat. AMCES doit pouvoir assurer la présence effective des positions clé (médecin santé publique, administrateur, comptable) plus le personnel d'appui tant à Cotonou au niveau du BEC/AMCES qu'à Parakou au niveau de l'URAMO. Des échanges d'expériences sud-sud avec les coordinations des autres pays d'intervention de Memisa et MSV seront encouragés en cours de programme.

Efficience du budget de Memisa.

Au Bénin le budget opérationnel des actions de Memisa s'élève à 3.750.000 € pour la période de 5 années. Il est détaillé en annexe 7 afin de fournir plus d'indications sur le contenu des lignes budgétaires. Pour Memisa il s'agit d'une intervention concentrée dans le département du Borgou qui représente une superficie d'environ 85% celle de la Belgique, permettant l'amélioration de l'accès à des soins de santé de qualité à près de 1.068.426 d'habitants. Le budget global de l'appui structurel de Memisa est d'environ 0,70 €/habitant/an pour les 4 ZS du Borgou.

Une attention particulière sera apportée afin de fonctionner en parfaite complémentarité avec les autres interventions du genre FBR. A cet effet, on concentre les appuis sur les formations (pour 484.788 € ou 12% du budget) et sur les équipements et les investissements en infrastructures tendant à améliorer la qualité des soins et services (pour 1.291.508 € ou 34% du budget). Les primes au personnel sont supprimées du budget de Memisa, d'autant que nos appuis devront aider les structures à améliorer leurs cotations qualité et ainsi à augmenter les subventions du FBR, qui sont en grande partie utilisées pour le payement des primes de performance au personnel de santé.

Memisa financera environ les 2/3 des coûts de personnel et de fonctionnement de l'AMCES (pour un montant de 38.417 € à l'URAMO et 32.014 € au BEC par an). AMCES est un partenaire important qui doit pouvoir être très présent dans les fora de consultation et de concertation au niveau du Ministère de la Santé et des PTF. Elle doit assurer les relations opérationnelles avec les partenaires et parties prenantes belges et internationaux. Elle garantit également le respect de la planification des opérations et veille à la cohérence et l'efficience des moyens mis en œuvre. Elle procède à l'identification des initiatives à appuyer et à l'introduction des innovations et des nouvelles techniques. Elle assure la gestion des achats selon les procédures complexes.

Les activités en renforcement des capacités médicales par les équipes de Lumos, complémentaires à celles de MSV, et intégrées dans les mêmes TRC de Boko et Papané, sont budgétisées pour un montant de 375.000€ (10% du budget).

Le suivi de la mise en œuvre par le partenaire local est assuré par un responsable projet (RP) au siège de Memisa, appuyé par un conseiller médical de Memisa. Le RP est en contact permanent et échange avec les équipes de l'AMCES, il accompagne la prise de décisions, approuve les plans budgétisés des activités et les transferts de fonds périodiques et accepte les rapports. De cette façon nous voulons stimuler et renforcer l'autonomie et la prise de décision locale, tout en conservant un appui technique et un suivi du siège. Par ailleurs, des missions régulières du responsable de projet et du conseiller médical du siège de Memisa permettent un réel apport dans les interventions de ce programme.

Nous pouvons également analyser l'efficience de l'utilisation des ressources du budget à travers les 3 axes d'intervention de Memisa :

1. L'appui à l'amélioration de l'offre de soins : estimé à 2.036.208 € soit 54 % du budget. Il s'agit d'un appui aux structures de soins pour être plus fonctionnelles, équipées en matériel de soins et approvisionnées en médicaments de base à travers la CAME, et pour améliorer la qualité des services et des soins. Des études régulières de qualité, aussi de la CAME et de satisfaction des clients sont prévues, tout en veillant à une complémentarité avec les vérifications et évaluations du FBR.
2. L'appui et l'organisation de la demande : estimé à 648.670 € soit 17 % du budget. Il s'agit ici d'une part d'encourager des initiatives pour favoriser l'accès financier aux soins à travers des mutuelles ou des mécanismes de fonds d'équité, ou encore d'encourager, à travers les relais communautaires, les dynamiques communautaires de sensibilisation aux soins de santé, à la prévention des maladies, et d'appuyer les initiatives en matière de lutte contre la malnutrition, pour l'évacuation communautaire des urgences etc.
3. L'appui à la gouvernance du système de soins de santé : estimé à 1.065.121 € soit 28 % du budget concerne principalement l'appui au bon fonctionnement des organes de coordination et de contrôle des zones sanitaires et des hôpitaux de zone, et à l'accompagnement par les équipes de notre partenaire locale AMCES. Le but poursuivi ici consiste à améliorer le fonctionnement et l'intégration du système grâce au renforcement de capacités, à la réalisation des supervisions, au coaching, et grâce à la remontée d'information et des statistiques.

Efficience du budget de MSV

Au Bénin le budget des actions MSV, détaillé en annexe, s'élève à 1.201.425 € pour la période de 5 années et se concentre sur l'axe de l'amélioration de l'offre de soins. MSV contribue aux résultats 2 et 3 auprès de 6 hôpitaux, dont 4 dans les zones appuyées par MEMISA et 2 dans les zones appuyées par la CTB.

Pour le résultat 2, MSV prévoit un appui en consommables et médicaments d'une part, et des investissements en équipement biomédical d'autre part. L'achat de médicaments et consommables, y inclus leur transport, représente 20% du coût opérationnel. Au cours du programme, MSV compte gagner en efficience par rapport aux frais de transport par l'introduction de l'achat local auprès de la CAME et par l'envoi de matériel par container maritime. Cette ambition est

reprise dans son trajet 'Lean & Green' et contribuera, ensemble avec les 'Green seats' à la réduction de son empreint écologique.
Quant aux investissements, notons que cet équilibre n'apparait pas dans le budget DGD, pour la simple raison que MSV dispose d'une provision de 1,2 millions d'euro sur fonds propres pour réaliser ces investissements dans les années 2017-2018, dont 120.000 € est réservé aux partenaires Béninois. A partir de 2019 MSV continuera d'assumer ces investissements sur fonds propres.
Le renforcement des compétences médicotechniques, techniques et organisationnelles, repris dans le résultat 3, s'adresse en moyenne à une 65 de personnes par hôpital, soit 390 bénéficiaires directs. Indirectement les patients de ces hôpitaux bénéficieront de l'amélioration des services offerts. Leur nombre potentiel s'élève à 1.530.351 personnes La globalité des activités de renforcement de capacités représente 64 % du coût opérationnel.
A part des missions de volontaires et des formations régionales, MSV appuie également des instruments locaux de renforcement de capacités dans le cadre de ses TRC, comme par exemple l'échange entre partenaires ou des missions par experts locaux. Le choix de l'instrument dépend des opportunités et de sa pertinence par rapport au contexte. Le budget transports des missions des volontaires de terrain est élevé. Ce coût est mitigé grâce au contrat avec Brussels Airlines qui lui offre des conditions avantageuses sur les tarifs, les frais de bagages et les services offerts.
MSV ne prévoit pas l'envoi d'expatriés au Bénin. MSV financera environ le tiers des coûts de personnel et de fonctionnement de l'AMCES (pour 20.000 € à l'URAMO et 15.000 € au BEC par an) pour le suivi du programme au Bénin.
Pour MSV, La généralisation de la méthodologie du TRC, l'organisation des instruments locaux de renforcement des capacités à savoir : l'organisation de formations régionales, d'échanges entre les hôpitaux, de missions d'experts locaux, et l'achat local des médicaments et consommables nécessite ces coûts.
Les volontaires de terrain qui sont des expatriés ne perçoivent aucune sorte de rémunération, mais MSV prend en charge leurs frais de voyage et de séjour. MSV envisage de valoriser leur salaire dans le rapport financier. MSV peut compter par ailleurs sur l'appui d'une trentaine de volontaires qui assument les tâches les plus diverses au siège de Malines : accueil, traduction, organisation de formation, contacts avec les donateurs etc.
La coordination et le suivi de la mise en œuvre des TRC et l'encadrement de volontaires de terrain sont assurés par un coordinateur de projets au siège de MSV. Elle est en contact et échange régulier avec AMCES, avec les directions des hôpitaux partenaires et les responsables de projets au siège de MEMISA. Les frais de personnel de cette personne sont imputés à 25% sur le budget Bénin.

5.5 Description de la Stratégie de Partenariat spécifique pour le Bénin

1. Principes des partenariats

Les deux organisations ont leur propre politique de la gestion des partenaires.

- Pour Memisa : voir Dossier d'Agrément ONG Programme 2017-2026, 29 décembre 2014 ; p. 20-22
- Pour MSV : voir Dossier d'Agrément ONG Programme 2017-2026, p.18-21, G. Partners.

Néanmoins, Memisa et MSV partagent des principes directifs par rapport à la gestion des partenariats.

Les 2 organisations recherchent une bonne collaboration avec leurs partenaires locaux, en dialogue ouvert, sur base d'égalité et responsabilité partagée. Un partenariat franc repose sur l'entente, la confiance réciproque, le respect mutuel et la franchise dans une bonne communication.

Les partenaires sont impliqués à chaque étape du processus décisionnel, aussi bien dans la conception, la planification, la mise en œuvre que dans l'évaluation. Une réelle affinité facilite l'échange d'expériences, de compétences et de connaissances et un apprentissage mutuel. Le partenariat doit permettre le transfert des compétences selon les besoins afin que le partenaire puisse assurer la continuité des interventions et renforcer la durabilité des résultats.

2. Gestion du partenariat

2.1. Identification et sélection des partenaires

La cohérence dans la sélection des partenaires au Bénin pour les 2 organisations se manifeste à 3 niveaux : la cohérence stratégique, la cohérence géographique et la cohérence thématique.

Cohérence stratégique

La cohérence stratégique des partenariats respectifs de Memisa et MSV découle de la complémentarité stratégique et opérationnelle des 2 organisations. Memisa travaille à la promotion de la bonne gouvernance, l'amélioration de l'offre et

l'appui à la demande à chaque niveau de la pyramide sanitaire, MSV se concentre sur la voie de l'amélioration de l'offre dans le deuxième niveau de référence. Ce fonctionnement complémentaire peut résulter dans une définition asymétrique du concept partenaire selon lequel un partenaire de MSV peut être en même temps un groupe cible de Memisa.

Cohérence géographique
Les deux organisations poursuivent une convergence géographique croissante. Au Benin les deux organisations élargiront ensemble leurs champs d'action dans le département de Borgou et envisagent une synergie dans 4 zones.

Cohérence thématique
Tous les partenaires des 2 organisations sont des partenaires actifs dans le secteur de santé ce qui facilite l'échange entre partenaires.

Cohérence historique
La Fondation Hubi et Vinciane (FHV) œuvre au Bénin depuis de nombreuses années. Depuis sa création en 1982, la FHV a supporté l'Hôpital St-Martin de Papané de la zone de Tchaourou par ses propres moyens tout en recherchant des appuis complémentaires d'autres partenaires aussi bien publics que privés. Ceci a conduit depuis 1998 à travers une collaboration avec l'ONG CDI-Bwamanda à une succession de programmes co-financés par le gouvernement Belge. Les interventions se sont étendues vers le développement de l'hôpital St-Jean de Dieu de Boko de la zone de Parakou-N'Dali de 2003 à 2013.
La FHV s'est rapprochée depuis 2011 de Memisa pour sa technicité spécifique de coopération médicale à la périphérie du système de santé. Une collaboration a été scellée pour la mise en œuvre et le cofinancement du programme 2014-2016, Memisa agissant en remplacement de CDI/BWAMANDA (avec l'accord de ce dernier). Memisa, de par certains de ses collaborateurs, connaît très bien le Bénin et les hôpitaux de St-Martin de Papané et St-Jean de Dieu de Boko, qui avaient reçu un appui dès leur création par l'archidiocèse de Parakou de la part de Memisa (NL).
Lors de la mise en œuvre du programme 2014-2016 a été conclu un accord quadripartite de collaboration entre la FHV, Memisa, MSV et LUMOS. Le présent programme est une concrétisation de cette collaboration. Une extension vers les deux autres zones du Borgou est logique vu les activités que MSV y a commencé, et le jumelage naissant entre un hôpital belge (Jolimont) et l'hôpital Sounon Sero de Nikki (qui était également appuyé dès sa création par Memisa (NL)).

Partenaires actuels
Partenariat local avec AMCES
Memisa et MSV ont retenu AMCES comme partenaire local d'exécution et de suivi du programme en tenant compte des capacités, des expériences et de l'envergure de l'association. AMCES est une coupole représentant des acteurs de la société civile dans le secteur de la santé. AMCES est capable de mener un réel dialogue politique et stratégique au niveau central et un plaidoyer portant sur les problèmes et dysfonctionnements observés sur terrain et sur la satisfaction des besoins des ZS concernées. De par ses structures membres, AMCES est bien implantée sur le terrain. Le programme permettra un renforcement des capacités de l'AMCES, ce qui renforcera l'impact durable de l'intervention.
Au Bénin, MSV collabore avec des hôpitaux de zone. Fin 2016, 3 Hôpitaux de Zone dans le Borgou et l'Hôpital de Zone de Bassila étaient inclus dans le programme. Ces quatre partenaires font également partie du présent programme que soumettent MSV et Memisa à la DGD pour subvention. En plus de ces quatre partenaires, 2 nouveaux partenaires seront inclus dans le présent programme. Il s'agit d'un hôpital de zone où Memisa sera également actif (l'Hôpital Evangélique de Bembéréké) et un hôpital de zone où la CTB est actif (l'Hôpital de Zone de Klouékanmé). L'ajout de ces deux partenaires est motivé par la volonté de répondre aux sollicitations des responsables sanitaires des deux zones pour apporter l'expertise prouvée. Ce qui demande une extension des interventions tout en renforçant celles commencée dans les autres zones. En plus MSV et Memisa voudraient appuyer tout le département du Borgou pour plus d'efficacité, d'efficience et de rentabilité.

Les modalités spécifiques d'identification et sélection des nouveaux partenaires sont décrites dans :

- Pour Memisa : Dossier d'Agrément ONG Programme 2017-2026, 29 décembre 2014 ; p. 26-27
- Pour MSV : voir Dossier d'Agrément ONG Programme 2017-2026, G.2 Identificatie en selectie nieuwe partners, p.19.

2.2. Renforcement des capacités
Memisa et MSV veulent contribuer au renforcement de capacités des partenaires afin qu'ils puissent assumer leur rôle dans le système de santé national.

Les partenaires de MSV : Comme déjà décrit dans la description des opérations, un trajet de renforcement des capacités (TRC) est le cadre dans lequel se déroule la collaboration entre MSV et le partenaire. MSV établit le TRC ensemble avec le partenaire après une auto-évaluation des capacités de l'hôpital et du rôle du partenaire dans le système de santé national. Ensuite, le partenaire établit une liste des besoins et des priorités. Sur base de cette liste, le partenaire choisit, en dialogue avec MSV, les domaines dans lesquels MSV s'investira dans les 3 à 5 années à venir, un investissement non seulement dans les aspects paramédicaux mais aussi au niveau de la gestion et les services de soutien. L'implication du partenaire et la prise en compte des besoins de l'hôpital se retrouvent donc au cœur du processus et forment le point de départ d'une collaboration durable. En identifiant avec lui les compétences et les besoins de renforcement de capacités de l'hôpital partenaire, MSV met davantage le processus entre les mains du partenaire du Sud. Dans le TRC seront décrites non seulement toutes les actions que MSV va mener, mais également les initiatives que le partenaire prendra lui-même pour renforcer ses capacités et ancrer les capacités acquises dans l'organisation. Les autres intervenants actifs auprès du même partenaire seront également inclus dans le trajet afin de garder une vue d'ensemble de toutes les activités de renforcement des capacités. De cette manière, toutes les parties sont responsabilisées. Le renforcement des capacités est un processus endogène. Il est donc important que le partenaire s'approprie le processus et en détermine les priorités et le rythme.

Les **partenaires de Memisa** sont des organisations de la société civile à but non lucratif et à finalité sociale. Memisa recherche une bonne collaboration avec ses partenaires locaux, en dialogue ouvert, sur base d'égalité et responsabilité partagée. Memisa collabore avec des organisations partenaires locales pour le renforcement des soins de santé, des services de santé et du système de santé.

Les modalités du partenariat peuvent varier en fonction du lieu et du moment, et doivent prendre en compte les besoins en accompagnement et en renforcement des capacités. Les partenaires locaux exécutent les projets, comme retenus ensemble, avec un suivi et accompagnement de Memisa. Le rôle de Memisa dans le partenariat peut inclure l'orientation technique, l'orientation managériale et administrative, l'identification des situations d'exclusion ou d'abus, l'intermédiation pour assurer les échanges entre la société civile, les services de santé et les autorités et l'orientation de la société civile sur les recours possibles.

2.3. Stratégie de désengagement

Le partenariat permet le transfert des compétences selon les besoins afin que le partenaire puisse assurer la continuité de l'intervention. Memisa et MSV visent une responsabilisation progressive de leurs partenaires. Le principe fondamental de toute stratégie de désengagement sera d'accroître la durabilité de nos activités et d'améliorer la transparence et la coopération avec les partenaires.

Les modalités spécifiques de la stratégie de désengagement des 2 organisations sont décrites dans

- Pour Memisa : Dossier d'Agrément ONG Programme 2017-2026, 29 décembre 2014 ; p. 27-28
- Pour MSV : Meerjarenprogramma 2014-2016, 2.2.5 Exitstrategie, p.28-30.

3. **Typologie des partenaires au Bénin**

Type		Rôle	Nombre	Organisation
Axe 1 : Promouvoir la bonne gouvernance				
Parties prenantes	FHV	Suivi et accompagnement des partenaires et des bénéficiaires du programme	1	Memisa
Partenaires	AMCES	Partenaire opérationnel pour la mise en œuvre des interventions	1	Memisa
Cibles	OSC locales, DDS, MSP, EEZS, HZ, Population du Borgou			
Axe 2 : Améliorer l'offre				
Parties prenantes	Lumos	Amélioration de la qualité des soins par la formation du personnel de l'hôpital St-Jean de Dieu de Boko et l'hôpital St-Martin de Papané.	1	Memisa & MSV

	FHV	Suivi et accompagnement des partenaires et des bénéficiaires du programme, suivi et exécution du volet santé scolaire	1	Memisa & MSV
Partenaires	AMCES	Partenaire opérationnel pour la mise en œuvre des interventions	1	Memisa & MSV
	Hôpitaux de zone	Dispenser des soins hospitaliers de qualité (PCA) et participer dans la supervision formative des CS, cadre d'enseignement et de recyclage, élaboration et réalisation du TRC.	6	MSV
Cibles	Zones sanitaires Hôpitaux de zone et formations sanitaires	Assurer l'encadrement et la supervision des activités des CS, l'évaluation de la qualité des soins et la coordination harmonisée des activités avec celles d'autres intervenants pour plus de cohérence. Organiser et dispenser des soins de qualité (PCA et PMA), participer dans la supervision et le recyclage	4 4	Memisa Memisa
	Personnel sanitaire des zones cibles, Patients, Population des zones cibles			Memisa & MSV
Axe 3 : Appuyer la demande				
Parties prenantes	FHV	Suivi et accompagnement des partenaires et des bénéficiaires du programme	1	Memisa/MSV
Partenaires	AMCES	Partenaire opérationnel pour la mise en œuvre des interventions	1	Memisa
Cibles	OSC locales, Patients, Population, Relais communautaires	Organisation communautaire ; Mobilisation sociale ; Sensibilisation des populations ; Identification, suivi et encadrement des initiatives locales ; Suivi et contrôle des vulnérables indigents pour l'accès aux soins ; Suivi gestion fonds d'équité local ; Animation pour la mutualité en santé ; Suivi du respect des droits des malades dans l'accès à la santé		Memisa

5.6 Description des Synergies et Complémentarités.

Synergies - Général

Memisa et MSV sont actifs dans les plateformes d'échange et de réseautage. Ceci nous donne des opportunités de trouver plus de synergie et de complémentarité avec des parties prenantes belges et internationales, afin de mieux participer à la mission d'améliorer l'efficacité de l'aide et de renforcer la vision de droit à la santé pour tous.

- Membre de la plateforme belge Be-Cause Health :
    - Membre du comité de pilotage (Memisa)
    - Actifs dans plusieurs groupes de travail : Ressources humaines pour la santé (Memisa) (avec signature de la charte (MSV)), Médicaments (Memisa & MSV), Protection sociale (Memisa), Afrique Centrale/ RDC (Memisa & MSV) et maladies non transmissibles/ Diabète (Memisa & MSV)
- Membre du réseau international des ONG médicales MMI (Medicus Mundi International Network) (Memisa et le partenaire local AMCES)
- Membre de plusieurs autres plateformes et organisations qui ont l'aspiration d'avoir une voix commune et de mieux coordonner les actions (Plateforme d'Action Solidarité Santé, Be-Gender, 11.11.11 et Quamed (Memisa & MSV) et EURAC, Make Mothers Matter, CNCD, Masmut (Memisa).

Synergies – CSC Bénin

a) Synergies et complémentarités transversales

Dans le cadre de l'exercice du CSC, une série de synergies transversales (première section du chapitre 3) ont été envisagées entre les OSC/AI. Les participants au CSC Bénin se sont coordonnés pour assurer le suivi du CSC et mettre en œuvre des mécanismes visant à favoriser les synergies et complémentarités entre tous les acteurs.

Notamment, l'ensemble des OSC/AI collaboreront pour entretenir un dialogue suivi avec le bureau de coopération et la DGD. Un des moments privilégiés de ces échanges est le forum des ACNG organisé deux fois par an par le bureau de la coopération à Cotonou. Les acteurs belges auront l'occasion de s'y rencontrer et d'aborder des thématiques communes, telles que la gestion des risques, l'évolution du contexte, la théorie du changement ou encore l'approche genre, la protection de l'environnement ou le D4D, s'inscrivant ainsi dans la dynamique du parcours d'amélioration. Ces rencontres seront également l'occasion d'établir de nouvelles collaborations et synergies. Les deux acteurs du CSC Travail décent – à savoir IFSI/ISVI et WSM – participeront également à ces forums, dans la continuité du travail d'articulation effectué entre ces deux CSC. Les OSC/AI ont la volonté de se réunir une fois par an sur le terrain avec la CTB. Ce forum annuel aurait pour but notamment le partage d'informations sur l'évolution du contexte et des risques et sur la politique gouvernementale.

De même, les OSC/AI, en Belgique comme au Bénin, échangeront afin d'assurer le suivi du parcours d'amélioration et de préparer les dialogues stratégiques successifs au cours du quinquennat. En fonction des informations qui seront transmises aux acteurs du secteur et de la décision des OSC/AI, le rôle de lead d'Iles de Paix pourrait être confirmé.

Synergies et complémentarités bilatérales/multilatérales

Avec des OSC/AI belges

Synergie N°1	
Type	**Synergie de type opérationnel**
CSC, Approche commune	2B, 2D, 2E
Objectif commun	Renforcer la formation initiale et continue du personnel de santé
OSC/AI impliqués	APEFE et Memisa-MSV
Rôles, devoirs, tâches	**APEFE :** - s'impliquera dans l'organisation de la mise à disposition de stagiaires et étudiants au niveau des structures de santé des ZS appuyées par Memisa et MSV ; - s'appliquera à promouvoir le développement de la formation initiale et l'extension de la formation continue du personnel de santé, notamment au niveau des écoles de formation paramédicale de Cotonou et de Parakou. ; - partagera des informations pratiques au sujet des formations en santé ; - appuiera l'élaboration des plans de formation continue à l'intention des sages-femmes, des infirmiers, des techniciens et chargés de maintenance seront élaborés et mis en œuvre. **Memisa et MSV :** - appuiera les plans de formation continue des RHS des ZS et des HZ afin de permettre au personnel sélectionné de participer aux formations organisées ; - s'appliquera à améliorer l'environnement technique et sanitaire des hôpitaux ; - favorisera l'accueil des stagiaires et étudiants des écoles partenaires de l'APEFE au sein des structures de santé appuyées et renforcera leur encadrement par l'accompagnement des encadreurs locaux (par des consultants locaux et/ou par des volontaires de MSV lors d'une mission).
Contribution financière	Prévue dans le budget opérationnel de chaque acteur
Contribution matérielle	Financement des formations continues ; élaboration du plan de formation continue du personnel de santé ; ressources humaines ; outils de l'APEFE
Timing	Permanent pendant 2017-2021, bilan annuel

Synergie N°2	
Type	**Echange d'informations ; Echange d'expertise**
CSC, Approche commune	2A, 2B, 2C, 2D, 2G, 2H, 2I
Objectif commun	Renforcement des capacités du secteur santé ; Amélioration de la qualité des soins et services ; Renforcer les compétences du personnel de santé
OSC/AI impliqués	APEFE, CDE-BE, Memisa-MSV et IMT-Anvers
Rôles, devoirs, tâches	Partage d'information pratique au sujet de formations en santé, en ce qui concerne la planification des formations régionales et des missions ; échange d'expertise, de bonnes pratiques et d'informations propres en matière de qualité des soins et des services notamment de kinésithérapie ; invitations mutuelles aux formations. L'IMT d'Anvers est Partenaire académique formel et informel de Memisa et MSV dans un partenariat gagnant-gagnant basé sur des échanges, des demandes d'avis, des consultations scientifiques et des partenariats dans des projets de recherche.
Contribution financière	Prévue dans le budget opérationnel de chaque acteur
Contribution matérielle	Ressources humaines, frais de déplacement, frais de formation, frais d'imprimés, …
Timing	Ponctuel pendant 2017-2021, bilan à mi-parcours

Synergie n°3	
Type	**Echange d'informations ; Echange d'expertise**
CSC, Approche commune	2C, 2E, 2F, 3H
Objectif commun	Amélioration des conditions et les comportements d'hygiène et d'assainissement; Amélioration de l'accès à l'AEPHA dans des hôpitaux d'intervention de Memisa/MSV
OSC/AI impliqués	Protos, Memisa-MSV et IMT-Anvers
Rôles, devoirs, tâches	Memisa-MSV : échange d'information, d'expériences, d'outils. Protos : appui-conseil dans la mise en œuvre du processus de réalisation des infrastructures, pour assurer la qualité des DAO, études et respect des procédures de passation des marchés Invitations mutuelles aux formations
Contribution financière	Prévue dans le budget opérationnel de chaque acteur
Contribution matérielle	Ressources humaines, frais de déplacement, frais de formation, frais d'imprimés, …
Timing	Ponctuel pendant 2017-2021, bilan annuel

Complémentarité N°4	
Type	**Echange d'informations ; Echange d'expertise**
CSC, Approche commune	2C
Objectif commun	Protection de l'environnement
OSC/AI impliqués	CEBIOS, Memisa-MSV et IMT-Anvers
Rôles, devoirs, tâches	Echange de bonnes pratiques et informations en matière de traitement des déchets médicaux
Contribution financière	Prévue dans le budget opérationnel de chaque acteur
Contribution matérielle	Ressources humaines
Timing	Ponctuel pendant 2017-2021, bilan à mi-parcours

Complémentarité N°5	
Type	**Echange d'informations ; Echange d'expertise**
CSC, Approche commune	CSC Travail décent – CSC Bénin
Objectif commun	Augmenter la couverture en protection sociale
OSC/AI impliqués	WSM-ANMC, IFSI/ISVI et Memisa-MSV

Rôles, devoirs, tâches	Memisa et MSV échangeront avec les organisations WSM-ANMC et IFSI/ISVI du CSC Travail Décent ou leurs représentants au sein du Forum des acteurs Belges utilisant celui-ci comme forum ouvert pour le partage de connaissances et d'expériences entre les OSC/AI belges et la Coopération belge sur des thématiques, des programmes et des défis communs. Lors de ces échanges, de nouvelles opportunités de complémentarité et de synergie pourront se présenter entre des OSC belges du CSC Travail Décent et des OSC belges participantes au CSC du pays. Afin d'assurer la participation, la plateforme de coordination Travail Décent, en collaboration avec les OSC/AI belges du CSC Bénin, coordonnera les modalités d'échange, de communication et de représentativité.
Contribution financière	Prévue dans le budget opérationnel de chaque acteur
Contribution matérielle	Ressources humaines
Timing	Ponctuel pendant 2017-2021, bilan à mi-parcours

Autres Synergies et collaborations

Complémentarité N°6	
Type	**Echange d'informations ; Echange d'expertise**
CSC, Approche commune	2C, 2D
Objectif commun	Améliorer l'environnement technique et sanitaire des hôpitaux des ZS de Bassila et Klouékanmè ; Améliorer la qualité des soins de santé
OSC/AI impliqués	CTB et Memisa-MSV
Rôles, devoirs, tâches	MSV : Partager d'information pratique, entre autres en ce qui concerne l'inventaire de l'infrastructure et de l'équipement de ces deux hôpitaux et les activités prévues dans ces domaines ; échange de bonnes pratiques et d'informations propres en matière d'hygiène hospitalière et de la maintenance CTB : participer à l'atelier d'élaboration du TRC organisé par MSV pour être dès le début informé des activités de MSV auprès de l'hôpital , ainsi des synergies/complémentarités en vue d'améliorer la qualité des soins de santé peuvent être mis en place
Contribution financière	Prévue dans le budget opérationnel de chaque acteur
Contribution matérielle	Ressources humaines, frais de déplacement, frais de formation, frais d'imprimés, …
Timing	Ponctuel pendant 2017-2021, bilan annuel

L'introduction du Financement basé sur le résultat (FBR) appuyée par les programmes de la CTB, de la **Banque Mondiale, de GAVI et UNICEF**, qui couvrent tout le Bénin, nous amènent à adapter notre appui pour assurer une complémentarité et cohérence avec les interventions de ces PTF. Dans les zones de convergence, Memisa et MSV joueront un rôle important complémentaire dans l'accompagnement technique des équipes de gestion et des structures de santé, et dans la mise à niveau des prestataires et la mise aux normes des infrastructures et équipements, afin de veiller à l'amélioration de la qualité des soins. Memisa et MSV pourront utiliser les données vérifiées et les évaluations qualité des agences de vérification et de contre-vérification du FBR.

Liste des abréviations :

AC	Approche Commune
AI	Acteur Institutionnel
ACC	Analyse Contextuelle Commune
AMCES	Association des œuvres médicales privées confessionnelles et sociales du Bénin
ANAM	Agence Nationale d'Assurance Maladie
APEFE	Association pour la Promotion de l'Education et de la Formation à l'Etranger
BEC/AMCES	Bureau Exécutif de Coordination (Direction AMCES)
BPD	Bonnes Pratiques de Distribution
CAD	Comité d'Aide au Développement de l'OCDE
CAME	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux
CDI	CDI/BWAMANDA
CDE-BE	Chaîne de l'Espoir Belgique-ONG
CEBIOS	ONG 'Capacities for Biodiversity and Sustainable Development'
CHS	Comité Hygiène et Sécurité (hôpital)
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CNHU	Centre National Hospitalier Universitaire-Cotonou
CODIR	Comité de Direction
CMC	Commission médicale consultative (hôpital)
CMS	Commission de Médiation Sociale (hôpital)
COSA	Comité de Santé de la ZS
CS	Centre de Santé ou Cible Stratégique
CSA	Centre de Santé d'Arrondissement
CSC	Cadre Stratégique Commun ou Centre de Santé de Commune
CSAE	Chef de service affaires administratives et économiques
CSAF	Chef de service des affaires financières
CTB	Coopération Technique Belge
DDS	Direction Départementale de la Santé (ou Directeur Départemental de la Santé)
DGD	Direction Générale (belge) de la Coopération au Développement
EEZS	Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire
EURAC	European Network for Central Africa
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FCFA	Franc CFA – XOF en Afrique de l'Ouest
FHV	Fondation Hubi et Vinciane (Belgique)
FM	Fonds Mondial de lutte contre le Paludisme, la tuberculose et le SIDA
FS	Formation sanitaire
GAR(D)	Gestion Axée sur les Résultats (de Développement)
GAVI	Alliance globale pour la vaccination et l'immunisation
HZ	Hôpital de Zone
IFSI-ISVI	Internationaal Syndicaal Vormings Instituut
IMT	Institut de Médecine Tropicale-Anvers
LUMOS	Leuvense Universitaire Medische Ontwikkelings Samenwerking
MASMUT	Plateforme Belge Micro-Assurance Santé et Mutuelles de Santé
MEG	Medicament Essentiel Générique
MCZS	Médecin Coordonnateur de Zone Sanitaire
MEMISA	Medische Missie Samenwerking – Collaboration Missionnaire Médicale
MS	Ministère de la Santé
MSR	Maternité Sans Risque
MSV	Médecins sans Vacances-Artsen zonder vakantie (ONG belge)

NL	Pays-Bas
NV	Naissances Vivantes
ODD	Objectifs pour le Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OS	Objectif spécifique – Outcome
OSC	Organisation de la Société Civile
PCA	Paquet complémentaire d'activités (HZ)
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PCIME-C	PCIME Communautaire
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PHA	Promotion de l'hygiène et de l'assainissement de base
PIHI(-C)	Paquet d'interventions à Haut Impact (Communautaire)
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire (2009-2018)
PTF	Partenaire Technique et Financier
R	Résultat
RAMU	Régime d'Assurance Maladie Universelle
RDC	République Démocratique du Congo
RH	Ressources Humaines
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SMNI	Santé Maternelle, Néonatale et infantile
SMS	Short Message Service
SNIGS	Système National d'Information et de Gestion Sanitaire
SONU	Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence
SONU-C	SONU communautaire
SR	Santé de la Reproduction
TDC/TOC	Théorie de Changement/Theory of Change
TETU	Tri Evaluation et Traitement des Urgences
TMNP	Taux de Mortalité Néonatale Précoce
TRC	Trajet de Renforcement de Capacités
UNICEF	Fonds de Nations Unies pour l'Enfance
URAMO/AMCES	Unité Rapprochée d'Accompagnement et de Mise en Œuvre (Antenne AMCES à Parakou)
USSD	Unstructured Supplementary Service Data
VLIR-UOS	Vlaamse Inter-Universitaire Raad-Universitaire Ontwikkelings Samenwerking
XOF	Franc CFA de l'Afrique de l'Ouest
WSM	Wereldsolidariteit-Solidarité Mondiale (ONG belge)
ZS	Zone Sanitaire

MEDECINSSANSVACANCES
ARTSENZONDERVAKANTIE
MEDICSWITHOUTVACATION
LE SAVOIR GUÉRIT

Memisa - MSV
Programme commun DGD
2017-2021

Partie II : présentation du Programme par pays

4. CSC Guinée - ***Programme Memisa***

31 mars 2017

Inhoud

1. Fiche Guinée 3
2. Liste des partenaires et parties prenantes connus au moment de la demande. 4
3. Cohérence avec le Plan Stratégique (pays Hors-CSC) 6
4. Théorie du Changement associée à la Guinée 6
5. Analyse des risques associée à la Guinée 8
6. Description de la prise en compte des recommandations formulées dans le cadre du Dialogue Stratégique lié à un CSC 10
A. Genre 11
B. Environnement 11
C. Digitalisation 11
7. OS Guinée 13
7.1. Fiche OS 13
7.2. Description des résultats Outcome / Objectif Spécifique 14
7.3. T3 – Coûts opérationnels OS Guinée 18
7.4. Motivation au regard des critères du CAD 19
7.4.1. Description de la Pertinence. 19
7.4.2. Description de l'Efficacité. 20
7.4.3. Description de la Durabilité. 20
7.4.4. Description de l'Efficience. 21
7.5. Description de la Stratégie de Partenariat spécifique pour la Guinée 21
A. Partenaires 21
B. Parties prenantes/ collaborations : 23
7.6. Description des Synergies et Complémentarités. 25
Liste des abréviations 29

4. Guinée

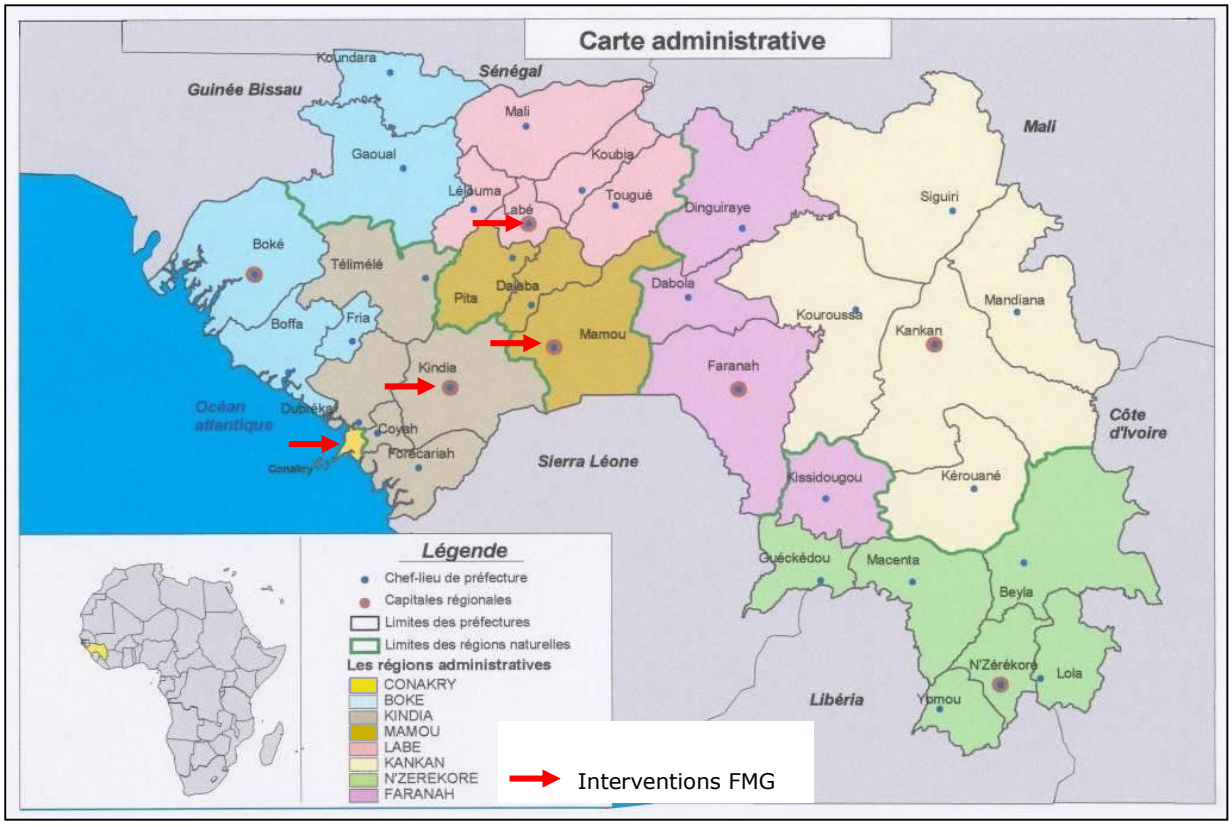
1. Fiche Guinée

Coûts opérationnels totaux pour le pays :		993.585 €		
Personne de contact en Belgique pour la DGD pour le pays :	Nom : Elies Van Belle, conseiller médicale	Organisation: Memisa	Téléphone : +32 24541546	E-mail : elies.van.belle@memisa.be
Personne de contact qui représente l'ACNG dans le pays :	Nom : Abdoulaye Sow	Organisation: FMG	Téléphone : +224 628707894	E-mail :drsowab@msn.com

Résumé synthétique du programme pour ce pays (15 lignes maximum) :

L'intervention de Memisa en Guinée avec FMG a comme objectif d'améliorer l'accès aux soins de santé de qualité par le renforcement d'un partenaire de la société civile locale et des structures de santé, intégrées au système de Santé. Dans cette époque post-Ebola, l'accent est mis sur le renforcement du système de santé local.
L'intervention est construite autour de trois axes opérationnels de développement :
La promotion de la bonne gouvernance : alignée à la politique nationale, Memisa cherche à avoir un regard critique dans sa mise en œuvre, d'introduire des changements pour améliorer la qualité, et de capitaliser et documenter les expériences à fin d'alimenter le niveau décisionnel. La collaboration avec des institutions de recherches, et notamment l'IMT d'Anvers, est crucial.
L'amélioration de l'offre : basé sur le renforcement des capacités du personnel de santé par des échanges et stages pratiques, en collaboration avec différents acteurs qui apportent des expertises.
Appui à la demande : Stimuler les initiatives locales et communautaires, spécifiquement les initiatives mutualistes, pour améliorer l'accès financier aux soins. Appuyer le plaidoyer politique et les mouvements sociétaux pour une plus grande solidarité.

Carte du Pays avec localisation des interventions :



2. Liste des partenaires et parties prenantes connus au moment de la demande.

Partenaire 1 : Fraternité Médicale Guinée			
Nom complet et abréviation :	Fraternité Médicale Guinée (FMG)		
Coordonnées :	Adresse : 030 BP 34 Quarter Hafia Minière Commune de Dixinn, Conakry/Guinée	Téléphone : +224 664 504914 +224 628707894	E-mail : drsowab@fmg-ong.org
		+224 628707894	drsowab@msn.com
Personne de contact :	Abdoulaye Sow, directeur		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 1*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 1 :716.891 €*		
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Partenaire opérationnel pour la mise en œuvre des interventions de Memisa en Guinée		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	01/01/2017		

Partenaire 2 : Communauté de Sant'Egidio-ACAP Programme DREAM Guinée			
Nom complet et abréviation:	Comunità di Sant'Egidio ACAP – DREAM		
Coordonnées:	Adresse:	Telephone:	E-mail:
	Centre DREAM Corniche Nord, Cité Ministérielle – Conakry Republique de Guinée	+224 664469650 +224 664597741	info@dream-guinee.org cristinacannelli@gmail.com
Personne de contact:	Gianni Guidotti, Secrétaire Général Cristina Cannelli, responsable pour la Guinée_ cristinacannelli@gmail.com		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s):	*OS 1*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 1*	*250.000 €*	
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	La Comunità di Sant'Egidio ACAP est une association sans but lucratif, reconnue en Guinée depuis2005. Sa mission est de venir en aide aux populations plus vulnérables, en améliorant leur accès à la santé. La Comunità di Sant'Egidio ACAP –Programme DREAM a identifié comme prioritaires les interventions dans le domaine de la prévention et traitement gratuit du VIH/SIDA, de la promotion de la recherche et de l'éducation et de la formation professionnelle dans le secteur sanitaire. Depuis mars 2006, la Comunità di Sant'Egidio ACAP – DREAM a débuté ses activités avec un centre de traitement gratuit à Conakry, où jusqu'ici 4000 personnes (à Conakry, Coyah et Dubreka) sont prises en charge d'une manière globale pour le traitement du VIH/SIDA et les maladies corrélées. Il s'agit d'une association bien ancrée dans la réalité locale, qui collabore avec le Ministère de la Santé et le Comité National de Lutte au SIDA, dans le cadre du Plan National de Lutte contre le VIH/SIDA.		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	01/01/17		

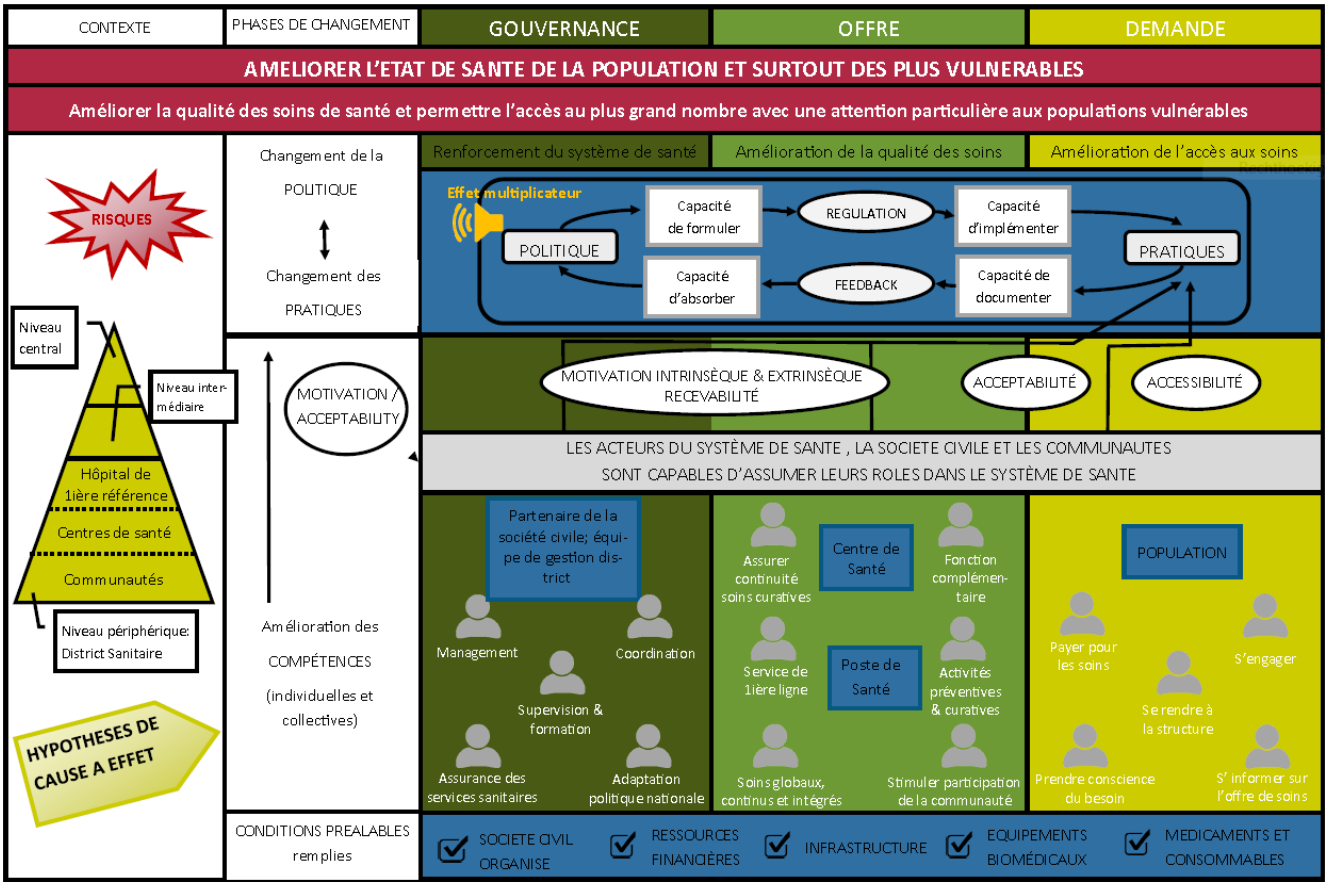
Partie prenante 1 : Maison Médicale Maelbeek			
Nom complet et abréviation :	Maison Médicale Maelbeek – MM Maelbeek		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	Vijverstraat 131, 1040 Etterbeek	02 649 38 55	afdille@hotmail.com
Personne de contact :	Anne Françoise DILLE		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 1*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 1 : 26.694 €*		
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	La Maison médicale de Maelbeek a une relation avec FMG depuis 20 ans, basé sur les échanges Nord-Sud et Sud-Nord, avec l'objectif de mieux comprendre les besoins et de renforcer les capacités du partenaire en SSP. La collaboration dans ce programme se traduit spécifiquement en renforcement des capacités en Kinésithérapie et en soins centrés sur les patients.		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	01/01/2017		

Partie prenante 2: Viva Africa			
Nom complet et abréviation:	Viva Africa asbl		
Coordonnées:	Adresse:	Telephone:	E-mail:
	Rijke Klarenstraat 26 1000 Brussel	+32(0)495790915	kristien.wouters@santegidio.be
Personne de contact :	Kristien Wouters		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 4*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 4*	0 €	
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Viva Africa est l'ONG de développement de la Communauté de Sant'Egidio en Belgique et fait partie du réseau international de la Communauté de Sant'Egidio dont le siège se situe à Rome. (www.santegidio.be/vivaafrica). Viva Africa, autant qu'ONG de la Communauté de Sant'Egidio en Belgique, apporte sa collaboration au programme DREAM au niveau international. Le partenaire de mise en œuvre en Guinée est la Communauté de Sant'Egidio – ACAP DREAM à Konacry. Viva Africa a choisi comme thème de son cadre stratégique le développement socialement durable, qui s'articule autour de trois axes stratégiques : la stratégie de la santé pour tous, le droit à la santé, une société pour tous. Viva Africa bénéficie d'une grande expérience dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA, Le centre DREAM à Conakry a développé un modèle de Prévention, counseling et dépistage du VIH et prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Cette expérience clinique, diagnostique et communautaire sera répliquée dans d'autres structures de santé et zones ciblés, avec un programme de formation basé sur les stages pratiques et les échanges entre pairs. Les expériences formatrices sont entre-autres : -Mise en place des équipes mobiles de prévention du VIH, et d'un système de référence pour la prise en charge des PVVIH de la zone de santé -Dépistage permanent dans les maternités par l'équipe mobile ('Counseling', Screening VIH et Orientation vers les services de traitement du VIH pour les femmes enceintes) -Stage et formation en techniques laboratoires à partir d'un labo modèle, très performant.		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	01/01/2017		

3. Cohérence avec le Plan Stratégique (pays Hors-CSC)

Pas d'application

4. Théorie du Changement associée à la Guinée



L'impact recherché des interventions de Memisa est d'améliorer l'état de santé de la population et surtout des plus vulnérables. Les interventions mises en œuvre cherchent à **améliorer la qualité des soins de santé et à permettre l'accès au plus grand nombre avec une attention particulière aux populations vulnérables.**

La stratégie est basée sur trois axes de changement : la promotion de la bonne gouvernance, l'amélioration de l'offre et l'appui à la demande. Les thèmes transversaux genre, environnement et digitalisation reçoivent une attention particulière dans chaque axe de changement.

Memisa renforce le système de santé local par le renforcement des acteurs cibles pour qu'ils soient en mesure d'assumer leurs rôles dans le système[1].

Comme ONG de développement, nous partons du principe que nous avons le mandat explicite d'améliorer la qualité en nous alignant d'une façon « critique » à la politique nationale et en collaborant avec les structures étatiques et celles de la société civile. Nous voulons autant que possible éviter une multiplication des structures et des outils, éviter la substitution et plutôt organiser les interventions en s'appuyant sur les capacités locales, en les renforçant. Pour être durables et portées par les acteurs locaux, les solutions devraient être locales.

1. Phases de changement

0. Les conditions préalables

Une infrastructure fiable (électricité, eau, bâtiments), des ressources humaines, un matériel fonctionnel et bien entretenu, des médicaments et consommables de qualité disponibles ainsi que des ressources financières sont des conditions préalables importantes pour dispenser des soins médicaux et paramédicaux de qualité.

[1] GILSON,L. Health Policy and Systems Research, a methodology reader, World Health Organization, 2012. RDC Ministère de la Santé, Recueil des normes de la zone de santé, 2006.

Le renforcement des capacités ne peut avoir des résultats durables sans ces conditions préalables et on y a fait l'expérience sur le terrain.

1.1. Changer les pratiques

Le changement des pratiques commence par l'amélioration des compétences nécessaires dans chaque axe de changement. Les axes de changements sont formulés comme des hypothèses de cause à effet.

Hypothèse 1 (H1) : Les compétences individuelles du personnel des structures de santé seront améliorées, si des stages et des formations professionnelles sont organisés (= formation-sur-le-tas).

Pour améliorer des compétences médico-techniques et organisationnelles , nous adoptons la formation-sur-le-tas comme stratégie d'intervention principale en appliquant le modèle d'apprentissage 70-20-10[2] selon lequel un collaborateur efficace et performant acquiert à peu près 70 % de ses connaissances sur le tas, 20 % via un suivi personnalisé ou des contacts sociaux (entretiens, réseaux, feedback) et 10 % seulement via une transmission classique du savoir.

H2 : Le changement des pratiques demande une amélioration des compétences individuelles et une amélioration des compétences collectives

Par rapport au renforcement de capacité institutionnelle, nous nous basons sur le modèle de 5 compétences collectives[3]. Il s'agit d'un modèle systémique qui permet de repérer les éléments clés qui font qu'une organisation peut fonctionner et progresser. Le modèle comprend 5 compétences collectives et est utilisé comme point de départ de la stratégie de renforcement des capacités que nous élaborons avec notre partenaire local FMG.

Sur l'axe d'amélioration de l'offre, nous travaillons sur le renforcement des capacités au niveau des centres de santé et personnel médical gérés et appuyés par FMG. Nous comptons renforcer les compétences nécessaires pour assumer les rôles recommandés au niveau de la première ligne en Guinée.

Un centre de santé est la porte d'entrée dans le système de santé, il doit être capable de fournir des soins globaux, continus et intégrés. Il a 3 fonctions spécifiques: fonction de premier contact avec la communauté, fonction de synthèse de l'information clinique et sociale du patient, et responsabilité de la santé de chacun de ses usagers. Tous les éléments qui le composent sont disposés, organisés et coordonnés en fonction de l'objectif de responsabilité pour la santé d'une population définie.

Un hôpital de référence dispose d'une fonction complémentaire au centre de santé de 1er niveau, il doit assurer la continuité des soins curatifs pour les malades qui ne peuvent pas être pris en charge au Centre de Santé.

Sur l'axe de gouvernance, nous nous concentrons sur le rôle de la société civile en relation avec les équipes de gestion au niveau périphérique (district sanitaire) du système de santé: la coordination des acteurs locaux, la supervision et la formation des prestataires de soins, l'adaptation de la politique nationale et des directives nationales aux conditions locales, la gestion des services sanitaires, des activités et du personnel des structures et répondre aux besoins locaux en termes de provision des services sanitaires et des activités de promotion de la santé.

En ce qui concerne l'axe de la demande, il y a différentes obstacles potentielles auxquels la population est confrontée et qui font que les soins ne soient pas accessibles pour tous. On se réfère au cadre conceptuel de Levesque et. al.[4], qui décrit les 5 capacités requises pour accéder aux soins de santé : *1) Ability to perceive; 2) Ability to seek; 3) Ability to reach; 4) Ability to pay; and 5) Ability to engage.*

Nous renforçons les capacités de sensibilisation et d'organisation des acteurs communautaires afin de sensibiliser la population sur l'utilité des soins préventifs et curatifs et sur la disponibilité des services de soins. Nous stimulons et contribuons à l'application et au financement de différents mécanismes de protection sociale en santé, plus spécifiquement les mutuelles communautaires et fonds d'équité.

---

[2] Le modèle 70-20-10 a été développé par Morgan McCall, Robert W. Eichinger et Michael M. Lombardo (Center for Creative Leadership) et est mentionné dans The Careeer Architect Development Planner, 3rd edition, de Michael M. Lombardo et Robert W. Eichinger.(http://www.princeton.edu/hr/learning/philosophy/)

[3]Le modèle de « Five core capabilities » – a été developpé par European Centre for Development Policy Management (http://www.ecdpm.org) - Les compétences collectives de 1) s'engager et d'agir, 2) d'obtenir des résultats de développement (réaliser des missions techniques, d'assistance et logistiques), 3) de nouer des relations et d'attirer des moyens et de l'assistance, 4) de s'adapter et de se renouveler, 5) de maintenir en équilibre la cohérence et la diversité

[4] Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualizing access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, *12*(1), 18. doi:10.1186/1475-9276-12-18: "*we view access as the opportunity to identify healthcare needs, to seek healthcare services, to reach, to obtain or use health care services, and to actually have a need for services fulfilled. We conceptualize five dimensions of accessibility: 1) Approachability; 2) Acceptability; 3) Availability and accommodation; 4) Affordability; 5) Appropriateness. In this framework, five corresponding abilities of populations interact with the dimensions of accessibility to generate access. Five corollary dimensions of abilities include: 1) Ability to perceive; 2) Ability to seek; 3) Ability to reach; 4) Ability to pay; and 5) Ability to engage.*"

Nous sommes conscients que l'amélioration des compétences ne résulte pas nécessairement à un changement des pratiques.

H3 Pour qu'un individu présente un comportement effectif et mette les compétences acquises en pratique, la motivation intrinsèque et extrinsèque et la redevabilité sont indispensables

Au niveau de l'offre et de la gouvernance la motivation intrinsèque et extrinsèque (des facteurs dans l'environnement professionnel et social) ainsi que la recevabilité sont considérées comme facteurs cruciaux pour qu'un individu soit performant et mette ses compétences en pratique[5]. Le fait de renforcer le plateau technique (équipement en matériel biomédical, de réhabiliter/étendre une infrastructure) et les compétences du personnel contribue à la motivation intrinsèque du personnel.

1.2. Apprendre des pratiques et influencer la politique

H4 : si les compétences d'analyser et de documenter sont améliorées, les acteurs cibles ont l'opportunité d'apprendre des pratiques et d'influencer le niveau décisionnel.

À cette phase nous voulons documenter les changements introduits pour capitaliser les expériences et influencer le niveau décisionnel. Les organisations de la société civile, qui sont nos partenaires principaux, peuvent jouer un rôle très important à ce niveau : le rôle de catalyseur entre les partenaires périphériques (structures soignantes) et le partenaire étatique (niveau intermédiaire ou central).

L'expérience positive de Memisa avec le développement des projets pilotes en organisation des soins et en protection sociale à la santé dans d'autres pays en Afrique avec un contexte et une problématique similaire nous convainc que le développement des projets pilotes d'amélioration de la qualité, qui servent comme exemple pour être multiplier ailleurs, est la stratégie adéquate pour arriver à l'étape d'apprentissage et d'influence au niveau décisionnel.

1.3. De changement des pratiques aux outcomes

H5 : Si les acteurs du système de santé assument leurs rôles dans le système de santé, la qualité des soins sera améliorée.

H6 : Si des mécanismes financiers existent et les services des soins sont perçus comme acceptables, la population a un meilleur accès aux services sanitaires.

Au niveau de la demande on travaille sur les obstacles à l'accessibilité, mais le fait que des services sanitaires soient fonctionnels et accessibles (géographiquement et financièrement), ne garantit pas l'utilisation des services. À côté de l'accessibilité, l'acceptabilité fait que quelqu'un va réellement utiliser des services sanitaires. La population doit avoir de confiance dans la capabilité du service sanitaire de résoudre leur souffrance. L'acceptabilité est considérée comme l'accessibilité psychologique ou culturelle[6]. Nous influençons cet aspect d'acceptabilité en renforçant la qualité des soins offerts aux structures de santé.

H7 Si le leadership local des équipes cadre des districts sanitaires ainsi que la Participation Communautaire sont renforcés, alors la gouvernance du système local de santé sera améliorée.

L'OMS identifie le leadership et la gouvernance comme un des 6 piliers d'un système de santé[7]. Le renforcement du leadership est une stratégie principale pour arriver à un système de santé performant.

1.4. Des outcomes à l'impact

MEMISA veut contribuer à l'objectif final: améliorer l'accès aux soins de qualité fait que l'état de santé de la population sera amélioré.

Voir la stratégie d'intervention dans le chapitre 7.2 et le schéma de la logique d'intervention en annexe 1 pour plus d'explications.

5. Analyse des risques associée à la Guinée

Explications :										
Pro	1	Improbable	**Eff**	1	Négligeable	**Niveau de**	<5	Bas	**Im**	

[5] Bennett S, Franco LM. *Public sector health worker motivation and health sector reform: a conceptual framework.* Bethesda, MD, Abt Associates Inc. for Partnershios for Health Reform Project, 1999 (Major Applied Research 5, Technical Paper 1) in *The World Health Report 2006 – Working together for health*, *Chapter 4*, *Making the most of existing health workers*, p 71.

[6] Van Damme, et.al Public Health Module 2 Health service organization course book, 2011.

[7] WHO, Everybody's business strengthening health systems to improve health outcomes, 2007.

2	Possible	2	Petit	5-9	Moyen	Identification du résultat sur lequel le risque aurait de l'impact. Voir cadre logique.
3	Probable	3	Moyen	10-15	Haut	
4	Presque sûr	4	Grand	16-20	Extrême	
		5	Sérieux			

Estimation du risque					**Gestion du risque**			**Suivi du risque**	
Source et nature du risque	**Probabilité**	**Effets**	**Niveau de risque**	**Impact résultat**	**Traitement**	**Responsable**	**Timing**	**Responsable**	**Quand**
Instabilité politique, terrorisme (frontière Mali)	2	4	8	tous	Participation échanges inter-acteur	Memisa	ponctuel	FMG	ponctuel
les autres déterminants de la santé se détériorent (eau, éducation, pauvreté…) ; instabilité économique	2	5	10	tous	Collaboration et coordination inter-secteurs	intersectoriel	continu	FMG	continu
perturbations majeures de l'état de santé de la population, spécifiquement la recrudescence d'Ebola ou émergence d'autres maladies transmissibles	2	5	10	tous	Préventif : Renforcement du système de santé ; coordination et collaboration acteurs santé	Acteurs et autorités santé	continu	FMG	continu
Pas de collaboration des autorités sanitaires	2	4	8	tous	Utilisation de la convention FMG-Ministère de la santé	Membres des OSC et autres partenaires techniques	continu	FMG	Continu
La société civile n'a pas la liberté de s'organiser	2	4	8	R1	Plaidoyer et groupe de pression auprès des autorités	Membres des OSC	Continu	FMG	continu
Pas d'intérêt d'autres acteurs dans la santé d'échanger et de collaborer	1	4	4	R1	Stimuler l'intérêt à partir de la promotion des bonnes pratiques, des publications	Les autorités guinéennes	continu	FMG	continu
Le personnel des structures de santé n'est pas motivé pour être formé	2	5	10	R2	Processus participatif ; identification locale des	Memisa - FMG	continu	FMG	annuel

					besoins ; plans de carrière				
le système national d'approvisionnement en médicaments n'est pas régularisé ou pas fonctionnel	3	4	12	R2	Actions concertées acteurs santé ; Collaboration Quamed	Memisa - FMG	ponctuel	FMG	ponctuel
Le taux de pauvreté a augmenté	2	4	8	R3	Collaboration et coordination inter-secteurs	Acteurs et autorités santé	continu	FMG	continu
les mutuelles communautaires n'existent plus ou ne se développent pas	2	4	8	R3	Utilisation des systèmes de solidarité traditionnelle	FMG	ponctuel	FMG	continu

6. Description de la prise en compte des recommandations formulées dans le cadre du Dialogue Stratégique lié à un CSC

Étant donné que les recommandations de la DGD ont seulement été formulées en néerlandais, elles sont reprises ici en néerlandais.

Aanbevelingen en aandachtspunten voor het kwaliteitverbeteringstraject van het GSK :
-De lokale partners moeten meer betrokken worden bij de verdere evolutie van het GSK, zoals wel al het geval was voor de GCA.
Ce programme a été identifié et formulés ensemble avec et par l'ONG partenaire locale Fraternité Médicale Guinée (FMG). Les priorités sont identifiées par les membres de l'association et l'intervention est basée sur un renforcement des capacités du partenaire de la société civile, intégré au système de santé.

- De jaarlijkse coördinatie van het GSK zal ter plaatse moeten geïnstitutionaliseerd worden tussen de Diplomatieke Post, de ANGS en hun Guineese partners. Guinee is sinds 2015 een nieuw partnerland van de gouvernementele samenwerking en de ANGS zullen verder geraadpleegd worden bij de opstelling van de basisnota en het samenwerkingsprogramma met de Guineese autoriteiten. het is logisch dat er in die context nog geen concrete vormen van samenwerking tussen de directe en indirecte actoren konden bekrachtigd worden.
L'identification et la formulation de cette intervention ont été faites après échange et concertation avec la CTB et avec l'IMT d'Anvers, qui proposent également des interventions pour renforcer la capacité des ressources humaines pour la santé. Nous avons également une collaboration avec WSM, qui renforce les mutuelles de santé, pour renforcer les structures sanitaires bénéficiaires. Memisa cherchera à être complémentaire et à développer des synergies avec les différents acteurs actifs dans le secteur santé. Plus de details dans le chapitre 7.6.

-Veranderingstheoriën moeten geïntegreerd worden in het GSK
Memisa propose une Théorie de changement conforme à ses interventions

- Een gezamelijk risico-beheer is een moeilijke oefening. De bedoeling is echter om onderling informatie uit te wisselen over de beheersmaatregelen die de ANGS nemen om de risico's waarmee ze geconfronteerd worden aan te pakken. Voor de volgende strategische dialoog zullen de ANGS een geactualiseerde risico-analyse maken.
Memisa prendra l'initiative d'échanger et de se concerter avec les autres ACNG sur la politique retenu pour maitriser les risques.

- Operationaliseren van synergie en complementariteit, dit is ook mogelijk met niet-Belgische actoren.
Collaborations, Complémentarités et synergies prévus avec l'IMT d'Anvers, la CTB, WSM, Action Damien, Santé Sud. Voir point 7.5 et 7.6.

Aanbevelingen en aandachtspunten voor deindiening van programma's 2017-2021 :

- In alle programma's van de ANGS zullen de transversale thema's gender en milieu worden opgenomen.

Prise en compte des thèmes transversaux genre et environnement, et de la digitalisation

A. Genre

Dans la société guinéenne, ce sont les femmes qui se chargent de la santé de la famille en règle générale. Il s'agit de renforcer la place des femmes dans les organisations de la société civile. Les activités prévues dans ce cadre seront focalisées sur des actions visant un meilleur équilibre hommes/femmes au sein des équipes techniques et des instances des dites organisations.
FMG est très active dans la lutte contre les inégalités sociales, c'est dans cette perspective qu'elle s'occupe des malades mentaux, des populations clés, des orphelins, des exclus aux soins (indigents) et enfants vulnérables, mais également de la lutte contre les pratiques néfastes à la santé des femmes et enfants, notamment les mutilations génitales féminines et les violences basées sur le genre. Ces aspects seront pris en compte dans toutes les structures de santé au travers les services de consultation prénatale et de la santé sexuelle et reproductive des adolescents ainsi que dans le suivi de l'enfant.
Les organisations de la société civile comme le réseau des promoteurs de la protection sociale seront renforcées afin qu'elles promeuvent la prise en compte de l'aspect genre dans toutes associations/coopératives à base communautaire.

B. Environnement

FMG prend en compte la protection de l'environnement dans l'ensemble de ses projets. Dans le présent programme, il s'agira de veiller à la gestion des déchets médicaux au sein des structures de soins.
En effet, les structures de soins sont des véritables pollueurs de l'environnement si des mesures de gestion ne sont pas prises en amont. Elles produisent des déchets médicaux, qui peuvent provenir des salles de soins infirmiers, mais aussi des laboratoires. Les produits injectables (flacons, plastiques de solutés), les cartons vides, les seringues et aiguilles usitées doivent être soigneusement gérés. C'est pourquoi dans les 8 centres de santé soutenus par le présent programme, il est envisagé la construction des incinérateurs à utilisation facile et moins polluante dans tous les centres qui n'en disposent pas. Afin d'assurer la sécurité des enfants et de prévenir des problèmes de santé consécutifs à l'exposition des objets souillés issus des formations sanitaires, des séries de communication avec des supports adaptés comme Y tube, seront effectuées auprès des prestataires de soins
Dans les activités des agents de santé communautaire un accent particulier sera porté à l'hygiène du milieu, à l'utilisation des infrastructures sanitaires de base, comme les latrines, à la gestion des déchets domestiques, à l'assainissement, au ramassage d'ordures et aux évacuations des caniveaux et eaux usées.

C. Digitalisation

L'existence de 4 opérateurs téléphoniques, l'expansion des téléphones numériques et de tablettes en Guinée , l'utilisation des réseaux sociaux par une bonne partie des professionnels de la santé, des agents de santé communautaires et de plus en plus par la population générale, l'arrivée de la fibre optique et la perspective de son extension dans toutes les villes du pays et l'interconnexion des réseaux électriques prônée dans l'espace CEDEAO (Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest) sont des facteurs qui favorisent aujourd'hui le développement de la digitalisation en Guinée et son impact sur l'organisation du travail, le marketing social et le renforcement des capacités des ressources humaines dans le domaine social et économique. Les nouvelles technologies de l'information et de la communication améliorent le mode de gouvernance des organisations et des services de santé. Fraternité Médicale Guinée utilise à ce jour plusieurs de ces moyens pour associer un leadership au niveau communautaire.
L'Organisation dispose d'un site internet, fréquemment alimenté qui lui permet de communiquer sur ses actions avec son équipe et ses partenaires techniques et financiers, utilise un réseau informatique et des logiciels de gestion.
Avec les téléphones numériques, elle rationnalise ses frais de communication en utilisant le skype, l'Imo et le viber ; participe à des formations à distance via le réseau internet.
Dans le présent projet nous projetons mettre en réseau tous les centres de santé et les cabinets médicaux communautaires pour la gestion de l'information sanitaire. Des dossiers médicaux seront instaurés et les informations sur le patient partagées au sein de chaque structure en utilisant les tablettes et les ordinateurs connectés à l'Internet. A cet effet, toutes

les initiatives qui améliorent le système de production et de gestion de l'information sanitaire seront soutenues par le Fonds d'appui du projet.
Il est prévu également que les prestataires de soins et administrateurs du projet soient inscrits dans différentes communautés des pratiques et soient connectés à certains réseaux sociaux : Linkedin, facebook, twitter.
Il est envisagé dans le paquet de soins axé sur la kinésithérapie de créer un site web interactif entre les spécialistes de la maison médicale et les apprenants des centres de santé couverts par le projet.
Les MOOC (Massive Open Online Courses) comme outils de formation continue seront également utilisés pour le renforcement des capacités des acteurs du projet.

Une Solution technologique de suivi et d'évaluation et de mesure de la qualité des soins avec le logiciel DHIS2 aligné au MSP pour le monitorage et le suivi des interventions de Memisa est également prévu (voir annexe 5).

- Composante 1 : Mise en place d'une application mobile android de collecte de données.
- Composante 2 : Mise en place d'une solution open source de gestion des données (logiciel DHIS2).
- Composante 3 : Développement d'un tableau de bord basé sur le web de visualisation des résultats

Remarque travail décent :

Memisa échangera avec WSM/ ANMC du CSC Travail Décent ou leurs représentants au sein du Forum des acteurs Belges utilisant celui-ci comme forum ouvert pour le partage de connaissances et d'expériences entre les OSC/AI belges et la Coopération belge sur des thématiques, des programmes et des défis communs.
Lors de ces échanges, de nouvelles opportunités de complémentarité et de synergie pourront se présenter entre des OSC belges du CSC Travail Décent et des OSC belges participantes au CSC du pays.
Afin d'assurer cette participation, la plateforme de coordination Travail Décent, en collaboration avec les OSC belges qui ont participé au CSC du pays, coordonnera les modalités d'échange, de communication et de représentativité .voir plus d'explications sur la collaboration avec WSM/ ANMC dans le chapitre 7.5. Partenariats.

7. OS Guinée

7.1. Fiche OS

Outcome (Anglais ou Espagnol ou Français) :		Améliorer la prestation de services de santé de qualité au sein d'un système de santé intégré et accessible au plus grand nombre			
Pays : Guinée Conakry			Cet outcome/objectif est-il couvert pas un CSC ?		*Oui / Non*
Province(s) / Etat(s) ciblé(s) :		Subnational admin level 1	subnational admin level 2	subnational admin level 3	Localité
Partenaires locaux ou parties prenantes :	*Partenaire 1 : FMG*	Conakry			
		Kindia			
		Labé			
Autre localisation de l'intervention :		Mamou			
Groupe-cible :		La société civile locale ; les équipes cadres des districts ; Les structures de santé ciblées et leur personnel La population et particulièrement les personnes vulnérables (femmes, enfants, PVVIH, malades mentaux…)			
Bénéficiaires		549.057 personnes (populations bénéficiaires et acteurs du projet) -détaillés en bas sous le cadre logique			
Secteur principal :		Santé 120			
Interactions des demandeurs :		*Pas d'application ; MSV n'a pas d'interventions en Guinée*			
Autres organisations impliquées :		IMT Anvers, WSM, BTC, Santé Sud			
Coûts opérationnels de l'outcome/objectif spécifique (total) :		€ 966.891			
Markers :					
	Environnement				*1*
	RIO : désertification				*0*
	RIO : biodiversité				*0*
	RIO : CC adaptation				*0*
	RIO : CC mitigation				*0*
	Genre				*2*
	Bonne Gouvernance				*2*
	Santé génésique, maternelle, néonatale et infantile (SGMNI)				*2*
	HIV/Aids				*1*
	Droits des enfants				*1*
	Trade development				*0*

7.2. Description des résultats Outcome / Objectif Spécifique

	Baseline	An 3	An 5	Sources de vérification	Acteur impliqué
Cible stratégique 3 CCS Guinée	**Améliorer l'accessibilité aux soins de santé de qualité pour tous (prévention, soins curatifs, réadaptation et sensibilisation)**				
Outcome / Objectif spécifique	Améliorer la prestation de services de santé de qualité au sein d'un système de santé intégré et accessible au plus grand nombre				
Hypothèses	*les autres déterminants de la santé ne se sont pas détériorés (eau, éducation, pauvreté…); pas de perturbations majeures de l'état de santé de la population, spécifiquement la recrudescence d'Ebola ou émergence d'autres maladies transmissibles ; collaboration des autorités sanitaires*				
Ind 1 : Nombre de professionnels de santé guinéens cible de l'intervention ayant bénéficié d'une formation supplémentaire à la fin du programme	10% du personnel	65%	88%	Rapport mensuelles/ annuelles Rapport de formation	
Ind 2 : Taux de satisfaction des utilisateurs (genre spécifique)	45%	65%	98%	Enquêtes communautaires de satisfaction sur un échantillon (évaluations externes) Enquête à la sortie du centre de santé	Memisa
Résultat 1	la société civile locale est appuyée dans son rôle dans le système de santé et la dynamique des réseaux d'échanges entre acteurs pour la santé est stimulée				
Hypothèses	*La société civile a la liberté de s'organiser ; intérêt d'autres acteurs dans la santé d'échanger et de collaborer ; collaboration des autorités sanitaires*				
Ind 3 : proportion des équipes cadres fonctionnels, des districts cibles de l'intervention, selon critères établis	30%	70%	100%	Fiches de critères de fonctionnement Rapport de supervision, d'Intervision	
Ind 4 : nombre d'expériences pertinentes documentées et partagées de façon effective	0	6	6	Fiches de documentation Expériences capitalisées Documents diffusés	Memisa
Résultat 2	Une offre de soins de santé primaire de qualité est offerte à la population				
Hypothèses	*Le personnel des structures de santé est motivé pour être formé ; le système national d'approvisionnement en médicaments est régularisé et fonctionnel ; collaboration des autorités sanitaires*				
Ind 5 : % de personnes formées/prévues par centre de santé	20%	88%	100%	Rapports mensuelles Rapport de données sanitaires transmis	
Ind 6 : proportion des médicaments traceurs en rupture à la fin du mois, dans l'ensemble des structures	25%	15%	3%	Fiches de stock pharmacie Fiches de gestion des médicaments (hebdomadaire, mensuel et annuel)	
Ind 7 : Proportion d'Accouchements Professionnellement Assistés avec 4 CPN dans l'ensemble des structures (continuité)	56%	70%	90%	Registres, rapports Registre d'accouchement Fiche de suivi CPN	Memisa
Résultat 3	l'accès géographique et financier aux soins de santé est amélioré et les soins sont acceptables pour la population ciblée				
Hypothèses	*Le taux de pauvreté n'augmente pas ; les mutuelles communautaires existent et se développent*				
Ind 8 : Proportion de ménages avec des dépenses de santé catastrophiques (genre spécifique)	50%	20%	10%	Enquêtes communautaires sur un échantillon (évaluations externes)	Memisa

ind proxi : Proportion de ménages ayant connu des dépenses catastrophiques liées à un accouchement (genre spécifique)					
Ind 9 : proportion des structures de santé qui collaborent avec une mutuelle communautaire et qui disposent d'un fond d'équité	20%	40%	60%	Rapport de supervision Supports de gestion des mutuelles de santé	
Conditions préalables :	Stabilité politique et économique ; absence de terrorisme (frontière Mali)				
Typologie des activités (à vérifier !!) :	*1. Investissements : Rénovation des infrastructures sanitaires, matériel médical, engins, matériels informatiques et énergies (groupes électrogènes ou panneaux solaires)* *2. Fonctionnement : Appui aux dynamiques et initiatives communautaires, Missions et voyages, Transport, entretien des locaux, Frais généraux, formation, approvisionnement des centres de santé en intrants et médicaments essentiels générique,* *3. Personnel : Equipe de direction, Personnel soignant, Personnel de soutien et agents de santé communautaire*				

Le projet sera réalisé dans les sites d'intervention de Fraternité Médicale Guinée. Ce sont les régions de Kindia, Mamou, Labé et la ville de Conakry.

Cibles du projet

Les principaux bénéficiaires directes seront issus des :

1) Organisations et plateformes de la société civile guinéenne :
   - Fraternité Médicale Guinée, partenaire en Guinée du projet couvre une population de 300 000 habitants dans les 15 préfectures où elle intervient de façon permanente. De ces 300 000 habitants, 60000 sont dans les zones de couverture du présent projet (Conakry, Kindia, Mamou et Labé). En plus de l'organisation Fraternité Médicale Guinée, 3 plates formes de la société civile seront des bénéficiaires directs de l'action.
   - La plateforme des acteurs de la protection sociale en Guinée. Cette plateforme comprend 6 operateurs de mutuelles de santé, 3 réseaux de mutuelles de santé et plus de 59 mutuelles de santé fonctionnelles qui couvrent 69.609 bénéficiaires (2015). En 2015, 20% des mutuelles de santé de la Moyenne Guinée (une des 2 régions naturelles du présent projet) ont mobilisé environ 250 000 000 GNF (24000 euros) de cotisations pour la prise en charge des bénéficiaires
   - Les Actions concertées pour la santé : Ce réseau des centres de santé associatifs et confessionnels comprend 21 structures de soins de premier niveau qui couvraient près de 33% (2004) des consultations primaires curatives de la ville de Conakry (qui a une population de 2 millions d'habitants)
   - Le collège des médecins généralistes communautaires de la région de la moyenne Guinée : il est composé de 7 médecins généralistes installés en zone rurale et de 2 centres de santé ayant chacun un médecin généraliste. Ces prestataires couvrent une population de 80 000 habitants.
2) Centres de santé (publics et associatifs) : 8 centres de santé sont bénéficiaires directs (formation, rénovation, équipement). Ces 8 centres de santé couvrent une population de 160 000 habitants
3) Equipe cadre de district : 5 districts sanitaires seront couverts par les actions du projet par des appuis aux supervisions des équipes cadre de district
4) Prestataires de soins : 35 médecins, infirmiers, sages-femmes, agents techniques de santé seront les récipiendaires directs de renforcement des capacités
5) Agents de santé communautaire : 16 agents de santé communautaires seront formés et équipés

R1. La société civile locale est appuyée dans son rôle dans le système de santé et la dynamique des réseaux d'échanges entre acteurs pour la santé est stimulée

- *Participation aux initiatives de dynamique d'acteurs pour la santé dont FMG est membre actif.*

Fraternité Médicale Guinée est membre de plusieurs réseaux, plates et collèges dans le domaine de la santé. Elle contribue également au développement d'initiales des organisations de la société civile dans ses sites d'intervention. Ce sont i) le réseau des centres de santé associatifs et confessionnels dénommé ACS (Actions concertées pour la santé), ii) la plateforme des acteurs de la protection sociale, PPSOGUI (Plateforme des acteurs de promotion de la protection sociale en Guinée) qui développe les mutuelles de santé et iii) le Collège des médecins généralistes associatif de première ligne de la moyenne Guinée

Voir plus d'explications sur les activités liés aux différents réseaux dans le chapitre 7.6. Complémentarités et synergies.

- *Appui au développement du partenariat public/privé*

Dans tous les systèmes locaux de santé où FMG intervient, elle tisse des bonnes relations avec les équipes cadre de district. Les activités de l'association sont supervisées et monitorées et les informations sanitaires qu'elle produit sont intégrées dans le système national d'information sanitaire. Malheureusement les équipes cadres de district n'ont pas souvent la possibilité d'animer des concertations avec le secteur associatif et leurs ressources ne permettent pas d'apporter un suivi rapproché aux interventions communautaires. FMG se propose de soutenir les équipes cadre de district afin qu'elles puissent mieux valoriser les expériences communautaires de la société civile. L'appui sera à 2 niveaux :

- Appui aux directions préfectorales de la santé par des facilités pour la supervision des centres de santé associatifs et médecins généralistes communautaires installés en milieu rural
- Soutien des initiatives d'amélioration de l'accessibilité aux soins pour les populations par la création d'un espace de dialogue entre centres de santé publics et privés à finalité publique

- *Renforcement du leadership de Fraternité Médicale Guinée en collaboration avec l'IMT d'Anvers*

FMG développent des pratiques innovantes dans le domaine des SSP et de la santé mentale depuis de nombreuses années. L'ONG est reconnu par le Ministère dans son rôle de recherche action et d'amélioration de la qualité, mais manque un accompagnement professionnel pour documenter les expériences à fin de pouvoir les partager avec d'autres partenaires et avec le Ministère. Le centre de formation en SSP de Maferinyah, partenaire de FMG, qui sera appuyée par l'IMT d'Anvers, offrira une opportunité et complémentarité pour valoriser également les expériences de FMG. L'IMT est intéressé à développer cette collaboration davantage. Plus d'explications dans le chapitre 7.5.

R2. Une offre de soins de santé primaire de qualité est offerte à la population

Dans ce volet le renforcement des capacités du personnel médical est l'élément clé. Nous comptons sur trois partenariats/ collaborations spécifiques :
(Plus de détails sur le contenu des activités prévus dans le cadre de ces partenariats dans le chapitre 7.5.)

1. *Programme d'échanges nord-sud: Maison médicale de Maelbeek-services de santé première ligne en Guinée*
   Le développement d'une médecine de proximité de qualité et accessible à tous dans les villes représente un enjeu majeur. Malgré les importants progrès techniques des dernières années, trop nombreuses sont encore les personnes qui n'ont pas accès à des soins de base qui tiennent compte de leur réalité quotidienne et de leur cadre de vie. Un volet de renforcement des capacités du personnel est prévu en collaboration avec la Maison Médicale de Maelbeek en Belgique.
2. *Programme de prévention, traitement et suivi du VIH/SIDA dans le centre DREAM et intégration dans les SSP en collaboration avec Viva Africa.*
   FMG travaille actuellement en collaboration avec le centre DREAM comme laboratoire de référence pour le VIH-SIDA. Dans le cadre du renforcement des capacités et de l'intégration de la prise en charge du VIH-Sida dans les SSP, le programme propose une collaboration avec Viva Africa pour le soutien du centre DREAM à Kinshasa.
   L'expérience acquise dans le projet DREAM et le modèle développé, surtout par rapport à la sensibilisation et le diagnostic communautaire d'un côté, et par rapport aux techniques du labo d'un autre côté, servira pour améliorer la qualité dans les structures appuyées par FMG. Des stages dans le centre DREAM et des visites de suivi/ échanges garantiront le renforcement des capacités basées sur l'apprentissage pratique et l'échange entre les pairs.
3. *Programme de développement du modèle des SSP adaptés au contexte avec le centre de Maferinyah et l'IMT Anvers.*
   Le Centre National de Formation et de Recherche en santé rurale de Maferinyah travaillera ensemble avec FMG dans le cadre du renforcement du système de santé local et la couverture de santé universelle, spécifiquement le renforcement de la première ligne.

Différents stratégies seront mises en œuvre :

- *<u>Renforcement mutuel de capacités basé sur des échanges</u>*

Plusieurs programmes sont envisagés. Ce sont des i) visites d'échanges nord-sud/sud-nord (regard croisé des pratiques) avec les maisons médicales de Belgique, ii) visites d'immersion/ échange dans les services de santé de première ligne avec d'autres pays dans le programme de Memisa, iii) ateliers d'échange/ de formation régionaux et iv) échanges/ stages avec d'autres structures dans le pays (DREAM, Maferinyah…)

- *<u>Intégration du paquet de soins spécifiques (VIH, santé mentale, autres populations vulnérables) dans 3 nouveaux centres de santé (1 à Kindia, 2 à Labé) publics – basé sur les expériences et compétences développés par FMG auparavant.</u>*

Fraternité Médicale Guinée contribue à l'interface entre programme verticaux et services de santé de première ligne. Depuis 2000 elle a pu intégrer dans ses centres de santé les soins aux malades mentaux, la prise en charge globale du VIH et d'autres populations vulnérables.

Par exemple à l'an 2000, il n'existait en Guinée qu'un seul service de psychiatrie et trois psychiatres pour sept millions d'habitants. Hormis les guérisseurs traditionnels, seul ce service, situé dans un hôpital universitaire à Conakry était à même d'offrir des soins, en réponse aux multiples problèmes de santé mentale des populations guinéennes. C'est dans ce contexte qu'un projet de partenariat qui associe un service de santé mentale de Belgique et une ONG guinéenne spécialisée au développement des soins de santé primaire a vu le jour. Connu sous le nom de SaMOA (Santé Mentale en milieu Ouvert Africain), le programme a pris un essor important dans le système de santé guinéen. En 2016, il est intégré dans 10 centres de santé soutenus et encadrés par FMG dont l'équipe assure la formation des prestataires de soins de première ligne. Parmi les centres de santé qui offre ce paquet de soins, un seul centre de santé publique sur 410 existants. Dans le présent projet, d'autres centres de santé publics seront impliqués.

L'un des centres de santé de FMG fait partie des pionniers des services de santé de première ligne à offrir des soins globaux, accessibles et intégrés VIH aux patients en y apportant, dépistage, traitement par les ARV, prise en charge psychosociale…., ces mêmes services sont offerts à certaines populations vulnérables de manière gratuite.

Pour cette activité, il va s'agir de :

- Détection et référence des problèmes de santé mentale par les animateurs communautaires vers les centres de santé
- Dépistage communautaire du VIHet référence des cas positifs dans les centres de santé
- Formation du personnel des 3 centres de santé en soins de santé mentale et prise en charge du VIH
- Approvisionnement en intrants de dépistage et médicaments essentiels génériques
- Installation (rénovation et aménagement) des espaces de réhabilitation des malades
- Compagnonnage (formation continue, Intervision, supervision)
- Renforcement du modèle de SSP (intégré, continu, centré sur les patients)

    - *Renforcement de la qualité de la prise en charge des problèmes de santé dans les 5 centres de santé déjà appuyés, avec un accent sur la santé mentale et le VIH (3 de FMG et 2 centres de santé partenaires)*
- Implication des animateurs communautaires dans les interventions visant à améliorer la prise en charge des problèmes de santé (ea. Santé mentale et le VIH)
- Appui à l'approvisionnement des médicaments essentiels génériques
- Documentation des pratiques antérieures des centres de santé dans la prise en charge des problèmes santé mentale et VIH
- Renforcement des compétences du personnel (formations continue et ponctuelles)
- Appui à l'amélioration des infrastructures et des équipements

R3. L'accès géographique et financier aux soins de santé est amélioré et les soins sont acceptables pour la population ciblée

- **Amélioration de l'accès aux soins**
    - Amélioration de la prise en charge des références dans le cadre d'un district fonctionnel par le suivi régulier des équipes cadres de districts (indications de référence, qualité de l'accueil à l'hôpital, protocoles de prise en charge, contre-référence aux centre de santé…)
    - Appui aux initiatives locales issues des communautés ou structures de santé décentralisées (publiques et associatives) qui sont cohérentes avec les interventions et la stratégie du programme et qui apportent une plus-value en termes de qualité.
- **Appui aux initiatives d'accès aux soins**
    - Appuyer la mise en place des fonds d'équité pour favoriser l'accès des exclus aux soins adaptés au contexte
    - Mise en place des fonds de solidarité pour assurer l'accès financier aux soins (eg. référence pour césarienne, urgences…)
    - Formation du personnel et sensibilisation de la population et contrôle des prestataires sur l'interface mutuelles de santé et l'offre de soins
    - Etudier la pertinence et la faisabilité d'introduction de la tarification forfaitaire avec un projet pilote

7.3. T3 – Coûts opérationnels OS Guinée

Programme - Budget 2017-2021 - CSC4 - OSS1						
Programme commun - Memisa						
	2017	2018	2019	2020	2021	**Grand Total**
Coûts opérationnels						
1. Partenaires	**€ 246.767,66**	**€ 248.020,45**	**€ 169.978,15**	**€ 159.390,16**	**€ 142.734,89**	**€ 966.891,32**
I Investissement	**€ 134.024,91**	**€ 73.303,18**	**€ 15.606,17**	**€ 5.500,00**	**€ 5.500,00**	**€ 233.934,26**
I.1 Investissements Mobiliers	**€ 127.185,38**	**€ 56.663,74**	**€ 12.033,28**	**€ 5.500,00**	**€ 5.500,00**	**€ 206.882,40**
I.1.1 Engins roulants	**€ 81.665,99**	**€ 25.520,62**	**€ 0,00**	**€ 0,00**	**€ 0,00**	**€ 107.186,61**
I.1.1.1 Achat Véhicule	€ 66.353,61	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	
I.1.1.2 Achat Motos (8 pour CS et 8 pour ASC)	€ 15.312,37	€ 25.520,62	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	
I.1.2 Equipement médical et paramédical des CS	**€ 2.552,06**	**€ 14.904,04**	**€ 6.533,28**	**€ 0,00**	**€ 0,00**	**€ 23.989,38**
I.1.2.1 Equipement des nouveaux	€ 2.552,06	€ 5.104,12	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	
I.1.2.2 Equipement des anciens CS	€ 0,00	€ 9.799,92	€ 6.533,28	€ 0,00	€ 0,00	
I.1.3 Mobiliers de bureau	**€ 3.445,28**	**€ 0,00**	**€ 0,00**	**€ 0,00**	**€ 0,00**	**€ 3.445,28**
I.1.4 Informatique et accessoires	**€ 1.469,99**	**€ 5.634,95**	**€ 0,00**	**€ 0,00**	**€ 0,00**	**€ 7.104,94**
I.1.5 Groupe électrogène et consomables	**€ 2.552,06**	**€ 5.104,12**	**€ 0,00**	**€ 0,00**	**€ 0,00**	**€ 7.656,19**
I.1.6 Investissments pour le centre Dream	**€ 35.500,00**	**€ 5.500,00**	**€ 5.500,00**	**€ 5.500,00**	**€ 5.500,00**	**€ 57.500,00**
I.2 Insetissements immobiliers	**€ 6.839,53**	**€ 16.639,44**	**€ 3.572,89**	**€ 0,00**	**€ 0,00**	**€ 27.051,86**
I.2.1 Rénovation et aménagement des nouveaux CS	€ 3.572,89	€ 3.572,89	€ 3.572,89	€ 0,00	€ 0,00	
I.2.2 Rénovation et aménagement des anciens CS	€ 3.266,64	€ 13.066,56	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	
F Fonctionnement	**€ 52.677,66**	**€ 99.084,60**	**€ 78.739,32**	**€ 78.257,49**	**€ 61.602,23**	**€ 370.361,31**
F.1 Appui aux 8 centres de santé (3 nouveaux+5 anciens)	**€ 7.783,79**	**€ 52.347,90**	**€ 29.537,57**	**€ 28.937,83**	**€ 22.812,88**	**€ 141.419,97**
F.1.1 Volet formation du personnel des nouveaux centres	€ 2.679,67	€ 8.340,14	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	
F.1.2 Appui au fonctionnement des CS	€ 5.104,12	€ 44.007,76	€ 29.537,57	€ 28.937,83	€ 22.812,88	
F.2 Renforcement mutuel de capacités basé sur des échanges	**€ 1.224,99**	**€ 6.508,00**	**€ 0,00**	**€ 5.181,20**	**€ 0,00**	**€ 12.914,19**
F.2.2 Mission d'échanges sud-nord: 2 missions/2 personnes	€ 0,00	€ 4.670,78	€ 0,00	€ 4.670,78	€ 0,00	
F.2.3 Fonctionnement de l'offre du service de Kinésithérapie	€ 1.224,99	€ 1.837,22	€ 0,00	€ 510,41	€ 0,00	
F.3 Appui et accompagnement par FMG	**€ 25.768,89**	**€ 22.328,71**	**€ 31.301,76**	**€ 26.238,46**	**€ 20.889,34**	**€ 126.527,15**
F.3.1 Appui au service administratif et financier de FMG	€ 16.843,61	€ 4.011,84	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	
F.3.2 Participation aux colloques, conférences, formations internationaux	€ 0,00	€ 0,00	€ 9.922,42	€ 4.961,21	€ 9.922,42	
F.3.3 Appui aux initiatives et dynamique d'acteurs pour la santé	€ 4.593,71	€ 13.985,30	€ 17.047,77	€ 16.945,69	€ 6.635,36	
F.3.4 Appui aux fonctionnement global de FMG	€ 4.331,56	€ 4.331,56	€ 4.331,56	€ 4.331,56	€ 4.331,56	
F.4 Fonctionnement centre DREAM	**€ 17.900,00**	**€ 17.900,00**	**€ 17.900,00**	**€ 17.900,00**	**€ 17.900,00**	**€ 89.500,00**
F.4.1 Appui médical et nutritionnel	€ 12.000,00	€ 12.000,00	€ 12.000,00	€ 12.000,00	€ 12.000,00	
F.4.2 Appui aux activités de formation	€ 2.400,00	€ 2.400,00	€ 2.400,00	€ 2.400,00	€ 2.400,00	
F.4.3 Appui au fonctionnement, hygiène, transport, communication.	€ 3.500,00	€ 3.500,00	€ 3.500,00	€ 3.500,00	€ 3.500,00	
P Personnel	**€ 60.065,09**	**€ 75.632,67**	**€ 75.632,67**	**€ 75.632,67**	**€ 75.632,67**	**€ 362.595,75**
P.1 Personnel des centre de santé et agents de santé communautaire	**€ 18.681,09**	**€ 27.102,90**	**€ 27.102,90**	**€ 27.102,90**	**€ 27.102,90**	**€ 127.092,69**
P.1.1 Rémunération des prestataires des centres de santé	€ 10.841,16	€ 19.262,96	€ 19.262,96	€ 19.262,96	€ 19.262,96	
P.1.2 Rémunération des Agents de santé communautaires	€ 7.839,93	€ 7.839,93	€ 7.839,93	€ 7.839,93	€ 7.839,93	
P.2 Personnel d'appui et de suivi de FMMG	**€ 20.783,99**	**€ 27.929,77**	**€ 27.929,77**	**€ 27.929,77**	**€ 27.929,77**	**€ 132.503,06**
P.2.1 Personnel de mise en œuvre du projet	€ 14.659,04	€ 21.804,82	€ 21.804,82	€ 21.804,82	€ 21.804,82	
P.2.2 Personnel d'appui de FMG	€ 6.124,95	€ 6.124,95	€ 6.124,95	€ 6.124,95	€ 6.124,95	
P.3 Personnel du centre DREAM	**€ 20.600,00**	**€ 20.600,00**	**€ 20.600,00**	**€ 20.600,00**	**€ 20.600,00**	**€ 103.000,00**
P.3.1 Personnel médical	€ 13.800,00	€ 13.800,00	€ 13.800,00	€ 13.800,00	€ 13.800,00	
P.3.2 Personnel de mobilisation sociale	€ 3.800,00	€ 3.800,00	€ 3.800,00	€ 3.800,00	€ 3.800,00	
P.3.3 Personnel d'appui	€ 3.000,00	€ 3.000,00	€ 3.000,00	€ 3.000,00	€ 3.000,00	
2. Collaborations	**7.349,94**	**3.394,00**	**7.349,94**	**1.250,00**	**7.349,94**	**26.693,82**
Investissement						

F Fonctionnement	**€ 7.349,94**	**€ 3.394,00**	**€ 7.349,94**	**€ 1.250,00**	**€ 7.349,94**	**€ 26.693,82**
F.2 Renforcement mutuel de capacités basé sur des échanges	**€ 7.349,94**	**€ 3.394,00**	**€ 7.349,94**	**€ 1.250,00**	**€ 7.349,94**	**€ 26.693,82**
F.2.1 Mission d'échanges nord-sud: 3 missions/2 personnes	€ 7.349,94	€ 0,00	€ 7.349,94	€ 0,00	€ 7.349,94	
F.2.2 Mission d'échanges sud-nord: 2 missions/2 personnes	€ 0,00	€ 1.250,00	€ 0,00	€ 1.250,00	€ 0,00	
F.2.3 Fonctionnement de l'offre du service de Kinésithérapie	€ 0,00	€ 2.144,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	
Personnel						
3. Bureau local	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
Investissement						**0,00**
Fonctionnement						**0,00**
Personnel						**0,00**
4. Siège	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
Investissement						**0,00**
Fonctionnement						**0,00**
Personnel						**0,00**
Total CO :	**254.117,60**	**251.414,45**	**177.328,09**	**160.640,16**	**150.084,83**	**993.585,14**
Investissement	**134.024,91**	**73.303,18**	**15.606,17**	**5.500,00**	**5.500,00**	**233.934,26**
Fonctionnement	**60.027,60**	**102.478,60**	**86.089,26**	**79.507,49**	**68.952,16**	**397.055,12**
Personnel	**60.065,09**	**75.632,67**	**75.632,67**	**75.632,67**	**75.632,67**	**362.595,75**

Partenaires						
Fraternité Médicale Guinée	**172.767,66**	**204.020,45**	**125.978,15**	**115.390,16**	**98.734,89**	**716.891,32**
Centre DREAM	**74.000,00**	**44.000,00**	**44.000,00**	**44.000,00**	**44.000,00**	**250.000,00**
Total Partenaires :	**246.767,66**	**248.020,45**	**169.978,15**	**159.390,16**	**142.734,89**	**966.891,32**

Collaborations						
Maison Médicale de Malbeek	**7.349,94**	**3.394,00**	**7.349,94**	**1.250,00**	**7.349,94**	**26.693,82**
Total Collaboration X						**0,00**
Total Collaborations :	**7.349,94**	**3.394,00**	**7.349,94**	**1.250,00**	**7.349,94**	**26.693,82**

7.4. Motivation au regard des critères du CAD

7.4.1. Description de la Pertinence.

Dans le but d'améliorer l'état de santé des populations, le gouvernement guinéen a décidé de réviser sa Politique Nationale de Santé et d'élaborer un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) pour la période 2015-2024.
Le PNDS 2015-2024 fournit des orientations stratégiques claires pertinentes et consensuelles tenant compte des opportunités nationales et internationales pour le développement d'une action sectorielle, mieux ciblée sur les problèmes prioritaires du pays. Il constitue le cadre unique de mise en œuvre de la politique nationale de santé.
Ce PNDS repose essentiellement sur trois objectifs stratégiques à savoir :

- Réduire la mortalité et la morbidité liées aux maladies transmissibles, non transmissibles et aux situations d'urgences
- Améliorer la santé à toutes les étapes de la vie
- Améliorer la performance du système national de santé.

Pour parvenir à la mise en œuvre efficace de ce Plan, un cadre de mise en œuvre ainsi qu'un plan de suivi évaluation ont été élaboré et permettront d'apprécier les progrès accomplis tout au long de la période.
L'action de Memisa en Guinée avec son partenaire FMG s'aligne à la politique nationale et veut apporter un soutien à la réalisation des objectifs du PNDS.

Le programme contribue ainsi au Cible stratégique 3: **Améliorer l'accessibilité aux soins de santé de qualité pour tous (prévention, soins curatifs, réadaptation et sensibilisation)**. Voir CSC Guinée - 2.2 Argumentation basée sur la pertinence du développement, p 7-8

Voir aussi Dossier d'Agrément ONG Programme 2017-2026 de Memisa, 29 décembre 2014 ; p18, 3.4 *Une description de la stratégie que l'organisation veut mettre en œuvre pour atteindre en dix ans, ses objectifs figurant au 3.3*

Voir aussi les principes de changement décrites dans la TOC chapitre 4.

7.4.2. Description de l'Efficacité.

Notre stratégie d'intervention en Guinée est en lien avec le CSC Guinée et les approches communes proposées pour atteindre la cible stratégique commune 3. Le tableau ci-dessous indique à quelle approche commune les résultats du cadre logique contribuent.

Cible stratégique commune 3 Santé	**Améliorer l'accessibilité aux soins de santé de qualité pour tous (prévention, soins curatifs, réadaptation et sensibilisation).**	
Approches et Opérationnalisation Memisa : voir Théorie de changement, Cadre logique et stratégie d'intervention		
3A	Encourager les processus de gouvernance y compris la décentralisation (offre de soins, capacités de diagnostic et autonomie de gestion au niveau périphérique) et promouvoir la coordination entre le niveau central, régional et préfectoral et le secteur privé.	Voir Résultat 1 et TOC, axe gouvernance
3C	Promouvoir les bonnes pratiques en matière de santé au niveau des communautés et renforcer leurs capacités dans les domaines de promotion, prévention, sensibilisation et prise en charge de certaines maladies au sein de la communauté.	Voir Résultat 3 et TOC, axe Demande
3H	Former et recycler le personnel soignant pour améliorer la qualité de soins, avec une attention particulière pour le genre et pour les soins centrés sur les patients (notamment la reconnaissance des problématiques psychosociaux après l'Ebola)	Voir Résultat 2 et TOC, axe offre
3I	S'impliquer dans le processus de réflexion entamé par le Ministère de la Santé concernant la législation spécifique des mutuelles de santé, de la couverture maladie universelle et d'autres approches de protection sociale pour assurer l'accès aux soins de santé pour tous, en tenant compte du genre.	Voir Résultat 1 et 3 et TOC, axes gouvernance et Demande
3J	Renforcer les systèmes locaux de santé par la promotion des soins de santé primaires globaux, continus et intégrés dans un cadre d'appui multi-acteur et promouvoir l'intégration des approches verticales de contrôle de maladies.	Voir Résultat 1 et 2 et TOC, axes gouvernance et offre

Une évaluation externe sur l'efficacité de notre stratégie d'intervention à mi-parcours et à la fin du programme est prévue

7.4.3. Description de la Durabilité.

- Impact attendu de l'intervention

Les activités proposées dans le présent programme veulent renforcer et permettre de développer davantage les acquis de Fraternité Médicale Guinée qui collabore depuis 22 ans avec le ministère de la santé publique de la république de Guinée. Les nombreuses conventions qui lient l'organisation à l'Etat guinéen ont permis des innovations au sein du système de santé du pays : Création des structures de soins à utilité publique dénommées centres de santé associatifs, Intégration de programmes verticaux (santé mentale, VIH, populations vulnérables) au sein des structures de santé de premier échelon, développement des projets communautaires (lutte contre les mutilations génitales féminines, installation des médecins en zone rurale, développement de mutuelles de santé), interface entre programme de lutte contre les maladies et structures de soins horizontaux, collaboration public-privée dans l'offre de soins… Tous ces programmes ont un ancrage dans les collectivités où ils sont mis en œuvre.

- **Viabilité de l'intervention :**

Les centres de santé de Fraternité Médicale Guinée fonctionnent avec le recouvrement des coûts suivant les directives de la politique nationale de la santé du pays. Les populations payent les soins. Les recettes issues de consultations et soins médicaux assurent le fonctionnement (ressources humaines) des centres de santé et celles issues de la vente des médicaments, renouvellent le stock de médicaments et consommables médicaux. Au travers les stratégies d'accompagnement envisagées par le programme, notamment les systèmes de solidarité (mutuelles de santé), l'appui aux

3 plates formes et le renforcement du leadership de FMG, les capacités en plaidoyer, de mobilisation de ressources et de diversification des sources de financement seront renforcées et constitueront un facteur de durabilité. L'Etat guinéen subventionnera toutes les activités préventives (vaccinations, dépistage du VIH), le traitement gratuit des maladies comme le VIH, la tuberculose et de certaines populations vulnérables, notamment les groupes marginalisées. Les compétences acquises seront valorisées dans certains projets et programmes et par d'autres partenaires techniques. Au terme du programme, Fraternité Médicale Guinée et les centres de santé qu'elle accompagne auront une viabilité technique, économique et sociale.

- Stratégie de désengagement

Au terme des 5 ans du projet, les partenaires du sud auront acquis des capacités internes. Les capacités contributives des populations au sein des mutuelles de santé seront accrues.
A partir de la 3eme année du projet, les apports financiers de la DGD seront repris par les partenaires du sud qui auront la capacité de fidéliser les patients dans les centres de santé, de renouveler les stocks de médicaments et consommables médicaux, de favoriser la création de nouvelles mutuelles de santé et organisations communautaires de base.

Pour la stratégie de désengagement, voir aussi Memisa Dossier d'Agrément ONG Programme 2017-2026, 29 décembre 2014 ; p. 26-28

7.4.4. Description de l'Efficience.

Les ressources sollicitées dans le cadre du présent projet seront investis dans le développement des ressources humaines, des structures de soins, des plateformes d'échanges d'acteurs et le renforcement de la collaboration entre le secteur public et la société civile en république de Guinée.

Le projet va couvrir 549.057 personnes (populations bénéficiaires et acteurs du projet) dans 5 régions sanitaires pour un budget de € 993 585 repartis comme suis :

- Investissement : 223.934 soit 24%
- Fonctionnement : 397 555 soit 40%
- Personnel : 362 595 soit 36%

Au regard de toutes les informations (nombre de bénéficiaires) du projet durant les 5 ans, le montant de la subvention par habitant et par an est de : € 0, 36.

Mode de calcul : bénéficiaires de FMG : 300.000 habitants dont 60.000 personnes (zone du présent projet) et bénéficiaires du projet 309.057 personnes. Au total (300.000+309.057)-300.000=549.057. Ainsi, € 743.585,14/549.057/5 ans = € 0, 36.

7.5. Description de la Stratégie de Partenariat spécifique pour la Guinée

A. Partenaires

- Rappel de la stratégie du partenariat et description des types de partenaires possibles

Les partenaires de Memisa sont des organisations de la société civile à but non-lucratif, avec une finalité sociale et qui partagent notre vision et nos objectifs. Ils doivent avoir les compétences et capacités d'exécuter un projet ou un programme élaboré en commun, une expérience démontrée en la matière, ou montrer la volonté et la capacité d'apprendre et de se renforcer. Ils doivent avoir la confiance et une réelle assise dans la communauté locale, dont ils véhiculent les souhaits et besoins ressentis et dont ils sont capables de porter et défendre les intérêts. Memisa recherche une bonne collaboration avec ses partenaires locaux, en dialogue ouvert, sur base d'égalité et responsabilité partagée. Memisa collabore avec des organisations partenaires locales pour le renforcement des soins de santé, des services de santé et du système de santé.

Pour Memisa un vrai partenariat suppose une vision partagée et une volonté de travailler ensemble pour l'atteinte d'objectifs fixés en commun, selon des règles convenues, en dialogue et sur un pied d'égalité. Un partenariat franc repose sur l'entente, la confiance réciproque, le respect mutuel et la franchise dans une bonne communication.
Le partenaire local a la meilleure connaissance contextuelle et culturelle et doit prendre le devant pour assurer l'acceptabilité et la durabilité des interventions. Cette durabilité est mieux assurée quand le partenaire local possède une

structure organisationnelle établie, un leadership assez large et partagé et s'il fait partie ou peut disposer d'un réseau structuré d'acteurs autour de lui.
Les partenaires de Memisa sont impliqués à chaque étape du processus décisionnel, aussi bien dans la conception, la planification, la mise en œuvre que dans l'évaluation. Une réelle affinité facilite l'échange d'expériences, de compétences et de connaissances et un apprentissage mutuel. Le partenariat doit permettre le transfert des compétences selon les besoins afin que le partenaire puisse assurer la continuité des interventions et renforcer la durabilité des résultats.

La gestion du partenariat comprend les processus d'identification et de sélection des partenaires, l'accompagnement et le renforcement de capacité des partenaires, le transfert de responsabilité et le désengagement de Memisa.

Memisa commence la collaboration par un screening organisationnel initial, pour lequel on a développé un outil appelé « partnerscan » pour formaliser et objectiver ce processus. Il est basé sur une évaluation de plusieurs critères de capacité de gestion du partenaire, et sert de base pour l'identification des pistes de renforcement. Le processus de l'utilisation est participatif.
Les modalités du partenariat peuvent varier en fonction du lieu et du moment, et doivent prendre en compte les besoins en accompagnement et en renforcement des capacités. Les partenaires locaux exécutent les projets, comme retenus ensemble, avec un suivi et accompagnement de Memisa. Le rôle de Memisa dans le partenariat peut inclure l'orientation technique, l'orientation managériale et administrative, l'identification des situations d'exclusion ou d'abus, l'intermédiation pour assurer les échanges entre la société civile, les services de santé et les autorités et l'orientation de la société civile sur les recours possibles.
Le partenariat permet le transfert des compétences selon les besoins afin que le partenaire puisse assurer la continuité de l'intervention. Memisa vise une responsabilisation progressive de ses partenaires. Le principe fondamental de toute stratégie de désengagement sera d'accroître la durabilité de nos activités et d'améliorer la transparence et la coopération avec les partenaires.
Le partenaire FMGa été identifié lors d'une mission de formulation du siège en mai 2016. FMG a déjà une large expérience comme ONG et un ancrage sociétal important, et l'accompagnement du siège sera plutôt technique, avec un suivi à distance et une ou deux missions annuelles sur le terrain. La collaboration avec l'IMT Anvers constitue un facteur de renforcement technique important.
La politique de la gestion des partenaires est décrite dans le Dossier d'Agrément ONG Programme 2017-2026, 29 décembre 2014 ; p. 20-22
Les modalités spécifiques de la stratégie de désengagement sont décrites dans: Dossier d'Agrément ONG Programme 2017-2026, 29 décembre 2014 ; p. 27-28

- Justification du choix et rôle du partenaire par rapport à la stratégie.

Fraternité Médicale Guinée (FMG, voir http://www.fmg-ong.org/) est une association privée à finalité publique, créée il y a une vingtaine d'années. Investie dans une offre de soins de santé au niveau de la première ligne via le développement de centres de santé intégrés « médicalisés » (c'est à dire avec des médecins travaillant en équipe avec les autres cadres de la première ligne). Il y a eu dans le passé et encore aujourd'hui de nombreux contacts et échanges Nord-Sud et Sud-Nord entre le staff FMG et professionnels des maisons médicales francophones de Belgique, les institutions d'enseignement (Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, Université Libre de Bruxelles) des organisations de la société civile belges (AEDES, MSF-Belgique, Fondation Damien). Par ailleurs, FMG s'est inspirée du modèle de la médecine de famille/médecine générale Européenne organisée par des équipes polyvalentes et multidisciplinaires intégrées dans les communautés locales. FMG cadre son action dans les valeurs et la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP) tels qu'explicitées par l'OMS et UNICEF dans la déclaration d'Alma Ata en 1978.

Aujourd'hui FMG gère 3 centres de santé lui appartenant et collabore avec 13 centres de santé publics, associatifs et confessionnels et encadre 5 médecins généralistes communautaires installés en zone rurale. Les premiers centres ont été développés en ville (Conakry, 3 centres), ensuite une extension progressive au milieu rural (Labé et Kindia).
Le travail de FMG est reconnue par les autorités de santé publique (ministère de la santé et ses services décentralisés) avec lesquelles des relations collégiales/partenariales se sont construites au fil des années. FMG a construit une grande expertise, crédibilité et autorité morale au sein du système de santé en Guinée. Elle participe à l'élaboration des documents de politique en matière de santé et a progressivement développé sa capacité institutionnelle et « navigue » aujourd'hui avec habilité le paysage complexe du système de santé Guinéen pour mobiliser les ressources nécessaires au renforcement du système de soins de santé primaires. Ainsi, les fonds venant de programmes verticaux sont utilisés, autant que possible, de manière à renforcer le fonctionnement, la performance et la crédibilité des systèmes locaux de santé.
Depuis 15 ans, FMG a également développé (avec un centre de santé mentale bruxellois sous l'impulsion d'un psychiatre belge) des compétences dans le domaine de la prise en charge de problèmes de santé mentale au niveau du premier échelon de soins. FMG est aujourd'hui reconnu en Guinée comme un centre d'expertise dans ce domaine.

En résumé, sur le choix du partenaire FMG :

- FMG a développé un modèle organisationnel d'offre de soins de santé de première ligne pertinent pour l'ensemble du pays (voire même pour toute la région Ouest-Africaine) ;
- FMG a développé une grande expertise dans la prise en charge *intégrée* de problèmes de santé mentale au niveau de la première ligne de soins, dans un contexte où une offre de soins de santé mentale de qualité fait cruellement défaut dans les services de santé dits modernes ;
- FMG est un acteur respecté et écouté dans le système de santé Guinéen qui exerce une influence réelle en termes de la conception, la planification et la mise en place de politiques de santé dans le pays.

Au niveau associatif, FMG fait partie de plusieurs réseaux des organisations de la société civile, parmi lesquels : le réseau des ONG de lutte contre le VIH, la plateforme des acteurs de la protection sociale PPSOGUI, le réseau des Actions Concertées pour La Santé et impulse plusieurs initiatives au niveau locale (ex : collège des médecins de la première ligne en moyenne Guinée ; associations des patients et d'autres populations clés…).

Dans le domaine de l'enseignement FMG encadre chaque année une centaine d'étudiants de médecine et des écoles nationales de la santé. Elle a contribué à la création d'un diplôme de médecine de famille au sein de la faculté de médecine de l'université de Conakry. Ses structures de soins et celles qu'elle encadre sont reconnues comme des lieux de stage pour les étudiants de médecine et ceux en spécialisation en santé publique et médecine de famille et les médecins généralistes communautaires y exerçant sont des maitres de stage reconnus par la faculté de médecine de Conakry

B. Parties prenantes/ collaborations :

- **IMT Anvers**

Synergie entre le Centre de Maferinyah, l'IMT, FMG et Memisa :

Créé en 1985 par le Ministère de la Santé Guinéen, avec une autonomie de gestion, le Centre National de Formation et de Recherche en santé rurale de Maferinyah a pour mission de : i) développer un environnement favorable pour l'offre de services et de soins de qualité à la population ; ii) participer à la formation continue des ressources humaines en santé et la formation initiale et pratique des étudiants de la Faculté de Médecine et des écoles professionnelles de santé ; iii) entreprendre des recherches dans les domaines socio-économiques et sanitaires. L'IMT prévoit d'appuyer le centre pour qu'il devienne progressivement un centre de référence national et régional crédible dans les domaines de la recherche et de la formation continue des professionnels de santé en Guinée

Le processus CSC nous a amené à proposer un projet synergétique entre Memisa, l'IMT et les partenaires locaux FMG et le Centre de Maferinyah, concernant le renforcement du système de santé local et la couverture de santé universelle, spécifiquement le renforcement de la première ligne. Memisa-FMG seront en charge de la mise en œuvre opérationnelle et IMT- Centre de Maferinyah s'occuperont de la documentation scientifique et la recherche opérationnelle.

Collaboration avec l'IMT d'Anvers pour le renforcement des capacités de FMG

Fraternité Médicale Guinée a développé plusieurs approches communautaires de prise en charge des problèmes de santé et d'encadrement d'initiatives locales. Ces pratiques ne sont malheureusement pas bien documentées pour être partagés et transférés à d'autres acteurs de développement de soins de santé primaires. C'est pour développer cette compétence et la disséminer que les activités ci-dessous sont proposées.

- Réplication, transfert, dissémination des bonnes pratiques dans d'autres services de santé de première ligne (public et associatifs à finalité sociale)
- Mise en place d'un centre de monitorage, d'évaluation et de recherche au sein de FMG pour la documentation des pratiques et initiatives en santé
- Participation à des évènements scientifiques (ateliers, conférences) régionaux et internationaux
- Appui scientifique et renforcement institutionnel de FMG (p.ex. par des experts en santé publique, en médecine de famille, en santé mentale, VIH, populations vulnérables et en management des organisations)
- Abonnement à des journaux scientifiques, Cours d'Anglais pour le staff FMG
- Appui en comptabilité et selon les besoins, achat licence du logiciel comptabilité

- **Fondation DREAM Conakry**

Le Centre DREAM de Conakry met en œuvre des activités de prévention, traitement et suivi du VIH/SIDA, et assiste actuellement environ 4.000 patients. Ceci inclut le dépistage et le conseil de l'infection de VIH (Voluntary Counseling and Testing - VCT) ; le traitement pour les maladies infectieuses comme la Tuberculose, les infections opportunistes, le paludisme etc. ; la prévention et le traitement des maladies sexuellement transmissibles (MST) ; l'assistance et le traitement antirétroviral aux personnes séropositives; le service de soins à domicile pour les personnes vulnérables.

Un service de diagnostic de haute qualité est disponible pour le suivi des personnes vivant avec VIH/SIDA dans le centre DREAM, grâce à un laboratoire de biologie moléculaire moderne, où on réalise les tests les plus importants pour un suivi adéquat de la maladie, c'est-à-dire la mesure des CD4 (cellules des globules blancs attaquées par le virus) et de la charge virale (quantité de virus dans le sang). Ce laboratoire a été le premier de ce niveau en Guinée et travaille depuis 2006. Il s'agit d'un laboratoire de référence pour les nouveaux centres que le gouvernement entend emplanter. Ce laboratoire en centre-ville travaille aussi pour 3 autres centres satellites, pas pourvus de laboratoire : cela dans le but d'offrir le même standard de diagnostique d'excellence aux patients qui vivent éloignés du centre, dans la périphérie de la capitale et dans les deux préfectures de Dubreka et Coyah.
DREAM gère ce laboratoire, forme le personnel, et fait des missions de suivi et d'évaluation des activités de laboratoire. Le laboratoire est un laboratoire excellent, ou d'autres personnels viennent apprendre à travailler avec les échantillons et les instruments de haute qualité. Ainsi le niveau de suivi et du traitement du VIH va augmenter dans les centres de santé de traitement du VIH dont le personnel sera mieux formé.
Le transport des échantillons de sang et des diagnostics entre les laboratoires et les centres de soins est nécessaire. Il faut acheter une nouvelle voiture pour le transport.
Un autre focus important est la Prévention de la Transmission du virus VIH de la Mère à l'Enfant pendant la grossesse et l'accouchement (service de PTME). Le programme PTME donne la sensibilisation aux femmes enceintes, le dépistage VIH et le traitement pour les femmes séropositives, ainsi que pour leurs familles. Il prévoit des cours de formation du personnel des maternités d'autres centres et d'autres régions du pays pour renforcer les capacités en PTME dans le pays.
Un service de lutte contre la malnutrition sera disponible auprès du centre de santé de DREAM. Ceci implique l'évaluation des besoins alimentaires et l'établissement de critères d'éligibilité des clients. Des suppléments nutritionnels seront donnés pour les femmes enceintes et pour les enfants malnutris dans le centre DREAM. Des sessions d'éducation alimentaire seront organisées pour les mamans dans les salles d'attentes des centres et des maternités impliquées.
Le service du centre DREAM va être étendu pour faire face aussi aux maladies non transmissibles comme les maladies cardiovasculaires, les tumeurs, le diabète. En effet, en Guinée comme dans toute l'Afrique l'espérance de vie augmente les dernières années et on prévoit une forte augmentation des personnes âgées de plus de 65 ans. Par conséquent il faut faire face à une augmentation des maladies liées à l'âge. C'est un grand défi et cela requière un changement de mentalité : ne plus traiter seulement des problèmes médicaux aigus, mais aussi les maladies chroniques, et faire la prévention cardiovasculaire, la prévention du cancer etc. Cela requiert un service organisé différemment. Il est donc nécessaire de renforcer les capacités pour faire face aux problèmes chroniques dans le pays.
DREAM va organiser des cours de formation pour le personnel des centres de santé (DREAM et autres) à Conakry sur les maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, tumeurs, diabète) ainsi que les maladies infectieuses. Ensuite il faudra équiper des centres de santé avec le matériel nécessaire, organiser les visites médicales et distribuer des médicaments. Il faut aussi faire la sensibilisation auprès des populations pour faire la prévention et changer les habitudes (alimentation, mouvement, cigarettes, alcool, etc.).
Un service de suivi et de recherche active des patients qui ne se présentent pas aux rendez-vous sera disponible. Un des grands problèmes dans la lutte contre l'épidémie du VIH est que les personnes qui commencent la thérapie, ne la poursuivent pas. La rétention en traitement est cruciale pour avoir de bons résultats. Surtout pour les femmes enceintes ceci est un grand défi. Souvent elles sont complètement bouleversées par la découverte de leur séropositivité et n'osent pas en parler avec leur mari. Il est ensuite difficile de prendre la thérapie si la famille n'est pas à connaissance de leur statut, ou ne veut pas en savoir. Le traitement est extrêmement important pour avoir un bébé sain et ne pas infecté, les femmes enceintes ne peuvent pas perdre du temps. Le service constituera du suivi des rendez-vous ; des sessions de formation sur l'adhérence et la thérapie antirétrovirale dans les centres de santé et les maternités, la vérification des rendez-vous (téléphone) et l'identification des solutions pour récupérer les patients qui abandonnent le programme.

Vivat Africa effectuera des missions de suivi des activités et fera des rapports de suivi annuellement.

- **Maison Médicale du Maelbeek, ASBL**

L'expérience des maisons médicales en Belgique, tout comme celle des centres de santé associatifs en Guinée Conakry, ont ouvert de nouvelles perspectives pour le présent et l'avenir : elles ont en commun le souci d'une médecine à vocation sociale, une grande créativité et une préoccupation d'équité dans les soins de santé. Elles pratiquent une médecine centrée sur les aspects humains et se préoccupent principalement de conserver l'accès pour tous aux soins de santé, tout en veillant à la qualité des soins.
Depuis 2001, un partenariat d'échanges permettant un renforcement mutuel de bonnes pratiques existe grâce à des séjours d'observation de trois semaines de part et d'autre.
Des échanges ont eu lieu en 2003, 2005, 2007 et 2008 entre nos partenaires de Conakry et notre Maison médicale.
Toutes ces rencontres sur le terrain et dans les bureaux, ont permis de formuler les hypothèses suivantes:

- L'approche développée par les maisons médicales et les centres de santé associatifs est porteuse de sens pour une santé urbaine humaine et accessible.

- L'observation des pratiques par et entre différents acteurs du Nord et du Sud peut être un moteur de changement et permettre un apprentissage réciproque.

Les objectifs se déclinent en deux piliers :

Pilier 1 : Echange de bonnes pratiques entre soignants par l'observation réciproque

Pendant 10 ans, ce premier pilier a été développé au fil des missions et des changements ont été perceptibles dans les structures de soins

Cette dynamique a montré des avantages dans les deux sens du Sud que du Nord. C'est pourquoi dans le présent projet l'élaboration de nouveaux axes de partage de savoir-faire et de bonnes pratiques est proposée. Il va s'agir de 3 axes

Axe Kiné : La kinésithérapie (ou un équivalent plus pragmatique) comme outil curatif et de prévention, peu coûteux et n'exigeant pas de lourdes infrastructures. C'est une demande des centres de santé du sud. A cet effet une salle de soins entièrement vouée est construite, un personnel a commencé une formation, sous l'impulsion des kinés de la maison médicale. Nous proposons dans cet axe des cours collectifs pour au moins 3 infirmiers/médecins/agent technique de santé et l'équipement de la salle de kiné construite dans l'enceinte du centre de santé associatif de Hafia minière.

Axe infirmier : Il sera essentiellement un travail d'observation: soins de plaie (type de soins, matériel utilisé,..), rôle de l'infirmier dans les centres de santé, l'organisation pratique des soins, gestion des médicaments,... Prévention et Contrôle des Infections/Sécurit é des Soins

Axe médecin : Il sera essentiellement un travail d'observation mais aussi d'échanges de bonne pratique en matière de gestion du dossier médical, des données épidémiologiques et d'approches de travail en santé communautaire, prévention, formation de groupes de patients, apprentissage par les pairs, réseau et liens entre les différents centres et le quartier...

Dans ce pilier, plusieurs activités sont prévues pour permettre ce renforcement mutuel des acteurs sud-sud et sud-nord:

- Adoption de critères de qualité et de questions de recherche commune
- Ateliers de rencontres inter pays
- Visite d'échange sud-nord et sud-sud
- Création d'un site web interactif

Pilier 2: Création d'un lien entre les patients des centres de santé et maison médicale. Un projet dénommé Solidarité Patient-patient a déjà vu le jour en 2012.

En effet, l'arrivée d'une diaspora africaine de plus en plus nombreuse dans le quartier qui abrite la Maison Médicale du Maelbeek, et, en Guinée, le retour pour les vacances de migrants relayant le fonctionnement des sociétés de part et d'autre nous ont amenés à créer un projet « patients/patients » basé sur des solidarités citoyennes et organisées au Sud et au Nord et sur la découverte mutuelle. L'objectif était de renforcer les capacités des patients de part et d'autre.

- **Le projet d'assurance de la qualité des médicaments Quamed**

Memisa est membre fondateur de Quamed (projet de l'IMT), et planifie de poursuivre la collaboration avec le nouveau Quamed autonome, qui sera créé à partir du 1er janvier 2017. Quamed offre la possibilité d'un renforcement de capacités des centrales d'achats et/ou de distribution des médicaments à travers des audits organisationnels et de qualité (évaluation MQAS), essentiels pour assurer un approvisionnement en MEG de qualité et conforme à notre stratégie d'appuyer le SNAME.

Quamed prévoit également des formations du personnel en BPD (Bonnes Pratiques de Distribution) et des pharmaciens des centrales en PréQualification en Achats.

"Appui à distance" peut également être organisé par centrale, pour leur aider à élaborer des procédures et pour répondre à des questions.

7.6. Description des Synergies et Complémentarités.

Synergies inscrites dans le CSC au niveau de la cible 3 : ***Memisa s'inscrit dans les trois synergies identifiées.***	**Entre nous (OSC et IA)**	**Entre nous et d'autres acteurs internat.**	**Entre nous et la coop. belge**
• Les OSC et AI échangent des informations sur leurs plans d'actions pour améliorer la prévention et le dépistage précoce et pour valoriser les compétences du personnel soignant.	X	X	X

• Les OSC/AI visant le même public dans une même zone explorent l'opportunité d'identifier des activités conjointes dans le domaine de sensibilisation.	X	X	X
• Les OSC et AI se rencontrent de manière régulière pour coordonner des activités dans le but d'améliorer l'offre des soins de santé.	X	X	X

- ***Synergies et complémentarités prévus avec :***

La CTB : la CTB n'a pas retenu le secteur santé comme prioritaire en Guinée, mais le programme de renforcement des capacités par le biais d'un programme bourses et d'un fonds d'études et d'expertise cible entre-autre le secteur santé. L'IMT est identifié comme partenaire opérationnel pour le volet renforcement des capacités/ formations secteur santé. Memisa avec son partenaire FMG est identifié par l'IMT comme partenaires de mise en œuvre sur le terrain, une opportunité de développer des complémentarités efficientes et efficaces avec la coopération gouvernementale.

WSM/ ANMC : WSM/ ANMC a comme objectif de faciliter l'accès des communautés aux services de santé de qualité à moindre coût grâce aux mutuelles de santé. Ils appuient et accompagnent leur **partenaire DYNAM** dans la sensibilisation des communautés, leur organisation en mutuelles de santé et le renforcement des mutuelles déjà existantes. Au cours des dix dernières années, MEMISA a appuyé les établissements d'offre de soins de santé partenaires de DYNAM (sur fonds propres) ayant signé des conventions avec les mutuelles de santé (rénovation des infrastructures, équipements, disponibilité médicaments,….). Ce genre de complémentarité sera toujours recherché, aussi que le renforcement des compétences techniques du personnel soignant et la capitalisation de données de soins dans les établissements appuyées. Memisa et WSM appuient tous les deux **le réseau PPSOGUI**, la plateforme multi acteurs des promoteurs de la protection sociale en Guinée (voir aussi sous 7.6.).
Une opportunité de synergie existe au niveau de partage d'information et d'organisation des moments communs d'échange. Ceci permettra une concertation sur des prises de position et des priorités, une division du travail, un échange d'informations et d'analyses de la situation sanitaire et de la protection sociale en Guinée. Le rôle de MEMISA consiste en: Analyse et échange d'informations relatives à la politique, à l'offre, à la qualité, à l'évolution et au financement des soins et autres services de santé dans les zones d'interventions. Le rôle de WSM consiste en: analyse et échange d'informations relatives la politique nationale de protection sociale, à la demande et à l'accès aux soins de santé par les communautés organisées en mutuelles de santé dans les zones d'interventions.
Les deux organisations appuient aussi des actions politiques et de plaidoyer de la plateforme PPSOGUI. Le rôle de MEMISA peut être la mobilisation et contribution de l'expertise politique et technique sur l'offre et la qualité de soins, le rôle de WSM/ANMC la mobilisation et contribution de l'expertise politique et thématique dans l'organisation et structuration de la demande de services de santé (mouvement mutualiste); dans le renforcement des capacités, dans la mise en réseau, dans la préparation et dans la mise en œuvre des actions politiques auprès des instances de décision.

Action Damien : partenaire de FMG pour la lutte contre la tuberculose ; Des échanges et concertation entre les organisations assurent la bonne coordination. Volet complémentaire à l'action de Memisa

Santé Sud : partenaire de FMG pour la mise en place des médecins en milieu rural. Des échanges et concertation entre les organisations assurent la bonne coordination Volet complémentaire à l'action Memisa.

- ***Participation aux initiatives de dynamique d'acteurs pour la santé dont FMG est membre actif.***

1. *<u>Renforcement du réseau PPSOGUI</u>*

Le réseau PPSOGUI est une initiative des acteurs engagés dans le domaine de la protection sociale, principalement dans le développement des mutuelles de santé et d'autres systèmes de solidarité traditionnelle. Elle est créé le 15 novembre 2013 mais son historique remonté des années 2000.
En 2004, les opérateurs d'appui aux mutuelles de santé en Guinée créent une plateforme sectorielle en vue de partager leurs expériences et leurs préoccupations. Elle prend le nom de plateforme des opérateurs d'appui aux mutuelles de santé. En 2010, la plateforme devient « la plateforme des promoteurs de la protection sociale en Guinée – PPSOGUI. » et en 2013 s'organise un atelier de relance de PPSOGUI autour d'un bilan de l'existence de la plateforme et de réflexions sur les stratégies à adopter et les synergies à créer. Les acteurs s'engagent dans une dynamique commune pour donner à la

plateforme la possibilité de jouer pleinement son rôle et lui donner plus de lisibilité et de visibilité. Le 15 novembre 2013se tient l'assemblée générale constitutive du réseau PPSOGUI à Conakry.
Le réseau se donne comme objectif général de contribuer à la lutte contre l'exclusion sociale et la pauvreté en Guinée. De manière spécifique, promouvoir le développement des systèmes de protection sociale par les populations Guinéennes. Comme principaux axes d'intervention :

L'identité du réseau se construit autour d'une association guinéenne ouverte à toutes les institutions nationales et internationales évoluant dans le domaine de la protection sociale et le développement des mutuelles de santé en Guinée. Fraternité Médicale Guinée, seule operateur dans l'offre de soins prend part à toutes les étapes de construction du réseau et se retrouve parmi le collège des membres opérateurs techniques avec une particularité de jouer un rôle transversale auprès de tous les autres opérateurs. C'est dans cette perspective qu'elle a travaillé avec la quasi-totalité des opérateurs de mutuelles de santé en y apportant son know how dans l'appui à l'offre de soins.

Le projet de Renforcement du système de santé périphérique au travers de la société civile guinéenne initié par Memisa et Fraternité Médicale Guinée se propose d'accompagner le réseau en y apportant un soutien méthodologique, notamment dans le renfoncement des mécanismes de concertation des acteurs : documentation, organisation des réunions, capitalisation des bonnes pratiques, plaidoyer. Il s'agira

- d'accompagner la contractualisation entre mutuelles de santé et l'offre de soins (centres de santé et hôpitaux)
- de favoriser l'accès aux médicaments essentiels génériques par les mutualistes
- d'aider à la documentation des changements introduits pour capitaliser les expériences et influencer le niveau décisionnel.

2. *Appui au Collège des médecins généralistes associatif de première ligne de la moyenne Guinée (plateforme d'échange et de formation continue)*

Fraternité Médicale Guinée accompagne les jeunes médecins à exercer leur métier de manière digne et professionnelle. Elle a développé son réseau de contact et collabore avec les institutions d'enseignement et de recherche dans le domaine de la santé. Parmi les acquis, l'installation de jeunes médecins en zone rurale, l'appui à la création des cabinets médicaux de groupe, FMG est pionnier de la création des centres de santé associatifs en Guinée et y installe les premiers à Conakry. FMG est partie prenante du développement de la première ligne de soins en Guinée. Le DES (Diplôme d'Etudes spécialisées) de Médecine de Famille de l'Université de Conakry bénéficie de l'accompagnement de Fraternité Médicale Guinée. Les médecins installés dans ses centres de santé et les médecins généralistes communautaires exerçant en zone rurale sont encadrés par Fraternité Médicale Guinée pour qu'ils deviennent maitre de stage des étudiants de médecine et en spécialisation. Dans la région de la moyenne guinée, Fraternité Médicale Guinée a impulsée une dynamique de réseautage des médecins généralistes sur le label « **Collège des médecins généralistes associatif de première ligne de la moyenne Guinée** ». Il est attendu que ce collège assure la promotion de la première ligne de soins dans la région en y organisant le groupe de pairs, des échanges autour de leur pratique, des visites d'échanges dans la perspective de la formation continue. Ce collège a besoin d'être accompagné pour devenir un levier pour la promotion de la santé. Il s'agira

- d'accompagner l'organisation de ses rencontres (organisation des formations, des ateliers d'échanges…)
- de documenter les bonnes pratiques des médecins et de les partager avec leurs pairs et de les promouvoir dans d'autres endroits

3. *Soutien au réseau « Actions concertées pour la santé (ACS) »*

Les ACS est un réseau des centres de santé associatifs et confessionnels. Il a été créé à Conakry, le 29 juillet 1999 parmi les centres de santé du secteur privé à but non lucratif pour améliorer la communication entre eux et contribuer ainsi à l'amélioration de la qualité des soins.

En effet, plusieurs structures de santé à Conakry cohabitent à Conakry mais elles sont caractérisées par un déficit en concertation et communication qui entrave la complémentarité des acteurs du secteur dans leur objectif d'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins et des services de Santé. Parmi ces acteurs, le secteur privé à but non lucratif dont l'apparition à Conakry est relativement récente, puisque les centres de santé confessionnels sont apparus au cours des années 80 et les associatifs à la fin des années 90. Le nombre élevé de professionnels de la santé sans emploi à Conakry a directement induit l'émergence d'associations. La création de son propre emploi étant toujours une motivation forte et la structure associative offrant des avantages fiscaux et la possibilité d'accéder à des fonds. Aucun cadre de concertation n'existait jusqu'à ce que les centres de santé privés à but non lucratif prennent conscience de l'importance d'instaurer entre eux un cadre de dialogue, d'échange et d'harmonisation des pratiques.

Dans le souci de combler le déficit communicationnel et d'approfondir l'engagement des différents acteurs en faveur de la promotion de la santé, les Actions Concertées pour la Santé (ACS) ont été créés le 27 juillet 1999 par un collectif de centres de santé associatifs et confessionnels.

Le réseau des ACS constitue un cadre de concertation et d'échange d'expériences des centres de santé privés à but non lucratif, évoluant dans la ville de Conakry.
Il vise aux échanges entre les centres de santé et au développement d'une capacité de lobbying afin que l'action de santé publique dont les centres sont le relais soit renforcée.
Ce réseau est composé d'une vingtaine de centres associatifs et confessionnels partageant les mêmes valeurs

- une conception globale de la santé,
- l'exigence du droit à un accès aux soins de qualité pour tous,
- le souci d'accessibilité aux patients les plus défavorisés,
- une conception démocratique des pratiques,
- la solidarité,
- la reconnaissance pour chaque citoyen de sa place d'acteur de la vie sociale,
- la prise en compte des facteurs tels que l'habitat, le cadre de vie et l'environnement socio-économique qui conditionnent le mieux-être des populations.

Les ACS s'appuient sur des chefs de file que sont, entre autres, les ONG Fraternité Médicale Guinée (FMG), Solidarité Pour La Santé (SPLS) et Service Sanitaire d'Intervention Rapide (SESIR), le dispensaire Saint Gabriel,…

Elles fonctionnent autour de deux types d'actions : les rencontres techniques et les rencontres thématiques :
Depuis sa création, le réseau ACS ne cesse d'être sollicité par les jeunes médecins qui souhaitent s'installer et des autorités sanitaires qui doivent veiller au respect de la réglementation en vigueur.
Au mois d'avril 2016, le réseau a sollicité l'appui de Fraternité Médicale Guinée pour l'aider à élaborer son plan stratégique pour 2016-2020. Ce travail est en cours, mais son résultat nécessite un accompagnement afin d'élaborer un plan d'action opérationnel.

C'est dans ce cadre que le réseau des ACS sollicite FMG pour l'aider à jouer son rôle d'acteurs essentiels de la santé par :

- le soutien aux dynamiques participatives,
- l'appui à l'émergence, à la structuration et à l'autonomisation,
- le développement de partenariats,
- le soutien aux groupes et communautés défavorisés,
- le développement des compétences.

L'objectif est que les ACS, en tant qu'acteur dans le domaine de la santé, participent pleinement à la dynamique de santé publique dans la ville de Conakry et au-delà. Il s'agira de :

- Développer la capacité de lobbying du réseau
- Appuyer à la capitalisation des réunions du réseau
- Développer de nouvelles capacités d'actions concertées
- Développer une information de qualité en direction des jeunes médecins souhaitant créer ou diriger des centres de santé associatifs
- Permettre aux jeunes médecins souhaitant s'engager dans la santé communautaire de maîtriser complètement les difficultés, les écueils à éviter, les contraintes et les avantages des centres de santé associatifs et confessionnels

L'appui à la capitalisation des réunions du réseau vise à aller au-delà des impacts directs des réunions thématiques et techniques et pouvoir contribuer à l'émergence d'une communication régulière de la part du réseau au titre d'acteur dans le domaine de la santé promue par le secteur associatif.

Liste des abréviations

ACNG	Acteur de la coopération non gouvernementale
AI	Acteur Institutionnel
ACS	Actions concertées pour la santé
AEDES	Association Européenne pour le Développement et la Santé
ASC	Agents de santé communautaires
ARV	Anti Retro Viral
CEDEAO	Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CPN	Consultation Prénatale
CMC	Centre Médical Communal
CS	Centres de santé
CSC	Cadre Stratégique Commun
DSRP	Document de la stratégie de Réduction de la pauvreté
DES	Diplôme d'Etudes spécialisées
DPS	Direction Régionale de la Santé
DRS	Direction Régionale de la Santé
DGD	Direction Général au Développement
EGS	Etats Généraux de la Santé
EDS	Etude Démographique et de la santé
FMG	Fraternité Médicale Guinée
GPS	Geographic Positioning System
HR	Hôpital régional
HP	Hôpital préfectoral
IST	Infections sexuellement Transmissibles
IDH	Indicateur de développement Humain
IMT	Institut de Médecine Tropicale
MSF	Médecins Sans Frontière
MOOC	Massive Open Online Courses
MS	Ministère de la Santé
MSV	Médecins Sans Vacances
NC	Nouveau contact
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OMS	Organisation Mondiale de la santé
OSC	Organisation de la Société Civile
OS	Objectif Spécifique
PS	Postes de santé

PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PPSOGU	Plateforme des acteurs de promotion de la protection sociale en Guinée
PV	Procès-verbal
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SIDA	Syndrome d'immunodéficience Humaine
SBC	Services à base communautaire
SPLS	Solidarité Pour La Santé
SESIR	Service Sanitaire d'Intervention Rapide
SaMOA	Santé Mentale en milieu Ouvert Africain
SGMNI	Santé génésique, maternelle, néonatale et infantile
ToC	Théorie du Changement
TDR	Termes de Référence
UNICEF	Organisation des nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Acquise
WSM	Wereld Solidariteit – Solidarité Mondiale

Memisa - AZV
Gemeenschappelijk programma DGD 2017-2021

Deel II : voorstelling programma per land

6. GSK België - ***Programma Memisa-AZV***

11 april 2017

Inhoudstafel

1. Landfiche België 3
2. Lijst van de partners en betrokken partijen die gekend zijn op het moment van de aanvraag. 5
3. Veranderingstheorie van toepassing op “Ontwikkelingseducatie in België” 7
4. Analyse van de risico's in België 12
5. Beschrijving hoe rekening gehouden wordt met de aanbevelingen die gedaan werden in het kader van de Strategische Dialoog, verbonden met een GSK 15
6. SD België 17
6.1. Fiche SD België 17
6.2. Beschrijving van de resultaten Outcome/ Specifieke Doelstelling Ontwikkelingseducatie in België 19
6.2.1. Logisch kader 19
6.2.2. Narratief gedeelte: toelichting bij logisch kader en interventiestrategie 21
6.3. T3 – Operationele kosten SD 1 31
6.4. Motivatie ten aanzien van de DAC-criteria. 33
6.4.1. Beschrijving van de relevantie. 33
6.4.2. Beschrijving van de Doeltreffendheid. 35
6.4.3. Beschrijving van de Duurzaamheid. 36
6.4.4. Beschrijving van de Doelmatigheid. 36
6.5. Beschrijving van de specifieke Partnerschapsstrategie voor België. 38
6.6. Beschrijving van Synergie en Complementariteit. 39
Lijst van Afkortingen 41

6. België

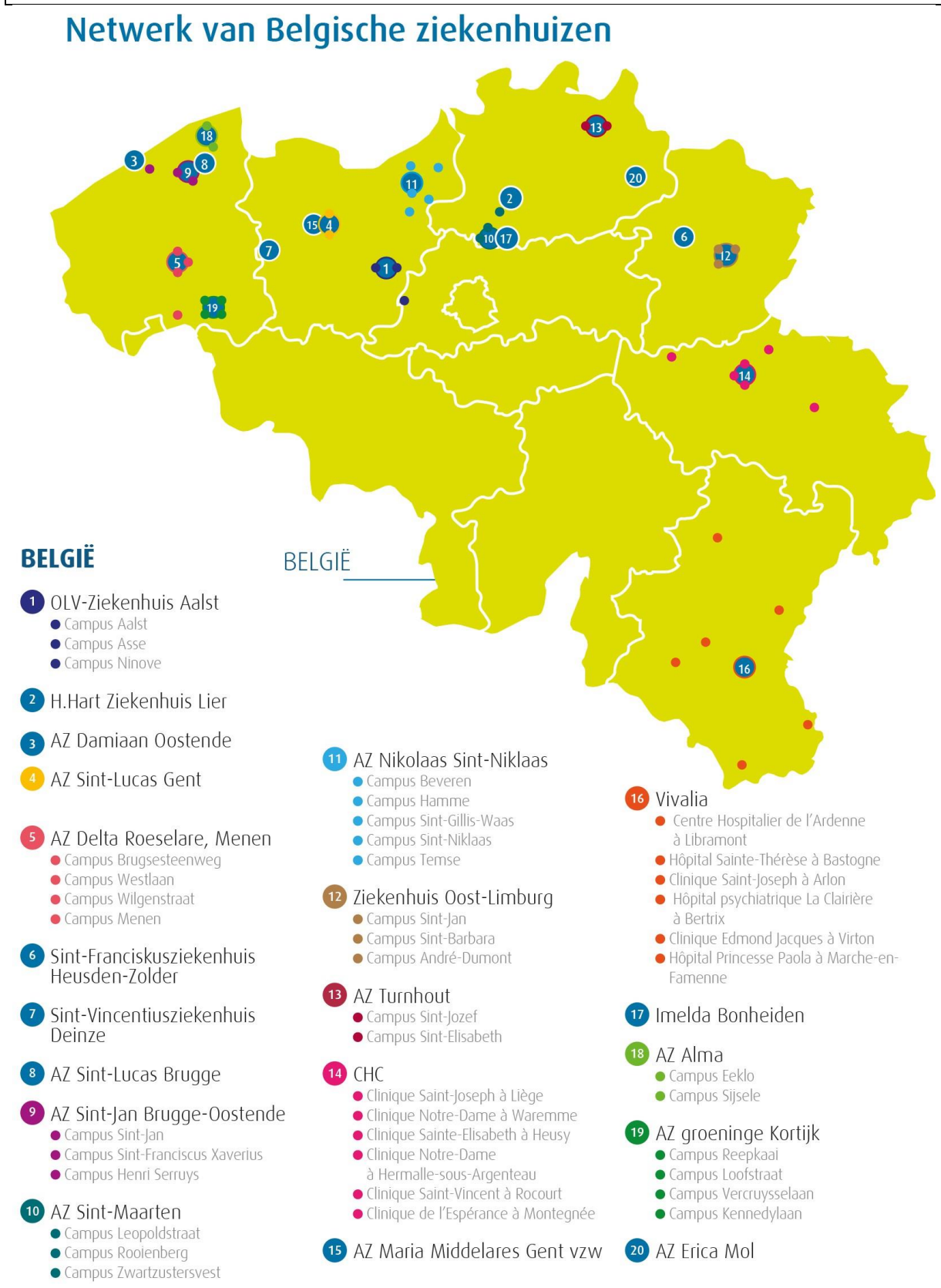
1. Landfiche België

Totale operationele kosten voor het land:		665.508 €		
Contactpersoon in België voor DGD voor het land:	Naam: Elies Van Belle	Organisatie: Memisa	Telefoonnr: 02/454.15.46	E-mail: elies.van.belle@memisa.be
Contactpersoon die de ANGS vertegenwoordigt in het land:	Naam: Elies Van Belle	Organisatie: Memisa	Telefoonnr: 02/454.15.46	E-mail: elies.van.belle@memisa.be

Samenvatting van het programma voor dat land (maximum 15 lijnen):

Memisa en AZV zetten de succesvolle ZvZ-noordwerking verder en plaatsen dit in een breder en gezamenlijk kader. De overkoepelende ambitie, *duurzame verbetering van de toegang tot kwalitatieve basisgezondheidszorg voor iedereen*, vergt niet alleen succesvolle interventies in het zuiden maar, in samenhang daarmee, ook een *sterk maatschappelijk en politiek draagvlak* voor volgehouden inspanningen evenals een *consequenter en effectiever beleid*. Allereerst werken wij aan de consolidatie, versterking en verdere uitbouw van een krachtig en duurzaam netwerk van solidaire individuen en organisaties die zich samen inspannen voor universele toegang tot kwaliteitsvolle basisgezondheidszorg. De integratie en verbreding van het netwerk laat een essentiële sprong (*quantum leap*) toe en levert cruciale hefbomen en multiplicatie voor het breder *informeren, sensibiliseren een mobiliseren*; eerst *gericht naar specifieke doelgroepen* (o.a. in de gezondheidssector) en gebruik makende van die basis verder naar de *brede Belgische bevolking*; voornamelijk via een jaarlijkse campagne. Onze gerichte boodschappen en bruikbare, evidence-based, beleidsaanbevelingen, die centraal staan in de sensibilisering en campagne, worden eveneens kracht bijgezet via rechtstreeks lobby en samenwerking met "*politieke steunfiguren*" en overige beïnvloeding van *beleidsmakers*.

Kaart van het land met aanduiding van de locaties van de interventies: huidige solidaire ziekenhuizen van Memisa (2016)



2. Lijst van de partners en betrokken partijen die gekend zijn op het moment van de aanvraag.

Betrokken partij 1			
Volledige naam en afkorting:	**Dokters van de Wereld (DvdW)** **Médecins du Monde (MdM)**		
Contactgegevens:	Adres: Kruidtuinstraat 75, 1210 Sint-Joost-ten-Node	Tel.nr 02 225 43 00	E-mail elodie.richard@medecinsdumonde.be
Contactpersoon:	Elodie Richard		
Outcome(s) / Specifieke doelstelling(en)	SD 1: Groter maatschappelijk en politiek draagvlak voor welgekozen en duurzame inspanningen voor mondiale toegang tot kwaliteitsvolle basisgezondheidszorg.		
Budget per Outcome:	*Budget SD : 0 €*		
Korte beschrijving van de rol van de partner voor elke Outcome:	Algemene coördinatie en wederzijdse verrijking Het samenstellen van gezamenlijke concepten, complementariteit en synergiën bij het versterken van de vaardigheden van vrijwilligers. Het sensibiliseren en informeren van de doelgroepen en grote (Belgische) publiek. Een samensmelting van gelijkaardige sociale platformen zorgen voor een vernieuwde dynamiek en gezamenlijke lokale, supra-lokale en/of provinciale initiatieven. Jaarlijks een gezamenlijke nationale campagne. Verankering in Antwerpen, Namen en Oostende, ontstaan van een gezamenlijke database/reserve aan vrijwilligers en sympathisanten met complementaire drijfveren, ervaring in het organiseren van sensibiliseringscampagnes die een grotere geografische zone zal bedekken.		
Startdatum van de partnerrelatie met de ANGS:	Vanaf 1 januari 2017		

Betrokken partij 2			
Volledige naam en afkorting:	**Actieplatform Gezondheid & Solidariteit (PASS)** **(La Pass)**		
Contactgegevens:	Adres: Haachtsesteenweg 53, 1210 Brussel, België	Telefoonnummer: +32 2 209 23 64	E-mail: info@gezondheid-solidariteit.be
Contactpersoon:	Coördinator: Hanah Jabloune		
Outcome(s) / Specifieke doelstelling(en)	SD4 : Beleidsmakers reageren op aanbevelingen van netwerken om de rechtenbenadering te integreren en voorop te stellen in het beleid		
Budget per Outcome:	*Budget SD*: 2.000 €		
Korte beschrijving van de rol van de partner voor elke Outcome:	Het Actieplatform Gezondheid en Solidariteit brengt sociale organisaties (vakbonden, mutualiteiten, ngo's) samen om kritische standpunten over gezondheid en gezondheidsongelijkheden te formuleren. Het PASS tracht het draagvlak hiervoor te verbreden door het publiek te informeren, sensibiliseren en mobiliseren doorheen seminaries, debatten en acties in de publieke ruimte. Het Actieplatform coördineert de werkgroep Noord-Zuid en biedt ondersteuning aan de werkgroepleden. Verschillende NGO's nemen hieraan deel naast Memisa & AZV, nl.: Geneeskunde van de Derde Wereld, Dokters van de Wereld, FOS.		
Startdatum van de partnerrelatie met de ANGS:	Vanaf 1 januari 2017		

Betrokken partij 3			
Volledige naam en afkorting:	Humatem		
Contactgegevens:	Adres:	Telefoonnummer:	E-mail:
	65 place de la Mairie 74310 Les Houches	0450546883	contact@humatem.org
Contactpersoon:			
Outcome(s) / Specifieke doelstelling(en)	*SD 1*		
Budget per Outcome:	*Budget SD 1*	*0 €*	
Korte beschrijving van de rol van de partner voor elke Outcome:	HUMATEM heeft, naast haar vormingsopdracht inzake biomedische apparaten, ook een ruime expertise in het sensibiliseren van betrokken organisaties en individuen omtrent dit thema. Ze ontwikkelden daarrond vormingen, en een video met de sprekende titel “Savoir donner- c’est vital”. Deze sensibilisering van alle betrokken actoren in België moet ertoe leiden dat zij, qua biomedisch materiaal voor hun partners in het zuiden, enkel adequate aankopen of giften die écht bijdragen tot de structurele verbetering van de toegang tot gezondheidszorg in onze partnerlanden. We voorzien dat HUMATEM begin 2017 een pilootvorming geeft in een Waals solidair ziekenhuis; na evaluatie zal dan een Nederlandstalige vorming ontwikkeld worden. We voorzien minimaal 4 workshops per jaar, en zullen dit thema ook aan bod laten komen op de vrijwilligersdagen.		
Startdatum van de partnerrelatie met de ANGS:			

3. Veranderingstheorie van toepassing op "Ontwikkelingseducatie in België"

A. Context

Wereldwijd is er nog steeds een heel ongelijke toegang tot kwaliteitsvolle basisgezondheidszorg. Ondanks heel wat succesvolle gezondheidsprogramma's en inspanningen hebben heel veel mensen in het Zuiden geen of onvoldoende toegang tot degelijke basisgezondheidszorg. Ook bij ons in Europa en in België zijn continue inspanningen nodig om de toegang tot basisgezondheidszorg voor iedereen te garanderen in het kader van internationale migratie, vluchtelingenstromen en complexe uitdagingen waarmee kansengroepen geconfronteerd zijn. Internationale kaders, zoals artikel 25 van de UVRM en de in 2015 goedgekeurde duurzame ontwikkelingsdoelstellingen, met name SDG 3[1], stellen wel degelijk dat iedereen recht heeft op toegang tot kwaliteitsvolle basisgezondheidszorg. Maar het effectief waarmaken van deze mondiale ambitie vergt belangrijke, op lange termijn vol te houden inspanningen. Hiervoor zijn een sterker maatschappelijk draagvlak en een consequenter en effectiever beleid noodzakelijk.

Om het maatschappelijk draagvlak te versterken, kunnen de samenwerkende organisaties (Memisa en Artsen Zonder Vakantie) de volgende (bestaande) *troeven* inzetten:

- Een bestaand solidair netwerk waarbij Belgische ziekenhuizen, hun personeel en andere vrijwilligers zich engageren voor een samenhangend geheel van Noordwerking en Zuidwerking.
- De mobiliserende kracht van partnerschappen tussen solidaire ziekenhuizen in België en ziekenhuizen (met hun gezondheidszone) in het Zuiden. Een recente externe evaluatie stelt dat het concept van rechtstreekse partnerschappen tussen een Belgisch ziekenhuis en haar partner ziekenhuis (met bijbehorende gezondheidszone) in het Zuiden, aangevuld met netwerking tussen de solidaire ziekenhuizen in België, erg krachtig is en heel wat opportuniteiten biedt voor sensibilisering en ontwikkelingseducatie.
- Het kapitaal aan vrijwilligers van AZV en Memisa die op een consistente wijze blijk geven van grote drijfkracht en engagement.
- De reeds bestaande (en potentieel verder uit te bouwen) synergie tussen de Noordwerking en de Zuidwerking van zowel AZV als Memisa.
- De positieve ervaring opgebouwd doorheen de (globaal genomen) succesvolle implementatie van het eerste programma ontwikkelingseducatie, opgezet als Noordluik van de 'Ziekenhuis voor Ziekenhuis' werking van Memisa.
    - *Een van de geleerde lessen is dat een bezoek aan een Belgisch ziekenhuis, als patiënt of als bezoeker van een patiënt, een goede opportuniteit is om stil te staan bij het feit dat wij in België bevoorrecht zijn qua toegang tot gezondheidszorg, zeker in vergelijking met veel mensen in de wereld die verstoken blijven van (basis) gezondheidszorg. Daarom is het pertinent om ook in en vanuit onze solidaire ziekhuizen informatie te verstrekken en te sensibiliseren omtrent het belang van een betere toegang tot basisgezondheidszorg voor iedereen.*
    - *Professionals van de gezondheidszorg evenals niet-medisch personeel van Belgische ziekenhuizen staan open voor informatie en sensibilisering omtrent universele toegang tot kwalitatieve basisgezondheidszorg en bieden een potentieel voor het verder uitbouwen van een solidair netwerk en een ruimer maatschappelijke draagvlak waarbinnen mobilisatie en engagement op dit vlak zinvol zijn.*
- De expertise die AZV reeds opgebouwd heeft en (o.a. via het project JENGA MAARIFA) verder ontwikkelt omtrent duurzaam omgaan met biomedisch materiaal en water en elektriciteitsvoorzieningen van ziekenhuizen en gezondheidsinfrastructuur in het Zuiden.

Het ontwerp in de implementatie van het programma houdt rekening met de volgende *externe uitdagingen*, die zich situeren buiten de invloedsfeer van AZV en Memisa:

- Diverse, elkaar mogelijk versterkende, bedreigingen voor universele toegang tot kwalitatieve basisgezondheidszorg. Denk maar aan budgettaire saneringen die kunnen leiden tot minder fondsen die beschikbaar zijn voor de gezondheidssector waardoor meer (langdurig) zieken misschien niet de juiste zorgen krijgen, armen geen toegang hebben tot basisgezondheidszorg, …; handelsakkoorden zoals de TTIP die kunnen leiden tot verdere marktwerking in de gezondheidzorg zonder de nodige sociale correcties, enz.

[1] SDG 3: "Verzeker een goede gezondheid en promoot welvaart voor alle leeftijden".

- Relatief beperkte interesse bij een groot deel van het brede publiek voor ontwikkelingseducatie en ontwikkelingssamenwerking, terwijl de internationale en lokale solidariteit met zij die het minder hebben onder druk staat door de economische en financiële crisissen van de laatste jaren.
- Het cruciaal belang van een meer globale lezing van mondiale problematieken (o.a. in het kader van de SDG-agenda) waarbij minder de Noord-Zuid tegenstelling aandacht verdient maar eerder de tegenstelling tussen rijk en arm in een globaal kader. Evenals de maatschappelijke context die een impact heeft op de interesse voor internationale thema's (cf. p. 81-82 GCA).
- De trend naar schaalvergroting en fusies bij de Belgische ziekenhuizen. Dit betekent dat het aantal solidaire ziekenhuizen minder relevant wordt als indicator en meer gekeken moet worden naar de schaal van deze ziekenhuizen. De schaalvergroting in de Belgische ziekenhuizen biedt wel nieuwe opportuniteiten daar de gefuseerde ziekenhuizen, dankzij hun grotere schaal, mogelijks beter in staat zijn om zich te engageren binnen het kader voor internationale solidariteit dat geboden wordt met het ZvZ-concept.

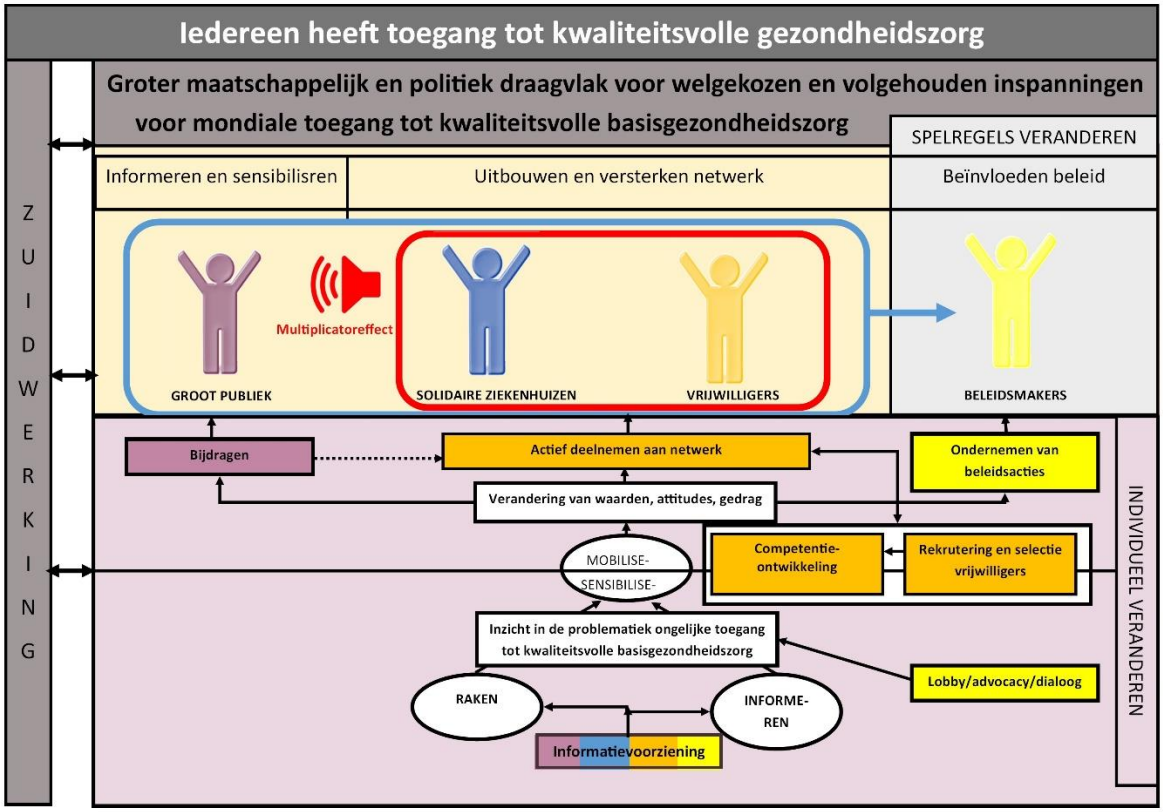
De volgende behoeften en *uitdagingen* situeren zich wel *binnen de invloedsfeer* van Memisa en AZV:

- Er is behoefte aan en expliciet vraag naar competentieontwikkeling voor de vrijwilligers, in hun dubbele rol enerzijds als doelgroep en anderzijds als actor van de ontwikkelingseducatie. In de volgende domeinen is competentieversterking gewenst: inzicht in de ontwikkelingsproblematiek en in de uitdagingen voor de uitbouw van degelijke basisgezondheidszorg in het Zuiden; samenwerking met en respect voor een partner in het zuiden; uitdagingen van ontwikkelingssamenwerking met en capaciteitsopbouw van een partnerziekenhuis en van de partnerrelaties op diverse niveaus (plaats van rechtstreekse partnerschappen met een solidair ziekenhuis in België; binnen bredere strategische plannen, programma's en beleidskaders); informatieverstrekking naar en sensibilisering van diverse doelgroepen in België, effectief getuigen vanuit de samenwerking met een zuid-partner, enz.
- Wat betreft de positionering en invulling van de partnerschappen tussen solidaire ziekenhuizen in België en ziekenhuizen in het Zuiden zijn er nog zeer significante institutionele uitdagingen, o.a. op het vlak van de rol die de vrijwilligers kunnen opnemen in de Zuidwerking en/of in de Noordwerking. Het adequaat opnemen van deze uitdaging biedt de kans om het solidair netwerk fundamenteel te versterken en de aantrekkelijkheid ervan te verhogen en te bestendigen. Daarentegen zou het verwaarlozen van deze uitdagingen ondermijnend kunnen werken voor het hele imago en de brede aantrekkingskracht van het partnerschapsmodel en solidair netwerk.
- Memisa en AZV brengen elk hun achterban van vrijwilligers en sympathisanten in, evenals hun reeds gerodeerde communicatiekanalen. Het komt er nu op aan om de potentiële synergie tussen deze componenten daadwerkelijk tot stand te brengen en de nog losstaande netwerken te verbinden met het oog op een sterkere capaciteit voor informatieverstrekking en een verhoogde sensibiliserende en mobiliserende kracht. Een van de pistes en ambities hierbij is het bundelen van de krachten op lokaal, bovenlokaal, provinciaal of sub-regionaal niveau en daarbij ook het mobiliseren van nieuwe vrijwilligers en bijkomende solidaire ziekenhuizen.
- De verdere samenwerking van Memisa en AZV met Dokters van de Wereld biedt de mogelijkheid om nog meer synergie en schaalvoordelen in de ontwikkelingseducatie te bekomen en gebruik te maken van een gezamenlijke achterban die veel beter het hele land bestrijkt.
- Het is belangrijk rekening te houden met de beperkte tijdsbeschikbaarheid van de vrijwilligers en organisatorische aspecten die hun inzet voor ontwikkelingseducatie kunnen beperken. Tegelijkertijd is er een tekort aan terreinvrijwilligers met een specifiek profiel, dit mede door een voortschrijdende specialisatie in de medische sector. De mobilisatie en het engagement van de directies van de solidaire ziekenhuizen zien wij als een succesfactor om deze uitdagingen aan te gaan.
- Met onze ontwikkelingseducatie willen wij in België getuigen over de uitdagingen en successen op het terrein met betrekking tot geïntegreerde en meer duurzame water- en elektriciteitsvoorziening voor Afrikaanse ziekenhuizen en gezondheidsinfrastructuur in hun zone.
- Wat biomedisch materiaal betreft is het essentieel dat allereerst de vrijwilligers en de organisaties in ons solidair netwerk en vervolgens het bredere publiek (op een meer laagdrempelige wijze) inzicht krijgen in het belang van doordachte keuzen. Hierbij maken Memisa en AZV gebruik van een gemeenschappelijke 'gouden standaard' die naast de kostprijs en technische aspecten, ook rekening houdt met gebruiks- en onderhoudsgemak, aangepastheid

aan de lokale context en succes/faalfactoren wat de levensduur betreft. Rond tweedehandsmateriaal zullen wij onze achterban en het Belgische publiek sensibiliseren vanuit het motto 'wie maak ik hier blij mee?'

- Memisa en AZV kiezen ervoor om zowel voor de Zuidwerking als voor de Noordwerking specifiek extra aandacht te besteden aan de concrete uitdagingen qua toegang tot basisgezondheidszorg voor vrouwen en kinderen.

B. Figuur overkoepelende verandertheorie (ToC)



C. Gewenste situatie

Door het creëren van een groter bewustzijn en beter inzicht bij goed gekozen doelgroepen en bij het groter publiek en door het mobiliseren van vrijwilligers en solidaire ziekenhuizen (en andere organisaties) in een actief en krachtig netwerk, willen Memisa en AZV het maatschappelijk draagvlak in België verhogen voor inspanningen die de mondiale toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg duurzaam versterken. Op deze manier kan eveneens druk worden uitgeoefend om de ongelijke toegang tot kwaliteitsvolle basisgezondheidszorg op de politieke agenda te zetten, concrete en pertinente beleidsaanbevelingen in de kijker te plaatsen en het beleid in deze richting te beïnvloeden.

D. Wegen van verandering

Om het maatschappelijk draagvlak voor mondiale toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg te vergroten en op deze manier maatschappelijke veranderingen tot stand te brengen zijn er veranderingen nodig op 3 niveaus[2].

1. Individueel veranderen

Een eerste veranderingsproces situeert zich op het vlak van het individu. Het individu wordt ***geraakt*** door een boodschap of een situatie, dit kan zowel intern (toe te schrijven aan het programma) als extern. Een deel van de doelgroep wordt aangegrepen door de boodschap en staat open voor (of gaat zelfs op zoek naar) extra ***informatie***. Door het aanbieden van

[2] Model van Kouvaras en Sarli.

concrete informatie, met een evenwichtige focus op aard en structurele oorzaken van ongelijkheden/uitdaging en zinvolle stappen naar een duurzame oplossing, tussen krijgen deze mensen een beter inzicht in de problematiek waardoor zij er ook meer belang aan hechten (=*sensibilisering*).

Een volgende stap in het veranderingsproces is het aanzetten van de doelgroep om over te gaan tot actie (=*mobilisering*) in het kader van het verbeteren van de toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg. Een breed gamma van engagement is mogelijk, waaronder het actief als vrijwilliger participeren in initiatieven van ontwikkelingseducatie in het Noorden en/of ondersteuning bieden aan onze werking in het Zuiden (hier bij ons en/of via sporadische missie op het terrein). Tegelijkertijd worden de vaardigheden en competenties van deze vrijwilligers ontwikkeld en de nodige instrumenten aangereikt, zodat zij een actieve en deskundige rol kunnen opnemen in het netwerk.

Dit bieden van een enthousiasmerend kader voor zinvolle en effectieve mobilisatie situeert zich op het scharniervlak tussen individueel en collectief veranderen, dit is o.i. essentieel in het duurzaam versterken van het maatschappelijk draagvlak; zoals beoogt wordt met de ontwikkelingseducatie.

2. Collectief veranderen

Een tweede veranderingsproces gaat over collectieve veranderingen. De vrijwilligers en solidaire ziekenhuizen (potentieel te verbreden naar andere types solidaire organisaties) vormen een enthousiast netwerk dat actief bijdraagt aan oplossingen voor de ongelijke toegang tot gezondheidszorg wereldwijd. Dit houdt ook in dat vrijwilligers, desgevallend ondersteund door solidaire organisaties, een actieve (initiërende en/of participerende) rol opnemen bij initiatieven gericht op het sensibiliseren en informeren van specifieke doelgroepen en van het grote publiek (=multiplicatoreffect). Op deze manier wordt het maatschappelijk draagvlak vergroot en neemt de druk op beleidsmakers toe om tekortkomingen in huidige systemen te onderkennen en om concrete aanbevelingen gericht op zinvolle stappen naar duurzame verbetering te adopteren.

E. Hypothesen

- Een groter maatschappelijk en politiek draagvlak creëren in België is essentieel voor een volgehouden inspanning voor een wereldwijde toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg verbeteren.
- Sensibiliseren, informeren en mobiliseren werken best:
  - Via gerichte initiatieven naar specifiek doelgroepen die (potentieel) open staan voor de boodschap;
  - Wanneer dit gebracht wordt door collega's en groepsgenoten of minimaal door geloofwaardige boodschappers;
  - Via laagdrempelige en aantrekkelijke en enthousiasmerende initiatieven; ondersteund door juist gebruik van sociale media en digitale communicatie;
  - Middels concrete praktijk-gebaseerde boodschappen met een goed evenwicht tussen (a) getuigen over en aanklagen van ongelijkheid en (b) aantonen dat en uitleggen hoe en waar wij mee het verschil kunnen maken (stappen naar een duurzame oplossing).
- Een krachtig en duurzaam netwerk van solidaire individuen en organisaties, die zich samen inspannen voor mondiale toegang tot kwaliteitsvolle basisgezondheidszorg, kan een hefboomrol opnemen gericht op de beoogde outcome.
  - Bewustmaking en sensibilisering verhoogt de kansen van gedragsverandering en/of vrijwillige inzet.
  - Individuen en organisaties willen zich engageren in een goed gestructureerde samenwerking en netwerking die flexibele en effectieve inzet mogelijk maken.
  - De solidaire ziekenhuizen (en andere types organisaties die toetreden tot het solidair netwerk) zijn bereid hun eigen achterban (patiënten, personeel, bezoekers, stakeholders) te betrekken in de sensibilisering.
  - Het solidair netwerk heeft een belangrijks mobiliserende kracht om de problematiek op de agenda te zetten en te verspreiden (cf. positieve ervaring en evaluatie programma ZvZ).
  - Competentiewikkeling van vrijwilligers gecombineerd en consolidering bestaande netwerken, gecombineerd met een bundeling van de inzichten en achterban van verschillende ANGS is in staat te leiden tot belangrijke synergie en een voldoende schaal om een heel krachtige multiplicatorwerking mogelijk te maken.

F. Risico's

- Slechte ervaring van vrijwilligers en negatieve boodschap als gevolg (geen controle over de verspreiding). (Risicobeheersing: ➔ goede omkadering van de vrijwilligers, goede voorbereiding, geen verkeerde verwachtingen, debriefing, leren communiceren vanuit het Zuiden, … = competentieontwikkeling)
- Belgische solidaire ziekenhuizen en hun vrijwilligers ageren op eigen houtje zonder goed begrip van of respect voor de gezamenlijke uitgangspunten en principes Memisa-AZV, wat mogelijk een contraproductieve impact heeft voor het solidaire netwerk in België en op de effectiviteit van de samenwerking met partner in het Zuiden. (Risicobeheersing: ➔ goed communiceren en uitleggen waarom een omkadering belangrijk is, een adequaat strategisch en institutioneel kader waarbinnen solidaire ziekenhuizen en vrijwilligers de nodige inzichten en competenties verwerven en ruimte voor initiatief hebben en waarbinnen synergie tussen de diverse initiatieven en rollen verzekerd wordt.)
- Niet beschikbaar zijn van de vrijwilligers voor initiatieven en vormingsactiviteiten (te druk, locatie te ver, geen zin, …). (Risicobeheersing: ➔ goede participatieve planning en organisatie van initiatieven in lijn met het draagvlak; ondersteuning en omkadering van de ziekenhuisdirecties.)
- Verzet bij de solidaire ziekenhuizen en/of bij individuele vrijwilligers van de samenwerkende actoren om zich aan te passen aan de visie op OE en de desbetreffende ambities zoals deze door de coöperatie wordt voorgesteld[3]. (Risicobeheersing: ➔ actief betrekken van de solidaire ziekenhuizen en de vrijwilligers bij de concretisering van het nieuwe samenwerkingsverband.)
- Communicatiemoeilijkheden tussen de leden van het netwerk in het Noorden, de partners in het Zuiden en andere groepen. (Risicobeheersing: ➔ extra aandacht aan communicatie, rapportering en wederzijds verantwoording afleggen; versterken van het bestuurlijk en beheersmatig concept van partnerschap; inclusief het implementeren van de desbetreffende aanbevelingen van de recente evaluatie van de ZvZ-werking.)

[3] Dit risico kan voortvloeien uit een 'verankering' en/of 'identificatie' van de vrijwilligers in een bepaalde werkwijze en/of positionering sinds de opstart van project of het initiatief waaraan zij bijdragen.

4. Analyse van de risico's in België

Toelichtingen:									
Kans	1	Onwaarschijnlijk	**Gevolgen**	1	Verwaarloosbaar	**Risiconiveau = kans x gevolgen**	< 5	Laag	**Impact op het resultaat**	resultaat waarop het risico impact zou hebben. (nummering van het logisch kader)
	2	Mogelijk		2	Klein		6-10	Middelmatig		
	3	Waarschijnlijk		3	Middelmatig		11-15	Hoog		
	4	Bijna zeker		4	Groot		16-20	Extreem		
				5	Ernstig					

Schatting van het risico					**Beheer van het risico**			**Opvolging van het risico**	
Oorsprong en aard van het risico	**Kans**	**Gevolgen**	**Risiconiveau**	**Impact op het resultaat**	**Behandeling**	**Verantwoor-delijke**	**Timing**	**Verantwoor-delijke**	**Wanneer**
Slechte ervaring en/of ontgoocheling van vrijwilligers; wat resulteert in een negatief imago en een verminderde aantrekkings-kracht van het netwerk.	2	3	6	R1 R2	Preventief: goede omkadering van de vrijwilligers, goede voorbereiding, zorgen voor juiste verwachtingen, regelmatige debriefing, leren communiceren, Competentieontwikkeling zodat vrijwilligers de hen toegewezen rol aankunnen, …. Monitoring: systeem van periodieke enquête en monitoring graad van motivatie en tevredenheid vrijwilligers Curatief: Contactpersoon of vertrouwenspersoon voor ontevreden vrijwilligers => begeleiding naar oplossing.	Team vrijwilligers-werking; Coördinator “solidair netwerk”	Continu	Management Memisa & AZV	Per kwartaal
Belgische solidaire ziekenhuizen en hun vrijwilligers ageren op eigen houtje zonder goed begrip van of respect voor de gezamenlijke uitgangspunten en principes Memisa-AZV; wat mogelijk een contraproductieve impact heeft voor het solidaire netwerk in België en voor de effectiviteit van de samenwerking met partner in het Zuiden.	3	2	6	R1	Preventief: Goed communiceren en uitleggen waarom een omkadering belangrijk is. Een adequaat strategisch en institutioneel kader waarbinnen solidaire ziekenhuizen en vrijwilligers de nodige inzichten en competenties verwerven en ruimte voor initiatief hebben en waarbinnen synergie tussen de diverse initiatieven en rollen verzekerd wordt. (Cf. implementatie aanbevelingen evaluatie juni 2016 voor verdere modellering van partnerschappen met flexibele rolverdeling en bijbehorende engagementen.) De gezamenlijke programmawerking van Memisa en AZV die opportuniteiten schept om zin voor initiatief en actieve rollen voor een solidair ziekenhuis en haar vrijwilligers te	Team vrijwilligers-werking; Coördinator “solidair netwerk”	Continu	Management Memisa & AZV	Per kwartaal

Schatting van het risico					Beheer van het risico			Opvolging van het risico	
Oorsprong en aard van het risico	**Kans**	**Gevolgen**	**Risiconiveau**	**Impact op het resultaat**	**Behandeling**	**Verantwoor-delijke**	**Timing**	**Verantwoor-delijke**	**Wanneer**
					kanaliseren en in te passen in gestructureerde trajecten capaciteitsversterking voor Afrikaanse ziekenhuizen. Monitoring en curatief: Periodiek enquêtes tevredenheid solidaire ziekenhuizen. Snelle detectie van "potentiële" risico's en gerichte begeleiding en verduidelijking van samenwerkingsrelaties binnen een duurzaam partnerschap.				
Ontevredenheid omtrent communicatie, rapportering en informatiedoorstroming tussen de leden van het solidair netwerk in België en de partners in het Zuiden. Dit kan een negatieve impact hebben op de tevredenheid van solidaire ziekenhuizen en daardoor op het imago van en/of de dynamiek binnen het solidaire netwerk.	2	3	6	R1 R2	Preventief: Extra aandacht aan communicatie, rapportering en wederzijds verantwoording afleggen. Versterken van het bestuurlijk en beheersmatig concept van partnerschap; inclusief het implementeren van de desbetreffende aanbevelingen van de recente evaluatie (juni 2016) van de ZvZ-werking. Monitoring en curatief: Periodiek enquêtes tevredenheid solidaire ziekenhuizen. Snelle detectie van "potentiële" risico's en snelle probleem-oplossende interventies.	Betrokken project-verantwoor-delijken. Management Memisa	Continu	Management Memisa & AZV	Per kwartaal
Onevenwicht tussen enerzijds ambities/planning en anderzijds de beschikbaarheid van de vrijwilligers. Een bevraging en druk die de draagkracht van de vrijwilligers overstijgt kan resulteren in 'vroegtijdig' vertrek van vrijwilligers.	2	3	6	R1 R2	Preventief: goede participatieve planning en organisatie van initiatieven in lijn met het draagvlak; ondersteuning en omkadering van de ziekenhuisdirecties die vrijwillige inzet van hun personeel faciliteert; zeer flexibele aanpak; goed beheer van de wederzijdse verwachtingen.	Team vrijwilligers-werking; Coördinator "solidair netwerk"	Continu	Management Memisa & AZV	Per kwartaal
Cultuurschok en/of -strijd tussen vrijwilligers van Memisa, AZV en DvdW.	2	3	6	R1 R2	Preventief: progressieve aanpak; faciliterend proces zonder druk te zetten; initiatieven die een cultuur van "wederzijdse verrijking" bevorderen; het delen van concepten en inzichten en inspanningen om tot gezamenlijke inzichten te komen voor de drie organisaties; inzetten op enkele initiële successen en die gebruiken om de interne steun voor de verbreding en integratie van het netwerk te verhogen. Monitoring en curatief: Periodiek bevragen van de vrijwilligers; installeren "*early warning*" mechanisme en snel ontmijnen indien een crisissituatie zich voordoet.	Coördinator "solidair netwerk"	Continu	Management Memisa & AZV	Per kwartaal
Door de veelheid van problematieken en	3	3	9	R2	Preventief:	Verantw.	Continu	Management	Per kwartaal

Schatting van het risico					Beheer van het risico			Opvolging van het risico	
Oorsprong en aard van het risico	**Kans**	**Gevolgen**	**Risiconiveau**	**Impact op het resultaat**	**Behandeling**	**Verantwoor-delijke**	**Timing**	**Verantwoor-delijke**	**Wanneer**
problemen die de aandacht van het brede publiek en beleidsbeslissers vragen, slagen wij er niet in om onze boodschappen op de agenda te plaatsen en/of echt weerklank te hebben in de samenleving en/of bij de politiek.				R3	Een goede prioriteitstelling en focus van initiatieven en boodschappen. Vermijden van versnippering energie en capaciteit over te veel initiatieven. Het zeer goed richten van informeren en sensibilisering naar specifieke doelgroepen die meer open staan voor onze boodschap. Verzorgen van de multiplicatorrol van onze vrijwilligers, solidaire ziekenhuizen, 'supporters', 'politieke steunfiguren', enz. Een grondige voorbereiding en documentatie van onze thema's, boodschappen en aanbevelingen + focus op die aspecten waar wij een verschil kunnen maken. <u>Monitoring en curatief</u>: Continu en bewust leerproces - Tussentijdse evaluatie van wat beter en minder werkt en snel bijsturen waar het minder goed lukt.	Ontw.Educ. Memisa-AZV + Verantw. Lobby PASS		Memisa & AZV	+ Jaarlijks
Hoog of onvoorzien personeelsverloop en andere oorzaken waardoor personeel met een sleutelrol voor de programma-uitvoering niet beschikbaar is.	2	4	8	R1 R2 R3	<u>Preventief</u>: Inspanningen met het oog op tevredenheid en adequate werkdruk van de medewerkers. Interne continuïteitsplanning en -garantie voor de medewerkers (wederzijds back-up enz.) binnen Memisa en/of AZV. Zorgen voor een goede naam en positief imago van de eigen organisatie; wat toelaat geschikt en gemotiveerd personeel aan te trekken en te houden. <u>Monitoring en curatief</u>: Periodieke tevredenheidsbevraging medewerkers; Installeren "*early warning*" mechanisme en bij enig probleem snel op de bal spelen.	HR Verantwoorde-lijken Memisa-AZV	Continu	Management Memisa & AZV	Per kwartaal + Jaarlijks

5. Beschrijving hoe rekening gehouden wordt met de aanbevelingen die gedaan werden in het kader van de Strategische Dialoog, verbonden met een GSK

Het is en blijft belangrijk dat initiatieven van ontwikkelingseducatie zich plaatsen binnen een evoluerende mondiale context en dat zij bijdragen tot het verspreiden van een *meer integraal en mondiaal inzicht*. Hierbij wordt rekening gehouden met de impact die de huidige maatschappelijke context heeft op de aandacht voor internationale thema's (cf. blz. 81-82 GCA). Het is belangrijk dat de doelgroepen een samenhangend begrip van hedendaagse problemen verwerven; een inzicht dat de klassieke Noord-Zuid tegenstellingen overstijgt en de rijk-arm tegenstelling globaal bekijkt. Een rechtenbenadering, zoals het recht op gezondheid voor iedereen, en de duurzame ontwikkelingsdoelstellingen (SDG's) passen binnen dit kader. Het voorgestelde programma speelt hier rechtstreeks op in. Gezondheid is een thema dat toelaat de *grenzen van de sectoren te overschrijden* en een koppeling te leggen tussen diverse sectoren en dynamieken; zoals tussen de beroepsgroepen en actoren van de Belgische gezondheidssector en de actoren van ontwikkelingssamenwerking en ontwikkelingseducatie. Tegelijkertijd laat de verbreding van ons solidair netwerk ook toe om koppelingen te leggen tussen de actoren van de ontwikkelingssector en de sector van armoedewerk en van maatschappelijke organisaties die ondersteuning bieden aan migranten en vluchtelingen bij ons. Wij stellen de verbreding van ons solidair netwerk ook open voor bestaande of ontluikende organisaties van nieuwe Belgen, organisaties van migranten van de 2e of 3e generatie en/of bieden ruimte voor de dynamiek van diaspora-organisaties actief in België. Waar opportuun, worden hiervoor nieuwe vormen van partnerschap ontworpen en uitgetest.

Memisa en AZV, in samenwerking met DvdW, geeft een *prominente plaats aan de actoren en partners in het Zuiden*. Dit zit reeds ingebakken in het wezen van het ZvZ concept. Middels het rechtstreekse partnerschap tussen een solidair ziekenhuis bij ons en een ziekenhuis (met bijbehorende gezondheidszone) in het Zuiden, kunnen wij duidelijk maken dat de strijd voor een betere toegang tot kwalitatieve gezondheidzorg vooral gedragen wordt door onze partners in het Zuiden. Deze boodschap wint aan overtuigingskracht door de getuigenissen van vrijwilligers die op inleefreis gaan of die een terreinmissie met AZV realiseren. Door beter gebruik te maken van multimedia, sociale media, videoboodschappen, enz. kunnen wij deze partners ook meer rechtstreeks aan het woord laten in onze informatieverstrekking, sensibilisering en lobbywerk.

Ons werk op het terrein (Memisa en AZV) en de lessen die wij hieruit trekken en tot maturiteit laten komen, in onze interactie met andere partners hier in België, biedt ons extra spreekrecht en verhoogt onze overtuigingskracht. Hierbij komt de *synergie tussen onze noordwerking en zuidwerking* ten volle aan bod; wat ons ook toelaat om gericht te focussen op problematieken waaromtrent en beleidsvoorstellen waarmee wij *echt een verschil kunnen maken*.

Zowel Memisa als AZV hebben reeds een trackrecord in het bijdragen tot synergie en coördinatie in allerlei samenwerkingsvormen. De heel intensieve samenwerking die Memisa en AZV nu opzetten voor het programma 2017-2022 (voor zowel zuidwerking als noordwerking) biedt volop schaalvoordelen; tegelijkertijd komt daarmee ook de complementariteit van beide organisaties volop tot zijn recht. Voor het programma van ontwikkelingseducatie in België wordt dit inzetten op complementariteit en synergie verder uitgebreid door een intensieve samenwerking met DvdW voor de 3 resultaten en voor het koppelen en deels integreren van de onze respectieve achterban in een breder gezamenlijk solidair netwerk. Voor het lobbywerk (R3) wordt de samenwerking vervolgens nog verder uitgebreid naar G3W, APSG en andere partners. Memisa en AZV zetten hun complementariteit ook in om andere vormen van synergie en samenwerking te ondersteunen; zij focussen hun inbreng daarbij op die aspecten waar zij het meeste toegevoegde waarde bieden. Wij willen bijvoorbeeld actief bijdragen tot initiatieven ter promotie van de SDG's, zoals de werkgroepen en initiatieven die 11.11.11 in dit kader wil ondersteunen als basis voor nog bredere samenwerkingen rond de SDG's. Hierbij zetten wij extra in op SDG 3 en plaatsen wij onze boodschappen en beleidsaanbevelingen expliciet in dit kader.

Zoals hogervermeld blijft het streven naar complementariteit en synergie voor ons zeker niet beperkt tot het niveau van directies en beleidsmedewerkers of tot strategisch gekozen allianties. Voor het programma ontwikkelingseducatie gaat het immers expliciet om het koppelen en deels *integreren van de achterban van Memisa, AZV en DvdW*, in een *gezamenlijk solidair netwerk* met gemeenschappelijke werkingen en initiatieven aan en vanuit de (gezamenlijke) basis op lokaal, streekgebonden, provinciaal of regionaal niveau. Essentiële basisconcepten hierbij zijn het onderling verrijken, stimuleren en enthousiasmeren van en door vrijwilligers, sympathisanten en solidaire ziekenhuizen en andere organisaties in ons gezamenlijk netwerk.

Het spreekt voor zich dat de versterking van onze achterban en de uitbouw van het solidair netwerk, die basiselementen zijn van onze ToC en de kern uitmaken van resultaat 1, niet gericht zijn *op "autopromotie"* voor Memisa en/of AZV. De focus ligt volledig op het *versterken van de capaciteit van de basis om bij te dragen tot de 'outcome'* van het programma;

dit binnen een breed en duurzaam solidair netwerk dat Memisa en AZV verder ontwikkelen, in nauwe samenwerking met DvdW.

Het programma beoogt ook maximale coördinatie, complementariteit en synergie tussen de diverse ANGS in hun *interactie met overheden en beleidsbeslissers* op verschillende niveaus. In samenwerking met andere partners focussen Memisa en AZV o.a. op het sensibiliseren en mobiliseren van lokale overheden in België omtrent SDG 3, enerzijds ingepast binnen een bredere mobilisatie rond alle SDG's en anderzijds met extra focus op onze specifieke boodschappen en beleidsaanbevelingen om aspecten van SDG 3 waar te maken.

Wij zijn ons uiteraard bewust van het *risico van versnippering* van energie en aandacht en van de concurrentie door andere thema's en problematieken. Onze ToC houdt hier rekening mee; doorheen de hele implementatie van het programma beogen wij zo veel mogelijk samenwerking met diverse partners en trachten wij onze lobby-inspanningen te *concentreren* en te *focussen*. Wij dragen aanbevelingen aan die samenhangend, doordacht, *evidence-based,* goed onderbouwd en voldoende ontwikkeld en gedocumenteerd zijn om door beleidsadviseurs en beleidsbeslissers geadopteerd te worden; zodat die aanbevelingen hun plaats kunnen krijgen in het daadwerkelijk gevoerde beleid.

Gender-gerelateerde specifieke behoeften aan kwalitatieve basisgezondheidszorg en specifieke oorzaken of structurele systemen die de toegang tot kwalitatieve gezondheidzorg belemmeren voor vrouwen hebben steeds specifiek aandacht gekregen van Memisa en AZV; met specifieke aandacht voor moederschap en genderspecifieke gezondheidsrisico's. Deze *focus* zet zich verder in het nieuwe programma voor de periode 2017-2021. Hierbij komt de synergie tussen de Zuidwerking en de ontwikkelingseducatie in België weer volop tot zijn recht. Ook voor de genderspecifieke aspecten van de ontwikkelingseducatie zoeken wij een goed evenwicht tussen (a) het aanklagen van en getuigen over structurele ongelijkheid en/of onrecht; en (b) het gericht focussen op de promotie van enkele concrete modellen en aanbevelingen waarmee wij een significant verschil kunnen maken.

De intensieve samenwerking van Memisa en AZV met DvdW maakt dat er ook betreffende de genderspecifieke focus en expertise een kruisbestuiving ontstaat en de drie organisaties als multiplicator fungeren voor elkaars sterkten.

Ook intern, binnen onze achterban en bij het personeel van Memisa en AZV, hebben wij reeds een goed genderevenwicht. Dit willen wij blijvend bewaken en vormgeven bij de verdere uitbouw van onze partnerschappen en solidair netwerk.

Duurzaamheid en milieu krijgen steeds de nodige aandacht, als geïntegreerd aspect voor de hele strategische en operationele werking van Memisa en AZV, in België en in het Zuiden. De expertise die AZV in de afgelopen jaren opgebouwd heeft omtrent geïntegreerde en meer duurzame water- en elektriciteitsvoorziening voor Afrikaanse ziekenhuizen en omtrent duurzaam omgaan met medische uitrusting en biomedisch materiaal krijgt verder aandacht en kan extra aan bod komen en gemultipliceerd worden binnen de samenwerking van Memisa, AZV en DvdW. (Zie ook onder punt 6.2.2 – narratief gedeelte bij het Logisch Kader.)

Het gebruik van *nieuwe media*, *digitale opportuniteiten* en *sociale netwerken* is impliciet en maakt uiteraard integraal deel uit van "het hoe" van de implementatie van de 3 resultaten. Voor de ontwikkeling van competenties van de vrijwilligers en voor het onderling uitwisselen van kennis en inzichten (R1) wordt volop gebruik gemaakt van sociale media en digitale mogelijkheden; zoals '*communities of practice'*, enz. Dit geldt ook voor de interactie met en tussen vrijwilligers, de opvolging van initiatieven die aan en/of vanuit de basis genomen worden en voor andere ambities van resultaat 1.

Ook voor het informeren en het sensibiliseren (R2), evenals voor het lobbywerk en de beleidsbeïnvloeding (R3), maken wij volop gebruik van sociale media en digitale mogelijkheden. Dit o.a. voor: ondersteuning van de gerichte informatie en sensibilisering naar en van specifieke doelgroepen; blogs; het maximaliseren van de multiplicatorrol van vrijwilligers en solidaire organisaties; initiatieven op website, twitter, sociale media en/of blogs ter ondersteuning van de jaarlijkse campagne en/of van specifieke boodschappen en beleidsaanbevelingen; eenvoudige mechanismen om zich via smartphone te registreren als "supporter"; kennisdatabank en kennisdelen omtrent het recht op gezondheid; enz.

6. SD België

6.1. Fiche SD België

Outcome (Engels of Spaans of Frans):		Une assise sociétale et politique plus grande pour des efforts ciblés et durables en vue d'un accès mondial à des soins de santé de qualité.			
Outcome (Frans en/ of Nederlands):		Groter maatschappelijk en politiek draagvlak voor welgekozen en duurzame inspanningen voor mondiale toegang tot kwaliteitsvolle basisgezondheidszorg.			
Land:		België	Wordt deze outcome/ doelstelling gedekt door een GSK?		*Ja*
Doelprovincies(s)/ sta(a)t(en):		Subnational admin level 1	subnational admin level 2	subnational admin level 3	Gemeente
betrokken partijen:	*DvdW*				
	PASS				
	Humatem				
Andere plaats van de interventie:		België			
Doelgroep:		Directie, personeel, patiënten en bezoekers van solidaire ziekenhuizen; vrijwilligers bij AZV; specifieke doelgroepen; politieke steunfiguren; brede publiek			
Aantal begunstigden:		Directie, personeel, patiënten en bezoekers van 18 ziekenhuiskoepels (50 ziekenhuizen); 600 vrijwilligers AZV; 12 politieke steunfiguren Tot 60.000 supporters Beoogd bereik 250.000 mensen brede publiek			
Hoofdsector:		110			
Interactie tussen de aanvragers		Memisa en AZV hebben een gezamenlijk programma rond ontwikkelingseducatie in België: R1: Nieuwe partnerschappen met solidaire Belgische ziekenhuizen worden samen gezocht en aangegaan. De personeelsleden van de solidaire ziekenhuizen die wensen actief te zijn als vrijwilliger in het zuiden zullen worden aangeworven en begeleid door Artsen Zonder Vakantie in het kader van de capaciteitsversterkende trajecten (TRC) ontwikkeld met het Afrikaanse ziekenhuis. Memisa waarborgt dat alle bijkomende projecten deel uitmaken van de TRC. MEMISA organiseert en begeleidt inleefreizen naar de Afrikaanse ziekenhuizen om het personeel van de solidaire ziekenhuizen bewuster te maken van de problematiek rond toegang tot gezondheidszorg, zodat ze deze boodschap correct in hun omgeving kunnen verspreiden en hun multiplicatorrol beter kunnen opnemen. R2: Bewustmakingscampagnes over de problematiek rond kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg worden gezamenlijk georganiseerd. Dit niet alleen om de solidaire Belgische ziekenhuizen en hun achterban te bereiken, maar ook andere Belgische ziekenhuizen en hun personeel, via de vrijwilligers van AZV. De gezamenlijke achterban van Memisa en AZV, in samenwerking met die van DvdW, ondernemen initiatieven (op lokaal, bovenlokaal of provinciaal niveau) om specifieke doelgroepen te informeren, te sensibiliseren en waar mogelijk te mobiliseren. Een jaarlijkse campagne wordt gezamenlijk georganiseerd, ondersteund door nationale evenementen en lokale of provinciale initiatieven.			
Andere betrokken organisaties:					

Operationele kosten van de outcome/ specifieke doelstelling (totaal):	977.500 €

Markers :	
Environnement	*2*
RIO : désertification	*0*
RIO : biodiversité	*0*
RIO : CC adaptation	*0*
RIO : CC mitigation	*0*
Genre	*1*
Bonne Gouvernance	*1*
Santé génésique, maternelle, néonatale et infantile (SGMNI)	*2*
HIV/Aids	*1*
Droits des enfants	*0*
Trade development	*0*

6.2. Beschrijving van de resultaten Outcome/ Specifieke Doelstelling Ontwikkelingseducatie in België

6.2.1. Logisch kader

	Baseline	Jaar 3	Jaar 5	Verificatiebronnen	Betrokken actor(en)
Strategische doelen GSK Noordwerking	**C1.1. - C2.1. - C2.2. - C3.5. - D2.1. - D3.1. - D3.2.**				
Outcome/ Specifieke doelstelling X *(A/E/F)*	**Groter maatschappelijk en politiek draagvlak voor welgekozen en duurzame inspanningen voor mondiale toegang tot kwaliteitsvolle basisgezondheidszorg.**				
Hypothesen	○ Een krachtig en duurzaam netwerk van solidaire individuen en organisaties, die zich samen inspannen voor mondiale toegang tot kwaliteitsvolle basisgezondheidszorg, kan een hefboomrol opnemen gericht op de beoogde outcome. ○ Synergie en multiplicatorwerking door competentiewikkeling vrijwilligers, consolidering netwerken en bundeling inzichten en achterban van verschillende ANGS.				
Indicator 0.1: Maatschappelijk draagvlak van onze boodschap	Nul-meting	+15%	+30%	Jaarverslagen, documentatie activiteiten-resultaten en enquêtes	Memisa en AZV *(In samen-werking met DvdW)*
~~Indicator 0.2: Politiek draagvlak van onze boodschap~~	~~Nul-meting~~	~~+15%~~	~~+30%~~	~~Enquête, gerealiseerd in synergie met de ANGS waarmee wij samenwerken~~	
Resultaat 1 (**GSK**: vooral **C2.1** en **C3.5**; bijkomend ook C1.1, C3.1 en C3.2)	Een sterk, actief en duurzaam netwerk van vrijwilligers en solidaire ziekenhuizen (ziekenhuizen voor ziekenhuizen) betreffende effectieve en duurzame ontwikkelingssamenwerking gericht op universele toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg.				
Hypothesen	○ Individuen en organisaties willen zich engageren in een goed gestructureerde samenwerking en netwerking die flexibele en effectieve inzet mogelijk maken.				
Indicator 1.1: realisatie concrete doelstellingen versterking netwerk (gewogen% in behalen doelstellingen 2021)	0% [4]	40%	80%	Jaarverslagen, documentatie activiteiten-resultaten, onlinesysteem vrijwilligers en solidaire org., tevredenheidsenquêtes, …	Memisa en AZV
Indicator 1.2: versterking competentie vrijwilligers[5] ➢ Aantal vrijwilligers halen min. score 2 (schaal 1-4) ➢ Aantal vrijwilligers halen min. score 3 (schaal 1-4)	0 0	120 60	240 120	Jaarverslagen, documentatie activiteiten-resultaten, onlinesysteem vrijwilligers en solidaire organisaties, tevredenheidsenquêtes, …	Memisa en AZV *(In samen-werking met DvdW)*
Indicator 1.3: gewicht en kracht van ons "solidair netwerk" (Samengestelde indicator) [6]	Nul-meting	+20%	+40%	Bevragingen netwerk, registratie activiteiten-resultaten, onlinesysteem vrijwilligers en solidaire organisaties, enquêtes. Herhaling (nul)meting.	Memisa en AZV *(In samen-werking met DvdW)*
Resultaat 2 (**GSK**: vooral **C1.1, C2.2**, en **C3.5** en bijkomend C3.3, C3.4 en C3.7)	Medische professionals, ander personeel van de gezondheidssector, patiënten, ziekenhuisbezoekers, specifieke doelgroepen en het bredere publiek in België zijn geïnformeerd en gesensibiliseerd omtrent welgekozen en duurzame inspanningen voor mondiale toegang tot kwaliteitsvolle basisgezondheidszorg.				
Hypothesen	Sensibiliseren, informeren en mobiliseren werken best: ○ Via gerichte initiatieven naar doelgroepen die (potentieel) open staan voor de boodschap;				

[4] Een duidelijk verbeter- en ontwikkelingsplan voor het netwerk, met concrete doelstellingen en beoogde resultaten en een gewicht (aantal punten) per resultaat, is goedgekeurd uiterlijk 31/3/2017. Hierbij wordt ten volle gebruik gemaakt van aanbevelingen van de evaluaties van het programma 2014-2016.

[5] Zie toelichting in het narratief gedeelte bij het Logisch Kader.

[6] Zie toelichting in het narratief gedeelte bij het Logisch Kader.

	Baseline	Jaar 3	Jaar 5	Verificatiebronnen	Betrokken actor(en)
	○ Wanneer dit gebracht door collega's en groepsgenoten of minimaal door geloofwaardige boodschappers ○ Via laagdrempelige en aantrekkelijke en enthousiasmerende initiatieven; ondersteund door juist gebruik van sociale media en digitale communicatie ○ Middels concrete praktijk-gebaseerde boodschappen met een goed evenwicht tussen (a) getuigen over en aanklagen van ongelijkheid en (b) aantonen dat en uitleggen hoe en waar wij mee het verschil kunnen maken (stappen naar een duurzame oplossing).				
Indicator 2.1: Omvang en belang jaarlijkse initiatieven sensibiliseren & informeren (Samengestelde indicator)[7]	Nul-meting	+20%	+40%	Jaarverslagen, registratie activiteiten-resultaten, onlinesysteem vrijwilligers en solidaire organisaties, herhaling (nul)meting.	Memisa en AZV *(In samen-werking met DvdW)*
Indicator 2.2: Aantal "supporters" [8]	0	30.000	60.000	Berekeningssysteem "supporters"[9]	Memisa, AZV en DvdW
Resultaat 3	Groter politiek draagvlak op lokaal, regionaal, Belgisch en Europees niveau omtrent het bewustzijn rond de problematiek van toegang tot kwalitatieve basisgezondheidszorg voor iedereen.				
Indicator 3.1: Bijdragen tot dynamiek en kracht lobbynetwerken (samengestelde indicator)[10]	Nul-meting	+15%	+30%	Jaarverslagen, registratie activiteiten-resultaten, onlinesysteem vrijwilligers en solidaire organisaties, herhaling (nul)meting.	Memisa en AZV *(In samen-werking met DvdW, en M3M)*
Voorafgaande voorwaarden:	Vooraleer de implementatie van dit luik "ontwikkelingseducatie in België" op te starten dienen expliciete afspraken gemaakt te worden voor het beheer (governance) van het partnerschap en voor de aansturing van gezamenlijke en gecoördineerde initiatieven. Het betreft hier afspraken en een structureel partnerschap tussen Memisa, AZV en DvdW				
Typologie van de activiteiten:	*Versterking achterban – Uitbouw maatschappelijke basis* *Mobilisatie en competentieontwikkeling van bestaande en nieuwe vrijwilligers.* *Ontwerp en productie van informatie en sensibilisering tools (affiches, flyer, tentoonstellingen, sociale media, interactieve tools, …).* *Informeren en sensibiliseren via gerichte initiatieven/ kleine evenementen naar specifieke doelgroepen.* *Jaarlijkse (nationale) campagne en bijbehorende evenementen* *Rechtstreeks lobby, interactie met en informeren en beïnvloeden politieke steunfiguren en beleidsmakers.*				

[7] Zie toelichting in het narratief gedeelte bij het Logisch Kader. Hierbij wordt extra gewicht toegekend aan initiatieven rond duurzaamheid en genderspecifieke problematieken en oplossingen.

[8] Dit is het aantal individuen die onze sensibilisering en informatieverstrekking appreciëren en onze boodschappen steunen.

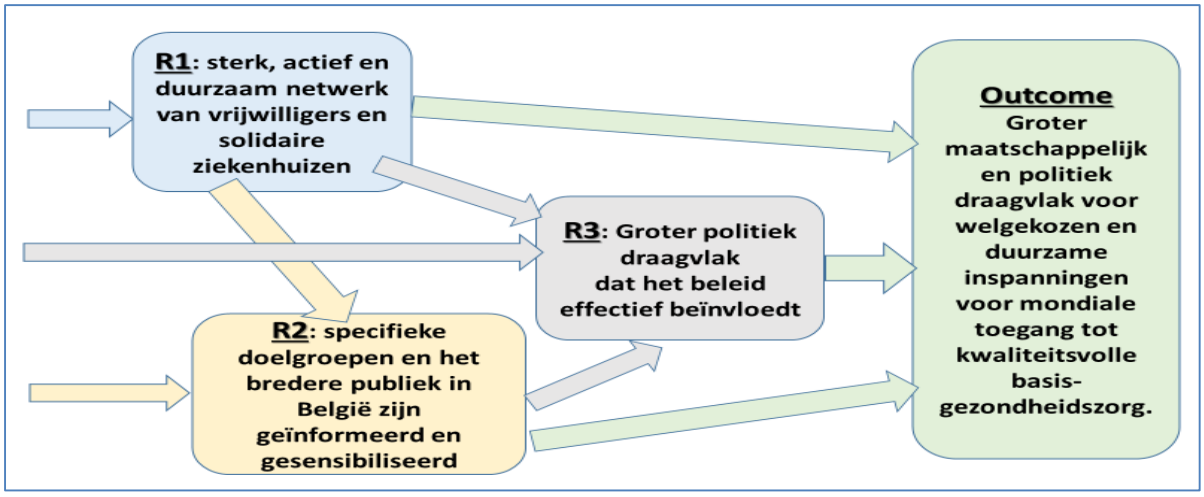
[9] Het berekeningssysteem zal bijgehouden worden door de betrokken organisaties Memisa, AZV en/of DvdW en/of via de sociale media. Waar nodig wordt dat aangevuld met een gegevensinvoer voor manuele supporter-verklaringen (handtekenlijsten).

[10] Zie toelichting in het narratief gedeelte bij het Logisch Kader.

6.2.2. Narratief gedeelte: toelichting bij logisch kader en interventiestrategie

I. <u>Globale interventiestrategie en -logica van het programma</u>

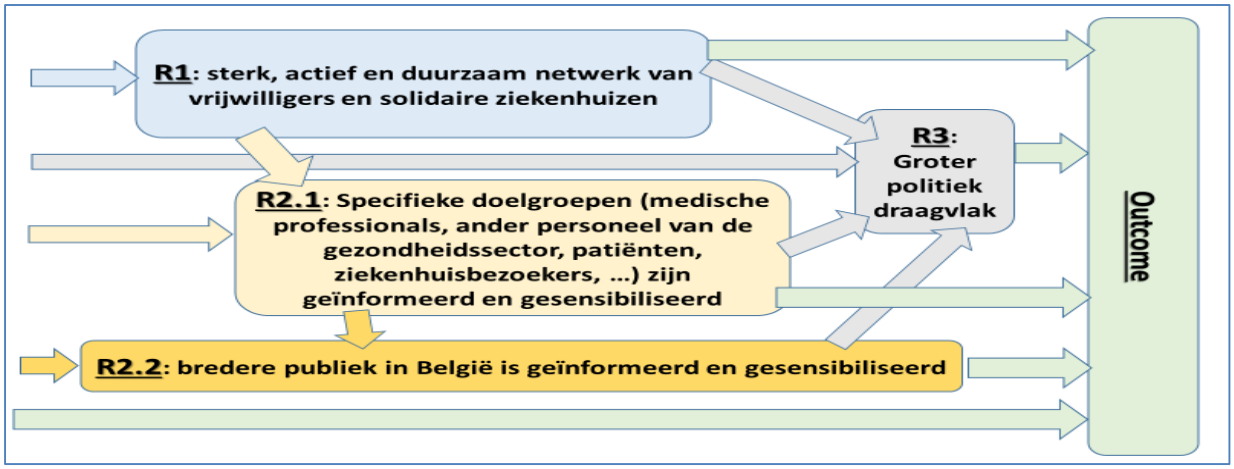
De onderstaande figuur visualiseert de **interventielogica** van het programma.



Met Resultaat 1 beogen wij de consolidatie, versterking en verdere uitbouw van een krachtig en duurzaam netwerk van solidaire individuen en organisaties die zich samen inspannen voor universele toegang tot kwaliteitsvolle basisgezondheidszorg. Dit omvat (a) het verhogen van inzicht over universele toegang tot kwaliteitsvolle basisgezondheidszorg en het verhogen van de competenties van leden van het netwerk als (b) het creëren van een kader (vrijwilligersnetwerk, solidaire ziekenhuizen/organisaties, …) waarbinnen dit engagement verankerd wordt en volop tot zijn recht kan komen. Beide benaderingen versterken elkaar

Tegelijk fungeert R1 als een krachtige multiplicator en hefboom gericht op het realiseren van R2 en R3. Met het nieuwe programma ontstaat hierbij een <u>essentiële sprong</u> (*quantum leap*) de <u>*integratie*</u> van de netwerken en het <u>*samenbrengen*</u> van de inzichten en <u>*achterban*</u> van verschillende ANGS; in de eerste plaats doordat <u>*Memisa*</u> en <u>*AZV*</u> over de hele lijn aan een gezamenlijk programma werken. Ook de coördinatie en intensieve samenwerking met <u>*DvdW*</u> (Dokters van de Wereld) op onderdelen en initiatieven van de noordwerking past in dit kader. Dit alles genereert synergie, kruisbestuiving en wederzijdse verrijking en is een succesfactor voor R1.

Ook voor Resultaat 2 hanteren wij een verandertheorie en interventielogica in twee stappen, gevisualiseerd in de volgende figuur.



Onze interventielogica voor R2 is volledig in lijn met doel <u>C1.1 van het GSK</u> – "Informeren, sensibiliseren, bewust maken en/of mobiliseren van Belgische inwoners". Het specifieke van het programma dat Memisa & AZV voorziet, in synergie met de noordwerking van DvdW, is dat wij ons in eerste instantie (R2.1) richten naar specifieke doelgroepen die (potentieel) meer 'open' staan voor onze boodschap en die Memisa/AZV of actoren uit hun solidaire netwerk gericht kunnen bereiken, "raken" en informeren. Belangrijk is dat dit het hele jaar door gebeurt en dat wij hiervoor telkens opportuniteiten identificeren en benutten. In lijn met GSK-doel 'C3.4 - … samenwerken met professionelen in hun werkkader' zal de plaats van onze vrijwilligers in hun professionele

netwerken benut worden, dit met name in de medische sector. Tegelijkertijd wordt hierbij ook invulling gegeven aan GSK-doel "C2.2 - … aantrekken van (nieuwe) sympathisanten (als onderdeel van de sociale basis)"; wat weer bijdraagt tot R1.

Wij geloven dat onze inspanningen in het kader van R2.1 resulteren in beter geïnformeerde burgers die mee onze boodschap versterken en zich mogelijk als "supporter" ervan kenbaar maken; zonder dat zij zich daarvoor zelf moeten engageren als vrijwilliger.

In het kader van R2.2 wordt dit dan aangevuld met acties gericht op het brede publiek in België; dit gebundeld rond een "jaarlijkse campagne". Ook hier mikt het nieuwe programma op een *"quantum leap"*; de vroegere jaarlijkse "Memisa"-campagne gaat nu op in een bredere en gezamenlijke campagne van Memisa, AZV en DvdW; waar mogelijk en zinvol, zelf weer gecoördineerd en/of ingebed in bredere campagnes met andere actoren. Informeren van het brede publiek (R2.2), moet in onze aanpak leiden tot een maatschappelijk draagvlak en steun voor concrete beleidsaanbevelingen. Dezelfde concrete aanbevelingen komen eveneens aan bod in aanvullende initiatieven die meer rechtstreeks gericht zijn op beleidsbeïnvloeding (R3). Waar wij met R2.1 en R2.2 mikken op "supporters", die voor expliciet maatschappelijke draagvlak zorgen, richt R3 zich op goed geïnformeerde "politieke steunfiguren" op lokaal, regionaal en nationaal vlak.

II. Aanvullende toelichting bij activiteiten en outputs per resultaatsgebied.

Resultaat 1 - Een sterk, actief en duurzaam netwerk van vrijwilligers en solidaire ziekenhuizen (ziekenhuizen voor ziekenhuizen) betreffende effectieve en duurzame ontwikkelingssamenwerking gericht op universele toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg.
(GSK: vooral C2.1 en C3.5; bijkomend ook C1.1, C3.1 en C3.2)

Binnen dit 1e resultaatgebied onderscheiden wij enkele samenhangende en complementaire ambities.

A. Institutioneel en organisatorisch consolideren, kwalitatief versterken en verder uitbouwen van ons "solidair netwerk"

Enerzijds willen Memisa en AZV elk investeren in het verder consolideren, kwalitatief versterken en uitbouwen van de eigen achterban en dit verder bundelen en integreren tot een krachtig gezamenlijk netwerk van vrijwilligers en solidaire ziekenhuizen.

In dat opzicht hebben Memisa en AZV besloten om 'Ziekenhuis voor Ziekenhuis' (ZvZ) gezamenlijk uit te voeren in het nieuwe programma. De verantwoordelijkheid over ZvZ wordt gedeeld tussen beide organisaties en de rollen van beide organisaties in het noordluik en het zuidluik zijn vastgelegd.

Gezamenlijke sensibiliseringscampagnes zullen worden georganiseerd in het kader van ZVZ en met het oog op sensibilisering van het grote publiek. Partnerschappen met nieuwe solidaire ziekenhuizen worden gezamenlijk opgestart. MEMISA organiseert en omkadert de inleefreizen en omkadert de werkgroepen. Ziekenhuispersoneel dat zich verder wil engageren tijdens medische zendingen wordt uitgenodigd zich bij AZV aan te sluiten als vrijwilliger. Artsen Zonder Vakantie zal instaan voor hun rekrutering, vorming en omkadering voor de zendingen binnen het kader van het capaciteitsversterkend traject dat werd uitgewerkt met het Afrikaanse ziekenhuis.

De aanbevelingen die de externe evaluatie (half 2016) formuleerde voor een verdere institutionele en organisatorische invulling van het ZvZ-netwerk worden gerealiseerd.

Belangrijke aspecten hierbij zijn:

a) Het verduidelijken en binnen een overkoepelend strategisch kader herpositioneren van de partnerschapsrelaties tussen een "solidair ziekenhuis" in België en een partnerziekenhuis (met bijbehorende gezondheidszone) in het zuiden; wat o.a. moet bijdragen tot verbeterde wederzijdse rapportering, coherentie binnen een breder strategisch kader, strategische flexibiliteit, enz. De samenwerking met AZV in het kader van ZvZ is hierbij een eerste stap aangezien AZV op het niveau van de referentieziekenhuizen werkt.
b) Het structureren van diverse types rollen en niveaus van engagement die solidaire ziekenhuizen en individuele vrijwilligers kunnen opnemen in het netwerk, zowel voor ontwikkelingseducatie in België als ter

ondersteuning van de werking in het Zuiden, en het verduidelijken van de daarmee samenhangende engagementen en vereiste competenties en inzetbaarheid.

c) Het beter invulling geven aan een rechtstreekse interactie tussen Memisa en de leden van de werkgroepen (vrijwilliger-teams) in de solidaire ziekenhuizen en het daarbij meer benutten van digitale mogelijkheden.

d) Ook het benutten van opportuniteiten voor het duurzaam verbreden van het solidair netwerk naar vrijwilligers buiten de solidaire ziekenhuizen en/of naar andere types organisaties (zoals groeperingen/verenigingen van thuisverpleegkundigen, …) die zich als 'solidaire organisatie' willen engageren met Memisa past binnen deze ambitie.

Het nu samenbrengen en (geleidelijk) integreren van de zeer complementaire achterban en comparatieve sterkten van Memisa en AZV zorgt voor een heel belangrijke synergie en wederzijdse verrijking. Voor de vrijwilligers uit de dubbele achterban ontstaan zo meer mogelijkheden van engagement en kansen op wederzijdse kruisbestuiving en aantrekkelijkheid voor potentiële vrijwilligers om zich te engageren binnen de gezamenlijke werking van Memisa en AZV.

De volgende types activiteiten worden bijvoorbeeld in dit kader ontwikkeld:

- Benutten van het bredere netwerk voor de rekrutering van nieuwe terreinvrijwilligers voor de werking van AZV; met name voor die profielen waarvoor momenteel een schaarste is aan competente vrijwilligers die voldoende vlot inzetbaar zijn voor terreinmissies van AZV.
- Omkadering van lokale werkgroepen in de solidaire ziekenhuizen en het faciliteren van hun werking in relatie tot: (a) de ondersteuning van een welbepaald partnerziekenhuis (en gezondheidszone) in het Zuiden; (b) lokale initiatieven gericht op het informeren-sensibiliseren van de eigen belanghebbenden van het partnerziekenhuis (personeel en patiënten/bezoekers); (c) participatie van leden van de lokale werkgroepen in initiatieven van het bredere solidaire netwerk. Dit is essentieel om een blijvend en zinvol engagement van de vrijwilligers, in en vanuit het eigen solidaire ziekenhuis, te garanderen. De betrokkenheid op het 'laagste' niveau wordt zo gesmeed en vormt een basis om van daaruit verder te werken en te groeien.
- Omkadering en facilitering van provinciale en/of streekgebonden vrijwilligerswerking die individuele vrijwilligers van Memisa, AZV en DvdW in staat stellen om elkaar te ontmoeten buiten de vertrouwde omgeving van hun eigen organisatie en om op hun niveau, in de streek waar zij actief zijn, samen te werken aan initiatieven in het kader van het programma. Dit maakt het mogelijk de momenteel losstaande achterban van de drie organisaties met elkaar te verbinden en te laten samenwerken. Hierbij wordt zeer soepel ingespeeld op de interesse die leeft (of potentieel aanwezig is) in een provincie, in/en rond een bepaalde stad, enz.
- Het halfjaarlijks (2 maal per jaar) organiseren van een gemeenschappelijke vrijwilligersdag; waarbij het initiatief opengesteld wordt voor elke (potentiële) vrijwilliger uit de drievoudige achterban. Tolken zorgen voor de mogelijkheid om de vergaderingen te kunnen laten bijwonen door vrijwilligers over de communautaire grenzen heen. De thema's, gastsprekers en getuigenissen zullen ervoor zorgen dat bestaande vrijwilligers van de verschillende bestaande netwerken, geïnteresseerd zijn en willen deelnemen. Dit vervangt dan de vroeger afzonderlijk georganiseerde nationale Ziekenhuis voor Ziekenhuis-dag, vroeger éénmaal per jaar georganiseerd door Memisa, en de vroegere jaarlijkse dag van de vrijwilligers van AZV.
- De website en sociale media zorgt voor een overkoepelende en interactieve tool om alle vrijwilligers met elkaar in contact te brengen, kennis en ervaringen te delen en samen te werken. Dit wordt mogelijk door het aanleggen van een actieve database, uitgelichte thema's, een gedeelde kalender met alle activiteiten die overal georganiseerd worden, blogs, …
- Het *omkaderen van het management* van solidaire ziekenhuizen voor hun rol binnen het netwerk en voor het faciliteren van het vrijwillig engagement van hun personeelsleden ter ondersteuning van onze werking (ontwikkelingseducatie in België en/of werking in het Zuiden). Dit initiatief kan, op termijn, uitgebreid worden naar andere types organisaties (bijvoorbeeld van zorginstellingen, thuisverpleegkundigen, artsenpraktijken, LOK-ethiek, …) die zich als 'solidaire organisatie' willen aansluiten bij en engagementen opnemen in ons solidair netwerk.

Voor R1 ligt de focus van het programma in de eerste plaats bij de institutionele/organisatorische consolidatie en kwalitatieve versterking van de bestaande netwerken en partnerschappen. Daarnaast beoogt resultaat 1 de

complementariteit en synergie te benutten die mogelijk wordt door het koppelen van de achterban van Memisa en AZV en de samenwerking, waar opportuun, met de achterban van DvdW. Niettemin zal *ook* aandacht besteed worden aan de kwantitatieve omvang van het netwerk; met een focus op het *behouden* van de *huidige partnerorganisaties*, zoals door het proactief detecteren en wegwerken van eventuele spanningen, en het *werven van nieuwe solidaire ziekenhuizen* of andere organisaties die zich als solidaire organisatie willen engageren in ons netwerk. Voor dit laatste wordt soepel ingespeeld op nieuwe opportuniteiten en hierbij kan een belangrijke rol opgenomen worden door het management van de bestaande solidaire ziekenhuizen die collega's van andere ziekenhuizen sensibiliseren en warm maken om ook een engagement aan te gaan in het solidaire netwerk in samenwerking met Memisa-AZV.

B. Sensibilisering, mobilisatie en competentieontwikkeling van bestaande en nieuwe vrijwilligers

1) Informeren en sensibiliseren

De vrijwilligers blijven steeds de initiële doelgroep van onze ambities en initiatieven om de Belgische bevolking te informeren en te sensibiliseren; dit telkens opnieuw bij elke campagne en bij elke problematiek, thema, aanpak en/of beleidsaanbeveling die wij onder de aandacht brengen en waarvoor wij een sterker maatschappelijk en politiek draagvlak zoeken. Dit type werking situeert zich dus op het raakvlak van R1 en R2. Vermits de vrijwilligers een 'multiplicator-rol' hebben voor onze boodschappen naar specifieke doelgroepen en het brede publiek toe, zal de informatieverstrekking en sensibilisering naar hen toe extra verzorgd worden en ingepast binnen continue ondersteuning van de mobilisatie van bestaande en (zeker ook van) nieuwe vrijwilligers.

2) Competentieontwikkeling van de vrijwilligers.

Een geïntegreerd onderdeel van de verandertheorie en interventielogica van het programma is de mobilisatie en competentieontwikkeling van vrijwilligers die een actieve rol opnemen, als change maker (actor) om zowel collega's als patiënten en bezoekers te informeren en te sensibiliseren (cf. R2).

Met het nieuwe programma betreft deze competentieontwikkeling niet enkele vrijwilligers verbonden met de solidaire ziekenhuizen (van het bestaande ZvZ-netwerk). Het *solidaire netwerk verruimt zich* door de integratie met de individuele vrijwilligerswerking van AZV en stelt zich ook open naar individuen die zich als vrijwilliger willen engageren in ons netwerk. Het kan bijvoorbeeld gaan om zelfstandige medische professionals, personeel van een ziekenhuis of zorginstelling die niet als organisatie betrokken is in het netwerk en/of individuen die zich om andere reden en/of met een andere achtergrond als vrijwilliger in ons solidair netwerk engageren. Ook de gezamenlijke initiatieven voor en van de vrijwilligersgroepen van Memisa-AZV met die van DvdW passen in dit kader.

Bij een natuurlijk verloop houden wij rekening met een beperkte *onvermijdelijke uitstroom* van bestaande vrijwilligers; daarom moet continu aandacht besteed worden aan het *werven van nieuwe vrijwilligers* en zal vooral ook gewerkt worden aan een *adequate competentieontwikkeling* die de nieuwkomers in staat stellen om bepaalde rollen in onze werking en programma-implementatie op te nemen en dit op een kwalitatieve en effectieve wijze.

Het programma moet bijvoorbeeld investeren in de competentieontwikkeling van de vrijwilligers opdat zij onze structurele interventies in het Zuiden goed begrijpen, deze kunnen plaatsen binnen een bredere ontwikkelingscontext en daarover goed kunnen communiceren aan derden. Het gaat om een juiste combinatie van meer diepgaande sensibilisering en competentieontwikkeling om een inhoudelijke sterke en consistente boodschap te kunnen verspreiden. Zo leren zij de belangrijkste concepten in de complexiteit van de ontwikkelingssamenwerking en worden zij bewuste en competente actoren om de boodschap op een correcte manier over te brengen.

Het gezamenlijke programma van Memisa en AZV, aangevuld met intensieve samenwerking met DvdW, biedt de nodige schaalvoordelen om de competentieontwikkeling van de vrijwilligers beter te structureren en uit te bouwen in functie van verschillende rollen die vrijwilligers kunnen opnemen in het solidair netwerk. Hierbij wordt zeker niet alleen gewerkt met "klassieke" opleidingen maar wordt ook veel gebruik gemaakt van methodes voor documentatie en uitwisseling van ervaringen en inzichten en *wederzijds en gezamenlijk leren* ("peer coaching" en "peer learning"). Waar relevant definiëren wij verschillende competentieniveaus voor bepaalde rollen en valideren wij in welke mate de vrijwilliger bepaalde competenties voldoende verworven

heeft om een specifieke rol zelfstandig op te nemen en/of om zelf nieuwe vrijwilligers te begeleiden en te coachen.

De volgende ***thema's*** komen zeker aan bod bij deze competentie-ontwikkeling:

- ✓ De plaats van bilaterale ZvZ-partnerwerking (solidair ziekenhuis in relatie tot partnerziekenhuis met bijbehorende gezondheidszone) binnen een breder kader van capaciteitsversterking en inbedding in ruimere strategische planning en beleidskaders, in het Zuiden en voor onze ontwikkelingssamenwerking vanuit België.
- ✓ Zin en onzin van ontwikkelingssamenwerking.
- ✓ Structurele belemmeringen en bedreigingen voor universele toegang tot kwalitatieve basisgezondheidszorg en pistes naar duurzame oplossing.
- ✓ Uitdagingen en mogelijkheden van capaciteitsversterking van ziekenhuizen en zorginfrastructuur in het Zuiden.
- ✓ Respectvol communiceren over ervaringen in het Zuiden
- ✓ Interculturele inzichten en vaardigheden.
- ✓ Effectief "getuigen" vanuit praktijkervaringen en terreinervaring in het Zuiden.
- ✓ Evenwicht tussen: (a) enerzijds 'aanklagen' van ongelijkheid, structurele belemmeringen in de uitoefening van het recht op gezondheid en (b) het promoten van zinvolle initiatieven, beleidskeuzen en/of andere stappen naar duurzame verbetering.
- ✓ Seksueel geweld op vrouwen, impact op gezondheidzorg en pistes voor verbetering.
- ✓ Mechanismes van financiering van de gezondheidszorg.
- ✓ Uitdagingen en successen op het terrein met betrekking tot geïntegreerde en meer duurzame water- en elektriciteitsvoorziening voor Afrikaanse ziekenhuizen en gezondheidsinfrastructuur in hun zone.
- ✓ Het belang van doordachte keuzen voor elke investering in medisch materiaal voor ziekenhuizen en/of zorginfrastructuur in het Zuiden, die naast de kostprijs en technische aspecten, ook rekening houden met gebruiks- en onderhoudsgemak, aangepastheid aan de lokale context en succes/faalfactoren wat de levensduur betreft met het oog op duurzaamheid en verbetering van de kwaliteit van de zorg. Risico's van het sturen van tweedehandsmateriaal vanuit het motto 'wie maak ik hier blij mee?
- ✓ Diepgaand inzicht in de thema's van de jaarlijkse campagnes.
- ✓ Specifieke competenties voor bepaalde rollen voor vrijwilligers; met een focus op die rollen waar een tekort aan competente kandidaten bestaat.
- ✓ De gezondheidsstructuren in de ontwikkelingslanden

Een essentieel component van de verandertheorie en versterking van lokale vrijwilligerswerking in de solidaire ziekenhuizen is het periodiek organiseren van een "inleefreis" voor die vrijwilligers die zich reeds significant inzetten binnen het lokale vrijwilligersteam, maar die nog geen pertinente terreinervaring hebben in het Zuiden.[11] Het vanuit een minimale terreinervaring begrijpen van de problematiek, meer specifiek voor het eigen partnerziekenhuis, is een essentiële competentie en succesfactor voor een voortgezet engagement en effectieve rol als (ervaren) vrijwilliger binnen een solidair ziekenhuis. De ervaring leert dat de participatie van enkele personeelsleden aan een dergelijke inleefreis telkens een hele dynamiek creëert omtrent de ZvZ-werking in het Belgische solidaire ziekenhuis en significante opportuniteiten creëert voor de sensibilisering van de collega's. Voor de vrijwilligers die participeren aan de inleefreis gaat het natuurlijk meteen ook om een competentieontwikkeling; die zelf een essentiële succesfactor is voor de rol van deze vrijwillige ZvZ-medewerker in de sensibilisering naar ziekenhuispersoneel, patiënten en bezoekers van het ziekenhuis. Het is wel cruciaal om deze sensibiliserende kracht van personeelsleden van het solidaire ziekenhuis die op "inleefreis" gaan bij de eigen partnergezondheidszone en bijbehorend ziekenhuis in het Zuiden, steeds optimaal te benutten. Dit vereist een nog beter omkaderen en benutten van de "inleefreizen" en het extra inzetten op: een kwalitatieve voorbereiding, de capaciteit om de "inleefreizen" goed te begeleiden ter plaatse

[11] De midden 2016 gerealiseerde evaluatie toont immers aan dat de "inleefreis" sterk geappreciëerd wordt door de betrokkenen en een essentiële plaats inneemt binnen het concept van partnerschap en engagement van de rechtstreeks betrokkenen bij de solidaire ziekenhuizen en hun vrijwilligers. Het zorgt ook voor een verhoogde dynamiek bij de vrijwilligers en is zo een succesfactor voor de versterking, verankering en noodzakelijke verjonging van de lokale vrijwilligerswerking die zelf een essentieel onderdeel is van het solidaire netwerk.

en het profiteren van het engagement en de sensibiliserende kracht van de vrijwilligers na hun participatie aan een inleefreis.

Vergroten van het gewicht en de kracht van ons "solidair netwerk"

De dubbele ambitie (A) institutioneel en organisatorische versterking en (B) sensibilisering, mobilisatie en competentieontwikkeling van (bestaande en nieuwe) vrijwilligers moet samen resulteren in een toegenomen kracht van ons solidair netwerk. Om deze gewenste evolutie te kunnen monitoren, beïnvloeden en evalueren, gebruiken wij een "samengestelde indicator" die bij de start van het programma verder op punt gesteld wordt en met een eerste nulmeting toegepast wordt op de situatie in 2016. Deze meting wordt minimaal volledig herhaald halfweg en op het einde van het programma. Maar de cruciale onderdelen van deze indicator worden ook jaarlijks gemeten en beoordeeld om, waar nodig, een tijdige tussentijdse bijsturing mogelijk te maken.

Focus op duurzaamheid en doordachte keuzen wat betreft infrastructuur en biomedisch materiaal.

Een lege batterij, een aerosoltoestel zonder masker, een operatielamp met maar één gloeilamp... In onze westerse gezondheidszorg kunnen we ons dergelijke situaties maar moeilijk indenken. Maar in Afrikaanse ziekenhuizen kampen artsen en verpleegkundigen dagelijks met slecht onderhouden medische toestellen en een gebrekkige infrastructuur. Kwalitatieve zorgverlening is alleen mogelijk met gebruiksklare en goed onderhouden toestellen en een solide randinfrastructuur (elektriciteit, water …).

De Wereldgezondheidsorganisatie erkent dit probleem. En vele medische ngo's onderstrepen de behoefte aan goed opgeleide biomedische technici met voldoende praktijkervaring. Alleen zo kunnen zij gepaste ondersteuning bieden.

Daarom startten Artsen Zonder Vakantie met de financiële steun van de provincie Vlaams-Brabant een praktijkgerichte meerjarenopleiding voor onderhoudstechnici van ziekenhuizen in de regio Bukavu in Oost-Congo. Het project JENGA MAARIFA loopt 2 jaar, van juli 2016 tot september 2018 en richt zich tot (kandidaat-)onderhoudstechnici van de ziekenhuizen in de regio Bukavu, Zuid-Kivu, DR Congo. Doelstelling is dat zij na afloop in hun ziekenhuizen kunnen instaan voor het juiste onderhoud van de biomedische apparatuur en de basisinfrastructuur. Dit bereiken de deelnemers door de theoretische kennis over medische apparatuur en energievoorziening te verhogen, duidelijk inzicht te verwerven in het preventieve onderhoud van medische apparatuur en vaardigheden aan te leren voor herstel van medische apparatuur

Naast de opleiding in Zuid Kivu, omvat het Jenga Maarifa project ook een luik standaardisatie en een luik sensibilisering.

Het *luik standaardisatie* ligt in het verlengde van een project dat AZV intern in 2013 opstartte, nl.de zoektocht naar een "*Golden Standard*" voor de aankoop van biomedisch materiaal voor de Afrikaanse ziekenhuizen: enkel materiaal dat aangepast is aan gebruik aan de lokale context (onzuiver water, stroomonderbrekingen of –schommelingen), dat onderhouds- en gebruiksvriendelijk is, en waarvoor eenvoudig wisselstukken voorhanden zijn komt in aanmerking.

In het luikt *sensibilisering* van het project Jenga Maarifa voorzien we een (eenmalig)seminarie daarrond voor medische en technische ngo's en 4de pijlerorganisaties.

Het luik sensibilisering in Jenga Maarifa bouwt ook verder op het beleid dat AZV in 2014 introduceerde voor *2de handsmateriaal en giften van medicatie en verbruiksmateriaal*. Onder het motto "*wie wordt hier gelukkig van*?" werden de terreinvrijwilligers van AZV gesensibiliseerd op de jaarlijkse vrijwilligersdag van 2016. In het kader van Jenga Maarifa voorzien we in 2017 een éénmalig sensibiliserend event in Vlaams-Brabant.

Met dit programma ontwikkelingseducatie in België willen verder bouwen op wat mogelijk is met het Jenga Maarifa project. Dit moet ons toelaten om op een systematische wijze alle relevante spelers van het solidaire netwerk, in de eerste plaats de solidaire ziekenhuizen, bereiken en hen stimuleren om deze *gouden standaard* voor biomedisch materiaal tot de hunne te maken.

Ook voor de sensibilisering onder het motto "wie wordt hier gelukkig van?" willen we nog verder gaan dan wat al voorzien is in het Jenga Maarifa project. Hiertoe zocht en vond AZV een geschikte partner in de Franse ngo HUMATEM (www.humatem.org). Deze organisatie heeft, naast haar vormingsopdracht inzake biomedische apparaten, ook een ruime expertise in het omtrent dit thema sensibiliseren van betrokken organisaties en individuen. Ze ontwikkelden daarrond vormingen, en een video met de sprekende titel "Savoir donner- c'est vital". Want daar draait het om: ervoor zorgen dat mensen die geconfronteerd worden met de vaak schrijnende situaties in ziekenhuizen en gezondheidscentra, hun drive om zaken te veranderen en om te helpen, op een zinvolle en doordachte manier gebruiken. Niet door halsoverkop spullen in te zamelen, maar door – met behulp van referentiepersonen in het solidair netwerk – goede keuzes te maken. Deze sensibilisering van alle betrokken actoren in België moet ertoe leiden dat zij, qua biomedisch materiaal voor hun partners in het zuiden, enkel adequate aankopen of giften die écht bijdragen tot de structurele verbetering van de toegang tot gezondheidszorg in onze partnerlanden.

We voorzien dat HUMATEM begin 2017 een pilootvorming geeft in een Waals solidair ziekenhuis; na evaluatie zal dan een Nederlandstalige vorming ontwikkeld worden. We voorzien minimaal 4 workshops per jaar, en zullen dit thema ook aan bod laten komen op de vrijwilligersdagen.

Focus op genderspecifieke problematieken en oplossingen in relatie tot de toegang tot kwalitatieve basisgezondheidszorg.

Memisa en AZV hebben steeds bijzonder aandacht besteed aan gender-gerelateerde specifieke behoeften aan kwalitatieve basisgezondheidszorg evenals aan specifieke oorzaken of structurele drempels die de toegang tot kwalitatieve gezondheidzorg belemmeren voor vrouwen. Ook het moederschap en andere genderspecifieke uitdagingen voor toegang tot kwalitatieve basisgezondheidszorg waren steeds goed vertegenwoordigd in de thema's waarrond Memisa en AzV gewerkt hebben. Deze focus zet zich verder in het nieuwe programma voor de periode 2017-2021. De synergie tussen de Zuidwerking en de ontwikkelingseducatie in België komt hier volop tot zijn recht.

Ook voor de gender-gerelateerde focus van de ontwikkelingseducatie zorgen wij voor een goed evenwicht tussen (a) het aanklagen van en getuigen over structurele ongelijkheid en/of onrecht; en (b) het gericht focussen op de promotie van concrete aanbevelingen en/of (reeds uitgeteste) modellen waarmee wij een significant verschil kunnen maken. De intensieve samenwerking van Memisa en AZV met DvdW maakt: dat er een kruisbestuiving ontstaat voor deze genderspecifieke focus; dat de reeds aanwezig genderspecifieke expertise van de drie organisaties zich wederzijds kan versterken; en dat de drie organisaties een multiplicatorrol opnemen voor elkaars sterkten.

Toelichting bij indicatoren op het niveau van Resultaat 1.

Indicator 1.2: ***Versterking competentie vrijwilligers***
Een duidelijk competentieontwikkelingsplan voor de vrijwilligers is goedgekeurd uiterlijk 31/3/2017. Vrijwilligers ontwikkelen hun competenties voor de door hen gekozen/opgenomen rollen binnen het netwerk. Duidelijke definities worden uitgewerkt voor wat wel of niet beschouwd wordt als significante verbetering. Hierbij wordt gebruik gemaakt van competentiestandaarden of competentieniveaus voor diverse rollen binnen het netwerk. Voor de monitoring & evaluatie van de competentieontwikkeling wordt de gerealiseerde competentieversterking individueel beoordeeld (aan de hand van de gedocumenteerde competentieverbetering en/of via zelfevaluatie) in een schaal van 1 tot 4: (1) geen of minimale voortgang; (2) pertinente verhoging inzichten en competenties; maar nog onvoldoende om een significant verschil te maken in de rol die de vrijwilliger kan opnemen in het netwerk; (3) succesvolle competentieversterking die een significante verhoging van de effectiviteit van de vrijwilliger en/of een lichte rolverzwaring in het netwerk toelaat; (4) belangrijke competentieversterking die de vrijwilliger in staat stelt om met vertrouwen een belangrijker rol in het netwerk op te nemen.
Indicator 1.3: **Gewicht en kracht van ons "solidair netwerk"** (Samengestelde indicator)
Om de kracht van het netwerk te meten wordt een samengestelde indicator gebruikt die daartoe verschillende parameters combineert. Hierbij wordt een gewicht (punten) toegekend aan elke individuele vrijwilliger met een extra gewicht in functie van zijn/haar graad van engagement in het netwerk en van zij/haar capaciteit om deze rollen in te vullen. Het engagement van de vrijwilligers om de, de mede in het kader van het netwerk, verworven inzichten te delen en te promoten krijgt hierbij specifiek aandacht. Ook per type solidaire organisatie en per type engagement dat deze organisaties opnemen in het netwerk worden punten toegekend. Alle punten samengeteld geeft de totale indicator van de kracht van het netwerk. De nulmeting, voor de situatie einde 2016, wordt gerealiseerd bij de start van het programma en moet uiterlijk 31/6/2017 afgerond zijn. Deze meting wordt herhaald na 3 jaar en na 5 jaar. De ambitie is om het gewicht en de kracht van het netwerk met gemiddeld 8% per jaar te doen stijgen; hetzij een gecumuleerde toename van 40% over de vijf jaar van het programma.

Resultaat 2 - Medische professionals, ander personeel van de gezondheidssector, patiënten, ziekenhuisbezoekers, specifieke doelgroepen en het bredere publiek in België zijn geïnformeerd en gesensibiliseerd omtrent welgekozen en duurzame inspanningen voor mondiale toegang tot kwaliteitsvolle basisgezondheidszorg.

(GSK: vooral C1.1, C2.2, en C3.5 en bijkomend C3.3, C3.4 en C3.7)

Zoals hierboven toegelicht richten wij ons met het 2de resultaat op zowel specifieke doelgroepen (R2.1) als op het brede publiek (R2.2).

Wat de specifieke doelgroepgerichte werking betreft (R2.1), maken wij verder onderscheid tussen:

(a) Initiatieven per solidair ziekenhuis, door de lokale vrijwilligersgroep, en specifiek gericht op personeel, patiënten en/of ziekenhuisbezoekers van dat solidaire ziekenhuis;

(b) Initiatieven gericht op medische professionals, ander personeel van de gezondheidssector, patiënten, ziekenhuisbezoekers of andere specifieke doelgroepen door vrijwilligers buiten het kader van een specifiek solidair ziekenhuis.

Het betreft hier een continue werking waarvoor de vrijwilligers *(vanuit de lokale groepen in hun solidair ziekenhuis en/of vanuit een streekgebonden of provinciale werking)* initiatieven kunnen ontwikkelen en daartoe ondersteund worden vanuit de centrale omkadering van Memisa-AZV; in samenwerking met DvdW. De competentieontwikkeling van en kruisbestuiving tussen vrijwilligers, waaraan met resultaat 1 gewerkt wordt, zal zich hier vertalen in een meer dynamische en effectieve werking.

Het type activiteiten die vrijwilligers in dit kader kunnen realiseren zijn o.a.:

- Gericht benaderen van professionele groepen via congressen, conferenties, opleidingen, LOKs; daar een korte getuigenis afleggen, een presentatie geven, een "pop up"-stand verzorgen, ….
- Een ZVZ-stand houden op de personeelsdag en/of dag van de zorg in het eigen solidair ziekenhuis of in een ander ziekenhuis,
- Info verspreiden op personeelsvergaderingen, raad van bestuur, nieuwjaarsrecepties, vergaderingen, spontante getuigenissen, blog, kranten, intranet, FB-groep, enz.
- Opzetten van digitale schermen aan de ingang van ziekenhuizen (korte animatiefilmpjes, voorstelling Zuidpartner, foto's, enz.)
- Actief op website, sociale media
- Gebruik van posters, flyers, banners, roll-ups, fototentoonstellingen, enz.
- Lezingen en presentaties o.a. rond duurzaam biomedisch materiaal; ….

In synergie met en aanvullend aan de specifieke doelgroepgerichte werking wordt invulling gegeven aan het informeren en sensibiliseren van het brede publiek in België. Dit gebeurt voornamelijk via een goed doordachte "*jaarlijkse campagne*", die nu een ruimere schaal krijgt binnen een brede samenwerking en die naast de nationaal georganiseerde initiatieven (website, traditionele media, sociale media, nationale evenementen, …) extra weerklank krijgt door initiatieven opgezet en gerealiseerd door de lokale en de provinciale en/of streekgebonden vrijwilligerswerking.

Zoals hoger vermeld worden thema's en boodschappen van de jaarlijkse campagne minutieus voorbereid op het scharniervlak tussen de ambities van resultaat 2 en resultaat 3. In samenhang daarmee willen wij ook de maatschappelijk steun voor onze boodschappen en aanbevelingen zichtbaar maken door "supporter"-initiatieven, "fan'-clubs, enz.

Toelichting bij indicatoren op het niveau van Resultaat 2.

Indicator 2.1: **Omvang en belang jaarlijkse initiatieven sensibiliseren & informeren**

Om de omvang en het belang te meten van de jaarlijks gerealiseerde initiatieven, gericht op het sensibiliseren, informeren en mobiliseren van geselecteerde doelgroepen, wordt een *samengestelde indicator* gebruikt die daartoe verschillende parameters combineert. Hierbij wordt een gewicht (punten) toegekend per type initiatief met een extra gewicht in functie van het werkelijk/potentieel bereik van het initiatief en van de directheid van het contact.

De eerste stap is definiëren van de strategie voor resultaat 2 met duidelijk bepaling van de specifieke doelgroepen en strategische keuzen voor het richten van de initiatieven. In lijn met deze strategie wordt een belang/gewicht toegekend aan diverse initiatieven; in functie van hun ingeschatte effectiviteit in het bereiken

van het resultaat. Hierbij kan bijvoorbeeld het accent gelegd worden op en extra gewicht (specifieke punten) toegekend worden voor initiatieven rond thema's die een strategische focus hebben, zoals voor sensibilisering betreffende duurzaamheid medisch materiaal en/of omtrent genderspecifieke problematieken en/of oplossingen.

Op basis van deze berekenwijze wordt een nulmeting toegepast voor de werking in 2016. Deze nulmeting wordt gerealiseerd bij de start van het programma en moet uiterlijk 31/6/2017 afgerond zijn. Elk jaar wordt de omvang van zowel de geplande initiatieven als van de werkelijke gerealiseerde initiatieven gemeten en uitgedrukt met deze indicator. Het online-registratie systeem dat opgezet wordt in samenwerking met vrijwilligers en solidaire organisaties zal de gegevensregistratie en berekeningen voor deze indicator ondersteunen. De ambitie is om de jaarlijkse (gewogen) omvang van de gerealiseerde initiatieven met gemiddeld 8% te doen toenemen.

Resultaat 3 - Groter politiek draagvlak op lokaal, regionaal, Belgisch en Europees niveau omtrent het bewustzijn rond de problematiek van toegang tot kwalitatieve basisgezondheidszorg voor iedereen.

Het resultaat 3 zoals oorspronkelijk geformuleerd is niet meer realistisch gezien de budgettaire beperkingen. De 4 betrokken organisaties (Memisa, AZV, DvdW en G3W) hebben de financiële middelen niet het actieplatform Gezondheid en Solidariteit adequaat te financieren om dit resultaat te behalen.

De 4 organisaties zijn echter lid van het actieplatform en blijven de werking actief ondersteunen, en voorzien een beperkt budget om punctueel specifieke activiteiten te kunnen versterken, teneinde het resultaat 3, hoewel minder ambitieus, toch gedeeltelijk te kunnen behouden

Memisa en AZV blijven zich ten volle engageren in ruimere netwerken en platformen van ANGS en maatschappelijke bewegingen, enz. op regionaal, Belgisch en Europees niveau. Dit omvat het verder zetten en/of vervolg op samenwerkingen in het kader van: Medicus Mundi International, Be-Cause Health, Actieplatform Solidariteit en Gezondheid, 11.11.11., CNCD, platformen/samenwerkingen rond de SDGs, Quamed, Make Mothers Mather, Be-Gender, Health Workers 4 all, enz. Belangrijk is dat wij in dit kader soepel en gericht inspelen op nieuwe opportuniteiten en mee het verschil maken.

Een van deze opportuniteiten is het zich gezamenlijk (met Memisa, AZV en DvdW) engageren in de nieuwe werkgroepen en samenwerkingsinitiatieven rond de SDG's die gecoördineerd worden door 11.11.11 en die mogelijk opengesteld worden naar een bredere samenwerking rond SDG's. Hierbij focussen wij vooral op die initiatieven waarbij wij kunnen zorgen voor complementariteit en synergie tussen alle onderdelen van ons programma.

In samenhang met onze nationale campagne en bredere samenwerkingen verzorgen wij ook rechtstreeks lobbywerk naar de beleidsmakers en politieke actoren op de verschillende niveaus.

We sluiten ook aan bij de SDG-initiatieven en met name bij de promotie van SDG 3. Zo streven wij op lokaal niveau naar het overtuigen van lokale overheden (steden en gemeenten en/of provincies) om SDG 3 te adopteren en zich mee achter onze boodschappen en aanbevelingen te scharen. Deze ambitie situeert zich op het scharniervlak tussen R2 en R3 en kan mee gedragen worden door onze lokale, streekgebonden en/of provinciale vrijwilligerswerkingen in synergie met de centrale ondersteuning van al onze initiatieven rond beleidsbeïnvloeding. De desbetreffende ideeën zullen verder uitgewerkt worden in een strategische aanpak die bij de start van het programma op punt gesteld zal worden.

Toelichting bij indicator op het niveau van Resultaat 3.

Indicator 3.1: **Bijdragen tot dynamiek en kracht lobbynetwerken**

Om "onze bijdrage tot dynamiek en kracht van lobbynetwerken" te meten, wordt een *samengestelde indicator* gebruikt die verschillende parameters combineert. Hierbij wordt per netwerk dat wij opzetten en/of waarin wij participeren een gewicht (= een aantal punten) toegekend. (a) Enerzijds krijgt het netwerk en haar werking een aantal punten op basis van haar schaal, dynamiek en bereik. Specifieke aandacht gaat daarbij naar de mate waarin deze organisaties en netwerken erin slagen samenwerking en synergie tot stand te brengen en hun respectieve praktijkinzichten te integreren tot gezamenlijke beleidsaanbevelingen. (b) Anderzijds wordt onze eigen inzet, toegevoegde waarde en dynamiek (inclusief die van onze vrijwilligers en van de solidaire organisaties uit onze achterban) gewaardeerd als bijdrage tot dat netwerk; dit wordt uitgedrukt in een % van de punten voor een netwerk die wij kunnen claimen. (c) Om de totale indicator te

bekomen tellen wij onze claims op voor alle netwerken waarin wij participeren. Op basis van deze berekenwijze wordt een nulmeting toegepast voor de werking in 2016. Deze nulmeting wordt gerealiseerd bij de start van het programma en moet uiterlijk 30/6/2017 afgerond zijn. Eventueel jaarlijks, maar zeker na 3 jaar en na 5 jaar wordt de omvang van zowel de werking van elk netwerk als onze bijdrage daartoe beoordeelt en uitgedrukt met deze indicator. De ambitie is om onze (gewogen) bijdrage tot de dynamiek en kracht van deze lobbynetwerken met in totaal 30% te doen toenemen tijdens het 5 jaar durende programma (een gemiddelde stijging met 6% per jaar).

6.3. T3 – Operationele kosten SD 1

Programme - Budget 2017-2021 - CSC6 - OSS1						
	2017	2018	2019	2020	2021	**Grand Total**
Coûts opérationnels						
1. Partenaires	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
Investissement	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,00**
Fonctionnement	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,00**
Personnel	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,00**
2. Collaborations	**4.000,00**	**4.000,00**	**4.000,00**	**4.000,00**	**4.000,00**	**20.000,00**
Investissement	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,00**
Fonctionnement	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	**20.000,00**
Personnel	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,00**
3. Bureau local	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
Investissement	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,00**
Fonctionnement	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,00**
Personnel	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,00**
4. Siège	**132.601,74**	**127.601,74**	**130.101,74**	**127.601,74**	**127.601,74**	**645.508,68**
Investissement	5.000,00	0,00	2.500,00	0,00	0,00	**7.500,00**
Fonctionnement	52.798,55	52.656,85	52.512,74	52.366,18	52.217,13	**262.551,45**
Personnel	74.803,19	74.944,89	75.089,00	75.235,55	75.384,61	**375.457,23**
Total CO :	**136.601,74**	**131.601,74**	**134.101,74**	**131.601,74**	**131.601,74**	**665.508,68**
Investissement	**5.000,00**	**0,00**	**2.500,00**	**0,00**	**0,00**	**7.500,00**
Fonctionnement	**56.798,55**	**56.656,85**	**56.512,74**	**56.366,18**	**56.217,13**	**282.551,45**
Personnel	**74.803,19**	**74.944,89**	**75.089,00**	**75.235,55**	**75.384,61**	**375.457,23**

Partenaires						
	0,00	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
	0,00	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
Total Partenaires :	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

Collaborations						
Plateforme Action Santé Solidaire	**4.000,00**	**4.000,00**	**4.000,00**	**4.000,00**	**4.000,00**	**20.000,00**
Blue Square	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

Total Collaborations :	**4.000,00**	**4.000,00**	**4.000,00**	**4.000,00**	**4.000,00**	**20.000,00**

Programme commun - Memisa						
Investissement	**5.000,00**	**0,00**	**2.500,00**	**0,00**	**0,00**	**7.500,00**
Fonctionnement	**41.000,00**	**41.000,00**	**41.000,00**	**41.000,00**	**41.000,00**	**205.000,00**
Personnel	**48.050,00**	**48.050,00**	**48.050,00**	**48.050,00**	**48.050,00**	**240.250,00**
Total Memisa	**94.050,00**	**89.050,00**	**91.550,00**	**89.050,00**	**89.050,00**	**452.750,00**

Programme commun - AZV						
Investissement	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
Fonctionnement	**15.798,55**	**15.656,85**	**15.512,74**	**15.366,18**	**15.217,13**	**77.551,45**
Personnel	**26.753,19**	**26.894,89**	**27.039,00**	**27.185,55**	**27.334,61**	**135.207,23**
Total AZV	**42.551,74**	**42.551,74**	**42.551,74**	**42.551,74**	**42.551,74**	**212.758,68**

6.4. Motivatie ten aanzien van de DAC-criteria.

6.4.1. Beschrijving van de relevantie.

Het luik 'ontwikkelingseducatie in België' is een integraal onderdeel van de ambities van Memisa en Artsen Zonder Vakantie (AZV) en van het programma dat wij willen realiseren met de financiële steun van de Belgische federale regering ("DGD-programma").

Om onze visie *("toegang tot kwalitatieve basisgezondheidszorg voor iedereen")* te verwezenlijken, moeten we niet enkel inzetten op initiatieven in het Zuiden. We willen ook investeren in gerichte ontwikkelingseducatie in België en dit uitbouwen als een steunpilaar van onze gezamenlijke werking. Wij zetten onze sterke punten[12] maximaal in, richten ons op toegevoegde waarde en dragen zo actief bij tot synergie met een veelheid van partnerorganisaties.

Algemeen genomen wordt de (globale) relevantie van het programma in België al verwoord in de formulering van de gewenste outcome, nl.: "een groter maatschappelijk en politiek draagvlak voor welgekozen en duurzame inspanningen voor mondiale toegang tot kwaliteitsvolle basisgezondheidszorg". Dit is een outcome die wij nastreven in nauwe samenwerking met Dokters van de Wereld en waarbij wij andere partners actief betrekken.

Opdat "het recht op gezondheid" geen dode letter zou blijven, moet de internationale gemeenschap voldoende, doeltreffend en voortdurend investeren in het realiseren van deze universele ambitie. Dit vereist een sterk draagvlak, ook in België. Het voorgestelde programma omvat een set van interventies die hiertoe, duurzaam en effectief, bijdragen.

Het programma sluit naadloos aan op een aantal doelstellingen gedefinieerd in het Belgisch gemeenschappelijk strategisch kader (GSK), dat werd goedgekeurd door de Minister van Ontwikkelingssamenwerking De Croo eind december 2015.

De tabel hierna geeft toelichting bij de GSK-doelstellingen waaraan wij specifiek bijdragen.

GSK	Beschrijving GSK	Operationalisering
C1.1.	Informeren, sensibiliseren, bewust maken en/of mobiliseren van Belgische inwoners via campagnes en/of eenmalige acties, vormingen, internationale uitwisselingen, publicaties en onderzoek, het maken van didactisch materiaal	Zie resultaat 1 & 2, en deels ook resultaat 3, in LO KA onder 7.2 Deze ambitie komt aan bod doorheen de 3 resultaten; te starten met de eigen achterban Memisa-AZV en het bredere solidair netwerk (inclusief DvdW). De werking verbreedt zich dan naar specifieke doelgroepen en (deels via die doelgroepen) naar het brede publiek. Ook de politieke actoren worden beoogd (in R3).
C2.1.	CMO's ondersteunen en verbreden hun eigen vrijwilligers/ militantenbeweging	Zie resultaat 1 in LO KA onder 7.2. Met R1 sluit het programma volledig aan op deze ambitie (C2.1); zowel voor de eigen achterban (Memisa-AZV) als voor het bredere solidaire netwerk.
C2.2.	Ondersteunen en aantrekken van nieuwe sympathisanten als onderdeel van de sociale basis	Zie resultaat 2 in LO KA onder 7.2 Idem als voor ambitie C.2.1 – zie hierboven.
C3.5.	Versterken van netwerken opbouwen en/of samenwerken met professionelen in hun werkkader	Zie resultaten 1 & 2 in LO KA onder 7.2 Deze ambitie komt allereerst tot zijn recht via ons resultaat 2 waar wij "peer learning" en netwerking van vrijwilligers bevorderen in functie van het type rol die ze kunnen opnemen in het netwerk en/of van het type specifieke doelgroep en/of professioneel netwerk dat zij kunnen

[12] Zie ToC.

GSK	Beschrijving GSK	Operationalisering
		bereiken. Dit zet zich verder in ons resultaat 2 waar onze vrijwilligers hun specifieke multiplicatorrol opnemen in hun eigen professionele netwerken.
D2.1.	Het aangaan van, versterken van of beïnvloeden van allianties rond ontwikkelingsrelevante thema's	Zie resultaten 2 & 3 in LO KA onder 7.2 Memisa en AZV engageren zich om (in samenwerking met andere partners zoals DvdW en APSG) actief in te zetten in allerhande vormen van samenwerking die de realisatie van de gezamenlijke output bevorderen. De inspanningen van Memisa en AZV in dit kader concentreren zich op die opportuniteiten waar zij effectief kunnen bijdragen tot synergie tussen de actoren, gericht op de outcome van het programma en/of waar zij de grotere schaal van de samenwerking kunnen gebruiken als hefboom en met het oog op meer effectiviteit in campagnewerk, lobby en beleidsbeïnvloeding.
D3.1.	Beleidsmakers en privé-actoren hebben toegang tot relevantie, begrijpbare en bruikbare informatie van de sector	Zie resultaat 3 in LO KA onder 7.2 Een cruciale aanpak in dit kader is het werken met "politieke steunfiguren" en het op maat van elk van hen aanleveren van bruikbare informatie en documentatie. De nadruk op "evidence based" beleidsaanbevelingen past perfect in dit kader. Dit wordt aangevuld met digitale samenwerking via leerplatformen, kennisdelen en/of 'communities of practice'.

Aanvullend draagt het programma ook, maar in mindere mate, bij aan de volgende GSK-doelstellingen.

GSK	Beschrijving GSK	Operationalisering
C3.1.	Versterken van en/of samenwerken met sociale, educatieve, culturele, socio-educatieve en socioculturele organisaties/actoren	Zie resultaat 1 in LO KA onder 7.2
C3.2.	Versterken van, sensibiliseren van en/of samenwerken met private sector-actoren, -koepels –federaties, -netwerken	Zie resultaat 1 in LO KA onder 7.2
C3.3.	Versterken van en/of samenwerken met media-actoren	Zie resultaat 2 in LO KA onder 7.2
C3.4.	Versterken van, netwerken opbouwen en/of samenwerken met publieke sector actoren (steden, gemeenten, provincies, …)	Zie resultaat 2 in LO KA onder 7.2
C3.7.	Versterken van studentes-/n, onderzoek-st-ers, stagiair-e-s en/of bursalen uit het Zuiden	Zie resultaat 2 in LO KA onder 7.2

Onze ToC en interventielogica zijn zo opgebouwd, dat wij geleidelijk de succesfactoren van het programma bijeenbrengen en zorgen dat de verschillende onderdelen van het programma elkaar wederzijds versterken. Zo zorgen wij ervoor dat de pertinentie van ons programma niet in de theorie blijft steken, maar daadwerkelijk gerealiseerd en aangetoond kan worden gedurende het volledige, vijfjarige, programma.

Ook de volgende aspecten dragen bij tot de pertinentie van het programma:

- Het bieden van een gestructureerd en enthousiasmerend kader voor het potentieel aan inzet en mobilisatie van (huidige en toekomstige) vrijwilligers en sympathisanten van Memisa en AZV. Zij zetten zich met ons in voor het informeren, sensibiliseren en lobbyen omtrent het "recht of gezondheid" en de universele toegang tot kwalitatieve basisgezondheidszorg. Het betreft hier het kwalitatief versterken en duurzaam verder uitbouwen van onze achterban en het daadwerkelijk mobiliseren van het potentieel aan actieve maatschappelijke betrokkenheid; dit gericht op de realisatie van de ambities van de

ontwikkelingseducatie. De bundeling van de krachten van het ZvZ concept met de dynamieken van de AZV-werking laten toe om de verwezenlijkingen van de voorbije jaren maximaal te benutten.

- Dit programma voor ontwikkelingseducatie in België laat ons toe te zorgen voor een kwalitatieve, efficiënte en effectieve omkadering van onze bestaande en potentiële vrijwilligers, opdat zij onze gemeenschappelijke ambities kunnen waarmaken op verschillende niveaus; ten opzichte van ons doelpubliek en binnen het solidaire netwerk. Het programma draagt zo bij tot een sterk en duurzaam maatschappelijk draagvlak, vooral bij specifieke doelgroepen, voor de gezamenlijke werking van Memisa en AZV, in het Zuiden en in België. Betere competenties van vrijwilligers resulteert in meer efficiënte, kwalitatieve en effectieve inzet, hogere tevredenheid en extra verantwoordelijkheden binnen het solidaire netwerk. Successen die wij hierbij boeken zorgen dan weer voor extra aantrekkingskracht van het solidaire netwerk voor individuen en organisaties die zich mogelijks ook maatschappelijk willen engageren.
- De ruime terreinervaring die Memisa & AZV hebben in het Zuiden, wordt ingebracht en verrijkt in synergie met de terreinervaring DvdW en de andere betrokken actoren. Deze bundeling van praktijkinzichten en lessen uit de werking in het Zuiden geeft ons niet alleen extra “spreekrecht” (o.a. kwalitatief ‘getuigen’), maar heeft ook inhoudelijk een cruciale meerwaarde voor de ontwikkelingseducatie in België en voor de belangenbehartiging omtrent het recht op gezondheid en de universele toegang ervan. Dit laat ons toe om bij te dragen tot een breed leerproces, om continu de vinger aan de pols te houden en bij campagnes en lobbywerk te focussen op essentiële boodschappen en beleidsaanbevelingen die echt het verschil kunnen maken.
- Memisa en AZV, in nauwe samenwerking met DvdW, willen een "kwantumsprong" realiseren via het combineren en deels integreren van onze achterban (individuen en solidaire organisaties) en door het tot stand brengen van synergiën, door en/of met de basis, voor onderdelen van het programma en inspelend op nieuwe opportuniteiten.

De pertinentie van onze focus op universele toegang tot kwalitatieve basisgezondheidszorg blijft niet beperkt tot een “rechtenbenadering”, maar positioneert de pertinentie van gezondheid ook als een voorwaarde voor economische ontwikkeling in het algemeen.

6.4.2. Beschrijving van de Doeltreffendheid.

Allereerst vermelden wij dat essentiële aspecten van de doeltreffendheid van onze interventiestrategie reeds beschreven werden in het bovenstaande punt (7.4.1. Relevantie); wij gaan er immers van uit dat een weinig doeltreffend programma zijn relevantie verliest.

De doeltreffendheid van het programma en van elk van zijn onderdelen kreeg volop aandacht tijdens het ontwerpen van ons programma; getuigen daarvan zijn onze TOC, ons logisch kader en onze interventiestrategieën *(zie ook punten 4 en 7.2.2)*. We hebben diep nagedacht over de voorwaarden tot succes en over hoe wij deze kunnen integreren in ons programma. Bij het ontwerp van dit nieuwe programma hebben wij reeds volop gebruik gemaakt van de lessen die wij trekken uit (de evaluatie van) onze werking in de afgelopen jaren. Natuurlijk zullen deze lessen verder benut worden bij het operationaliseren en implementeren van dit nieuwe programma.

Uiteraard volstaat een goed ontworpen programma niet om de doeltreffendheid ervan te verzekeren. De effectiviteit van het programma wordt daarom voortdurend geanalyseerd, opgevolgd en/of bijgestuurd; dit voornamelijk op de volgende momenten:

a) Bij de voorbereiding van de operationalisering van het programma; zowel intern bij Memisa en AZV, als voor de gemeenschappelijke activiteiten die we delen met de andere betrokken actoren (voornamelijk DvdW waarmee wij voor de 3 resultaten samenwerken).

b) Bij de jaarlijkse strategische monitoring (inclusief interne evaluaties) en bijsturingen van het programma en/of tussentijds bij het nemen van strategische beslissingen die de uitvoering van het programma bepalen.

   Jaarlijks herbekijken we onze ToC en interventiestrategieën en confronteren wij de realiteit op het terrein met wat wij vooropgesteld hadden; ook de hypothesen die wij hanteerden bij het ontwerp van het programma worden dan opnieuw tegen het licht gehouden.

   Hiermee kunnen aandachtspunten en risico's tijdig geïdentificeerd worden en kunnen wij op het juiste moment de strategische aanpassingen doorvoeren die nodig zijn om de vooropgestelde doeltreffendheid van het programma daadwerkelijk te realiseren.

Tenslotte vermelden we ook de principes van 'gerichte focus', het 'bundelen van krachten' en het 'concentreren van onze inspanningen' die wij hanteerden bij het uitdenken en concipiëren van het nieuwe programma. Deze principes worden blijvend toegepast bij de uitvoering en de bij de strategische en operationele aansturing van het programma.

6.4.3. Beschrijving van de Duurzaamheid.

Duurzaamheid was al impliciet geïntegreerd in onze benadering van relevantie en doeltreffendheid. Uiteraard is het niet zinvol om te streven naar een vluchtige relevantie of tijdelijke doeltreffendheid; wij willen bewust investeren in de lange termijn en hanteren daarbij een integrale benadering.

De aandacht voor duurzaamheid is reeds expliciet verwerkt in de formulering van de outcome van het programma. Ook de berichten die we communiceren en de beleidsaanbevelingen die wij aandragen worden telkens, op voorhand, getoetst vanuit een duurzame invalshoek. We willen immers bijdragen aan duurzame oplossingen om het recht op gezondheid voor iedereen te realiseren; dit verloopt via voortschrijdende, concrete en tastbare verbeteringen.

De aandacht rond het aspect "duurzaamheid" impliceert ook het besef dat het "recht op gezondheid" niet vanzelfsprekend is. De internationale gemeenschap – startend met de Belgische gemeenschap – moet beseffen dat de aanhoudende inspanningen nodig zullen blijven. Daarom juist is het zo essentieel om specifiek te werken aan een breed en duurzaam maatschappelijk en politiek draagvlak voor dergelijke inspanningen. Vandaar onze ambitie om te investeren in een "sterk solidair netwerk"; waarbinnen (zo veel mogelijk) automotivatie beoogd wordt en "interne dynamieken" tot stand komen voor het behouden, verdiepen en versterken – enerzijds van het netwerk zelf en anderzijds van de draagvlakcreatie bij specifieke doelgroepen en bredere bevolking.

Tenslotte vermelden wij nog dat "duurzaamheid" ook als transversaal thema aan bod komt doorheen het hele programma. *(Dit werd reeds hoger beschreven in punt 4, als onderdeel van de verandertheorie, en in punt 6 omtrent het verwerken van aanbevelingen in relatie tot het GSK.)*

6.4.4. Beschrijving van de Doelmatigheid.

Efficiëntie en doelmatige inzet van middelen kenmerken de wijze waarop Memisa en AzV werken. Voor ons is het "goed gebruik van de middelen", die sympathisanten en donors ons toevertrouwen, een essentiële waarde doorheen onze werking.

Wij blijven expliciet aandacht besteden aan doelmatigheid en realiseren extra inspanningen om ook transparant te rapporteren over onze efficiëntie en over het goed gebruik van de middelen die ons toevertrouwd werden. Dit verwachten wij ook van onze partners. Transparante rapportering over het goed gebruik van de middelen en over de bereikte resultaten is dan ook een essentieel onderdeel van de inspanningen voor de verdere kwaliteitsverbetering in het institutioneel en organisatorisch kader de ZvZ-werking en bij het verder vormgeven aan de daarmee samenhangende meervoudige partnerschappen.

Het resoluut kiezen voor intensieve samenwerking - allereerst tussen Memisa en AZV en verder met DvdW, , APSG en andere partners – is niet alleen cruciaal voor de effectiviteit, maar komt ook de doelmatigheid volop ten goede. Deze samenwerking genereert immers heel wat "*schaalvoordelen*" die een hogere efficiëntie van de diverse initiatieven mogelijk maakt. Wij hebben gericht oog voor potentiële schaalvoordelen van deze samenwerkingen en trachten deze consequent te realiseren; opportuniteiten die zich hierbij voordoen worden benut. Ook het focussen op *complementariteit* tussen de partnerorganisaties en het voor elke taak inzetten van diegenen die daar het sterkste en/of het meest gespecialiseerd in zijn, verhoogt de doelmatigheid op macroniveau en vermijdt investering in capaciteitsopbouw voor die aspecten waar partners reeds goed in zijn.

Vanuit een "financieel oogpunt" is het gebruik van *"vrijwillige" inzet* van menselijke middelen essentieel om een omvangrijk volume aan initiatieven te realiseren met een beperkt budget. Deze veelvuldige inzet en tijdsbesteding door de vrijwilligers is wel gratis, maar dit betekent niet dat wij daar licht mee omgaan. Wij zetten dan ook bewust en gericht in op het doelmatig gebruik van deze vrijwillige menselijke capaciteit; de hele aanpak voor competentieontwikkeling van de vrijwilligers is hierbij essentieel. Ook de inzet van tools en systemen voor digitale samenwerking en kennisdelen en het documenteren en promoten van "goede praktijken" en mini-handleidingen voor een efficiënte operationalisering van diverse types initiatieven passen binnen dit streven naar continue efficiëntieverbetering. Het streven naar kwaliteit en doeltreffendheid gaan hierbij hand in hand met het bewaken en verhogen van de doelmatigheid.

Hierbij kan ook opgemerkt worden dat het budget voor dit programma "ontwikkelingseducatie in België" lang niet alle kosten draagt die samenhangen met de werking en uitbouw van het solidair netwerk. Een hele reeks (vaak kleinere) kosten blijven 'buiten budget' en worden zelf gedragen door Memisa, AZV, de solidaire ziekenhuizen (en andere solidaire organisaties) en ook in zekere mate door de actieve vrijwilligers.

Tenslotte herhalen wij dat de voortdurende aandacht op goed focussen en richten van de initiatieven van het programma bijdraagt tot een optimale inzet van de middelen. Bij het informeren en sensibiliseren, bijvoorbeeld, richten wij de initiatieven op die specifieke doelgroepen die onze vrijwillige "multiplicators" het beste kunnen bereiken en benutten wij maximaal de positie van onze vrijwilligers in hun eigen professionele en sociale netwerken. Deze aanpak, waarbij opportuniteiten gericht geïdentificeerd en benut worden, dragen tegelijkertijd bij tot zowel doelmatigheid als doeltreffendheid van het programma.

Toelichting bij het budget

Het budget van Memisa voor vijf jaar bedraagt € 452.750. Het is samengesteld uit:

- 45% (€ 205.750) voor het beheer van de werkingskostenkosten, waarvan een deel voor de capaciteitsversterking van vrijwilligers, vorming van vrijwilligers voor een beter begrip van de problemen en de voorbereiding van hun inleefreizen. Het saldo is bestemd voor het ontwerp en de uitvoering van sensibiliserende activiteiten en lobbywerk.
- 53% (€ 240.250) voor de personeelskosten van Memisa voor de werknemers die het netwerk van solidaire ziekenhuizen begeleiden en animeren en de activiteiten uitvoeren.
- Minder dan 2% (€ 7.500) voor investeringen zoals een computer en kantoorapparatuur om de uitvoering van de activiteiten mogelijk te maken. Hierbij kan opgemerkt worden dat het programma gebruik maakt van de algemene kantoorinfrastructuur van Memisa en AzV, waarvan de kosten buiten het budget van het programma gehouden wordt.

Het budget van MSV voor vijf jaar bedraagt € 212758. Het is samengesteld uit 37% voor de omkadering van vrijwilligers en de versterking van het netwerk. Het saldo (63%) wordt besteed aan personeelskosten voor de uitvoering van de activiteiten.

Een deel van dit budget wordt door elke organisatie afzonderlijk besteed voor activiteiten die ook de twee andere partnerorganisaties ten goede komen. Voor andere, volledig gezamenlijke, activiteiten zullen de kosten tussen de drie organisaties (Memisa, AZV en DvdW) verdeeld worden conform onderling overeengekomen verdeelsleutels.

6.5. Beschrijving van de specifieke Partnerschapsstrategie voor België.

Voor dit luik "ontwikkelingseducatie in België" hanteren Memisa en AzV een strategie die diverse formules van partnerschap en samenwerking toelaat met een groot aantal betrokken partijen.

A. De meest intensieve samenwerking is die tussen Memisa en AZV die een gezamenlijk programma indienen voor zowel de werking in het Zuiden als de ontwikkelingseducatie in België. Hierdoor komen de complementariteit tussen Memisa en AZV en de synergie tussen de Zuidwerking en de ontwikkelingseducatie ten volle tot hun recht.

B. Voor dit luik "ontwikkelingseducatie in België" wordt de intensieve samenwerking van het duo Memisa – AZV verder uitgebreid naar DvdW. Hierdoor ontstaat een intensieve samenwerking van deze drie organisaties alle onderdelen van het luik ontwikkelingseducatie. Binnen deze samenwerking worden significante synergiën mogelijk dankzij:
   i. Een gezamenlijk leerproces en wederzijdse verrijking door het uitwikkelen en integreren van expertises en "lessons learned";
   ii. Schaalvoordelen door het gezamenlijk ontwikkelen van competenties van vrijwilligers;
   iii. Het creëren van een grotere en gezamenlijke gemeenschap van dynamische en enthousiaste vrijwilligers die samenwerken aan eenzelfde groot doel en die samen een voldoend schaalgrootte *(critical mass)* bereiken om met succes initiatieven te ontwikkelen gericht op het sensibiliseren en mobiliseren van specifieke doelgroepen of het breder publiek op lokaal, bovenlokaal, provinciaal, regionaal of federaal niveau en om daarbij significante weerklank te bekomen;
   iv. Een wederzijdse doorlaatbaarheid en kruisbestuiving tussen vrijwilligersgroepen van de 3 organisaties en hun participatie in een groter en gemeenschappelijk solidair netwerk (bestaande uit vrijwilligers en solidaire organisaties);
   v. Synergiën en schaalvoordelen bij het voorbereiden en realiseren van gemeenschappelijke campagnes (informeren/sensibiliseren) en bij lobbywerk en beleidsbeïnvloeding;
   vi. Een veel betere gezamenlijke aanwezigheid in en representativiteit van de gezamenlijke achterban over heel België, dankzij de complementariteit van de huidige geografische inbedding van de drie samenwerkende organisaties (zie kaartje gezamenlijke geografische inbedding en representativiteit);

vii. Het benutten van de complementariteit van de achterban en netwerken van de drie organisaties om een veel sterkere weerklank te bekomen voor de gemeenschappelijke initiatieven
viii. Een gemeenschappelijk, onderling afgestemd, standpunt en zo ook een grotere rol en toegevoegde waarde in ruimere platformen en samenwerkingsfora (Because Health, PASS, …)

Het volgende kaartje toont de.

C. Zo komen wij bij een 4e type samenwerking; met een actieve participatie van Memisa – AZV in ruimere netwerken en platformen (Medicus Mundi International, Be-Cause Health, Actieplatform Solidariteit en Gezondheid, 11.11.11., CNCD, platformen/samenwerkingen rond de SDGs, Quamed, Make Mothers Mather, Be-Gender, Health Workers 4 all, enz.). Telkens waar zinvol wordt hierbij afgestemd met DvdW, G3W en PASS.

D. Een 5e type samenwerking betreft die met specifieke partners waarop beroep gedaan wordt voor hun expertise en/of omdat zij reeds geïnvesteerd hebben in bepaalde tools, opleidingsmodules, boodschappen, enz. Dit soort samenwerking situeert zich bijvoorbeeld bij Humatem, enz.

6.6. Beschrijving van Synergie en Complementariteit.

Memisa – AZV & DvdW

De samenwerking met DvdW zal heel intensief zijn en betrekking hebben op alle onderdelen van het luik 'ontwikkelingseducatie in België'. Deze drie organisaties zullen concrete afspraken maken voor het operationaliseren en aansturen (governance) van hun samenwerking. De synergie en complementariteit tussen des drie partnerorganisaties is reeds duidelijk geworden en benut bij het in overleg en samenwerking ontwerpen van dit programma; de ToC en het Logisch Kader, die grotendeels gemeenschappelijk zijn, tonen dit mooi aan.

De complementariteit en synergie tussen deze 3 samenwerkende organisaties is reeds volop aan bod gekomen in dit document en werd nog eens hoger samengevat in punt 6.5.

Memisa – AZV - PASS

Het Actieplatform Gezondheid en Solidariteit (PASS) is een platform van vakbonden, mutualiteiten en andere sociale organisaties die ijveren voor een progressief en egalitair gezondheidsbeleid in België, Europa en de wereld. Het platform komt op voor de promotie en verdediging van een progressief en solidair gezondheidsbeleid in België, Europa en wereldwijd.

Specifieke doelstellingen:

1) Maken van kritische analyses van het gezondheidsbeleid, met inbegrip van de politieke en sociale determinanten van gezondheid;
2) Informeren, sensibiliseren en mobiliseren van de bevolking en gezondheidswerkers over de gevolgen van het neoliberaal beleid op de gezondheid, inclusief op het ruimere geheel van sociale beschermingsmaatregelen en publieke dienstverlening;
3) Concrete veranderingen op het terrein bewerkstelligen door het naar voor schuiven van alternatieven, beïnvloeden van beleidsmakers en het voeren van actie.

Het Actieplatform biedt een netwerk aan dat concrete veranderingen op het terrein wilt bewerkstelligen door het naar voor schuiven van alternatieven, het beïnvloeden van beleidsmakers en het voeren van actie. Een voorbeeld zijn de acties op de Europese actiedag tegen de commercialisering van de gezondheidszorg (7 april 2016): het netwerk werd verbreed met nationale en Europese actoren, en er werd besloten om dit initiatief te versterken en jaarlijks te doen groeien.

Memisa, AZV, DvdW en G3W zijn actief lid van de werkgroep Noord-Zuid. De WG focust in haar beleidswerk op drie thema's:

1) een reële en universele verwezenlijking van het recht op gezondheid voor iedereen, op basis van de principes van de rechtenbenadering inclusief het streven naar Universal Health Coverage;
2) financieringsmechanismes van het gezondheidssysteem en versterking van systemen van sociale bescherming;
3) kwaliteit van de zorgen, inclusief kwaliteit van de medicatie en werkkrachten.

AZV & Humatem

Humatem zet zich in voor het verbeteren van de praktijken van actoren binnen gezondheid en internationale solidariteit in het domein van biomedisch materiaal. Om de kwaliteit van de giften van medisch materiaal naar gezondheidsstructuren in het zuiden te verbeteren heeft Humatem een platform voor uitwisseling tussen actoren opgestart, dat bestaat uit verschillende diensten en activiteiten zoals een bank voor medisch materiaal en een steunpunt voor betrokken actoren. De acties van Humatem sluiten mooi aan bij de principes van de Wereldgezondheidsorganisatie over gezondheidstechnologie. In het kader van het project Jenga Maarifa werkt AZV samen met Humatem enerzijds aan het uitwerken van vormingsmodules en didactisch materiaal over duurzaam biomedisch materiaal en anderzijds aan het sensibiliseren van betrokken actoren binnen de sector.

Lijst van Afkortingen

ANGS	Actor van de niet-gouvernementele samenwerking
AZ	Algemeen ziekenhuis
AZV	Artsen Zonder Vakantie
CNCD	Centre national de coopération au développement
DAC	Development Assistance Committee
DGD	Directie-Generaal Ontwikkelingssamenwerking en Humanitaire Hulp
DvdW	Dokters van de Wereld
G3W	Geneeskunde voor de 3de Wereld
GCA	Gemeenschappelijke contextanalyse
GSK	Gemeenschappelijk Strategisch Kader
LO KA	Logisch kader
M3M	Médecine pour le Tiers Monde
MdM	Médecins du Monde
OE	Ontwikkelingseducatie
PASS	Plateforme d'Action Santé et Solidarité
SD	Specifieke doelstelling
SDG	Sustainable Development Goals
ToC	Theory of Change
TRC	Capaciteitsversterkend traject
TTIP	Transatlantic Trade and Investment Partnership
UVRM	Universele Verklaring voor de Rechten van de Mens
WG	Werkgroep
ZVZ	Ziekenhuis voor ziekenhuis

MEDECINSSANSVACANCES
ARTSENZONDERVAKANTIE
MEDICSWITHOUTVACATION
LE SAVOIR GUÉRIT

Memisa - MSV
Programme commun DGD
2017-2021

Partie II : présentation du Programme par pays

7. Mauritanie - ***Programme Memisa***

31 mars 2017

Table des matières

1. Fiche Mauritanie 3
2. Liste des partenaires et parties prenantes connus au moment de la demande. 4
3. Cohérence avec le Plan Stratégique 4
4. Théorie du Changement associée à la Mauritanie 6
5. Analyse des risques associée à la Mauritanie 9
6. Description de la prise en compte des recommandations formulées dans le cadre du Dialogue Stratégique lié à un CSC 10
7. OS Mauritanie 11
7.1. Fiche OS 11
7.2. Description des résultats Outcome / Objectif Spécifique 12
1. Cadre logique 12
2. Description de l'intervention 13
7.3. T3 – Coûts opérationnels OS - Memisa 18
7.4. Motivation au regard des critères du CAD 19
7.4.1. Description de la Pertinence. 19
la prise en compte des thèmes transversaux et de la digitalisation. 20
7.4.2. Description de l'Efficacité. 21
7.4.3. Description de la Durabilité. 22
7.4.4. Description de l'Efficience. 23
7.5. Description de la Stratégie de Partenariat spécifique pour la Mauritanie 24
7.6. Description des Synergies et Complémentarités. 25
Liste des abréviations 27

7. Mauritanie

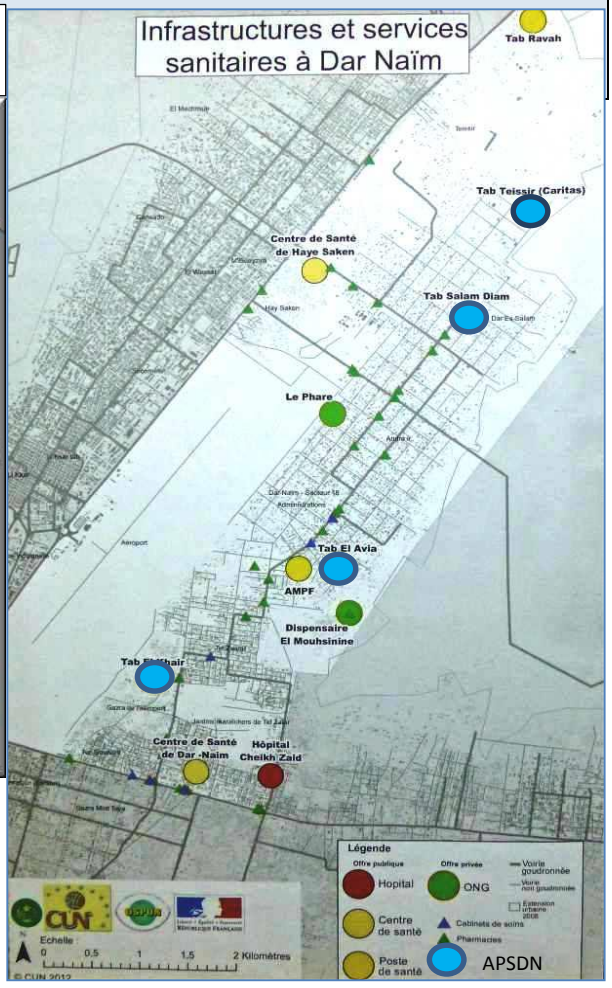
1. Fiche Mauritanie

Coûts opérationnels totaux pour le pays :		1.000.003€		
Personne de contact en Belgique pour la DGD pour le pays :	Nom : Elies Van Belle	Organisation : Memisa	Téléphone : +32 24541546	E-mail : Elies.van.belle@memisa.be
Personne de contact qui représente l'ACNG dans le pays :	Nom : Abdoulaye Samba Bâ	Organisation : APSDN	Téléphone : +222 45292570 ; +222 464656 19	E-mail : directeur@apsdn.org

Résumé synthétique du programme pour ce pays (15 lignes maximum) :

Le projet Santé Dar Naïm a été démarré dans les années 1990 par Caritas Mauritanie en réponse à un appel du Ministère pour faire face au manque de structures de santé dans les nouvelles banlieues de Nouakchott dont la population augmentait rapidement suite à l'exode rural. 4 structures de santé offrant des soins de santé primaires ont été créées, puis une mutuelle communautaire et un fonds d'équité pour assurer l'accès financier des populations très pauvres. L'expérience de la mise en place d'une mutuelle a inspiré la réplication de l'initiative en milieu rural (Bababé). L'IMT d'Anvers a joué un rôle important dans l'accompagnement et la documentation de ces expériences. Depuis 2014 le projet est devenu autonome (la coopérative « Association pour la promotion de la Santé Dar Naïm ») et reconnu au niveau national comme projet pilote d'apprentissage et de recherche action.
Le programme vise le développement d'un système local de santé intégré avec trois composantes que sont les structures de soins de santé primaires, les mutuelles de santé et les mécanismes de fonds d'équité. L'approche proposée met un accent particulier sur la protection sociale pour la santé et sur l'autonomisation du partenaire de la société civile. La collaboration avec l'IMT Anvers sera maintenue et renforcée.

Carte du pays avec localisation des interventions



2. Liste des partenaires et parties prenantes connus au moment de la demande.

Partenaire 1 : APSDN			
Nom complet et abréviation :	Association pour la Promotion de la santé Dar Naïm (APSDN)		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	BP 6853 Nouakchott, Mauritanie	+222 45292570 +222 46465619	directeur@apsdn.org
Personne de contact :	Abdoulaye Samba Bâ, directeur		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 7*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 7 : 1.000.003€*		
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	L'APSDN est l'organisation partenaire de Memisa en Mauritanie depuis le début de l'intervention (au début comme projet de Caritas Mauritanie, mais avec la même équipe compétente et dynamique). Elle coordonne et met en œuvre toutes les interventions de Memisa en Mauritanie. Le partenariat est basé sur des valeurs partagées, une compréhension mutuelle des priorités et des stratégies pour atteindre l'objectif.		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	Les relations partenariales avec le projet de Caritas ont débuté le 01 janvier 1998. L'APSDN a pris le relais dans le partenariat le 01 janvier 2014.		

Partie prenante 1 : IMT Anvers			
Nom complet et abréviation :	Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (IMT)		
Coordonnées :	Adresse :	Téléphone :	E-mail :
	Nationalestraat 155, 2000 Antwerpen	+32 (0)3 2476293	BCriel@itg.be
Personne de contact :	Bart Criel		
Outcome(s) / Objectif(s) spécifique(s) :	*OS 7*		
Budget par Outcome :	*Budget OS 7 : 0€*		
Description synthétique du rôle du partenaire pour chaque Outcome :	Le département de santé publique de l'IMT a été impliqué dans la documentation et la recherche des expériences en protection sociale du projet de l'APSDN depuis 2003. Il y a eu entre autres la publication de deux ouvrages, en 2005 sur la mise en réseau des mutuelles de santé et en 2010 sur le fonds d'équité, deux recherches-documentations du processus de réintégration sociale en 2013 et 2015, et un projet de création d'un centre de protection sociale à Dar Naïm en cours.		
Date de début de la relation partenariale avec l'ACNG :	2003		

3. Cohérence avec le Plan Stratégique

- Description synthétique de la vision et de la mission de l'organisation en matière de coopération au développement, et du rôle qu'elle souhaite jouer à cet égard dans ce pays**.**

MISSION

Santé pour tous avec une attention particulière pour les populations les plus pauvres et les plus vulnérables.
Memisa lutte contre la pauvreté et l'inégalité et s'adresse prioritairement aux défavorisés. L'accès à des soins de santé de base est un droit humain fondamental pour tout le monde.

VISION

Pour remplir sa mission « **promouvoir les soins de santé pour les défavorisés»,** dans le respect de ses valeurs, Memisa a retenu les grandes **orientations stratégiques suivantes** :
Orientations Stratégiques :

Obj 1 : Contribuer au bien-être des communautés dans leur ensemble, en améliorant la disponibilité des soins de santé de qualité pour tous et surtout pour les plus démunis.
→ Mettre en œuvre en partenariat des projets de renforcement des soins, des services et du système de santé, tout en améliorant les capacités techniques des acteurs (disponibilité)
→ Contribuer aux réseaux d'échange d'expertise, de capitalisation des expériences, de recherche et d'innovation pour le développement du secteur de la santé et des soins de santé (qualité)
Obj 2 : Contribuer au changement sociétal et à la politique au Nord comme au Sud pour un développement durable et un renforcement de la solidarité en vue d'une meilleure accessibilité de tous aux services de santé de base.
→ Contribuer au renforcement des organisations de la société civile, des groupements locaux et des initiatives de l'économie sociale dans le secteur de la santé (solidarité)
→ Contribuer aux réseaux de plaidoyer et de lutte contre la pauvreté, promouvoir la protection sociale universelle et des initiatives d'équité (accessibilité)

L'intervention en Mauritanie est un projet pilote d'amélioration de la qualité des soins d'un côté et de protection sociale à la santé d'autre côté. L'expérience est valorisée par les autorités sanitaires et contribue à la réflexion sur la stratégie de couverture universelle et les politiques de santé y liées. Le projet est un endroit de stage sur les soins intégrés et centrés sur le patient et pour la protection sociale en santé. L'expérience des mutuelles communautaires et du fonds d'équité est un des seuls du pays.

- La description synthétique des objectifs à moyen et à long terme en Mauritanie.

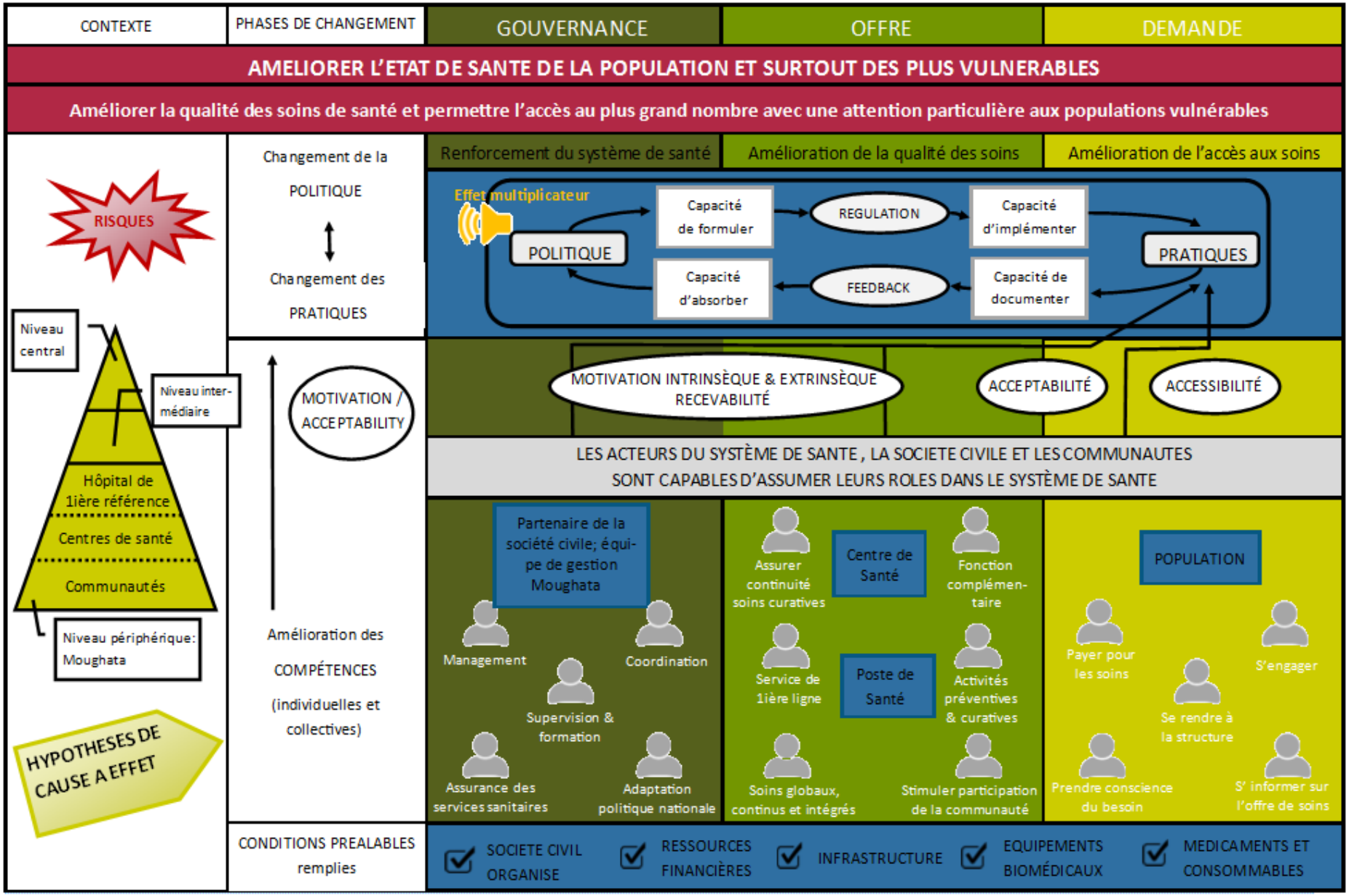
L'objectif global de Memisa à long terme est d'améliorer la disponibilité et la qualité des soins de santé dans des pays en difficulté par le renforcement du système de santé. Plus spécifiquement en Mauritanie, où la société civile est assez bien organisée et a une voie importante, le but est de renforcer des acteurs locaux de santé et de créer des alliances stratégiques. Nous avons un partenariat solide et durable avec l'APSDN, le partenaire de la société civile avec lequel nous travaillons depuis plusieurs années, et nous croyons qu'il est capable de gérer l'intervention et d'influencer la politique nationale. L'objectif à moyen terme est d'assurer un renforcement technique et financier du partenaire APSDN pour qu'à terme le partenaire local soit à mesure de continuer l'intervention de façon autonome.

- La description synthétique de la stratégie que Memisa entend mettre en œuvre pour réaliser les objectifs décrits ci-devant.

La **Stratégie opérationnelle** de Memisa contient 3 axes de développement :
Promouvoir la bonne gouvernance : renforcer le leadership local et la concertation à tous les niveaux : des communautés, des acteurs de la société civile, des équipes-cadres de zones et du niveau intermédiaire ; documenter les changements introduits pour capitaliser les expériences et influencer le niveau décisionnel. Collaborer avec des institutions de recherche et des organisations avec compétences complémentaires pour renforcer les capacités et la crédibilité des actions.
Améliorer l'offre : améliorer la qualité des soins par des actions de rationalisation, de formation et coaching du personnel, et de l'amélioration du plateau technique; améliorer la qualité de l'organisation des services, par l'intégration opérationnelle des acteurs privés à intérêt public, par le renforcement des équipes de gestion – volet basée sur la formation, les échanges et les stages à l'intérieur du pays, régional et international (développement des zones de démonstration).
Appuyer la demande : assurer un accès financier aux soins de qualité aussi pour les plus défavorisés, par différents mécanismes de subvention des soins et de mutualisation des risques et par l'application d'une tarification forfaitaire. Appuyer le plaidoyer politique et les mouvements sociétaux pour une plus grande solidarité. Stimuler les initiatives locales et communautaires.

Les trois résultats intermédiaires proposés dans le programme suivent ces axes de développement. Voir point 7.2 pour plus d'information.

4. Théorie du Changement associée à la Mauritanie



L'impact recherché des interventions de Memisa est d'améliorer l'état de santé de la population et surtout des plus vulnérables. Les interventions mises en œuvre cherchent à **améliorer la qualité des soins de santé et à permettre l'accès au plus grand nombre avec une attention particulière aux populations vulnérables.**
La stratégie est basée sur trois axes de changement : la promotion de la bonne gouvernance, l'amélioration de l'offre et l'appui à la demande. Les thèmes transversaux genre, environnement et digitalisation reçoivent une attention particulière dans chaque axe de changement.
Memisa renforce le système de santé local par le renforcement des acteurs cibles pour qu'ils soient en mesure d'assumer leurs rôles dans le système[1].
Comme ONG de développement, nous partons du principe que nous avons le mandat explicite d'améliorer la qualité en nous alignant d'une façon « critique » à la politique nationale et en collaborant avec les structures étatiques et celles de la société civile. Nous voulons autant que possible éviter une multiplication des structures et des outils, éviter la substitution et plutôt organiser les interventions en s'appuyant sur les capacités locales, en les renforçant. Pour être durables et portées par les acteurs locaux, les solutions devraient être locales.

1. Phases de changement

0. Les conditions préalables

Une infrastructure fiable (électricité, eau, bâtiments), des ressources humaines, un matériel fonctionnel et bien entretenu, des médicaments et consommables de qualité disponibles ainsi que des ressources financières sont des conditions préalables importantes pour dispenser des soins médicaux et paramédicaux de qualité.
Le renforcement des capacités ne peut avoir des résultats durables sans ces conditions préalables et on y a fait l'expérience sur le terrain.

1.1. Changer les pratiques

Le changement des pratiques commence par l'amélioration des compétences nécessaires dans chaque axe de changement. Les axes de changements sont formulés comme des hypothèses de cause à effet.

Hypothèse 1 (H1) : Les compétences individuelles du personnel des structures de santé seront améliorées, si des stages et des formations professionnelles sont organisés (= formation-sur-le-tas).
Pour améliorer des compétences médicotechniques et organisationnelles , nous adoptons la formation-sur-le-tas comme stratégie d'intervention principale en appliquant le modèle d'apprentissage 70-20-10[2] selon lequel un collaborateur efficace et performant acquiert à peu près 70 % de ses connaissances sur le tas, 20 % via un suivi personnalisé ou des contacts sociaux (entretiens, réseaux, feedback) et 10 % seulement via une transmission classique du savoir.
H2 : Le changement des pratiques demande une amélioration des compétences individuelles et une amélioration des compétences collectives
Par rapport au renforcement de capacité institutionnelle, nous nous basons sur le modèle de 5 compétences collectives[3]. Il s'agit d'un modèle systémique qui permet de repérer les éléments clés qui font qu'une organisation peut fonctionner et progresser. Le modèle comprend 5 compétences collectives et est utilisé comme point de départ de la stratégie de renforcement des capacités que nous élaborons avec notre partenaire local APSDN.

Sur l'axe d'amélioration de l'offre, nous travaillons sur le renforcement des capacités au niveau des centres et postes de santé et personnel médical gérés et appuyés par l'APSDN. Nous comptons renforcer les compétences nécessaires pour assumer les rôles recommandés au niveau de la première ligne en Mauritanie.
Un centre de santé est la porte d'entrée dans le système de santé, il doit être capable de fournir des soins globaux, continus et intégrés. Il a 3 fonctions spécifiques: fonction de premier contact avec la communauté, fonction de synthèse de l'information clinique et sociale du patient, et responsabilité de la santé de chacun de ses usagers. Tous les éléments qui le composent sont disposés, organisés et coordonnés en fonction de l'objectif de responsabilité pour la santé d'une population définie.

---

[1] GILSON,L. Health Policy and Systems Research, a methodology reader, World Health Organization, 2012. RDC Ministère de la Santé, Recueil des normes de la zone de santé, 2006.
[2] Le modèle 70-20-10 a été développé par Morgan McCall, Robert W. Eichinger et Michael M. Lombardo (Center for Creative Leadership) et est mentionné dans The Careeer Architect Development Planner, 3rd edition, de Michael M. Lombardo et Robert W. Eichinger.(http://www.princeton.edu/hr/learning/philosophy/)
[3]Le modèle de « Five core capabilities » – a été developpé par European Centre for Development Policy Management (http://www.ecdpm.org) - Les compétences collectives de 1) s'engager et d'agir, 2) d'obtenir des résultats de développement (réaliser des missions techniques, d'assistance et logistiques), 3) de nouer des relations et d'attirer des moyens et de l'assistance, 4) de s'adapter et de se renouveler, 5) de maintenir en équilibre la cohérence et la diversité

Un hôpital de référence dispose d'une fonction complémentaire au centre de santé de 1er niveau, il doit assurer la continuité des soins curatifs pour les malades qui ne peuvent pas être pris en charge au Centre de Santé.
Sur l'axe de gouvernance, nous nous concentrons sur le rôle de la société civile en relation avec les équipes de gestion au niveau périphérique (Moughata) du système de santé: la coordination des acteurs locaux, la supervision et la formation des prestataires de soins, l'adaptation de la politique nationale et des directives nationales aux conditions locales, la gestion des services sanitaires, des activités et du personnel des structures et répondre aux besoins locaux en termes de provision des services sanitaires et des activités de promotion de la santé.
En ce qui concerne l'axe de la demande, il y a différents obstacles potentiels auxquels la population est confrontée et qui font que les soins ne soient pas accessibles pour tous. On se réfère au cadre conceptuel de Levesque et. al.[4], qui décrit les 5 capacités requises pour accéder aux soins de santé : *1) Ability to perceive; 2) Ability to seek; 3) Ability to reach; 4) Ability to pay; and 5) Ability to engage*.
Nous renforçons les capacités de sensibilisation et d'organisation des acteurs communautaires afin de sensibiliser la population sur l'utilité des soins préventifs et curatifs et sur la disponibilité des services de soins. Nous stimulons et contribuons à l'application et au financement de différents mécanismes de protection sociale en santé, plus spécifiquement les mutuelles communautaires et fonds d'équité.
Nous sommes conscients que l'amélioration des compétences ne résulte pas nécessairement à un changement des pratiques.

H3 Pour qu'un individu présente un comportement effectif et mette les compétences acquises en pratique, la motivation intrinsèque et extrinsèque et la redevabilité sont indispensables
Au niveau de l'offre et de la gouvernance la motivation intrinsèque et extrinsèque (des facteurs dans l'environnement professionnel et social) ainsi que la recevabilité sont considérées comme facteurs cruciaux pour qu'un individu soit performant et mette ses compétences en pratique[5]. Le fait de renforcer le plateau technique (équipement en matériel biomédical, de réhabiliter/étendre une infrastructure) et les compétences du personnel contribue à la motivation intrinsèque du personnel.

1.2. Apprendre des pratiques et influencer la politique
H4 : si les compétences d'analyser et de documenter sont améliorées, les acteurs cibles ont l'opportunité d'apprendre des pratiques et d'influencer le niveau décisionnel.
À cette phase nous voulons documenter les changements introduits pour capitaliser les expériences et influencer le niveau décisionnel. Les organisations de la société civile, qui sont nos partenaires principaux, peuvent jouer un rôle très important à ce niveau : le rôle de catalyseur entre les partenaires périphériques (structures soignantes) et le partenaire étatique (niveau intermédiaire ou central).
L'expérience positive de Memisa avec le développement des projets pilotes en organisation des soins et en protection sociale à la santé en Mauritanie nous convainc que le développement des projets pilotes d'amélioration de la qualité, qui servent comme exemple pour être multiplier ailleurs, est la stratégie adéquate pour arriver à l'étape d'apprentissage et d'influence au niveau décisionnel.

1.3. De changement des pratiques aux outcomes
H5 : Si les acteurs du système de santé assument leurs rôles dans le système de santé, la qualité des soins sera améliorée.
H6 : Si des mécanismes financiers existent et les services des soins sont perçus comme acceptables, la population a un meilleur accès aux services sanitaires.
Au niveau de la demande on travaille sur les obstacles à l'accessibilité, mais le fait que des services sanitaires soient fonctionnels et accessibles (géographiquement et financièrement), ne garantit pas l'utilisation des services. À côté de l'accessibilité, l'acceptabilité fait que quelqu'un va réellement utiliser des services sanitaires. La population doit avoir de confiance dans la capabilité du service sanitaire de résoudre leur souffrance. L'acceptabilité est considérée comme

[4] Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualizing access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, *12*(1), 18. doi:10.1186/1475-9276-12-18: "*we view access as the opportunity to identify healthcare needs, to seek healthcare services, to reach, to obtain or use health care services, and to actually have a need for services fulfilled. We conceptualize five dimensions of accessibility: 1) Approachability; 2) Acceptability; 3) Availability and accommodation; 4) Affordability; 5) Appropriateness. In this framework, five corresponding abilities of populations interact with the dimensions of accessibility to generate access. Five corollary dimensions of abilities include: 1) Ability to perceive; 2) Ability to seek; 3) Ability to reach; 4) Ability to pay; and 5) Ability to engage.*"
[5] Bennett S, Franco LM. *Public sector health worker motivation and health sector reform: a conceptual framework.* Bethesda, MD, Abt Associates Inc. for Partnershios for Health Reform Project, 1999 (Major Applied Research 5, Technical Paper 1) in *The World Health Report 2006 – Working together for health, Chapter 4, Making the most of existing health workers*, p 71.

l'accessibilité psychologique ou culturelle[6]. Nous influençons cet aspect d'acceptabilité en renforçant la qualité des soins offerts aux structures de santé.

H7 Si le leadership local des équipes cadre des districts sanitaires ainsi que la Participation Communautaire sont renforcés, alors la gouvernance du système local de santé sera améliorée.
L'OMS identifie le leadership et la gouvernance comme un des 6 piliers d'un système de santé[7]. Le renforcement du leadership est une stratégie principale pour arriver à un système de santé performant.

1.4. Des outcomes à l'impact
MEMISA veut contribuer à l'objectif final: améliorer l'accès aux soins de qualité fait que l'état de santé de la population sera amélioré.
Voir la stratégie d'intervention dans le chapitre 7.2 et le schéma de la logique d'intervention en annexe 1 pour plus d'explications.

5. Analyse des risques associée à la Mauritanie

Explications :

Probabilité		Effets		Niveau de risque		Impact résultat	
1	Improbable	1	Négligeable	<5	Bas	Identification du résultat sur lequel le risque aurait de l'impact. Voir cadre logique.	
2	Possible	2	Petit	5-10	Moyen		
3	Probable	3	Moyen	11-15	Haut		
4	Presque sûr	4	Grand	16-20	Extrême		
		5	Sérieux				

Estimation du risque					**Gestion du risque (pour les niveaux hauts et extrêmes)**			**Suivi du risque**	
Source et nature du risque	**Probabilité**	**Effets**	**Niveau de risque**	**Impact résultat**	**Traitement**	**Responsable**	**Timing**	**Responsable**	**Quand**
Pas de collaboration des services déconcentrés du Ministère de la Santé	1	5	5	OS	Faire valoir la convention de collaboration signée entre l'APSDN et le ministère de la Santé en Août 2016	Directeur APSDN Directeur Caritas	Début 2017	Directeur APSDN	2017 - 2021
les autorités politico-sanitaires ne jouent pas leur rôle de piloter le développement du système de santé	1	4	4	R1	L'APSDN renforce le leadership de l'équipe cadre du district qui appuie le MCM dans la gestion du système local de santé	Médecin chef de Moughataa Directeur APSDN	2017	Directeur APSDN	2017
des institutions académiques ne sont pas				R1					

[6] Van Damme, et.al Public Health Module 2 Health service organization course book, 2011.
[7] WHO, Everybody's business strengthening health systems to improve health outcomes, 2007.

intéressées ou n'ont pas la possibilité de collaborer.									
IMT Anvers	1	3	3	R1	Choix des thèmes et élaboration d'un plan de collaboration	Directeur APSDN	2017	Directeur APSDN	2017 - 2021
faculté de médecine	2	1	2	R1					
Ecole de santé	1	1	1	R1					
le Ministère de la Santé (DRH; DSSBN; Direction de la pharmacie, CAMEC, DRAS, MCM, etc.) ne collabore pas pour le renforcement des ressources humaines et du système d'approvisionnement en médicaments				R2					
Volonté de collaboration de la Direction régionale de l'action sanitaire (DRAS)	2	2	4	R 2					
Volonté de collaboration du Médecin Coordinateur de Mougathaa	1	2	2	R 2					
Pas de volonté de collaboration de la Direction régionale de l'action sanitaire (DRAS), du Médecin chef de Mougathaa et des autorités				R3					
Volonté de collaboration des autorités	1	2	2	R 3					
Collaboration des responsables des mutuelles et des hôpitaux de référence	2	2	4	R 3					
Des acteurs locaux tels que les OBC, la population et les autres acteurs de développement ne se mobilisent pas en vue d'agir sur les déterminants sociaux de la santé.				R3					
Collaboration de la société civile et des autres acteurs	1	3	3	R1 & R3	Identification et négociation avec les acteurs concernés	Directeur APSDN	2017-2018	Directeur APSDN	2017 - 2021

6. Description de la prise en compte des recommandations formulées dans le cadre du Dialogue Stratégique lié à un CSC

Pas d'application

7. OS Mauritanie

7.1. Fiche OS

Outcome (Anglais ou Espagnol ou Français) :		Le système local de santé des Moughataas de Dar Naïm et de Bababé est renforcé par une offre de soins de santé de qualité accessible au plus grand nombre			
Pays : Mauritanie			Cet outcome/objectif est-il couvert pas un CSC ?		*Non*
Province(s) / Etat(s) ciblé(s) :		Subnational admin level 1	subnational admin level 2	subnational admin level 3	Localité
Partenaires locaux ou parties prenantes	*Partenaire : APSDN*	Nouakchott, Dar Naïm			
		Bababé			
	Partie prenante : IMT d'Anvers				
Autre localisation de l'intervention :					
Groupe-cible :		Cible directe : les structures de santé, les mutuelles et le fonds d'équité Cible indirecte : La population des 2 moughataas, plus spécifiquement les femmes enceintes, les enfants en dessous de 5 ans et les malades chroniques			
Bénéficiaires (nature, et nombre [lorsque connu]) :		Les bénéficiaires finaux sont les populations de Dar Naïm : 144 043[8] et de Bababé : 37 251[9] Avec une attention particulière pour les sous-groupes cibles femmes en âge de procréer, les femmes enceintes, enfants < 5 ans, particulièrement les nouveau-nés de sexe féminin à cause du risque d'excision, les enfants souffrant de malnutrition, les malades chroniques et les indigent(e)s.			
Secteur principal :		120 Santé			
Interactions des demandeurs :		Pas d'interactions prévues ; MSV ne travaille pas en Mauritanie			
Autres organisations impliquées :					
Coûts opérationnels de l'outcome/objectif spécifique (total) :		1.000.003 €			

Markers :		
	Environnement	*1*
	RIO : désertification	*0*
	RIO : biodiversité	*0*
	RIO : CC adaptation	*0*
	RIO : CC mitigation	*0*
	Genre	*2*
	Bonne Gouvernance	*2*
	Santé génésique, maternelle, néonatale et infantile (SGMNI)	*2*
	HIV/Aids	*1*
	Droits des enfants	*1*
	Trade development	*0*

[8] Office National des Statistiques (ONS) : Recensement général de la population et de l'habitat 2013
[9] Idem

7.2. Description des résultats Outcome / Objectif Spécifique

1. Cadre logique

<table>
<tr><th></th><th>Baseline</th><th>An 3</th><th>An 5</th><th>Sources de vérification</th><th>Acteur impliqué</th></tr>
<tr><td>Objectif Global</td><td colspan="5">Améliorer l’accès aux soins de santé de qualité pour tous</td></tr>
<tr><td>Outcome / Objectif spécifique</td><td colspan="4">Le système local de santé des Moughataas de Dar Naïm et de Bababé est renforcé par une offre de soins de santé de qualité accessible au plus grand nombre</td><td rowspan="4">Memisa</td></tr>
<tr><td>Hypothèses</td><td colspan="4">Collaboration des services déconcentrés du Ministère de la Santé (Direction de la pharmacie, CAMEC, DRAS, écoles et instituts de santé…)</td></tr>
<tr><td>Ind 1 : taux d'utilisation des consultations curatives</td><td>0.6</td><td>0.8</td><td>1.0</td><td>Rapports mensuels
Registres de consultations</td></tr>
<tr><td>Ind 2 : Tx d'Accouchements Professionnellement Assistés</td><td>89%</td><td>92%</td><td>95%</td><td>Rapports mensuels
Registres d’accouchement</td></tr>
<tr><td>Ind 3 : Taux de satisfaction des utilisateurs (genre spécifique)</td><td>20%</td><td>60%</td><td>80%</td><td>Enquêtes communautaires de satisfaction sur un échantillon (évaluations externes)</td><td></td></tr>
<tr><td>Résultat 1</td><td colspan="4">Le développement de partenariats effectifs avec les autorités politico-sanitaires, les institutions académiques et les partenaires de la société civile renforcent le système local de santé.</td><td rowspan="4">Memisa</td></tr>
<tr><td>Hypothèses</td><td colspan="4">les autorités politico-sanitaires jouent leur rôle de piloter le développement du système de santé ;
des institutions académiques sont intéressées et ont la possibilité de collaborer.</td></tr>
<tr><td>Ind 4 : proportion de RHS de l’APSND impliqué dans des initiatives de l’état (formations, affectations, stages, supervisions) – indicateur composé</td><td>*</td><td>30%</td><td>33%</td><td>Rapports des formations/ stages/ supervisions ; liste du personnel ; calcul :nombre d’initiatives par catégorie/ nombre du personnel cible :
<table>
<tr><th>initiative</th><th>cible</th><th>réalisé</th></tr>
<tr><td>Formations</td><td>25 pers</td><td></td></tr>
<tr><td>affectations</td><td>1/3</td><td></td></tr>
<tr><td>stages</td><td>5/an</td><td></td></tr>
<tr><td>supervisions</td><td>2/an</td><td></td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>Ind 5 : nombre d'expériences pertinentes documentées et partagées de façon effective</td><td>02</td><td>02</td><td>04</td><td>publication; rapport officiel; rapport institution académique; …</td></tr>
<tr><td>Résultat 2</td><td colspan="4">Une offre de soins de santé primaire de qualité est offerte à la population des Moughataas de Dar Naïm et de Bababé.</td><td rowspan="3">Memisa</td></tr>
<tr><td>Hypothèses</td><td colspan="4">Il y a un renforcement des ressources humaines et du système d'approvisionnement en médicaments par une meilleure collaboration avec le Ministère de la Santé (DRH; DSSBN; Direction de la pharmacie, CAMEC, DRAS, MCM, etc.)</td></tr>
<tr><td>Ind 6 : Proportion d'Accouchements Professionnellement Assistés avec 4 CPN (continuité)</td><td>64%</td><td>70%</td><td>75%</td><td>Rapports mensuels
Registres de consultations
Registres accouchement</td></tr>
<tr><td>Ind 7 : proportion des médicaments traceurs en</td><td>33%</td><td>15%</td><td>5%</td><td>Rapports mensuels</td><td></td></tr>
</table>

rupture à la fin du mois, dans l'ensemble des structures					
Résultat 3	Un système de protection sociale performant ciblant la santé est disponible à un prix abordable pour la population cible				
Hypothèses	Volonté de collaboration de la Direction régionale de l'action sanitaire (DRAS), du Médecin chef de Mougathaa et des autorités. Des acteurs locaux tels que les OBC, la population et les autres acteurs de développement se mobilisent en vue d'agir sur les déterminants sociaux de la santé.				
Ind 8 : Un centre de protection sociale (CPS) est mis en place et utilisé, en concertation avec un réseau de partenaires institutionnels	FE géré par une salariée de l'Etat	Le CPS est mis en place	Le CPS est opérationnel	Rapports mensuels	Memisa
Ind 9 : Proportion de ménages ayant connu des dépenses catastrophiques liées à un accouchement (genre spécifique)	Inconnu	- 50%	- 75%	Enquêtes communautaires sur un échantillon dans les aires de santé de l'APSDN (évaluations externes)	
Conditions préalables :	Renforcement de l'appui du Ministère de la Santé (affectation de personnel, prise en charge de l'eau et de l'électricité, mise à disposition de chaîne de froids, d'antigènes et des antituberculeux).				
Typologie des activités :	1. Investissements : matériel médical et engins 2. Fonctionnement : Missions et voyages, Transport, entretien des locaux, Frais généraux, formation et mobilisation sociale, protection sociale, Formation et encadrement Coopérative 3. Personnel : Equipe de direction, Personnel soignant, Personnel de soutien				

2. Description de l'intervention

Objectif spécifique : Renforcer le système local de santé des Moughataas de Dar Naïm et de Bababé par une offre de soins de santé de qualité accessible au plus grand nombre

1. **Résultat 1 : Le développement de partenariats effectifs avec les autorités politico-sanitaires, les institutions académiques et les partenaires de la société civile renforce le système local de santé.**

Champ d'action : alimenter et influencer le niveau décisionnel et les politiques de santé avec des expériences venant du terrain ; capitalisation et documentation des expériences

Activités :

1.1. <u>Animer les différents organes de l'APSDN (AG, CA et structure de gestion)</u>

- Elaboration en collaboration avec les partenaires des orientations stratégiques de l'APSDN (vision, missions et valeurs)
- Mobilisation de ressources grâce aux relations publiques et à la communication
- Renforcement de l'application du manuel de gestion et des textes règlementaires
- Audit financier et des procédures de gestion
- Gestion du personnel et respect des obligations légales
- Application d'un équilibre genre dans les organes de gestion (minimum 1/3 de chaque sexe)
- Elaboration d'un plan d'entretien des bâtiments et des équipements
- Promotion de l'APSDN auprès des partenaires nationaux et internationaux

1.2. <u>Elaborer un plan de travail avec les différents partenaires</u>

- Conventions avec le Ministère de la Santé, l'Hôpital Cheikh Zayed, la Commune et des acteurs de la société civile ;
- Elaboration et exécution du plan de travail

1.3. <u>Organiser des réunions de concertation et d'échange intrasectorielles</u>

- Planification et organisation des actions conjointes (formations, stages, supervisions)
- Renforcement des rapports avec le niveau de la mougathaa et le niveau régional ; plaidoyer pour l'affectation des RHS
- Répartition de la population par aires de santé impliquant tous les acteurs.

- Recherche de cohérence et de synergie entre les prestations offertes par les différents intervenants
- Organisation de campagnes de vaccination de rattrapage concertées sur les zones à faible couverture
- Actions conjointes de sensibilisation réalisées lors des journées nationales sur le thème du SIDA, de la TBC, des MGF, du diabète, de l'allaitement maternel et de la santé de la reproduction.
- Gestion des ordures issues des activités de soins en collaboration avec la commune et les autres formations sanitaires
- Mobiliser les acteurs de la société civile autour de certains thèmes
- Définition et mise en œuvre de projet(s) pour renforcer l'assainissement du quartier ;
- Sensibilisation de la population sur les méfaits des MGF**.**
- Formation des responsables des associations sur le genre

1.4. Capitaliser et documenter les processus de changement pour un partage efficace avec les acteurs concernés

- Collaboration avec les instituts de formation et de recherche (IMTA, FMN)
- Organiser des études pour mieux appréhender des problèmes sociaux et sanitaires
- Accompagnement en méthodologie de recherche-action
- Publication des résultats
- Organisation de journées portes ouvertes et de colloques
- Production de supports de communication (prospectus, flip chart etc.).

2. Résultat 2: Une offre de soins de santé primaire de qualité est offerte à la population des Moughataas de Dar Naïm et de Bababé.

Champ d'action : l'offre de soins communautaires de qualité, durable et accessible à tous ; principes de soins de santé primaires, intégrés, continus et centrés sur le patient, avec une attention particulière pour les femmes et les enfants.

Activités :

2.1. Elaborer et exécuter un plan d'application de l'approche « soins centrés sur les patients »

Révision des protocoles de suivi et des instructions opérationnelles sur la grossesse, l'accouchement, le suivi des enfants, malades chroniques, etc.
Renforcement de l'effectif du personnel soignant
Formation et supervision du personnel
Création et gestion « des écoles des maris » avec l'implication des OBC

2.2. Renforcer l'utilisation des services de santé

- Améliorer la prise en charge des malades chroniques:

Suivi médical au 1er échelon
Gestion des RDV et formalisation de la prise en charge dans les FOSA de référence
Mesures de récupération pour les irréguliers (GSM, Rappels pendant les visites à domicile…)
Décentraliser le suivi y compris les examens de laboratoire
Dépistage systématique du VIH proposé aux tuberculeux

- Renforcer les activités de dépistage du VIH/SIDA :

Dépistage anonyme et gratuit proposé activement aux femmes enceintes, aux cas d'IST, de tuberculose...
Séropositifs mis en relation avec le CTA ;
Accès gratuit au traitement et au suivi (décentraliser le traitement à TSD)
Appui-conseil des associations de PVVIH

- Renforcer la santé de la reproduction

Disponibilité des services 24h/24, 7j/7 ;
Amélioration du cadre de l'accueil (réfection des locaux, climatisation des salles d'accouchement, etc.)
Amélioration de la prise en charge des femmes enceintes par l'introduction de la CPN recentrée (plus grande implication des familles dans la prise en charge des femmes enceintes et des accouchements, échographie, bilan de grossesse, etc.) ;
Sensibilisation proactive sur les effets néfastes de la MGF
Amélioration de la qualité de prise en charge des femmes référées ;
Offre des techniques de P.F. diversifiée ;
Sensibilisation renforcée et associée à la CPN ;
Mesures de récupération pour les irrégulières ;
Education des jeunes et des adolescents à la vie familiale
Création et animation des écoles des maris

- Assurer le suivi de la croissance et du développement de la petite enfance :

Dépistage systématique de la malnutrition par le Z score chez les enfants O-5 ans

Prise en charge en ambulatoire au 1er échelon de la malnutrition modérée à grave sans complication et la malnutrition sévère avec complications référées au second échelon ;
Introduction de la consultation de nourrissons sains associée à la vaccination de routine ;
Participation aux campagnes nationales de vaccination de rattrapage organisées par le Ministère de la Santé ;
Rappel des enfants irréguliers au cours des visites à domicile ;

2.3. Organiser la formation du personnel soignant sur le genre et son importance dans la SR

Elaboration de fiches d'instructions opérationnelles pour la CPN, CPON, PF, Accouchements et la référence intégrants le genre
Application des instructions opérationnelles intégrant le genre dans les soins SR
Campagnes de sensibilisation sur la SR à travers des visites à domicile et des séances de groupe dans les FOSA.

3. Résultat 3 : Un système de protection sociale performant ciblant la santé est disponible à un prix abordable pour la population cible

Champ d'action : la mobilisation des acteurs locaux tels que, les OBC, la population et les autres acteurs de développement en vue de revendiquer leur droit à la santé et d'agir sur les déterminants sociaux de la santé. Développement de la protection sociale en santé à travers des mutuelles de santé et un centre de protection sociale

Activités :

3.1. Créer et animer une école des maris par FOSA

Le concept de l'école des maris est développé selon une stratégie qui valorise l'éducation par les pairs. Les maris sont impliqués dans la promotion de la santé de la reproduction et l'approche genre pour induire des changements de comportements auprès de leurs pairs. L'École des Maris est un espace de discussion, de prise de décision et d'action, au sein duquel sont analysés les obstacles liés à l'utilisation des services de la santé de la reproduction afin de trouver des réponses adaptées au contexte local, impliquant les maris en tant qu'acteur direct dans le développement de leur communauté.
L'identification des pairs-maris se fait par le responsable de la structure de santé en collaboration avec les leaders de la communauté y compris les religieux. Pour une bonne efficacité du groupe les critères suivant doivent être respectés :

- Etre bénévole
- Etre engagé pour la promotion de la santé
- Avoir une bonne moralité.

La formation du groupe sur les différents concepts de la santé de la reproduction et des techniques de communication permet de leur donner les connaissances nécessaires pour transmettre les messages à leurs pairs.
La formation est aussi l'occasion de discuter des différents problèmes en matière de santé qui se posent à la population (indicateurs de santé, accessibilité financière, accueil…). A la fin de la formation un plan d'action est élaboré.
Les objectifs doivent cibler l'implication des maris dans le suivi des grossesses, la prise en charge efficace de l'accouchement, la planification familiale et l'information des jeunes sur leur sexualité et leur futur rôle de parents.
Les activités des pairs-maris sont essentiellement des visites à domicile et des focus groupes. Ces actions sont renforcées par le plaidoyer des religieux. Chaque école bénéficie de l'accompagnement d'un coach qui aide à l'encadrement et à la programmation. Parfois, les pairs-maris peuvent intervenir à la demande d'une épouse qui les sollicite pour régler un désaccord avec son conjoint ou celle de l'ICP qui leur confie une visite ciblée auprès d'une patiente dont le suivi pose problème.
Pour pérenniser l'action une association de pairs-maris sera créée.
En conclusion, l'approche « Ecole Des Maris » peut inspirer d'autres structures à suivre la même démarche et impliquer les hommes en tant que partenaires dans la promotion du genre et du développement durable.

- voyage d'études au Sénégal pour un partage d'expérience dans l'animation des « écoles des maris ».
- Renforcement de la Coresponsabilité hommes – femmes en santé de la reproduction
  - o Sélection et formation de « pairs maris »
  - o Séances d'animation de groupes
  - o Organisation de visites à domicile par les « pairs maris »
- Implication des conjoints dans le PF, le suivi de la grossesse et la préparation de l'accouchement.
  - o Paiement forfait accouchement au 3ème trimestre de la grossesse
  - o Identification de 02 donneurs de sang au moins avant l'accouchement
  - o Organisation de séances d'information des maris selon l'âge de la grossesse (1er, 2ème et 3ème trimestre de la grossesse).

3.2. Subsidier les accouchements avec un système de forfait

- Définition du concept « dépense catastrophique » dans le contexte de Dar Naïm
- Enquêtes communautaires pour établir un baseline d'abord puis évaluer les résultats

- Réactualisation du forfait accouchement
- Sensibilisation renforcée et associée à la CPN (personnel de santé, pairs-maris, société civile…)
- Renforcement de l'implication des familles dans la prise en charge des femmes enceintes et des accouchements, (adhésion au forfait accouchement, échographie, bilan de grossesse etc.)
- Conventions avec les hôpitaux de référence (Cheikh Zayed et Mère et enfant) et le bloc opératoire du centre de santé de Téyarett

3.3. Appuyer la création des groupes de Communautés d'Epargne et de Crédits Internes (CECI)

- Identification d'une association chargée de gérer l'activité
- Formation des membres de l'association
- Mise en place des groupes CECI
- Mise en relation des groupes avec les mutuelles de santé

3.4. Conduire le processus d'autonomie des mutuelles de santé

Planifier des activités de suivi sur la base d'un chronogramme et d'une convention entre l'APSDN et les mutuelles pour:

- Appui à la mobilisation de la population et des partenaires locaux (créer des connexions avec les groupes CECI)
- Élaboration et actualisation des outils de gestion
- Audit financier et des procédures de gestion et des obligations légales
- Supervision régulière par un membre de l'équipe de l'APSDN
- Mise en œuvre d'une convention-cadre fixant les engagements de chacun
- Animation du Conseil d'administration

3.5. Transformer le fonds d'équité en un centre de protection sociale

La mutuelle peut en principe faciliter l'accès aux soins de santé de la population dans son ensemble, mais elle nécessite le payement de cotisations à intervalles réguliers. Pour financer la contribution des familles incapables d'honorer leurs contributions à la mutuelle, la création d'un Fonds d'Equité a été adoptée. Il s'agit d'un système d'assistance sociale en santé, qui a pour objectif de financer l'accès aux soins pour les populations incapables de le faire elles-mêmes. L'assistance sociale est un des piliers constitutifs d'un système de protection sociale.

Le Fonds d'Equité de Dar Naïm créé en 2005 s'est progressivement développé et structuré à travers des stratégies de « recherche action ». Il a eu le temps de mûrir et de s'adapter progressivement. Le FE a fait la preuve de sa résilience et pertinence, il doit maintenant impérativement dépasser le stade de l'expérimentation initiale et avoir l'ambition de coproduire des politiques de protection sociale en Mauritanie en étroite collaboration avec l'Etat et la société civile mauritaniens

Création d'un centre de protection social à Dar Naïm

Le Centre de Protection Sociale (CPS) aura pour mission : i) d'offrir une prise en charge appropriée aux individus et ménages vivant dans la pauvreté et l'exclusion sociale; ii) d'organiser un plaidoyer en faveur du renforcement d'un système d'assistance sociale de proximité en Mauritanie ; et iii) d'appuyer le développement des politiques et législations nationales pour un environnement favorable à la protection sociale des plus vulnérables.

- Renforcement du ciblage et de l'extension des interventions pour couvrir toute la Moughataa ;
- Implication des experts-par-expérience en pauvreté et exclusion sociale ;
- Collaboration avec les services décentralisés de l'Etat, les média et des institutions internationales.

Pour réussir la création d'un centre protection sociale à Dar Naïm, en plus de la coordination des activités sur le terrain, l'action avec les partenaires gouvernementaux sera orientée vers l'élaboration et la consolidation des politiques, les réformes juridiques, la formation du personnel, et l'orientation des bénéficiaires vers des structures spécialisées (structures de santé, centres de formation professionnelle, orphelinats, écoles, centres état civil, structures d'insertion sociale, centre d'épargne et de crédit, etc.).

Sachant que l'IMT bénéficie d'une grande audience auprès des responsables des deux principaux ministères (santé et affaires sociales), sa participation en tant que leader du processus de mise en place du Centre de protection sociale sera un plus non négligeable.

Pour ce faire, l'accompagnement de l'IMT est prévu, notamment pour :

- Expliquer aux différents responsables des ministères concernés que l'IMT est prêt (avec leur accord) à être la « locomotive » pour conduire la réflexion sur les perspectives d'avenir du fonds d'équité.
- identifier les responsables capables de s'impliquer dans l'organisation d'un atelier national pour la création du Centre de protection sociale (à prévoir en mars 2017).
- Participer à un atelier d'un jour pour définir les orientations stratégiques (visions, valeurs et missions) de l'APSDN

- La tenue d'un atelier national dont le but est la création d'un Centre de protection sociale à Dar Naïm dont les objectifs seront de :
    - organiser un plaidoyer en faveur du renforcement du système de protection sociale en Mauritanie surtout en termes d'assistance sociale des plus démunis ;
    - explorer les possibilités de développer à Nouakchott un service d'assistance sociale décentralisé et polyvalent dans l'aire de santé de l'APSDN. Ce service offrirait alors un appui et un accompagnement intégré – au-delà des seuls problèmes de santé – à des individus et ménages confrontés à une situation de grande pauvreté et d'exclusion sociale ;
    - fédérer les interventions des différents acteurs engagés dans la lutte contre la pauvreté pour offrir une prise en charge appropriée aux individus et groupes vivant dans la précarité et l'exclusion sociale ;
    - créer une cellule d'appui au développement de politiques et législations au niveau national pour un environnement favorable à la protection sociale des plus vulnérables.

L'organisation de l'atelier sera placée sous la responsabilité d'un comité de pilotage national comprenant les principaux ministères impliqués dans les activités (Santé, Affaires Sociales et Insertion professionnelle), la Commune de Dar Naïm et des organisations de la société civile.

En conclusion, la participation de ces responsables à ces deux sessions de planification leur offrira une meilleure perception de l'APSDN. Ces différentes missions contribueront à plus de sérénité dans la collaboration avec l'association.

7.3. T3 – Coûts opérationnels OS - Memisa

Programme - Budget 2017-2021 - horsCSC1 - OSS1						
Programme commun - Memisa						
	2017	2018	2019	2020	2021	**Grand Total**
Coûts opérationnels						
1. Partenaires	**€ 199.999**	**€ 200.001**	**€ 199.999**	**€ 200.002**	**€ 200.002**	**€ 1.000.003**
I. Investissement	**€ 5.730**	**€ 18.542**	**€ 10.432**	**€ 24.339**	**€ 2.717**	**€ 61.760**
I.1 Aspirateur Nouveau-nés	€ 541	€ 541	€ 541	€ 541	€ 541	
I.2 Matériel informatique	€ 1.081	-	€ 1.081	-	-	
I.3 Moto	€ 2.162	€ 2.162	€ 2.432	-	-	
I.4 Véhicule	-	€ 13.514	-	€ 21.622	-	
I.5 Climatiseur	€ 351	€ 703	€ 351	€ 351	€ 351	
I.6 Mobilier de bureau	€ 541	€ 541	€ 541	€ 541	€ 541	
I.7 Autoclave	-	€ 1.081	-	€ 1.081	€ 1.081	
I.8 Matériel non médical	€ 1.054	-	€ 81	€ 203	€ 203	
I.9 Echographe	-	-	€ 5.405	-	-	
F. Fonctionnement	**€ 119.750**	**€ 111.580**	**€ 115.264**	**€ 109.320**	**€ 118.133**	**€ 574.047**
F.1 Missions et voyages	€ 4.486	€ 4.054	€ 4.054	€ 4.054	€ 4.595	
F.2 Transport local	€ 15.730	€ 16.085	€ 16.085	€ 16.085	€ 16.085	
F.3 Coûts des locaux	€ 13.070	€ 12.243	€ 12.259	€ 11.016	€ 12.962	
F.4 Charge et fonctionnement des structures de soins et des bureaux	€ 23.216	€ 21.730	€ 22.270	€ 21.357	€ 23.622	
F.5 Formation et mobilisation sociale	€ 16.703	€ 13.784	€ 13.784	€ 13.514	€ 13.514	
F.6 Protection sociale	€ 38.437	€ 35.576	€ 38.163	€ 35.186	€ 39.247	
F.7 Formation et encadrement APSDN	€ 8.108	€ 8.108	€ 8.649	€ 8.108	€ 8.108	
P. Personnel	**€ 74.519**	**€ 69.879**	**€ 74.303**	**€ 66.343**	**€ 79.152**	**€ 364.196**
P.1 Equipe de direction	€ 24.324	€ 24.324	€ 25.035	€ 25.035	€ 25.035	
P.2 Personnel soignant	€ 31.915	€ 27.275	€ 30.676	€ 22.716	€ 35.525	
P.3 Personnel de soutien	€ 18.280	€ 18.280	€ 18.592	€ 18.592	€ 18.592	
2. Collaborations	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
Investissement						**0,00**
Fonctionnement						**0,00**
Personnel						**0,00**
3. Bureau local	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
Investissement						**0,00**
Fonctionnement						**0,00**
Personnel						**0,00**
4. Siège	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
Investissement						**0,00**
Fonctionnement						**0,00**
Personnel						**0,00**
Total CO :	**199.999,00**	**200.001,00**	**199.999,00**	**200.002,00**	**200.002,00**	**1.000.003,00**
Investissement	**5.730,00**	**18.542,00**	**10.432,00**	**24.339,00**	**2.717,00**	**61.760,00**
Fonctionnement	**119.750,00**	**111.580,00**	**115.264,00**	**109.320,00**	**118.133,00**	**574.047,00**
Personnel	**74.519,00**	**69.879,00**	**74.303,00**	**66.343,00**	**79.152,00**	**364.196,00**

7.4. Motivation au regard des critères du CAD

7.4.1. Description de la Pertinence.

- Une analyse du contexte local (juridique, politique, socio-économique, culturelle) ainsi que des politiques nationales en lien avec l'objectif spécifique / le secteur choisi.

Voir Analyse Contextuelle Commune de la Mauritanie, octobre 2015, chapitre 3.1 à 3.4, p. 9-19 pour le contexte local, et chapitre 3.6.1, p 21-27 pour l'analyse du secteur Santé.

- Description des groupes-cibles et des bénéficiaires.

Cible directe : les structures de santé, les mutuelles et le fonds d'équité
Cible indirecte : La population des 2 moughataas, plus spécifiquement les femmes enceintes, les enfants en dessous de 5 ans et les malades chroniques

Groupe cible direct

- **Les structures de santé.**

Les structures de santé (un CS et 3 PS) gérés par L'APSDN sont les cibles directes. L'action sur la période 2017 – 2021 vise à renforcer le système local de santé des Moughataas de Dar Naïm et de Bababé par une offre de soins de santé de qualité accessible au plus grand nombre surtout aux populations vulnérables.

- **Les Mutuelles de santé.**

A travers l'APSDN les mutuelles de santé sont une cible directe du programme. Elles sont au nombre de deux :

- La Mutuelle communautaire de santé de Dar Naïm (MCSDN) recense 8953 bénéficiaires (fin 2015) dont plus de 50% sont en ordre de paiement des cotisations. Elle est gérée par un CA de 15 membres et un bureau exécutif de 7 membres. Au quotidien la gestion est assurée par deux gestionnaires salariés. Elle s'est forgé une riche expérience de 13 ans. Elle peut compter sur un grand réseau de prestataires de soins. La situation financière est équilibrée. Cependant, elle connait certaines difficultés liées :
    - Au faible niveau d'instruction et de compétences du Bureau Exécutif
    - À la faible implication des femmes dans les instances de décision
    - Aux activités de sensibilisations très peu efficaces
- La mutuelle de santé communautaire de Bababé (MCSB) a pu profiter lors de sa création des leçons apprises de l'expérience de Dar Naïm, et les statuts ont été bien plus adaptés à la réalité du contexte depuis le début. Elle regroupe 4198 membres au 31 décembre 2015. L'adhésion est familiale et le taux de recouvrement des cotisations est de 50.44%). Le Bureau Exécutif est composé d'éléments de très bons niveaux d'instruction. Le président est l'un des 02 députés de la Moughataa de Bababé. Les soins sont couverts à 100% au 1er échelon y compris le transport des urgences référées à l'hôpital régional. Le contrat négocié avec l'hôpital d'Aleg est respecté par les deux parties. Les activités de sensibilisation sont régulières et la collaboration avec la radio Cas-Cas renforce la mobilisation des membres. La Mutuelle a connu quelques difficultés liées au coût élevé des médicaments. En effet, le Ministère de la santé a changé ses sources d'approvisionnement en médicaments essentiels afin de garantir la qualité et la sécurité des médicaments. La situation financière a pu être rééquilibrée grâce à des ajustements opérés par le bureau exécutifs.

Le programme vise à accroître le taux de pénétration des mutuelles, renforcer les capacités des organes et à mettre en place une gestion financière et un système de suivi performants.
La construction actuelle de mutuelle greffée sur les structures de santé est une expérience pilote et est graduellement de plus en plus ancré dans la société. L'objectif étant que la population est sensibilisée et connait ses devoirs et droits en matière de droits aux soins de santé, et s'approprie l'initiative mutualiste, afin que les mutuelles puissent devenir autonomes.

Groupes cibles indirects/ bénéficiaires finaux : Les populations de Dar Naïm et de Bababé

Le programme cible des populations vivant sur deux Moughataas distinctes. L'une Dar Naïm, quartier péri-urbain de Nouakchott, la capitale, l'autre Bababé située en milieu rural à 350 km de la capitale.
La population de la Moughataa de **Dar Naïm** est de 152.014 habitants (recensement 2013 de l'Office National des Statistiques actualisé en 2015 sur la base d'un accroissement annuel de 2,77%) et comporte 44% de jeunes de moins de 15 ans et 27% de femmes en âge de procréer (15 – 45 ans). Les habitants du quartier viennent d'horizons divers et se sont organisés en coopératives, associations, centre de promotion féminine, etc. Ils ont

subi au cours de ces dernières années un grand bouleversement social, avec la quasi disparition du nomadisme ancestral. L'aire d'intervention du projet quant à elle recense environ 82.000 habitants.

À Bababé l'APSDN cible une population évaluée à 37.251 (RGPH 2013) actualisé à 39 31510 personnes en 2015 réparties dans 3 communes rurales. Cette mougathaa se caractérise par :

- Un contexte rural à vocation agricole,
- Une population peu dense et pauvre,
- Des services de santé étatiques délabrés.

Au sein de cette population, on peut identifier les sous-groupes cibles spécifiques suivants :

- les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes,
- les enfants en dessous de 5 ans, particulièrement les nouveau-nés de sexe féminin à cause du risque d'excision et les enfants souffrant de malnutrition,
- les indigent(e)s.

- Description de la société civile locale, des autorités décentralisées, des institutions publiques et de leurs principaux partenaires.

Voir Analyse Contextuelle Commune de la Mauritanie, octobre 2015, chapitre 4, p 29-33.

- La pertinence de l'outcome /objectif et de la stratégie d'intervention envisagée par rapport à cette analyse.

Voir Analyse Contextuelle Commune de la Mauritanie, octobre 2015, chapitre 5.3, p36-39 et chapitre 8.2.1, p 48-50.

la prise en compte des thèmes transversaux et de la digitalisation.

- ✓ Le thème du **genre** : au niveau des structures sanitaires on investit dans le renforcement des capacités des femmes et la majorité des employées sont des femmes, également dans les structures de gestion. Le CA de l'APSDN est présidé par une femme, le bureau exécutif est composé de 5 membres (2 hommes et 3 femmes dont la présidente et la secrétaire générale). La création de l'école des maris pour renforcer la coresponsabilité hommes-femmes en santé de la reproduction. La lutte contre l'excision sera poursuivie et renforcée par une plus grande implication des acteurs de la société civile. Par ailleurs, les résultats attendus reposent sur la réalisation d'activités qui auront dans l'ensemble un effet positif sur la dimension genre. (voir sous 7.2 description des résultats pour plus d'information)
- ✓ La dimension respect de l'**environnement** sera prise en compte en ayant recours à la technologie adaptée, en gérant correctement les déchets biomédicaux, en veillant à utiliser du personnel habitant l'enceinte des FOSA (ce qui contribue à diminuer les problèmes de transport)…
- ✓ La dimension de développement durable et La lutte contre la pauvreté seront prises en compte dans le résultat 3, volet, protection sociale.
- ✓ Le thème du SIDA : il est pris en considération avec l'existence d'un centre de dépistage volontaire au centre de santé TSD, la lutte contre les MST et la C.C.C. à tous les niveaux.
- ✓ Droits des enfants : les besoins des enfants sont pris en charge dans le suivi de la croissance et du développement de l'enfant, dans la stratégie de mise en évidence et de lutte contre la malnutrition, dans l'attention portée aux adolescent(e)s.
- ✓ La promotion des droits de chacun sera recherchée :
  - o par la gestion participative de l'APSDN (cfr. recherche en vue de l'autonomisation des mutuelles de santé)
  - o par la recherche d'interfaces avec la population par les mutuelles de santé et la création d'un centre de protection sociale. Le Centre de Protection Sociale (CPS) aura pour mission : i) d'offrir une prise en charge appropriée aux individus et ménages vivant dans la pauvreté et l'exclusion sociale; ii) d'organiser un plaidoyer en faveur du renforcement d'un système d'assistance sociale de proximité en Mauritanie ; et iii) d'appuyer le développement des politiques et législations nationales pour un environnement favorable à la protection sociale des plus vulnérables.

[10] Selon le taux d'accroissement défini par l'ONS en 2013

- ✓ **DIGITALISATION :**
  Une Solution technologique de suivi et d'évaluation et de mesure de la qualité des soins avec le logiciel DHIS2 aligné au MSP pour le monitorage et le suivi des interventions de Memisa est prévu (voir annexe 5).
    - Composante 1 : Mise en place d'une application mobile android de collecte de données.
    - Composante 2 : Mise en place d'une solution open source de gestion des données (logiciel DHIS2).
    - Composante 3 : Développement d'un tableau de bord basé sur le web de visualisation des résultats

- Identifier les acteurs pertinents en matière de développement dans ce contexte.

Voir Analyse Contextuelle Commun de la Mauritanie, octobre 2015, chapitre 6, p 43-45.

7.4.2. Description de l'Efficacité.

Pour illustrer l'Efficacité de la stratégie d'intervention, ainsi que le caractère réaliste et réalisable de l'outcome / objectif spécifique et des résultats attendus, voir aussi sous chapitre 3 : cohérence avec le plan stratégique

Le programme n'a pas l'objectif de grandir en termes de couverture géographique, mais plutôt d'améliorer la qualité et l'ancrage sociétal, pour inspirer les autres acteurs et autorités sanitaires et stimuler la multiplication des bonnes expériences. Le programme a fait ses preuves d'être réaliste et réalisable dans le passé, et sera basé sur la consolidation des acquis et les leçons apprises du passé, des constats des évaluations externes et des recommandations des experts (IMT).

Effet multiplicateur : Par ses contacts les autorités sanitaires et politiques, l'APSDN renforce **l**e système local de santé pour devenir un laboratoire où des initiatives peuvent être expérimentées et documentées pour être dupliquées ailleurs. Ce faisant elle favorise une gestion participative impliquant les autorités sanitaires et politiques, les institutions académiques et la société civile :

- Le PSDN est un lieu de stage pour la Mougathaa de Bababé, l'Ecole nationale de Santé publique et d'autres institutions nationales et internationales
- L'organisation de la prise en charge des diabétiques à TSD a un impact positif sur les ONG qui regroupent les diabétiques.
- Les enseignements tirés des mutuelles de santé et du centre de protection sociale seront une référence pour les autres initiatives dans le domaine de l'action sociale en santé notamment pour les mutuelles de Bababé, Dar el Barka et Boghé.

Correspondance avec les attentes des groupes cibles :
Les interventions de Memisa sont identifiées et formulées à partir de l'analyse des problèmes prioritaires du secteur santé (voir PNDS 2012-2020 ; ACC Mauritanie p25).
La population exprime une forte demande de soins de santé de qualité, comme cela a été constaté dans l'étude sur le fonds d'équité réalisée par l'IMT d'Anvers.
La même étude affirme dans ses conclusions : «le personnel soignant, les mutualistes indigents et les mutualistes non indigents ont tous apprécié le concept intégré du programme avec ses trois composantes (les structures de santé, la mutuelle de santé et le fonds d'équité) étroitement liées dans une vision sociale mutuellement partagée ».
Les mutuelles constituent l'interface entre l'APSDN et la population et expriment les attentes des groupes cibles. Par ailleurs, le personnel des PS qui est très proche des groupes cibles, en relaie aussi les attentes.
Le plan de l'intervention a été rédigé par le partenaire APSDN après un atelier d'évaluation et de planification ; il a été ensuite négocié avec Memisa.

Une évaluation externe sur l'efficacité de notre stratégie d'intervention à mi-parcours et à la fin du programme est prévue.

7.4.3. Description de la Durabilité.

- Impact attendu de l'intervention

Le programme s'inscrit dans la continuité d'une intervention structurelle développée depuis plus de 20 ans. Il s'agit de l'organisation de l'offre de soins intégrée au système local de santé, avec une population cible vulnérable, et une expérience pilote innovante de protection sociale à la santé, documentée, et appréciée par les autorités sanitaires.
L'intervention manifeste son alignement sur la politique nationale de santé, mais avec une interprétation « critique » et une volonté et intention d'apporter des innovations.
On attend de cette intervention qu'elle participe à améliorer l'accès aux soins de qualité pour une population défavorisée, et qu'elle continue à influencer le niveau décisionnel avec des expériences venant du terrain, particulièrement par rapport à la protection sociale.

- Viabilité de l'intervention :

Durabilité technique : L'appropriation par l'APSDN de la gestion administrative et financière assurée par Caritas jusqu'à la fin 2013 est effective depuis 2014. L'autonomie de l'APSDN découle de la volonté de Caritas Mauritanie et de Memisa à contribuer au développement de la société civile nationale. Elle s'aligne sur la politique nationale de santé 2006 – 2015.
L'équipe de gestion de l'APSDN est constitué de 5 personnes clés qui sont à la base de la création de l'intervention. Ils profitent de façon continue d'un accompagnement technique de Caritas Mauritanie, Memisa et de l'IMT Anvers, des voyages d'études et d'échanges à l'extérieur du pays, et des formations.
L'implication de la Société civile à l'exécution du programme est un autre facteur favorisant le développement des ressources humaines locales et la durabilité du programme.

Durabilité financière :
L'APSDN est un ancien projet de Caritas Mauritanie créé en 1989 devenu une ASBL en 2013. Elle a eu le temps de mûrir et de s'adapter faisant ainsi, la preuve de sa résilience et pertinence, et, est en passe de dépasser le stade de l'expérimentation initiale. Son ambition est de coproduire des politiques de protection sociale en Mauritanie en étroite collaboration avec l'Etat et la société civile mauritaniens. Les activités devant assurer sa durabilité financière avec l'appui des acteurs locaux, s'étendront sur plusieurs années :

- Renforcer la participation financière et technique du Ministère de la Santé au fonctionnement de l'APSDN
  - affectation de personnel soignant,
  - prise en charge des coûts de l'eau et de l'électricité des FOSA,
  - équipement en matériel médical, entretien de locaux,
  - formation continue, l'appui aux mutuelles de santé…

Le récépissé délivré par l'Etat mauritanien en 2014 et la convention de collaboration signée avec le Ministère de la santé en août 2016 sont des avancées significatives pour que l'APSDN devienne éligible à un financement du gouvernement mauritanien.

- Impliquer davantage les communes de Dar Naïm et de Bababé dans la prise en charge du personnel, l'entretien des locaux, l'évacuation des ordures, la prise en charge des indigents…
- Renforcer l'implication des bénévoles dans les activités des mutuelles de santé afin de réduire les charges liées à leur gestion. Les deux mutuelles disposent chacune d'un récépissé qui lui donne une personnalité morale. La mission de l'APSDN est de les accompagner vers une autonomie de gestion. Ce programme permet en interne, le renforcement des capacités de leurs responsables et la mise en place d'un système de suivi performant. En externe la collaboration avec les partenaires (autorités locales, communes, société civile, services de santé etc…) sera renforcée pour à terme favoriser l'autonomie des mutuelles.
- Adapter la participation financière des bénéficiaires à leurs capacités contributives : les conditions de vie des habitants se sont améliorées ces dernières années (habitations en dur, raccordement à l'eau et à l'électricité, développement de la voirie, équipements publics, etc…), même si le niveau est encore insuffisant, il sera possible de renforcer la contribution financière des usagers des FOSA. Le financement provenant des recettes propres du projet seront de 108.000 euros en 2017 (54% de la subvention demandée), pour passer à 121.000 euros à la 3ème année et à 161.000 euros en 2021 soit 64% de la subvention.

Ainsi, une plus grande contribution des acteurs locaux (Ministère de la santé et Communes de Dar Naïm et de Bababé) au financement de l'APSDN associée à l'autonomie des mutuelles de santé et une amélioration des fonds propres de l'association réduiront considérablement la dépendance à des subventions extérieures.

Durabilité Sociale : l'APSDN travaille avec des OBC pour la sensibilisation des jeunes à leur santé. Les cellules locales des mutualistes constituent une interface de plus en plus influente avec les prestataires. Les visites à domicile et les écoles des maris sont des nouveaux canaux utilisés par l'APSDN pour rentrer en dialogue avec la population cible.
La collaboration avec les maires des communes de Dar Naïm et de Bababé, le CFIP, Caritas, le Gret et l'hôpital Cheikh Zayed les OBC, avec le projet de développement intégral de Boghé (Caritas) sont autant de facteurs favorisant l'ancrage sociétal
Par des contacts étroits avec le MCM et le DRAS, l'APSDN renforce **l**e système de santé dans ses rapports avec le niveau de la mougathaa et le niveau intermédiaire. Ce faisant elle favorise une gestion participative.

- <u>Stratégie de désengagement</u>

La collaboration de Memisa avec son partenaire devient inutile dès lors que la structure partenaire est capable d'assumer pleinement son rôle dans le système de santé national. Le point de départ de la stratégie de désengagement est d'accroître la durabilité de nos actions et d'améliorer la transparence et la coopération avec nos partenaires.
L'APSDN, depuis son autonomie début 2014, est maintenant reconnu comme ONG indépendante en Mauritanie par le ministère et ses partenaires, et a déjà pu accéder également à un financement supplémentaire (UE, 2014). Elle remplit progressivement des critères de qualité. Sa comptabilité est conforme au droit mauritanien :

- Ses comptes sont révisés chaque année par la Société d'audit AFACOR. Niveau de professionnalisme élevé. Capacité gestionnaire, organisationnelle et méthodologique.
- Bons résultats du dernier programme en fonction des objectifs qui étaient de fournir des soins de qualité à la population de couverture, d'atteindre une certaine autonomie technique, culturelle et administrative.

L'APSDN se trouve dans une phase critique de son autonomie, avec un potentiel clair de jouer son rôle comme acteur indépendant, mais toujours un grand risque aujourd'hui de perdre le momentum construit avec le temps, et de perdre l'investissement des années. Memisa prévoit de continuer à appuyer l'APSDN dans cette phase critique d'autonomisation, à fin de leur permettre d'établir une autonomie technique et financière.

Pour les principes sur la stratégie de désengagement de Memisa, voir aussi Dossier d'Agrément ONG Programme 2017-2026, 29 décembre 2014 ; p. 26-28

7.4.4. Description de l'Efficience.

Le Montant de la subvention par habitant et par an est de : € 1,04 avec la possibilité d'autres financements
La subvention demandée est de € 1.000.003 répartie comme suit :

- 57,4% de Frais de fonctionnement (€ **574.046**) dont 32,5% à la protection sociale (mutuelle et centre de protection sociale), 19,6% à la formation et mobilisation sociale, 19,5% aux frais généraux, 13,9% au carburant, entretien et réparation des véhicules, 10,7% à la réhabilitation et l'entretien des locaux et 3,7% aux frais de missions et voyages
- 36,% pour les salaires et autres charges du personnel (€ **364.197**)
- 6,2% d'Investissement (€**61.757**) achat de véhicules et de matériel médical (échographe, poupinel, aspirateurs etc.)

Pour la justification par rapport à l'efficience on se réfère aux explications dans les paragraphes précédents et suivants.

7.5. Description de la Stratégie de Partenariat spécifique pour la Mauritanie

- Rappel de la stratégie du partenariat et description des types de partenaires possibles

Les partenaires de Memisa sont des organisations de la société civile à but non-lucratif, avec une finalité sociale et qui partagent notre vision et nos objectifs. Ils doivent avoir les compétences et capacités d'exécuter un projet ou un programme élaboré en commun, une expérience démontrée en la matière, ou montrer la volonté et la capacité d'apprendre et de se renforcer. Ils doivent avoir la confiance et une réelle assise dans la communauté locale, dont ils véhiculent les souhaits et besoins ressentis et dont ils sont capables de porter et défendre les intérêts. Memisa recherche une bonne collaboration avec ses partenaires locaux, en dialogue ouvert, sur base d'égalité et responsabilité partagée. Memisa collabore avec des organisations partenaires locales pour le renforcement des soins de santé, des services de santé et du système de santé.

Pour Memisa un vrai partenariat suppose une vision partagée et une volonté de travailler ensemble pour l'atteinte d'objectifs fixés en commun, selon des règles convenues, en dialogue et sur un pied d'égalité. Un partenariat franc repose sur l'entente, la confiance réciproque, le respect mutuel et la franchise dans une bonne communication.
Le partenaire local a la meilleure connaissance contextuelle et culturelle et doit prendre le
devant pour assurer l'acceptabilité et la durabilité des interventions. Cette durabilité est mieux assurée quand le partenaire local possède une structure organisationnelle établie, un leadership assez large et partagé et s'il fait partie ou peut disposer d'un réseau structuré d'acteurs autour de lui.
Les partenaires de Memisa sont impliqués à chaque étape du processus décisionnel, aussi bien dans la conception, la planification, la mise en œuvre que dans l'évaluation. Une réelle affinité facilite l'échange d'expériences, de compétences et de connaissances et un apprentissage mutuel. Le partenariat doit permettre le transfert des compétences selon les besoins afin que le partenaire puisse assurer la continuité des interventions et renforcer la durabilité des résultats.

La gestion du partenariat comprend les processus d'identification et de sélection des partenaires, l'accompagnement et le renforcement de capacité des partenaires, le transfert de responsabilité et le désengagement de Memisa.
Memisa commence la collaboration par un screening organisationnel initial, pour lequel on a développé un outil appelé « partnerscan » pour formaliser et objectiver ce processus. Il est basé sur une évaluation de plusieurs critères de capacité de gestion du partenaire, et sert de base pour l'identification des pistes de renforcement. Le processus de l'utilisation est participatif.

Les modalités du partenariat peuvent varier en fonction du lieu et du moment, et doivent prendre en compte les besoins en accompagnement et en renforcement des capacités. Les partenaires locaux exécutent les projets, comme retenus ensemble, avec un suivi et accompagnement de Memisa. Le rôle de Memisa dans le partenariat peut inclure l'orientation technique, l'orientation managériale et administrative, l'identification des situations d'exclusion ou d'abus, l'intermédiation pour assurer les échanges entre la société civile, les services de santé et les autorités et l'orientation de la société civile sur les recours possibles.

Le partenariat permet le transfert des compétences selon les besoins afin que le partenaire puisse assurer la continuité de l'intervention. Memisa vise une responsabilisation progressive de ses partenaires. Le principe fondamental de toute stratégie de désengagement sera d'accroître la durabilité de nos activités et d'améliorer la transparence et la coopération avec les partenaires.

Le partenariat avec l'APSDN se trouve actuellement dans une phase de transfert de responsabilités en vue de désengagement. L'accompagnement du siège est plutôt technique, avec un suivi à distance et une mission annuelle sur le terrain. La collaboration avec l'IMT Anvers constitue un facteur de renforcement technique important.

La politique de la gestion des partenaires est décrite dans le Dossier d'Agrément ONG Programme 2017-2026, 29 décembre 2014 ; p. 20-22

Les modalités spécifiques de la stratégie de désengagement sont décrites dans: Dossier d'Agrément ONG Programme 2017-2026, 29 décembre 2014 ; p. 27-28

- Les types de partenaires potentiels.

Voir Analyse Contextuelle Commune de la Mauritanie, octobre 2015, chapitre 7.2, p 47.

- Justification du choix des partenaires par rapport à cette analyse.

L'Association pour la Promotion de la Santé à Dar Naïm (APSDN) :
Initialement l'association était un projet de développement de soins de santé primaires au premier échelon de CARITAS Mauritanie (PSDN – Projet Santé Dar Naïm). En 2012 elle est devenue une association. L'autonomie de l'APSDN découle de la volonté de Caritas Mauritanie et de Memisa à contribuer au développement de la société civile mauritanienne. Il s'inscrit dans un cadre institutionnel défini par la politique nationale de santé 2006 – 2015 et la politique nationale de contractualisation du secteur de la santé. Il est favorisé par la présence d'une équipe avec expérience qui a donné au projet une identité et une personnalité propre reconnues par tous les partenaires.
Il est composé au niveau des ressources humaines par :
- Une assemblée générale de 40 membres ;
- Un Conseil d'Administration de 5 membres ;
- Une structure de gestion composée de 3 femmes et de 2 hommes, qui s'est approprié les principaux éléments de gestion du cycle de projet et qui a acquis une vraie capacité managériale. Le reste du personnel est essentiellement féminin (29 personnes).

Mission et vision de l'APSDN : L'APSDN a pris comme principes fondamentaux, la lutte contre toutes les formes d'exclusion sans distinction de race, de nationalité ou de religion en vue de favoriser la promotion humaine et la réduction des inégalités dans l'accès à des soins de santé de qualité.

Le programme a bénéficié de l'appui financier notamment de Memisa-DGD de 1998 à 2016 (2 programmes quinquennaux successifs et 3 programmes triennaux).
Par son appui technique et logistique, *CARITAS Mauritanie* renforce et continuera à renforcer les capacités de la Coopérative. Le principe fondamental qui guide l'action de Caritas Mauritanie est le principe de la *dignité de la personne humaine* qui fonde tous les autres principes, du *bien commun*, de la *subsidiarité* et de la *solidarité.* Dans les activités l'application de ces principes repose sur une méthodologie basée sur la participation à tous les niveaux de l'action et sur la priorité accordée au développement des capacités des groupes cibles.

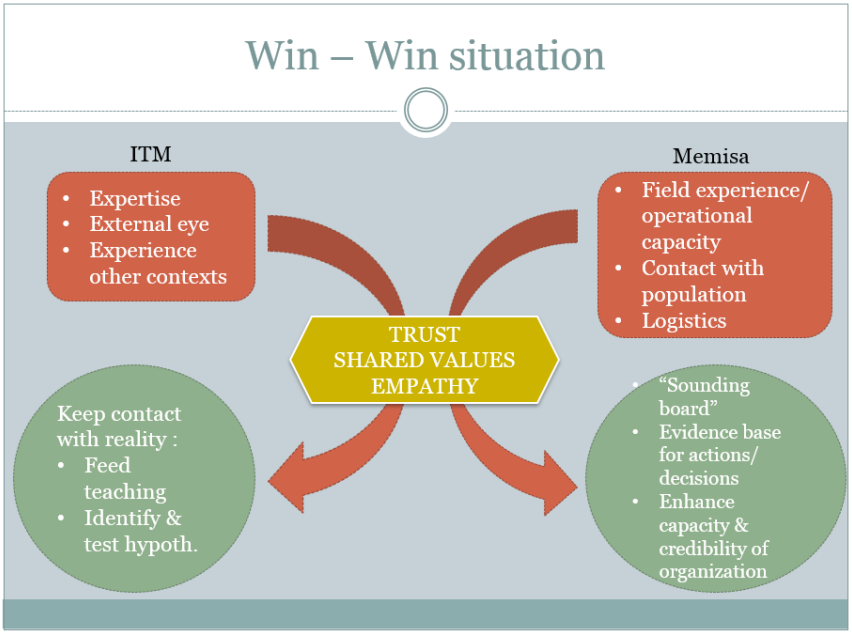
- l'implication des partenaires dans l'élaboration des objectifs et/ou du programme.

L'APSDN a développé ses compétences et son leadership au court des années, et aujourd'hui l'identification des besoins et l'élaboration de la stratégie d'intervention sont pilotées par son équipe de gestion. Au cours d'un atelier de planification en décembre 2015 lors de la visite terrain du siège, les grandes lignes d'une future intervention ont été tracées ensemble, puis peaufinés et détaillé par l'APSDN lors d'un atelier interne et finalisé par des échanges à distance avec le siège. La collaboration avec l'IMT est un élément important de renforcement des capacités du partenaire.

7.6. Description des Synergies et Complémentarités.

Voir Analyse Contextuelle Commune de la Mauritanie, octobre 2015, chapitre 10, p 52-53.
Vu que Memisa est la seule ONG belge active en Mauritanie, les opportunités de complémentarité et synergies sont plutôt limitées. La synergie existante avec l'IMT Anvers est prévue de se poursuivre, et une opportunité de la développer davantage se présente dans le cadre d'une possible collaboration avec la CTB en Mauritanie dans le cadre du 11e FED.
La collaboration avec l'IMT n'implique pas de transfert de budget, mais est basée sur une situation gagnant-gagnant, dans laquelle ITM gagne de l'expérience et du matériel pour la recherche et l'enseignement, et Memisa gagne en expertise et crédibilité (voir schéma ci-dessous, présenté à Cape Town en septembre 2014, Third Global Symposium on Health Systems Research)

Il existe une complémentarité entre les deux actions menées par le programme : à Dar Naïm dans le sens où les options stratégiques peuvent être transposées en les adaptant au système de santé de Bababé (eg. expérience de la mutuelle).
Il existe de nombreuses ONG et Organisations à base Communautaire (OBC) avec lesquelles des collaborations s'établissent.



Le Programme de l'Union Européenne pour la Société Civile et la Culture (PESCC) a réuni en mai 2016, 21 OSC œuvrant dans le domaine de la santé. La session a permis aux participants de prendre conscience de la nécessité de créer un réseau pour renforcer la participation citoyenne en santé. Pour ce faire, les participants ont désigné une commission de coordination de dix membres, représentant les Wilayas présentes, à raison d'une ONG par Wilaya.
Cette commission a désigné en son sein un comité restreint de cinq ONG dont l'APSDN pour gérer le processus de mise en place du réseau.

Le comité restreint a organisé plusieurs réunions préliminaires avant de proposer la dénomination du réseau (**Réseau pour la Participation Citoyenne en Santé (RPCS)**) et les textes règlementaires.

Il y a actuellement des contacts avec la CTB, l'IMT et l'UE dans le cadre du programme PASS 11eFED et des synergies à mettre en place pour le renforcement des RHS.

Liste des abréviations

ACC	Analyse Commune du Contexte
ACNG	Acteurs de la Coopération Non Gouvernementale
AG	Assemblée générale
APA	Accouchements Professionnellement Assistés
APSDN	Association de Promotion de la Santé à Dar Naïm
ASBL	Association sans but lucratif
ASSF	Association Secours Sans Frontières
BP	Boite postale
C.C.C.	Communication pour un changement de communication
CA	Conseil d'administration
CAMEC	Centrale d'achats de médicaments et de consommables médicaux
CECI	Communautés d'Epargne et de Crédits Internes
CFIP	Centre de formation et d'insertion professionnelle
CPN	Consultation prénatale
CPON	Consultation postnatale
CPS	Centre de protection sociale
CS	Centre de santé
CSC	Cadres Stratégiques Communs
CTA	Centre de traitement ambulatoire
CTB	Coopération technique belge
DGD	Direction Générale Coopération au développement et Aide humanitaire
DRAS	Direction régionale de l'action sanitaire,
DRH	Direction des ressources humaines
DSSBN	Direction des structures sanitaires de base et de la nutrition
FED	Fonds européen de développement
FMN	Faculté de médecine de Nouakchott
FOSA	Formation sanitaire
Gret	Groupe de Recherche et d'Echanges Technologiques
ICP	Infirmier chef de poste
IMT	Institut de médecine tropicale
IST	Infection sexuellement transmissible
MCM	Médecin chef de Moughataa
MCSB	Mutuelle de santé communautaire de Bababé
MCSDN	Mutuelle communautaire de santé de Dar Naïm
MGF	Mutilation génitale féminine
OBC	Organisations à base Communautaire
ONG	Organisation non gouvernementale
ONS	Office National des Statistiques
OS	Objectif spécifique
OS 7	Objectif Spécifique 7
OSC	Organisation de la société civile
PESCC	Programme de l'Union Européenne pour la Société Civile et la Culture
PF	Planification familiale

PS	Poste de santé
PTF	Partenaire technique et financier
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RDV	Rendez-vous
RGPH	Recensement général de la population et l'habitat
RHS	Ressources humaines en santé
RPCS	Réseau pour la Participation Citoyenne en Santé
TBC	Tuberculose
TSD	Tab Salam Diam
UE	Union européenne

MEDECINSSANSVACANCES
ARTSENZONDERVAKANTIE
MEDICSWITHOUTVACATION
LE SAVOIR GUÉRIT

Memisa - MSV
Common Program DGD
2017-2021

Part II : presentation of Program per country

8. India - ***Memisa Program***

31 mars 2017

Table of Contents

1. Sheet country India 3
2. List of partners and stakeholders known at the time of the application. 3
3. Coherence with the Strategic Plan (country Outside-JSF) 5
4. Theory of Change associated with India 9
5. Analysis of risks associated with the intervention area in India 12
6. Description of the consideration of the recommendations formulated in the frame of the Strategic Dialogue related to a JSF 13
7. Outcome India 14
7.1. Sheet Outcome India 14
7.2. Description of results Outcome/Specific Objective 15
7.3. T3 – Operational costs Outcome 1 20
7.4. Motivation in relation to the DAC's criteria 21
7.4.1. Description of Relevance. 21
7.4.2. Description of Effectiveness 26
7.4.3. Description of Sustainability. 27
7.4.4. Description of Efficiency. 28
7.5. Description of the specific Partnership Strategy for India 29
7.6. Description of Synergy and Complementarity. 31
8. List of abbreviations 32

8. INDIA

1. Sheet country India

Total operational costs for the country:		€ 1.182.701		
Contact person in Belgium for the DGD for the country:	Name: Elies Van Belle	Organisation: Memisa	Telephone: +32 2 4541546	E-mail: elies.van.belle@memisa.be
Contact person representing the ANGC in the country:	Name: Biswanath Basu	Organisation: WBVHA	Telephone: +919830727175	E-mail: biswbvha@gmail.com

Short summary of the programme for this country (15 lines maximum):

The Basic Health Care Support program implemented by WBVHA coordinates the functioning of 5 NGO-forums in 5 different districts, all together bringing together 40 local NGO's. They work with a network of Village Health Workers in different villages. The program aims at:

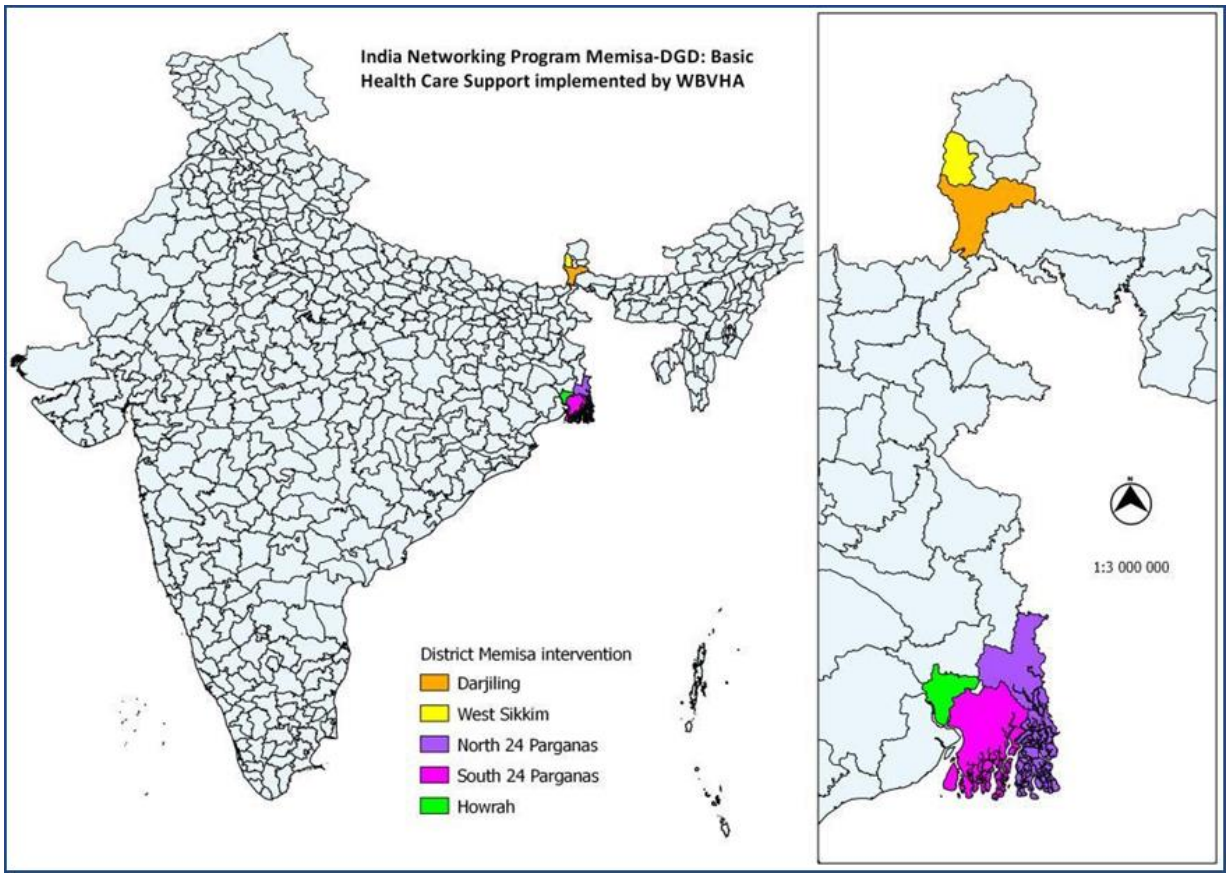
Closing the gaps: making people aware of the services that exist and how they can access them; making people aware of their right to healthcare and how they can organize themselves to claim for what is not provided for.

Influence policy: by facilitating the implementation of the national health policy ("testing it") and documenting the process, problems and obstacles, the program proposes change so that policy corresponds better to the needs.

Stimulating strategic and functional partnerships that are needed at every level to influence policy, from community up to policy level.

The program has evolved throughout the years from a *directing logic* (what to do) to a *coaching logic* (how to do it) and is now scaling up and documenting the experiences that can influence policy.

Country map with location of interventions



2. List of partners and stakeholders known at the time of the application.

Partner 1: WBVHA			
Full name and abbreviation:	West Bengal Voluntary Health Association (WBVHA)		
Contact details:	Address:	Telephone:	E-mail:
	580 Anandapur, Kolkata 700107,West Bengal, India	+919830727175 +913332215953	biswbvha@gmail.com
Contact person:	B. Basu		
Outcomes/Specific objective(s):	*Outcome 1*		
Budget per Outcome:	*Budget Outcome*	*€ 1.182.698*	
Short description of the partner's role for each Outcome:	WBVHA is Memisa'spartnerorganisation since the start of the program in India. All interventions of Memisa in India are coordinated and implemented by WBVHA. The partnership is based on shared values and a mutual understanding of priorities and strategies to reach the objective.		
Date of start of the partnership with ANGC:	1996		

Stakeholder 1: Asha Kiran			
Full name and abbreviation:	Asha Kiran (AK)		
Contact details:	Address:	Telephone:	E-mail:
	Nevelse Warande 4, 9830 Sint-Marten-Latem.	+32 495 293243	Jean.Claeys@sopakim.be
Contact person:	Jean Claeys		
Outcomes/Specific objective(s):	*Outcome 1*		
Budget per Outcome:	*Budget Outcome*	*0 €*	
Short description of the partner's role for each Outcome:	The Belgian 4th pillar organisation Asha Kiran has build and supported the functioning of the hospital of Asha Kiran in Kautala, India, after identification of the need together with Memisa. The hospital is managed by one of the NGO forum partners within the BHCS program. Today the hospital is functioning and can play its role within the program as a service delivery site where national policy can be "critically" implemented, and allow the program to introduce change and document experiences, in order to influence policy.		
Date of start of the partnership with ANGC:	2008		

3. Coherence with the Strategic Plan (country Outside-JSF)

1. vision and mission in the field of cooperation development and the role Memisa wants to play in this respect in the country

The *mission* of Memisa is to make quality healthcare accessible to all people, with specific attention to the poorest and most vulnerable, because acces to primary healthcare is a fundamental right.

Vision: The **strategic objectives** of Memisa are:
Obj 1: To contribute to the welfare of communities as a whole, improving the availability of quality health care for all and especially for the poor.

- Implementation through partnerships of healthcare strenghtening projects, services and health system while improving the technical capacities of the actors (availability)
- Contribute to networks of exchange of expertise, experience capitalization, research and innovation for the development of the health sector and health care (quality)

Obj 2: Contribute to social change and politics in the North and South for sustainable development and strengthening of solidarity in order to improve access for all to basic health care services.

- Help strengthen civil society organizations, local groups and social economy initiatives in the health sector (solidarity)
- Contribute to advocacy networks and the fight against poverty, promote universal social protection and equity initiatives (accessibility)

This is translated in an operational Strategy with 3 areas of development
promote good governance: strengthen local leadership and cooperation at all levels: communities, civil society, managment teams at local and intermediate level; document changes introduced to capitalize the experience and influence the decision making level. Collaborate with research institutions and organizations with complementary skills to build capacity and credibility of the interventions.
Improving the supply: improving the quality of care by actions of rationalization, training and coaching of staff and improving the technical platform; improve the quality of the service organization, through the operational integration of private players witha social mission by strengthening the management teams –intervention based on training, exchanges and internshipsboth inside the country andon regional and international level (development of demonstration areas)
support the demand: provide financial access to quality care also for the most disadvantaged, through various mechanisms of subsidizing care and risk pooling and the application of a flat fee. Support policy advocacy and societal movements for greater solidarity. Stimulate local and community initiatives.

Although the 3 areas of development on which the operational strategy are based are present in this program, the accent is clearly on the first, to promote good governance. The BHCS program developed through the years together with WBVHA in West Bengal, is the only intervention of Memisa which focusses mostly on strenghtening local civil society and societal change, and is therefor unique and a very valuable project for Memisa. The intervention is focusing on the poorest and how to decrease inequity in society. There is an opportunity to show that by making people aware of their right to health, of what exists and what doesn't but should, a bottom-up approach is possible and can influence policy.
In collaboration with the Tropical Institute of Antwerp, a research project on stewardship is being developed inside the project. This is an opportunity for WBVHA to develop its skill and policy message. By documenting these experiences in a clear and standardized easy-to-share format, they can be of value not only to Indian policy-makers but also across country. This could be a nice opportunity for constructive south-south exchange.

2. medium and long term objectives in India

The overall objective is here also to improve acces to quality healthcare, specifically for the most vulnerable.
In the India program the areas of intervention to reach this objective are:

- Strengthening the local health system at selected GPs, Blocks and districts, based on identified policy and operational gaps, and advocacy for appropriate policy changes.

- Facilitating active community participation, contribution, monitoring and influencing in developing and implementing health plans at the GP, Block, sub-district and district level
- Awareness and ensuring acknowledgement of evidence-based and people centred BHCS programme by communities, district, state and national health authorities, national and international health institutions/organisations and civil society actors involved in health.
- Undertaking synergic and collaborative actions of BHCS team with PRI; government health team and private and civil society actors to implement and influence various health programmes (NRHM/NHM/NHM and health programmes of state) at GP, Block and district level.

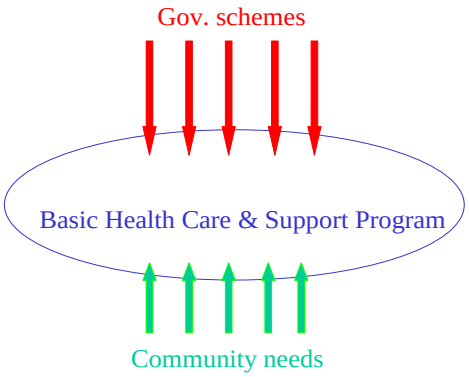
In order to guarantee sustainability of the action, the local partner WBVHA needs to be able to continue the action autonomously.
The medium term objective of Memisa is therefor to strengthen the partnerorganisation and facilitate opportunities, provide technical and financial assistance, and link and network with national and international organisations and academic institutions.
In order for WBVHA to grow and become independent of external funding, several challenges remain (see also conclusions and recommandations external mid-term evaluation 2014-16 program):

- Empowerment of this WBVHA program to become autonomous
- To find strategic alliances ("friends of the forum") with the power to influence higher levels
- Set up of formal collaboration with Public Health institution(s)
- Strong leadership and coaching needed to move forward in the documentation process
- To engage towards an exit strategy without losing the momentum builds up over the years (and put the whole investment in danger)
- To take into account inflation in India and West Bengal causing losses of more than 30 percent in actual value of funding, over 3yrs.

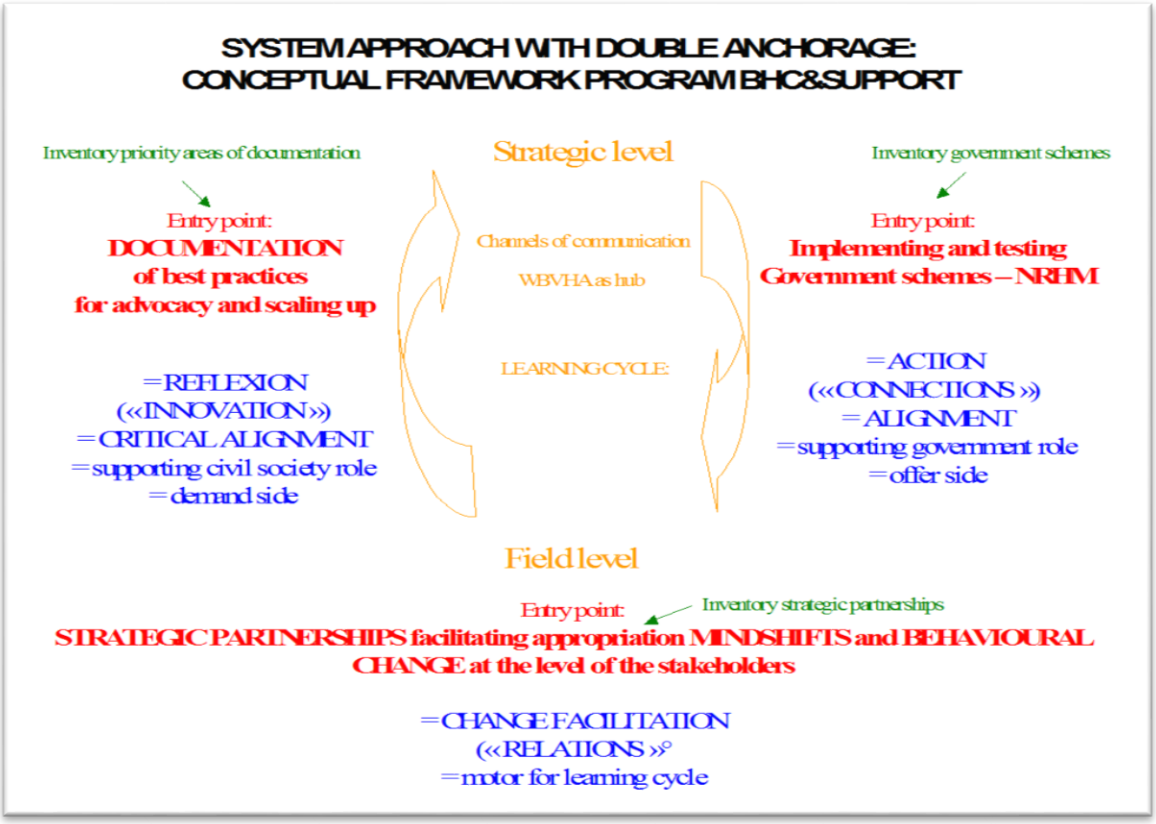
The objective of Memisa at term is to be able to completely pass the program to the partner.

3. description of the strategy

The program is about creating a proper environment where communities have access to quality health services and are empowered to claim the right to health. The strategy used to do this is through health system strengthening. A better local health system will create a better environment to respond to people's needs and to implement the national health schemes, both actual and future schemes. This program is not about implementing as many schemes as possible in as many places as possible. It rather, focuses on engaging a learning process, starting from the experience in a few selected areas, up to the policy level.
We started at the field level (work in villages) and we experienced the limitations of working at this micro-level only. Because we have not all expertise of managing all issues related to health in the villages, or we have no control over the delivery of services (fe. rupture of stock of vaccines). This shows the need to link with other actors at various levels and with the decision-taking and policy-making level. Our program therefore focuses both on the micro-level (villages, GP), so the field level, and the more macro-level (block, district, state, Health Forum…), so the strategic level.



Collaboration with research and public health institutes to accompany and facilitate the action – reflection – change process are a key aspect of the scaling up and documentation process, needed to gain momentum and build capacity within the BHCS team. The ITM Antwerp with its partner organisation IPH Bangalore has shown a particular interest in this program and its involvement is a real asset to the capacity and credibility of the program.
The conceptual framework covers 3 dimensions.



1. **ACTION (Supporting the government role)**

There are a lot of schemes, of which the most important one for this program is the NHM (before NRHM). The problem with these schemes is to connect the services to be provided through these schemes with the communities. The program could help the implementation of these schemes, in particular the NHM, by assuring that 1/ the schemes are known to the people and their awareness about the right to health is increased, 2/ there is a proper operational planning, implementation and monitoring of the schemes, 3/ the gaps in services are covered.

The **challenges** here are:

- not to create a parallel system of service delivery but to help the government services to fulfil their tasks. How are the partners in the program aligning with these services? This requires a mindshift from doing (providing the services) to facilitating (the provision of services by government services). Are we having a coaching approach in our program?

- to assure a people (patient) centred approach: this requires a mindshift from customer adapting to service to service adapting to customers based on their needs.
- to strengthen polyvalent services would yield a more comprehensive approach towards health and health care. The schemes are tackling priority problems largely decided upon by policymakers and this in a fragmented, vertical way, not considering the other needs of the person and not considering him/her as a whole.

2. **REFLEXION (Supporting the civil society role)**

A second dimension is to reflect upon our actions in order to continuously improve the quality of our work, and to influence the policy/program/other stakeholders. This includes several components:
1/ systematically analyze and monitor the actions we take and their results. This requires proper documentation. This analysis should be done based on guiding principles of the program.
2/ identify priority issues together with the community and actors close to the community. Through the tool of story telling and case-building these issues can be properly documented, eventually with the help of resource persons (other ngos, academics, government…). So well-documented and well-argumented issues will raise evidence for policy influence and be useful for more effective advocacy. So reflection has, apart from a technical role, an empowering function. It helps the communities to formulate their needs and claim their right to health in a clear and organised way.

3/ develop innovative, operational strategies in order to implement government schemes more effectively, or to fill up the gaps in service delivery (f.e. Nutrimix strategy, Weight for Height monitoring, polyvalent PHC centre) or in linkage (Health Forum dynamic). Looking critically at government schemes/guidelines, systematically document operational improvements developed in the program (using program notepad), group various experiences, discuss them, prepare meetings GP/block/district… and influence the way these schemes/guidelines are implemented.
4/ communicate effectively documented experiences, operational strategies, tools, concepts…. so that these can influence policies and/or can be shared with other actors (upwards, downwards, horizontally) and scaled up. In that way we can take the program to other areas (GP, blocks, districts) without having a specific field level program in these areas. Use appropriate media to communicate these things (booklets, powerpoints,etc…).

The **challenge** here is to move from concentrating exclusively on schemes to focusing on issues, which are of prior concern of the population which is not necessarily the same. It requires a mindshift from providing to community to involving the community, from ngo activities to community problem oriented strategies.

Reflection supports the civil society role of giving a constructive but critical feedback from the field to the policy level. So there is an alignment with government policy but it's a critical alignment.

Action and reflection, taking into consideration both field and strategic level, constitute together **A LEARNING CYCLE**: the policy/decision-making level proposes a policy (scheme) or takes a strategic decision – actors active at field level facilitate implementation. At the same time the field level actors document their experiences and provides a feedback to the policy level. This feedback should help the strategic level to adapt polices/schemes and take decisions according to field needs. If learning is a essential component for development, stimulating this learning cycle is stimulating development.
The focus is to promote learning at various levels and having a strategic impact rather than being service provider ourselves. Therefore the field work is not maximalized but limited to a number of villages. The work in these villages give us experience to influence on a greater scale and influence work in other GP, block and district.

3. CHANGE FACILITATION (Engaging in strategic partnerships)

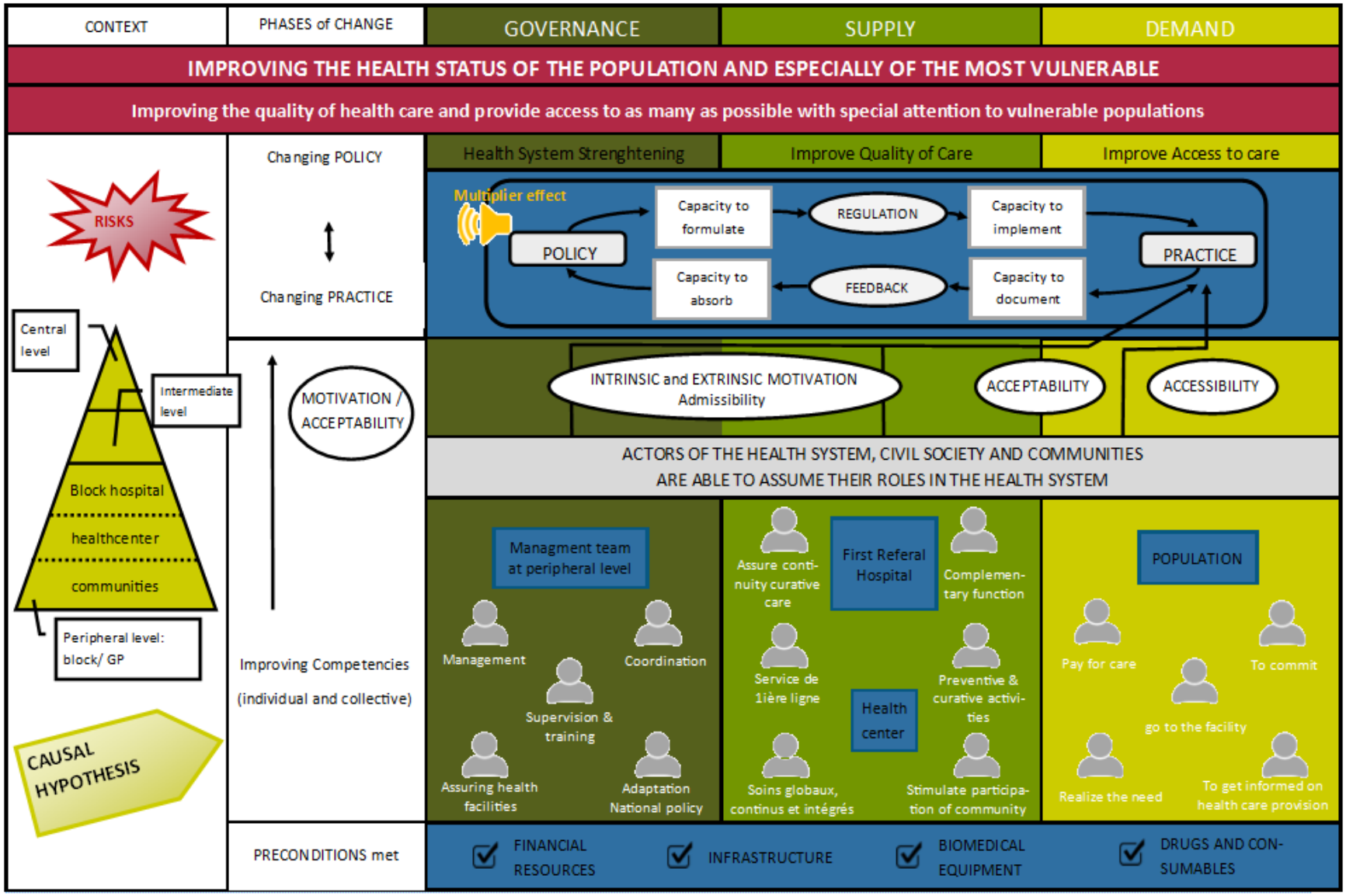
This learning cycle however is not a spontaneous process. It requires a motor. You need channels of communication between various stakeholders (horizontal links), and between the field level and the strategic level(s) (vertical links). As the definition of a system is 'actors and their interrelations', linking up actors is system strengthening. This is the specificity of this program. Rather than to concentrate exclusively on 'what to do' it concentrates on 'how to do things'. The hypothesis is that by influencing the environment, meaning influencing policies and other stakeholders, you have a more effective way of assuring access to quality services and advocacy regarding health related issues which are a priority for the local communities.

Linking up actors requires a number of paradigm shifts. These mindshifts have gradually been made by the Health Forum partners through a process of regular coaching (regular workshops, intervision visits by WBVHA, peer-review….). The entry point to do this has initially been the creation of a Health Forum of ngos. From there linkages between various stakeholders at different various levels (GP, block, district, interdistrict/state) gradually are established. These linkages allow us to take the concepts of the program to other GP, blocks, districts which are not directly covered. Depending on the local context and dynamic, these linkages may take various forms. There are some variables:
1/ the level at which the partnership is organised: at GP, block, district level, and interdistrict/state level
2/ the members of the forum: it ranges from being a pure civil society Health Forum interacting with other stakeholders who themselves are not directly part of the Forum, to a people's Block (or District) Health Forum incorporating all actors related to Health in the large sense (so including other sectors)..
3/ the mode of organisation: it can be a rather institutionalised forum or an open movement and platform of exchange.
4/ the focus: apart from the forum, there may be thematic groups on specific issues. These groups are composed of interested operational actors and resource persons (coming from government, other ngos, academic institutions…) with a specific expertise regarding the issue.

The **challenges** regarding this dimension of strategic partnerships are:

- to make the partnerships functional: arriving at concrete outputs through a proper dynamic of preparation/way of conducting forum meetings/decision-making and follow-up.
- to move towards partnerships at more strategic levels for instance district and state-level.

4. Theory of Change associated with India



The interventions of Memisa aim to improve the health of the population and of the most vulnerable in particular. The goal is to **improve the quality of healthcare and to make it accessible for as many people as possible and in particular for the poorest.**

The strategy is based on three tracks of change: the promotion of good governance, the improvement of the supply and support to the demand side. Gender, environment and digitalization are transversal themes that will receive particular attention within each track of change.

Memisa strengthens the local health system by reinforcing targeted actors so as to enable them to take up their roles within the system[1].

As a development NGO, we start from the principle that we have an explicit mandate to improve quality. We do so by aligning ourselves 'critically' to the national policies and by collaborating with state structures and those of civil society. We aim to avoid duplicating structures and instruments and to avoid substitution, but build interventions on already existing local capacity by reinforcing them. In order for solutions to be sustainable and owned by local actors, they have to be local solutions.

1. Tracks of change

0. Preconditions

There are a some important preconditions to deliver quality medical and paramedical care. They include decent infrastructure (electricity, water, and buildings), functioning and well maintained equipment, availability and quality of medicines and consumables, and financial resources.

Capacity-building can only have sustainable results when these conditions have been met, and we have experienced this during our work in the field.

1.1. Changing the existing practices

Changing the existing practices starts by improving all the necessary competences in each track of change.

Change processes are hereafter formulated as cause-effect hypothesis:

Hypothesis 1 (H1) : The individual skills of the staff in health care facilities will be improved if professional training and internships are organized (on-the-job training).

To improve medical-technical and organizational skills, we adopt the on-the-job training as a primary intervention strategy by applying the learning model 70-20-10[2] which states that an efficient and effective collaborator acquires almost 70% knowledge on the job, 20% via personalized follow up or social contacts (interviews, networking, feedback) and only 10% via a conventional transmission of knowledge.

H2 : Change of practice demands improved individual skills and improved collective skills

Related to the strengthening of institutional capacity, we rely on the model of 5 collective capabilities[3]. This is a systemic model that identifies key elements that allows an organization to function and grow. The model includes five collective capabilities and is used as a starting point for our strategy of "Capacity Building Tracks" that we are developing with our partners.

On the track of supply improvement, we are working on capacity building in health centers and sub centers. We intend to strengthen these skills at peripheral level to fulfill the roles required in the health pyramid in India

A health center is the entry gate to the health system, it must be able to provide comprehensive, continuous and integrated care. It has three specific functions: function of first contact with the community, function of synthesis of clinical and social information of the patient, and responsibility for the health of each of its users. All its components are arranged, organized and coordinated based on the objective of responsibility for the health of a defined population.

A referral hospital has a complementary function to the 1st level of the health center, it must ensure the continuity of curative care for patients who cannot be cared for at the health center.(The Asha Kiran hospital allows us to gain specific experience at this level).

---

[1] GILSON,L. Health Policy and Systems Research, a methodology reader, World Health Organization, 2012. RDC Ministère de la Santé, Recueil des norms de la zone de santé, 2006.

[2] the 70-20-10 model has been developed by Morgan McCall, Robert W. Eichinger andMichael M. Lombardo (Center for Creative Leadership) and is mentioned in The Careeer Architect Development Planner, 3rd edition, of Michael M. Lombardo and Robert W. Eichinger.(http://www.princeton.edu/hr/learning/philosophy/)

[3] The Five core capabilities – model was developed by the European Centre for Development Policy Management (http://www.ecdpm.org) - The collective capability to: Engage and act; Obtain development results (carry out technical, assistance and logistic missions); build relationships and attract resources and assistance; adapt and renew; Maintain a balance between consistency and diversity

On the track of governance, we focus on the skills required of the management teams at peripheral level (block and district level) of the health system: coordination of local actors, supervision and training of health care providers, adapting the national policy and national guidelines to local conditions, the management of health services, activities and staff of health facilities and to meet local needs in terms of provision of health services and health promotion activities.
Regarding the demand side, there are various potential barriers as a reason why healthcare may not be accessible for all. We refer to the conceptual framework of Levesque et. al.[4] which describes the 5 capacities needed to access health care: *1) Ability to perceive; 2) Ability to seek; 3) Ability to reach; 4) Ability to pay; and 5) Ability to engage.*
We strengthen the capacity of community stakeholders to sensitize and organize the population on the usefulness of preventive and curative care and the availability of healthcare services. We stimulate and contribute to the implementation and financing of various social protection mechanisms in health.
We are aware that the improvement of skills does not necessarily result in a change of practice.

H3 For an individual to change his behavior and put the skills acquired into practice, other factors are essential: motivational aspects (intrinsic and extrinsic) and acceptability
At the level of supply and governance, intrinsic and extrinsic motivation (of the factors in the working and social environment) and admissibility are considered crucial factors for an individual to be successful and put his skills into practice[5]. Reinforcing technical facilities (biomedical equipment, rehabilitate / expand infrastructure) and staff skills contributes to the intrinsic motivation.

1.2. Learning from practice and influencing policy
H4 : if the analytical and documentation skills have improved, targeted actors have the opportunity to learn from experience and influence the decision-making level.
At this stage we want to document the change processes and capitalize the experiences and influence the decision making level. Civil society organizations, who are our main partners, can play a very important role here: as a catalyst between peripheral health facilities and the health authorities (intermediate or central level). The district health forums and the stewardship research are directly related to this.

1.3. From changing practices to outcomes
H5 : If the actors of the health system assume their roles in the health system, the quality of care will be improved.
H6: If financial mechanisms exist and health facilities are seen as acceptable, people have better access to health services.
At the demand side we work on barriers to accessibility, but the fact that health facilities are functional and accessible (geographically and financially) does not guarantee the use of these facilities.
Besides accessibility, acceptability determines if someone will actually use the health facilities. The people must have confidence in the capability of the health facility to solve their suffering. The acceptability is considered as the psychological or cultural accessibility[6]. We influence this aspect of acceptability by enhancing the quality of care provided by health facilities.
H7 If the leadership of management teams of health districts and hospitals, as well as Community Participation are strengthened, then the governance of local health systems will be improved.
WHO identifies leadership and governance as one of the six pillars of a health system[7]. Leadership development is a key strategy to achieve a high performing health system.

1.4. From outcome to impact
MEMISA wants to contribute to the final outcome: improving access to quality health care will allow for the population's health to be improved.

[4] Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualizing access at the interface of health systems and populations. International Journal for Equity in Health, 12(1), 18. doi:10.1186/1475-9276-12-18: "we view access as the opportunity to identify healthcare needs, to seek healthcare services, to reach, to obtain or use health care services, and to actually have a need for services fulfilled. We conceptualize five dimensions of accessibility: 1) Approachability; 2) Acceptability; 3) Availability and accommodation; 4) Affordability; 5) Appropriateness. In this framework, five corresponding abilities of populations interact with the dimensions of accessibility to generate access. Five corollary dimensions of abilities include: 1) Ability to perceive; 2) Ability to seek; 3) Ability to reach; 4) Ability to pay; and 5) Ability to engage."
[5] Bennett S, Franco LM. Public sector health worker motivation and health sector reform: a conceptual framework. Bethesda, MD, Abt Associates Inc. for Partnershios for Health Reform Project, 1999 (Major Applied Research 5, Technical Paper 1) in The World Health Report 2006 – Working together for health, Chapter 4, Making the most of existing health workers, p 71.
[6] Van Damme, et.al Public Health Module 2 Health service organization course book, 2011.
[7] WHO, Everybody's business strengthening health systems to improve health outcomes, 2007.

5. Analysis of risks associated with the intervention area in India

Explanations:									
Likelihood	1	Unlikely	**Effects**	1	Negligible	**Level of risk**	<6	Low	**Resulting impact (= likelih x effects)**	Identify on which result(s) the risk might have an impact. Use the logical framework numbering
	2	Possible		2	Small		5-10	Medium		
	3	Likely		3	Medium		11-15	High		
	4	Almost certain		4.	Large		16-20	Extreme		
				5	Serious					

Risk Estimate					**Risk management (for the high and extreme levels)**			**Risk monitoring**	
Source and nature of the risk	**Likelihood**	**Effects**	**Level of risk**	**Impact result**	**Treatment**	**Responsible**	**Timing**	**Responsible**	**when**
Natural calamities	Likely	Average	High	1,4	Practice of DRR at all levels	Community Groups/CSO	Pre, during And post	District Health Forums, local govt. authority, DMC	Regular
Political disturbance at Darjeeling	Likely	Average	Average	1, 2, 4					
Inflation	Almost certainly	Serious	High	All	Cost effective operation	WBVHA and District Forum	Half-Yearly	WBVHA and District Health Forum	On going
Staff Turn Over	Possible	Large	High	1,4	Motivation and incentive	District Health Forum, WBVHA and Memisa	On going	District Forum and WBVHA, External consultant	On going
Health sector faces political neglect by the current government	Possible	Serious	High	1,4	Raising Voices	District Health Forum, WBVHA and Other key players	Regularly	State Govt./National Govt.	
Promotion of the private sector with minimal regulator frameworks	Almost certainly	Serious	High	1,4	Minimum standards for operation	Govt.		Govt., Public	

High out of pocket expenses	Almost certainly	Serious	High	4				Govt., Public	
More and more people seeking care in the private facilities	Almost certainly	Serious	High	4				Govt.	
Less cooperation and collaboration from government and public health institutes at national and international level	Unlikely	Average	Average	3					
Various government services and schemes made available to the community, even during natural disaster.	Unlikely	Large	High	4	Forum Movement	District Health Forum	On going	District Health Forum, Local government authority	Regular
Local Panchayat members don't extend their cooperation and support to community groups (unhealthy political environment)	Possible	Average	Average	1					
Public Health Institutions don't help with their guidance and technical expertise	Unlikely	Average	Average	2					

6. Description of the consideration of the recommendations formulated in the frame of the Strategic Dialogue related to a JSF

Not applicable

7. Outcome India

7.1. Sheet Outcome India

Outcome (English or Spanish or French):		Promotion of quality healthcare taking into account people's needsin order to obtainaffordable, sustained, equitable access to essential services in an effective health system through a people centred partnership process with all stakeholders and policy makers.			
Outcome (French and/or Dutch):		Bevordering van de kwaliteitsvolle gezondheidszorg rekening houdend met de behoeften van de mensen, met het oog op betaalbare, duurzame, rechtvaardige toegang tot essentiële diensten in een doeltreffend systeem van gezondheidszorg door middel van een "peoplecentered" partnerschap processmet alle belanghebbenden en beleidsmakers.			
Country:		India	Is this outcome/objective covered by a JSF?		*No*
Province(s)/State(s) targeted: West Bengal and Sikkim		Subnational admin level 1	subnational admin level 2	subnational admin level 3	Location
Local partners or stakeholders:	*Partner:* WBVHA	Kolkata			
	Stakeholder: Asha Kiran				
Other location for the intervention:		West Bengal, Sikkim			
Target group:		75 GPs of 25 blocks under 5 districts of West Bengal and 1 blocks under 1 district of Sikkim, India 75 communes van 25 subdivisies onder 5 districten van West-Bengalen en 1 subdivisie onder 1 district van Sikkim, India			
Number of beneficiaries:		Direct beneficiaries: 40 Health Forum members (local NGO's) *Indirect beneficiaries: The Population:4.687.811 people*			
Main sector:		Health			
Interactions between applicants:		*Not applicable – MSV has no interventions in India*			
Other organisations involved:		ITM Antwerp			
Operational costs of the outcome/specific objective (total):		€ 1.182.701			
Markers	Environnement				*1*
	RIO : désertification				*0*
	RIO : biodiversité				*0*
	RIO : CC adaptation				*0*
	RIO : CC mitigation				*0*
	Genre				*2*
	Bonne Gouvernance				*2*
	Santé génésique, maternelle, néonatale et infantile (SGMNI)				*2*
	HIV/Aids				*1*
	Droits des enfants				*1*
	Trade development				*0*

7.2. Description of results Outcome/Specific Objective

1. Logical framework

	Baseline	Yr 3	Yr 5	Sources of verification	Actors involved
Strategic goal(s) X GSK XYZ	Not applicable				
Outcome/Specific objective X *(A/E/F)*	Improve access to affordable, sustainable and equitable qualityhealthservicestaking into account people's needsin an effective health system through a people centred partnership process with involvement of all stakeholders and policy makers.				Memisa
Hypotheses	Active cooperation, collaboration and technical support are available from government, public health institutes and academic Institutes etc., at State, National and International level				
Ind 1: User satisfaction rate (gender specific)	NIL	Q.A.	Q.A.	Population survey	
Ind 2: Utilisation rate of health facilities by pregnant and lactating women (# contacts/target pop./ year)	FA[8]-20.4% ID[9] - 57% PNC[10] - 58.1%	FA – 30% ID – 70% PNC – 65%	FA – 50% ID – 80% PNC – 72%	National Family Health Survey 4 (NFHS 4) 2015-16 District Level Health Survey	
Result 1	Capacity Building, promotion of good governance and developing strong network and linkage among communities, CBOs/CSOs, PRI, Public-Private Health actors, policy makers and BHCS team which leads to better health governance and real democratization .				Memisa
Hypotheses	Proper guidance and support will be available from Policy Analysis Committee at various levels. Collaboration of Department of Panchayat and Rural Development/Department of Health & Family will be available				
Ind 3: No. of actors from Civil Society/Private Sectors that are capacitated on 1) Analysis of evidence based policy dialogue and advocacy; 2) System Building Blocks; 3) Accountability and transparency.	NIL	25	+25	Training module, Participants feedback, training report, follow-up action	
Ind 4: No. of change processes collected, analysed,documented and shared for policy advocacy from Local Government to Block/District level	NIL	10	+10	Analysis report of block/district level meetings Documents prepared for policy advocacy	
Ind 5: No. of leaders identified and capacitated on Stewardship comprehension and that are taking up their role.	NIL	20	+20	Training module & report and participants feedback; external evaluation results	
Ind 6: stakeholder appreciation rate	NIL	Q.A.	Q.A.	Stakeholder survey	
Result 2	Quality of care issues in the local health system have been identified & properly addressed and appropriate policy changes at different levels in partnership with the District Health Forums and other stake holders have been proposed and the evidence-based, people centred inclusive BHCS programme is acknowledged by International Health Organisations.				Memisa

[8] FA-Full ANC (Antenatal Care)
[9] ID – Institutional Delivery at Public Sector
[10] PNC – Post natal Care from skilled health personnel within 2 days of delivery

Hypotheses	Active cooperation, collaboration and technical support will be available from both public/private actors for policy advocacy at all level and Public Health Institutions and academic institutes will help with their guidance and technical expertise				
Ind 7: Impact/influence of scientific papers on the plans and priorities of government program	NIL	Q.A.	Q.A.	Letter of acceptance of abstract & paper, Published paper; policy documents	
Ind8:No. of health facilities (SC/PHC/BPHC) that are analysed through six building blocks and where the barriers for effective interventions have been identified	SC-1 PHC-1	SC - 30 PHC - 10 BPHC - 5	SC - +30 PHC - +10 BPHC - +5	Situation analysis report	
Ind 9: # of change processes introduced, documented and disseminated	NIL	5	+5	Case analysis report; good practice documentation sheets	
Result 3	Community empowerment leading to a more equitable society.				Memisa
Hypotheses	Local Panchayat members will cooperate with the community groups and engage the community for taking action on health and the social determinants of health in healthy political environment				
Ind 10: # of initiatives taken by community groups on health related issues through resource mobilisation	12	+16	+16	Process document per initiative	
Ind 11:% of community groups that are successful in the operation of a health fund	30%	60%	80%	Registers/Records maintained by groups and partners	
Preconditions	Stable and strong partnership among stakeholders; political stability; accountability and transparency both in program and finance management				
Typology of activities:	Investments: Equipment for documentation Functioning Costs: General Functioning Cost; Forum Functioning Cost; Training Cost; WBVHA functioning costs Human resources: Grassroot Partners; WBVHA; Consultants				

2. Intervention logic

The Basic Health Care Support Programme (BHCSP) of WBVHA works closely with the communities through local partner organizations engaged in the field of health and social development. The primary objectives of BHCSP are to promote community health, social justice, human rights related to the provision, distribution of health services, collectivizing the effort of grass root NGOs/CBOs, community groups, creating opportunities for positioning them within the local health system. The programme emphasizes towards strengthening the health service providers as well as the community groups, creating an enabling environment for the people to access quality health care services.

In several states in India since 15 years there is a dynamic called **'District Health Forum Movement'** aiming at a better collaboration between very fragmented healths providers. However, it is often stuck at the level of declarations of intentions with little improvement of health services at field level. Therefore in 2003-2004 Memisa and WBVHA joined hands together to create a Health Forum Movement in South 24 Parganas starting from 8 grass root NGOs (later 9) active in 5 blocks within the district. This program was integrated in the overall Memisa-DGD-program 2008-2013.

Basic Health Care Support Programme, through capable intervention by its team members, is facilitating district level NGO network called as '*District Health Forum*' in four districts of West Bengal namely Darjeeling, Howrah, North 24 Parganas and South 24 Parganas also in one district in Sikkim in terms of capacity building, baseline survey, identification of gaps, planning of programme& guidance, community monitoring, finance management, reporting, documentation, case building exercises, thus to place the health forum as a mediator to bridge the gap between provision, requirement of health care services. The total number of partners is 39 – 16 from South 24 Parganas, 9 from North 24 Parganas, 7 from Howrah, 4 from Darjeeling and 3 from Sikkim.

The purpose of the Forum was to have a real impact on the services for the population in 41 villages (121000 people) and indirectly the larger population in 5 blocks (almost 500 000 people). Through regular workshops the perspective of the NGOs was widened and deepened and they started to collaborate amongst each other and with the other health actors at Panchayat, block and district level. Tools such as the case-building exercise (concentrating on first line and second level services for specific cases identified as priorities such as maternal health) were very instrumental in moving forward. Though at block and district level the Forum got known and appreciated (the District Medical Officer is patron of the Forum; interest of several international organizations such as UNICEF, GTZ, DFID...) because of the organization of joined activities (such as an emergency preparedness plan for example) and lobbying, it was too early to speak of a block health system where all health actors work in a complementary way. This was the challenge of the 2008-2010 Memisa program, that were deepened and broadened in the 2011-2013 program.

Basic Health Care Support programme is implemented through partner organisations with active involvement and participation of various community groups like VHCs/SHGS/ NHGs or Adolescent/Geriatric groups. These groups play major role in field level monitoring of primary health care services.
Basic Health Care Support Programme aims towards establishment of a functional local health care system with coherent partnership of all stakeholders concerned to health.
The programme has been implemented in the districts of Darjeeling, South 24 Parganas, North 24 Parganas and Howrah of West Bengal and in the West Sikkim District of Sikkim.

During the last five years the following Paradigm Shift occured in the programme:

- ProvidingCommunity → Involvingcommunity
- Doing → Facilitating, enabling
- Ngo activities strategies → Community problem oriented
- Micro level → Multiple level
- Customers adopting services → Service adopting customers
- Fixed training → Flexible training
- Institutional programme → Collective movement
- Village based action → Panchayatlevel action
- Working with health care sector → Intersectoral Collaboration
- Individual problem solving → Structural problem solving

specific objective
Improve access to affordable, sustainable and equitable quality healthservices taking into account people's needs in an effective health system through a people centred partnership process with involvement of all stakeholders and policy makers.

The target area is 25 blocks under 5 districts of West Bengal and 1 block under 1 district of Sikkim, India

the operational strategy of Memisa is guided by three pillars (see also under 3: coherence with strategic plan) that are translated in expected results adapted to the context
promote good governance: results 1 and 2
Improving the supply: result 3
support the demand: result 4

Underlying context-specific strategies are:
A comprehensive view on delivering a global package of basic health care : due to the very complexity of the health system we try to achieve this through working on specific health problems chosen in function of 1/ vulnerable groups being mainly children, women in reproductive age, adolescents and the elderly, 2/ existing government programs with already existing procedures and tools, 3/ potential of these programs in strengthening health promotion or services with an impact on a wider range of health problems. Therefore the program will support primarily (but not exclusively, depending on local needs identified in the course of the program) activities in relation to Reproductive and Sexual Health including Family Planning, Integrated child and neonatal health care, adolescent health, STD/HIV/AIDS/TB, NCDWater and Sanitation, Disaster Response. These activities are also in line with the MDG.

Double anchorage: government role is to make policies and to regulate their implementation from a top down perspective. The role of the actors of civil society (to which this Forum belongs) is to test these policies, implement them in a creative way (through action-research), and provide feedback bottom-up to the government in order to adapt policies. Powerful

tools like case building and action–research will be further promoted (through training and coaching) in this program. Capacity building is considered much larger than simple technical capacity building for service delivery.

Formative supervision (intervision): we believe in continuous dialogue, reflection and support with/to grass root NGOs and health providers rather than planning (or accepting) 'ex ante' the content of training sessions which are often too disconnected from actual field needs. Moreover, we want to primarily change the mindset rather than mainly focusing on technical capacities. Hence supervision will remain the backbone of this program.

Attention for crosscutting issues: (gender, environment, multi sector approach, HIV/AIDS,…): these issues receive again special attention throughout the program. Each partner in the Forum will be asked to bring forward during the program one documented result achieved at Panchayat or Block level (external mainstreaming) or at organizational level (internal mainstreaming) for each of those issues. In order to facilitate the dynamic the Forum has identified 2 focal points at Forum level for each of those issues.

Result 1: Capacity Building, promotion of good governance and developing strong network and linkage among communities, CBOs/CSOs, PRI, Public-Private Health actors, policy makers and BHCS team which leads to better health governance and real democratization .

1.1 Assessment of National health plans, programs and strategies and assessing health system performance in collaboration with AIIH & PH
1.2 Building institutional capacity for analytical work and policy dialogue/advocacy in collaboration with AIIH & PH
1.3 Conduct a research on stewardship at district/subdistrict level in collaboration with national and international research institutions (ITM Antwerp) and publish the results
1.4 Improve stewardship in human resources for health systems
1.5 Collection and analysis of health evidence and translating it into policies
1.6 Capacity building of civil society and private sector for better advocacy to increase transperency and accountability
1.7 Capacity building of Forum partners for policy advocacy by health policy analysis committee
1.8 Rapport building with health policy analysis committee for facilitating the use of evidence in making informed decisions and in conducting high quality policy dialogue with key stakeholders
1.9 Establishing peer learning network to facilitate cross dissemination and mentoring good practices and policy (like knowledge, experience and expertise)
1.10 Creation of mutual aid networks such as babysitting circles with local groups/community

Result 2: Quality of care issues in the local health system have been identified & properly addressed and appropriate policy changes at different levels in partnership with the District Health Forums and other stake holders have been proposed and the evidence-based, people centred inclusive BHCS programme is acknowledged by International Health Organisations.

Collaboration with academic institutions, both national and international, is essential to reach this result. The ongoing collaboration with ITM Antwerp is specifically valued.

2.1 Capacity building of BHCS Team
2.2 Process Documentation
2.3 Workshops on Case Building, good practices and experiences
2.4 Information dissemination and sharing of case stories and good practices at various level
2.5 Capacity building of Health actors ANM, AWW
2.6 Strengthening forums at multiple levels with multiple actors / Workshop with partners
2.7 Organize interface between health Forum and national stakeholders/sub national policy making bodies / donors for sharing and demand purposes
2.8 Review of the government health charter on the health services
2.9 Action research on operational and policy gaps
2.10 Publication on community participation, networking, stewardship etc
2.11 Participation in National and International conferences
2.12 Organising State/National level consultation and Conference
2.13 Promotion of health and wellbeing in community settings
2.14 Promote equity in health and healthcare by working in partnership & consensus building – between individual/groups that face barriers to quality health
2.15 Facilitate the active involvement of members of the public through participatory methods
2.16 Strengthening communities for taking action on health and the social determinants of health

2.17 Promotion of health fund
2.18 Promotion of Medical insurance

Result 3: **Community empowerment leading to a more equitable society.**

3.1 Situation analysis of health system through system thinking approach (based on 6 building blocks)
3.2 Involve community members to identify problems and prority solution identification
3.3 Support the functioning of Asha Kiran hospital, specifically concerning mother and child health, and introduce and follow up good practices
3.4 Document critical changes introduced in service delivery and use them for policy advocacy through reflection and action process
3.5 Conducting evidence synthesis as systematic reviews, and focus on the various barriers of effective interventions
3.6 Promoting accountability and transparency through Social audit, transparency boards etc
3.7 Organise interface between health and other sectors for planning and implementation
3.8 Supporting local initiatives
3.9 Combat social exclusion by giving people à voice, especially marginalised populations (area specific)
3.10 Strengthening and empowering communities by building social cohesion, critical awareness, and collective action for tackling inequalities in health
3.11 Creation of Community hubs in selected GPs - healthy living centres, which provide multiple activities and services i.e., health or other determinants of health
3.12 Strengthening community monitoring system
3.13 Networking of Community Groups (adolescents/geriatric/women) leading to evolving a statement of charter of demands
3.14 Facilitating community groups at different level

7.3. T3 – Operational costs Outcome 1

Programme - Budget 2017-2021 - horsCSC2 - OSS1						
Programme commun - Memisa						
	2017	2018	2019	2020	2021	**Grand Total**
Coûts opérationnels						
1. Partenaires	**264.214,00**	**263.610,00**	**250.606,00**	**242.448,00**	**161.820,00**	**1.182.698,00**
Investissement	3.027,00	405,00	405,00	405,00		**4.242,00**
Fonctionnement	193.755,00	198.705,00	182.458,00	172.692,00	110.361,00	**857.971,00**
Personnel	67.432,00	64.500,00	67.743,00	69.351,00	51.459,00	**320.485,00**
2. Collaborations	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
Investissement						**0,00**
Fonctionnement						**0,00**
Personnel						**0,00**
3. Bureau local	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
Investissement						**0,00**
Fonctionnement						**0,00**
Personnel						**0,00**
4. Siège	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
Investissement						**0,00**
Fonctionnement						**0,00**
Personnel						**0,00**
Total CO :	**264.214,00**	**263.610,00**	**250.606,00**	**242.448,00**	**161.820,00**	**1.182.698,00**
Investissement	**3.027,00**	**405,00**	**405,00**	**405,00**	**0,00**	**4.242,00**
Fonctionnement	**193.755,00**	**198.705,00**	**182.458,00**	**172.692,00**	**110.361,00**	**857.971,00**
Personnel	**67.432,00**	**64.500,00**	**67.743,00**	**69.351,00**	**51.459,00**	**320.485,00**
Partenaires						
WBVHA	**264.214,00**	**263.610,00**	**250.606,00**	**242.448,00**	**161.820,00**	**1.182.698,00**
						0,00
Total Partenaires :	**264.214,00**	**263.610,00**	**250.606,00**	**242.448,00**	**161.820,00**	**1.182.698,00**

Partenaires						
WBVHA	**264.214,00**	**263.610,00**	**250.606,00**	**242.448,00**	**161.820,00**	**1.182.698,00**
	0,00	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
Total Partenaires :	**264.214,00**	**263.610,00**	**250.606,00**	**242.448,00**	**161.820,00**	**1.182.698,00**

Programme commun - Memisa						
Investissement	**3.027,00**	**405,00**	**405,00**	**405,00**	**0,00**	**4.242,00**
Fonctionnement	**193.755,00**	**198.705,00**	**182.458,00**	**172.692,00**	**110.361,00**	**857.971,00**
Personnel	**67.432,00**	**64.500,00**	**67.743,00**	**69.351,00**	**51.459,00**	**320.485,00**
Total Memisa	**264.214,00**	**263.610,00**	**250.606,00**	**242.448,00**	**161.820,00**	**1.182.698,00**

7.4. Motivation in relation to the DAC's criteria

7.4.1. Description of Relevance.

- An analysis of the local context (legal, political, socio-economic, cultural), as well as the national policies in relation to the specific objective/sector chosen.

For a general analysis of the Indian context, see Joint context analysis India September 2015, p 11-22, and of the health sector, p15-19

The operational areas of BHCS programme will be in West Bengal and Sikkim.

West Bengal is a state in easternIndia and is the nation's fourth-most populous state, with over 91 million inhabitants. A major agricultural producer, West Bengal is the sixth-largest contributor to India's net domestic product.The state continues to suffer from a low Human Development Index level, substandard healthcare services, a lack of socio-economic development, poor infrastructure, political corruption and civil violence.

West Bengal is the fourth most populous state in India with a population of 91,347,736. The state contributes to 7.8% of India's population. The gender ratio is 947 females per 1000 males.West Bengal is the sixth-largest contributor to India's net domestic product.

Agriculture is the leading occupation in West Bengal. Rice is the state's principal food crop. Rice, potato, jute, sugarcane and wheat are the top five crops of the state. Tea is produced commercially in northern districts- Darjeeling and other high quality teas. State industries are localised in the Kolkata region, the mineral-rich western highlands, and Haldia port region. The percentage of persons below the Poverty Line in 2011-12 has been estimated as 25.7% in rural areas, 13.7% in urban areas and 21.9% for the country as a whole.

Healthcare in West Bengal features a universal health care system run by the state government. Ministry of Health & Family Welfare of the Government of West Bengal is responsible for healthcare administration in the state. The health care infrastructure is divided into three tiers — the primary health care network, a secondary care system comprising district and sub-divisional hospitals and tertiary hospitals providing specialty and super specialty care.

In West Bengal there is a serious shortage of healthcare resources (report of The National Commission on Macroeconomics and Health). Also the number of human resources i.e. doctors and paramedical staff is 1.83 per 1000 population which is well below the norm of 2.25 per 1000. Only 11% of medical colleges are in Bihar, Jharkhand, Orissa and West Bengal and the north-eastern states while 61% of the medical colleges are in the 6 states of Maharashtra, Karnataka, Kerala, Tamil Nadu, Andhra Pradesh and Puducherry

A Chief Medical Officer of Health (CMOH) heads each of the eighteen districts. The responsibility of CMOH is to manage the primary health care sector and ensure the effective implementation of the various medical, health and family welfare programmes. The Block Medical Officer of Health (BMOH) is responsible for providing services and for monitoring and supervising the primary health centres and health programme implementation at the block level.

West Bengal has implemented the activities of the national policy NRHM/NHM in order to attain the goals and objectives of National Population Policy and Millennium Development Goals. NRHM/NHM has transformed public health service delivery. The decentralization, the responsiveness to local needs, the paradigm shift in health system management and the availability of untied funds has improved the facilities and their credibility among members of the public. The performance of JSY, the community mobilization by ASHAs, the number of assisted deliveries and the drug procurement have significantly improved and a larger portion of societies are getting benefit under the Mission (West Bengal Report 2009).

The progress achieved by West Bengal in expansion of institutional deliveries between NFHS-2 (40%) and NFHS-3 (43%) is arguably very slow. Moreover, the proportion of ever married women (in the age 15-49 years), who are anaemic has in fact gone up from 62.7% in 1998-99 to 63.8% in 2005-06. Thus, the latest data reported by NFHS-3 raise further concerns regarding the wellbeing of women, which must be taken into account in policy making for the women in the state.

For the state as a whole a total of 46% of pregnant women got themselves registered for ANC within the first trimester as per HMIS 2009-10. Out of all those registered for ANC only 69% completed three ANCs. Full ANC includes three check-ups and consumption of 100 iron tablets. The percentage of completing the course is even less. Ideally the population to be covered by one Sub-centre should be within 5,000 for plain areas and 3,000 in tribal and hilly areas. Many of the existing Sub-centres have much larger coverage of population. Conducting postnatal check-up for assessing complication of the mother after delivery and illness of the infant is also very crucial but more neglected than the ANC.

The new-born is to be breastfed exclusively up to the first six months and the same has to be started within one hour. However, the NFHS-3 survey in the state found that only around 23.7% of the new-born were being breastfed within the first one hour and only around 58.6% of children in age group 0-5 months were being breastfed exclusively. Thus there is need for awareness generation and community mobilization for promotion of breastfeeding as well as other child feeding practices.

Sikkim is a landlocked state of India, the last to give up its monarchy and fully integrate into India, in 1975. Located in the Himalayan with 607,688 inhabitants as of the 2011 census, Sikkim is the least populous state in India and the second-smallest state.

Sikkim's economy is largely dependent on agriculture and tourism, and as of 2014 the state had the third-smallest GDP among Indian states, although it is also among the fastest-growing. In 2015, Sikkim fully implemented organic farming statewide, becoming India's first "organic state".

On 18 September 2011, a magnitude 6.9M_w earthquake struck Sikkim, killing at least 116 people in the state and in Nepal, Bhutan, Bangladesh and Tibet. More than 60 people died in Sikkim alone, and the city of Gangtok suffered significant damage. During the monsoon, heavy rains increase the risk of landslides.

According to the Constitution of India, Sikkim has a parliamentary systemof representative democracy for its governance; universal suffrage is granted to state residents.

Table :1. Comparison of Health Indicators of West Bengal & Sikkim

INDICATOR	WEST BENGAL	SIKKIM	INDIA
Total population (in crore) (Census 2011)	9.13	0.06	121.01
DecadalGrowth (%) (Census 2011)	13.93	12.36	17.64
CrudeBirth Rate (SRS 2013)	31	17.1	21.4
CrudeDeath Rate (SRS 2013)	117	5.2	7
Natural Growth Rate (SRS 2013)	1.7	11.8	14.4
Infant Mortality Rate (SRS 2013)	16	22	40
MaternalMortality Rate (SRS 2010-12)	6.4	NA	178
Total Fertility Rate (SRS 2012)	9.6	NA	2.4
Sex Ratio (Census 2011)	947	889	940
Child Sex Ratio (Census 2011)	950	944	914
Schedule Caste population (in crore) (Census 2001)	1.84	0.0027	16.6
Schedule Tribe population (In crore) (Census 2001)	0.44	0.011	8.4
Total Literacy Rate (%) (Census 2011)	77.08	82.20	74.04
Male Literacy Rate (%) (Census 2011)	82.67	87.29	82.14
FemaleLiteracy Rate (%) (Census 2011)	71.16	76.43	65.46

Table :2. Comparison of Mother & Child Health Indicator

INDICATOR	WEST BENGAL NFHS-4 (2015-16)-Rural	SIKKIM NFHS-4 (2015-16) – Rural
Pregnant women who had full Antenatal care	20.4	40.2
Institutional delivery	71.9	94.4
Delivery at Govt. health institution	57.0	85.2
Home Delivery conducted by skilled health personnel (Out of total Deliveries)	7.6	2.4
Mothers who received post-natal care within 48 hours of Institutional delivery	58.1	71.6
Children born at home who were taken to health facility for check up within 24 hrs of birth	4.7	0
Mother received Janani Suraksha Yojana for birth delivered in institution	34.0	38.3
Out of pocket expenditure per institutional delivery in Public health facility (Rs.)	7400	2474
Received full vaccination	87.1	83.7
Children exclusively breastfed	49.6	48.6
Children under 3 years breastfed within one hour of birth	47.2	68.9
Infant Mortality Rate	32	38
Under five Mortality Rate	38	39
Male Sterilization	0.1	4.
Female Sterilization	32.1	19.7

Health and health care development has not been a priority of the Indian state. This is reflected in two significant facts -i) the low level of investment and allocation of resources to the health sector over the years – about one percent of GDP with clear declining trends over the last decade and ii) the uncontrolled very rapid development of an unregulated private health sector, especially in the last two decades.

It took 35 years after Independence for the government to make a health policy statement in 1982-83. And it is no coincidence that such a policy statement came only after the 1978 Alma Ata Declaration of the World Health Assembly – Health For All by 2000. But this does not mean that there was no health policy all these years. There was a distinct policy

and strategy for the health sector, albeit an unwritten one. This was reflected through the *Five Year Plans*. By contrast the contribution of the five-year plans to the social sectors is abysmally poor; less than one fifth of the plan resources have been invested in this sector. Health, water supply and education are the three main sub-sectors under social services. Health care facilities are far below any acceptable human standard.
The Constitution of India makes health in India the responsibility of state governments, rather than the central federal government. It makes every state responsible for "raising the level of nutrition and the standard of living of its people and the improvement of public health as among its primary duties". The National Health Policy was endorsed by the Parliament of India in 1983 and updated in 2002. The National Health Policy is being worked upon further in 2017 and a draft for public consultation has been released.

The lack of extensive and adequately funded public health services pushes large numbers of people to incur heavy out of pocket expenditures on services purchased from the private sector. Out of pocket expenditures arise even in public sector hospitals, since lack of medicines means that patients have to buy them. This results in a very high financial burden on families in case of severe illness.

The **National Health Mission** (NHM) encompasses its two Sub-Mission (NRHM/NHM) and National Urban Health Mission (NUHM). The main goals of are 'Attainment of Universal Access to equitable, affordable & quality health care services accountable and responsive to people's needs, with effective inter-sectoral convergent action to address the wider social determinants of health. The main programmatic components include Health StstemStrenthening in rural and urban areas, Reproductive-Maternal-Neonatal-Child and Adolescent Health (RMNCH+A) interventions and control of Communicable and Non-Communicable Diseases.

To control the spread of diseases and reduce the growing rates of mortality due to lack of adequate health facilities, special attention needs to be given to the health care in rural areas. The key challenges in the healthcare sector are low quality of care, poor accountability, lack of awareness, and limited access to facilities.

Various organizations are coming together for improvements in health care and technology plays a crucial role to facilitate this. Information and communications Technology provides hosts of solutions for successful implementation of these changes.

- Description of target groups and beneficiaries.

Direct beneficiaries: 9 Health Forum members (local NGO's and CBO's)
Howrah District Development Forum operates in 6 blocks in Panchla, Amta I, AmtaII,Uluberia II, Udayanarayanpur and Bagnan I through 8 members
North 24 Parganas District Health Forum has 9 members in 8 blocks namely, Baduia, Basirhat 1, Swarupnagar, Bagdah, Hingalganj, Hasnabad, Deganga and Amdanga.
*South 24 Parganas District Health Fourm*spread over in10 blocks, namely, Diamond Harbour II, PatharPratima, Kakdwip, Basanti, Gosaba, Mathurapur II, Mathurapur I, Joynagar I, Budge Budge II, and Mandirbazar. 16 grassroot NGOs/CBOs are the members of the Forum
Darjeeling District Health Forum are operating in 2 blocks namely, Takdah and Kalimpong II. 4 grassroot NGOs are the member
West Sikkim District Health Forum is facilitated by Voluntary Health Association of Sikkim has 2 members in Sombarey Block.

Indirect beneficiaries: The Population:
In South West-Bengal (S24P, N24P and Howrah) we focus on approximately 850.000 people living in 213 villages, grouped in 101 *Panchayats* (group of villages). This is a scaling-up effort compared to the previous program (165 villages) in order to assure the necessary coherence and to create an effect at block level.

In Darjeeling we focus on a population of 120.000 people living in 6 Gram *Panchayats*. The population is mainly composed of subsistence farmers. In general the same observations regarding cultural habits do apply here as well.
In Sikkim we focus on an approximate population of 11,000 living in 20 villages. The people are mainly earning from agriculture with limited variety of productions.
The total population living in the 28 Blocks mentioned in the 3 selected districts of South West-Bengal, Darjeeling and 1 selected district from Sikkim, is **4.687.811 people** (living in the Panchayats within the block but not covered by the program), of which 4.440.025 in South West-Bengal and 124.612 in Darjeeling and 123.266 from Sikkim.
Although we promote responsibility for the whole population within the specific target area, special attention will go to the most vulnerable groups being the children, women in reproductive age, adolescents and elderly people.

- Description of civil society, the decentralised authorities, the public institutions and their main partners.

See Joint context analysis India, September 2015, p. 22-24 and p. 30-33.
This gives a very pointed description of indian civil society. In fact, one significant area of progress over the past decade has been the growing influence of local, national and global CSOs and networks in driving policy change, as with debt relief and trading arrangements. Non-governmental organizations, community organizations, professional associations and other civil society groups are regularly called on to help design and implement poverty reduction strategies. These new approaches reflect the three roles of civil society:

- as participants in the design of strategies,
- as service providers through community organizations and national NGOs
- as watchdogs to ensure government fulfillment of commitments.

Civil society is therefore seen as an increasingly important agent for promoting good governance like transparency, effectiveness, openness, responsiveness and accountability.

List of potential civil society and other partners: see chapter 7.6 description of synergies and complementarities

Decentralised Authorities:
Decentralization intensifies the need for capable staff and increases the importance of capacity-building programs. It inevitably changes the location of power and jobs. Movement geographically or across tiers of government is often impeded by issues related to statute, prestige and poor labor mobility. Decentralization creates more opportunities for local autonomy and responsiveness to more specialized constituencies, but it also gives subnational governments more room to fail if specific steps are not taken to build local technical and managerial capacity. In its democratic political aspect, decentralization has two principal components: participation and accountability.

See Joint context analysis India, September 2015, p. 22-24 and p. 30-33.

- **Table :4. Health Infrastructure of Sikkim & West Bengal**

FACILITIES	**SIKKIM**			**WEST BENGAL**		
	Required	**In position**	**Shortfall**	**Required**	**In position**	**Shortfall**
Sub-centre	151	147	4	13186	10356	2830
PrimaryHealth Centre	22	24		2166	909	1257
CommunityHealth Centre	5	2	3	541	348	193
Health worker (Female)/ANM at Sub Centres& PHCs	171	291		11265	12966	
Health Worker (Male) at Sub Centres				10356	4478	5878
Health Assistant (Female)/LHV at PHCs	24	20	4	909	0	909
Health Assistant (Male) at PHCs	24	12	12	909	0	909
Doctor at PHCs	24	32		909	1006	
Obstetricians & Gynecologists at BPHC/CHCs	2	0	2	348	116	232
Pediatricians at BPHC/CHCs	2	0	2	348	59	289
Total specialists at BPHC/CHCs	8	0	8	1392	175	1217
Radiographers at BPHC/CHCs	2	2	0	348	226	122
Pharmacist at PHCs& BPHC/CHCs	26	10	16	1257	1018	239
Laboratory Technicians at PHCs & BPHC/CHCs	26	28		1257	525	732
Nursing Staff at PHCs & BPHC/CHCs	38	24	14	3345	4544	

(Source: RHS Bulletin, March 2012, M/O Health & F.W., GOI)

Public-Private Partnership (PPP):

The Planning Commission constituted a Working Group on Public Private Partnership to improve health care delivery for the Eleventh Five-Year Plan (2007-2012) under the Chairmanship of Secretary, Department of Health & Family Welfare, Government of India.
Public-Private Partnership (PPP) is an instrument for improving the health of the population. PPP should be looked at in the context of viewing the whole medical sector as a national asset with health promotion as the goal of all health providers, private or public. The Private and Non-profit sectors are very much accountable to health systems and services of the

country. Synergies where all the stakeholders feel that they are part of the system and do everything possible to strengthen national policies and programmes with a proactive role from the Government.
"Public" would define Government or organizations functioning under State budgets, "Private" would be the Profit/Non-profit/Voluntary sector and "Partnership" would mean a collaborative effort and reciprocal relationship between two parties with clear terms and conditions to achieve mutually understood and agreed upon objectives following certain mechanisms.
PPP however would not mean privatization of the health sector. Partnership is not meant to be a substitution for lesser provisioning of government resources nor an abdication of Government responsibility but as a tool for augmenting the public health system.

- Relevance of the outcome/objective and the intervention strategy planned in relation to this analysis:

Relevance of strengthening civil society and decentralized authorities
See Joint context analysis India, September 2015, p. 22-24 and p. 30-33.

The intervention strategy is described under chapter 3: coherence with the strategic plan, 3. Description of strategy. Collaboration with academic institutions is a key aspect in facilitating the change process.

- Consideration of cross-cutting themes;

Gender:
In India, discriminatory attitude towards men and women have existed for generations and effect the lives of both genders. Although the constitution of India has granted men and women equal rights, gender disparity still remains. Gender discrimination violates human rights. These are mostly seen in family land sharing among sisters and brothers.
There is specific research on gender discrimination mostly in favour of men over women. Women are perceived to be disadvantaged at work. Indian laws on Rape, Dowry and Adultery have women's safety at heart, but these highly discriminatory practices are still taking place at an alarming rate.
The cultural construct of Indian society which reinforces gender bias against men and women, with varying degrees and variable contexts against the opposite sex, has led to the continuation of India's strong preference for male children. Female infanticide and sex-selective abortion is adopted and strongly reflects the low status of Indian women. Census 2011 shows decline of girl population (as a percentage to total population) under the age of seven, with activists estimating that eight million female fetuses may have been aborted in the past decade. The 2005 census shows infant mortality figures for females and males are 61 and 56, respectively, out of 1000 live births, with females more likely to be aborted than males due to biased attitudes.
A decline in the child sex ratio (0–6 years) was observed with India's 2011 census reporting that it stands at 914 females against 1,000 males, dropping from 927 in 2001 - the lowest since India's independence. The demand for sons among wealthy parents is being satisfied by the medical community through the provision of illegal service of fetal sex-determination and sex-selective abortion. The financial incentive for physicians to undertake this illegal activity seems to be far greater than the penalties associated with breaking the law.
Education is not wise attained by Indian women. Although literacy rates are increasing, female literacy rate lags behind the male literacy rate. Literacy for females stands at 65.46%, compared to 82.14% for males (Census 2011). An underlying factor for such low literacy rates are parents' perceptions that education for girls are a waste of resources as their daughters would eventually live with their husbands' families and they will not benefit directly from the education investment.
Discrimination against women has contributed to gender wage differentials, with Indian women on average earning 64% of what their male counterparts earn for the same occupation and level of qualification. This has led to their lack of autonomy and authority. Although equal rights are given to women, equality may not be well implemented. In practice, land and property rights are weakly enforced, with customary laws widely practised in rural areas. Women do not own property under their own names and usually do not have any inheritance rights to obtain a share of parental property.
Gender discrimination impedes growth; with lower female-to-male workers ratios significantly reducing total output in both agricultural and non-agricultural sector.[12] It is also estimated that growth in India would increase by 1.09% if its female labor-participation rate were put on par with the US.

Environment:
India's environmental issues are manifold and were largely unattended in the first decades after independence. Only in 1985 a Ministry of Environment and Forests was created, renamed Ministry of Environment, Forest and Climate Change in 2017. Land, water and air pollution are all serious issues. India is the world largest consumer of fuel wood and biomass; its carbon dioxide emissions (over 2000 million metric tons in 2010) rank 3rd after China and the USA. Major efforts at central level to improve environment are noticeable from the 1990s

onwards. Still, average exposure to pollution is increasing, impacting both health and overall development3. Environmental degradation in India is a major causal factor in enhancing and perpetuating poverty, particularly among the rural poor24. Besides, India is a disaster-prone country with frequent earthquakes, floods, cyclones, tsunami's, droughts and landslides25. A national disaster management framework was formulated in 2004; a Disaster Management Act was promulgated in 2005.

Environmental impact assessments (EIA) were first implemented for river valley projects in 1978-1979, were institutionalised by the 1986 Environment Protection Act, and became a regulatory requirement for major projects in 1994 and for small-scale projects in 2006, when regulatory functions were decentralised from central to state level. Possibly to a greater extent than in other domains however, divorce between central efforts versus state and local implementation has been frustrating. This led to a remarkable amount of interventions of the Supreme Court to enforce environmental protection, and to the establishment of the National Green Tribunalxiii in 2010. Besides, over the last years, tensions have grown between the newly elected central government favouring relaxation of environmental laws to foster economic growth on the one hand and the Supreme Court, the National Green Tribunal and environment activists on the other hand. In 2017, the Supreme Court ordered the establishment of an independent national regulator to oversee the EIA process 24,27–29.

In addition to the current growth versus environment debate – termed a misconstrued dichotomy by environmental scientists arguing for a negotiated middle ground30 – the case of the Forest Rights Act (FRA) is worth particular attention. The 2006 FRAxiv was meant to correct the historical discrimination of forest dwellers – mainly tribal populations – by recognising their rights to forest land and resources. As these resources are key for livelihood of most tribal populations, conscientious implementation of the FRA can be expected to foster tribal well being and health. Implementation has however been very partial and Forest Department officials in many cases even deny the existence of the FRA to the rights holders. A 2010 independent report stated that "all of the key features of this legislation have been undermined by a combination of apathy and sabotage during the process of implementation.Unless immediate remedial measures are taken, instead of undoing the historical injustice to tribal and other traditional forest dwellers, the Act will have the opposite outcome of making them even more vulnerable". As of 2018, effective implementation and benefits for the tribal populations are still to be see (Joint Context Analysis:India 2015).

- Relevant actors in the field of development in this context.

Organisation	*Actor*	*Importance*
Civil society	State and National CSOs	• Policy advocacy & support, including health governance • Health systems research & critical analysis • Training for health systems strengthening • Links with federal and state Government
	Local and community CSOs	• Access to local communities • Understanding of local situation
Government	Ministry of Health and Family Welfare	• Core authority for health at national, state and district level
	Gram panchayats/VHSNCs	• Local monitoring
	Other Ministries than MoHFW like • Ministry of Women and Child Development (protection of women and children), • Ministry of Social Justice and Empowerment (empowerment, including of people with disabilities), • Ministry of Panchayat & Rural Development (NREGA, rural livelihood, drinking water and sanitation) • Ministry of Environment, Forests and Climate Change(environment, tribal livelihood), • Ministry of Commerce and Industry (food processing, tobacco),	• Core authorities for comprehensive health policies and/or Health-in-All policies

7.4.2. Description of Effectiveness.

To illustrate the effectiveness of the intervention strategy, as well as the realistic and achievable nature of the outcome/specific objective and the expected results and the fact that that this outcome/specific objective meets the needs

and priorities of the partners and target groups, see also explanation under point 3: coherence with strategic plan – description of the strategy

Effectiveness of means and methods:

Observed tendencies in the on-going program (2010-Till date), which is of quite similar results and objective, show neat progress to be fostered and consolidated by next program: increased involvement of all stakeholders, strong focus on engagement and ownership of local communities on the one hand, and of state government, regional and local authorities on the other; growing internalization of concepts and processes by Forum members; proven interest of public health schools both in the country and abroad.

This objective has very little investment costs, but functioning costs (travel expenses, workshops, didactic tools, support for small partner initiatives) and personnel costs. With approximately 0.10 Euro per capita input for three years (with regard to final indirect target group), cost benefit ratio appears very reasonable.

7.4.3. Description of Sustainability.

The BHCS programme aims to have the following impact:

- Improved Governance structure
- Complete review of all policies and procedures
- Increased 'visibility' and recognition
- Increased opportunities to apply for and secure funding
- Advocacy helps people to have voice and ensure their views, feelings and rights

Sustainability of the program:

BHCS program to date has witnessed considerable gain for relatively small investment (external evaluation, Sen K 2013). Population coverage by the Forum has more than doubled and membership substantially increased from 16 to 41 Members (Kok & James 2006), whilst inflation in India and WB was not taken into account with losses of more than 30 per cent in actual value of funding, over 3yrs.

The conclusions of the external evaluation of the program further state that there are measurable gains in improved access to quality health services in selected Districts and high achievements for the NRHM/NHM program. The broad range of activities covered by the Health Forum highlights one of the few success stories in India of local health systems strengthening, premised not just upon embedding of the concept of action reflection and change but addressing the social determinants of health as a prerequisite for integrated service provision.

Financial:

The intervention works on financial sustainability by concentrating on cost-efficient basic health services at the first line and second level accessible to the population and by putting the emphasis on the government pledge to support health networks which are operational at field level. The program has very little investment cost and the operational costs mostly are for system development and linking the community with existing services and schemes.

The experience and expertise that WBVHA has build up over the years is now more and more solicited by government and other actors. The financial sustainability of BHCS interventions will be ensured through integration of the program experiences with government project and specific interventions could be integrated with other donors; Fund generation will be initiated through services like Research work in collaboration with other institutions; Consultancy to government/NGOs; sharing experience of BHCS in various conferences and teaching/training institutions, Capacity building of GO/NGO partners; Publication of books on our experience.

Socio-cultural:

The sustainability is a point of attention in every aspect of the program. The socio-cultural sustainability is ensured through the strong focus on the engagement and ownership of the local communities by involving all actors at that level, and by working towards a behaviour at personal and village-level with respect for the environment. The conclusions of the external evaluation mid term of the 2014-16 program illustrate how the program is embedded in society:

- The BHCSP partners are able to identify, advocate, develop solutions and fill in the operational and implementation gaps for key national health programs.
- The program partners are valued at the community as an intermediary between the community groups and various government units.
- The program has in many places harnessed and facilitated the energy and enthusiasm of women and the youth as agents of change.

Sustainability of results & technical sustainability

Strengthening and integrating the health services and actors in a gradual on-going process not only is in line with national and international policies, it is also allowing for more chance of success of lasting improvement based on existing resources. WBVHA has been empowered in its technical capacities by Memisa and several experts in PH, also through collaboration with ITM Antwerp. One of the key staff has been trained in public health at ITM Antwerp in 2015-16.

The results are sustained through several interventions, step by step, like community empowerment for claiming affordable quality health care service; creation of an enabling environment for the service providers through community involvement and assurance; identification of operational gaps through case building thus to use the process as advocacy tool; community involvement in local level health planning based on the operational gaps; bringing up the issues of operational and policy gaps at higher level through district health forum; showcasing the good practices and experiences at state/national/international symposiums; influence the policy makers for appropriate policy changes and finally undertaking appropriate actions as per the improved policy guidelines. And the entire cycle will be done through rigorous practice of action-reflection process by district forums. Strategic partner ship should be developed.

- Action –Facilitate service delivery
- Facilitation – Reinforce the autonomy of the health Forum in each of the six districts
- Reflection – Generate and communicate for policy

Exit Strategy

As mentioned earlier, the program is focusing on cost-efficient improvement of existing basic health services at first and second level and is putting emphasis on government pledge to support health networks. That way, on the mid run (3 to 5 years) perspective of phasing out for Memisa becomes realistic in those areas being supported for more than 5 years. Budgets have been adapted accordingly with decrease in 5th year of the program.

In the action learning set we wanted to reflect more deeply on whether and how principles for exit are developed and how they play out in practice.

The three principles of exit criteria are:

1. Ensure that the work we have done is sustainable – this could be continuation of services
2. Ensure the exit does not have a detrimental effect on communities where we work.
3. Ensure that expertise and momentum for change in the country is not lost.

7.4.4. Description of Efficiency.

Explanation of budget: short narrative explaining the big categories of spending

The total budget for the 5 years is 1.182.701€. As WBVHA is already a well established organization, there is very few investment foorseen during this program. (0.3%)

The staff members engaged in Basic Health Care Support program are actually the change agent at the field level. They are mostly engaged in dialogue and interactions at various levels from community groups to health system. BHCS is mainly meant for building a community managed health system. This requires lot of research study, data collection, compilation, sharing, advocacy and lobby. The program is spread over 5 districts in most difficult areas though 40 grass-root partners. Hence, a large number of manpower is required for effective behavior change communication (BCC). A big share of the budget (27%) is therefore estimated for human resource which includes project coordinator; field coordinator and project assistants at partners' level. The program has little service provision directly by itself and links with government schemes and resources to reach them to the people.

The general functioning costs (73%) will cover a contribution to the functioning of Asha Kiran hospital (degressive over the years in view of financial autonomy) and a large number of awareness programs on health rights; strengthening community monitoring system; promotion of IMNCI; promotion of health insurance; service provision for NCD and elderly population; creation of counseling support for women, adolescent and elderly population; strengthening peoples' movement to prevent women violence.

The various tasks of the BHCS staff members are: awareness development; organizing community groups; case building; initiation and documentation of good practices; review of operational and policy gaps and advocacy.

Part of the budget is planned to finance capacity building of the BHCS team in action research and capitalization/ documentation of experiences, facilitated by experts from academic institutions nationally and internationally. This strategy is more cost-efficient than having a full time expat presence, and preferable to stimulate autonomy and independence of the partnerorganisation.

7.5. Description of the specific Partnership Strategy for India

short recall on partnership strategy:
Memisa is looking for a good collaboration with local partners, in an open dialogue based on equality and shared responsibility. Memisa works with local partner organizations to strengthen health care, health services and the health system. Memisa's partners are civil society organizations with a non-profit mission and a social purpose.
For Memisa a true partnership requires a shared vision and a willingness to work together for achieving common objectives, following agreed rules, in dialogue based on equality. An open partnership is based on understanding, mutual trust, mutual respect and openness in good communication.

The local partner has the best contextual and cultural knowledge and should take the lead to ensure the acceptability and sustainability of interventions. This durability is enhanced if the local partner has established an organizational structure, a broad and shared leadership and if he is part of or can count on a structured network of actors around him.
Memisa's partners are involved at every stage of decision making, both in the design, planning, implementation and in the evaluation. A real affinity facilitates the exchange of experiences, skills and knowledge and mutual learning. The partnership should enable the transfer of skills as needed so that the partner can ensure continuity of interventions and enhance sustainability.
The management of the partnership includes the identification and selection of partners, support and capacity building of partners, the transfer of responsibility and the disengagement Memisa. Memisa developed a tool "partnerscan" to formalize and monitor partner managerial capacities.

Memisa has identified WBVHA as partnerorganizationin 1996 and is now in the face of transfer of responsibility, working towards disengagement.The medical advisor of Memisa is also project responsible for India, and assures follow up from a distance, contacts with academic and technical stakeholders, and a yearly mission on the field. For the elaboration of the present program the partnerorganisation has taken the leadership.

West Bengal Voluntary Health Association (WBVHA) is an Indian local Health oriented NGO officially recognized by Indian authorities (this recognition implies meeting criteria on internal management, implementation capacity, technical expertise, yearly audits and reports).

Presentation of WBVHA:
WBVHA is a non-profit, registered society formed in the year 1974. It is a federation of more than 120 health and development organizations across the state. WBVHA is federated to Voluntary Health Association of India, New Delhi – one of the largest health and development networks in the world.
WBVHA is committed to make the ideal of comprehensive health care service at ground level a reality. It gives equal emphasis to preventive and promotive aspects of health. Its conviction is that health is a basic right of all people, which is to be attained by active participation of people and community. It tries to mobilize the community based organizations and local government (*Panchayats*) for spreading awareness on public health issues. WBVHA advocates people-centered policies for dynamic health planning and program management in West Bengal. The beneficiaries of WBVHA's program include health professionals; researchers; social activists; government functionaries and media personnel.
In order to facilitate the idea, WBVHA provides training, health education, technical expertise, teaching aids, publications and documentation services to institutions working closely with all levels of government machineries, it also seeks to extend its services to the sectors left unattended by the conventional health care delivery system.

Mission of WBVHA
Making health and social awareness a reality to the people seeking assistance to improve the quality of life free from any bondage and social in -justice.

Vision of WBVHA
Create a positive attitude among people to adopt a multi-factor approach in order to facilitate health with rights, dignity and social human face.
The key objective of WBVHA is to facilitate peoples' movement through network of civil society organizations thus to raise the peoples' voice to seek for quality health care services.

Through its Basic Health Care Support program, WBVHA is promoting and facilitating district health forum – the district level healthcare NGO network to strengthen community managed local health system thus to work closely with government to increase the peoples' accessibility to quality and affordable health care services. Health Forum has provided an important enabling environment in a state with a poor record of public health intervention, to be held accountable and to improve the quality and quantity of services provided.

Competence of the BHCS team:

WBVHA is responsible for the local execution and follow-up of the program. The overall project coordinator is Mr. B.Basu (full-time), assisted by two full time Project Assistants – Mr. S.Bagchi (Program) – graduated on MPH at ITM, Antwerp ; and Ms. T.Chatterjee (Finance), One full time Public Health Research Officer – Dr. Ketaki Das. One Public Health Consultant worked for one year at WBVHA. Because of distance from Kolkata, WBVHA has a team based in Darjeeling to monitor the programs in that area and in Sikkim. They assure follow-up of partners of the Health Forum on a quarterly basis by means of supervision visits oriented on capacity strengthening.

This program is relying almost entirely on local human resources from WBVHA staff and basic health team, forum members, public and private health facilities and administration, health and government authorities. During his Short Course Health System Management in Antwerp (2008), Mr Basu, WBVHA Program director, was very much appreciated for his input and particular experience in NGO and Civil Society Involvement in strengthening Health Sector in Indian middle income setting. Memisa is actively searching how to draw on this experience elsewhere, even for low income African settings.

The involvement of a senior Indian external consultant, Mr. Aloysius James, drawing fully on endogenous expertise in social system strengthening, is quite a special asset for this program.

Identification of other potential partners and stakeholders and possible synergies and complementarities

During the course of implementation, WBVHA can benefit from the collaboration with the following potential partners and stakeholders :

Name of the Partners	**Field of Intervention**	**Synergies and complementarities**
Institute of Tropical Medicine (ITM), Antwerp (1)	As an academic and scientific institute devoted to the improvement of human and animal healthcare in developing countries, the ITM has always been a natural partner for many cooperation agencies and partner institutions in the South. They are recognized knowledge leaders in the fields of global health and healthcare in Belgium and internationally. They train the aid workers and employees of partners in the South in human and animal health, and coordinate the platforms "Be-cause Health" and "Be-troplive" that bring together all Belgian actors. They strongly promote the "Belgian school of thought" on integrated healthcare. The ITM's staff participates in a wide range of international advisory boards, expert committees and consulting bodies. The ITM also plays an operational role, rooted in a strong commitment to renewed North-South relationships.	Collaboration and Technical support for reseach and documentation process, specifically on local stewardship. Linking to national and international actors in the field of research and health system strengthening;
Institute of Public Health, Bangalore (supported by ITM Antwerp)	IPH is mainly involved in health systems research and is committed to improving service delivery in the government health services with the aim of improving health care for thecommunity.	Developing together a strategy for documentation and validation of best practices in a clear and univocal way so that it can be shared with different stakeholders and used to influence policy as well as to be replicated by other actors
All India Institute of Hygiene & Public Health, Kolkata	AIIH&PH has contributed significantly in the public health scenario of India and South East Asia Region and continues to strive towards public health development through contribution of itstechnical expertise along with capacity building in public health.	Assiisting in research, Impact Assessment, Monitoring & Evaluation
Tata Institute of Social Sciences	TISS is a social sciences institute, since its establishment in 1936, it has been one of the premier institutes in India in social sciences, human development, public policy and economics. The institute is a part of an elite group of research and higher learning institutes with early	Assist in Policy Research

	support from the Tata Trusts in India. Other institutes in this group include Indian Institute of Sciences (IISc) and Tata Institute of Fundamental Research (TIFR).	
Terre des hommes Foundation, IndiaDelegation Office, Kolkata	TDH carries out important support work with pregnant women to reduce the risks they run during pregnancy. TDH gives them assistance with food and ensures that they have access to pre and post-natal care. TDH supports specialised nutrition units, integrated in official hospital formats.	Developing together a strategy for nutritional support to adolescents through existing government system. Also building system of nutritional assessment. Facilitating establishment of specialised nutrition unit integrated in official hospital format
Calcutta Metropolitan Institute of Gerontology (CMIG), Kolkata	CMIG is a voluntary organization dedicated to taking care of elderly people. CMIG is the only organization in Eastern India where Research is linked with welfare activities. CMIG has a Geriatric Clinic with Physiotherapy Unit. CMIG has a team of renowned physicians, nurse, physiotherapists, trained Geriatric Animators and consultant Geriatrician.	Developing and introducing home-based geriatric care package through specially trained community based geriatric animators
CARE	CARE focuses on the empowerment of women and girls because they are disproportionately affected by poverty and discrimination; and suffer abuse and violations in the realisation of their rights, entitlements and access andcontrol over resources.	Developing strategies for intervention on violence against women. Assessment of gaps and deficiencies in government system.
The Department For International Development (DFID)	DFID works with the Government of India on its substantial programmes in health, education, water and basic housing, aimed at improving conditions for the poorest families.	Developing plan to review operational and policy gaps in health system and developing strategy for policy advocacy.
United Nations Children's Emergency Fund (UNICEF)	There are National Committees in 36 [industrialized] countries worldwide, each established as an independent local NGO. The National Committees raise funds from the private sector. UNICEF is funded exclusively by voluntary contributions, and the National Committees collectively raise around one-third of UNICEF's annual income. This comes through contributions from corporations, civil society organizations around 6 million individual donors worldwide.	Developing a strategy to work together such as planning to review operational and policy gaps in the health system and developing strategies for policy advocacy
Friends of Forum (actors, poets, musicians, journalists)	These are famous people who in India can have great influence on policy and politics	Scaling up and documenting the experience of BHCS that can influence policy

(1) Collaboration with ITM Antwerp is based on a win-win situation, in which ITM wins experience and material for research and teaching, and Memisa wins in expertise and credibility (presented in Cape town September 2014, Third Global Symposium on Health Systems Research)

7.6. Description of Synergy and Complementarity.

Memisa is the only Belgian NGO operating is this region. Collaboration has been established with ITM Antwerp, in the light of the documentation strategy, research on stewardship, and linking with national public health institutes and authorities. There is an opportunity for complementarity and synergie with other national and international stakeholders.
See table in previous chapter for more information

8. List of abbreviations

AIIMS	All India Institutes of Medical Sciences
ANC	Antenatal Care
ASHA	Accredited Social Health Activist
BMOH	Block Medical Officer of Health
BPHC	Block Primary Health Centre
BRICS	Brazil, Russia, India, China and South Africa
CBO	Community Based Organisation
CHC	Community Health Centre
CMOH	Chief Medical Officer of Health
CSO	Civil Society Organization
CSR	Corporate Social Responsibilities
DAC	Development Assessment Committee
DFID	Development for International Development
DHO	District Health Officer
DRR	Disaster Risk Reduction
EIA	Environment Impact Assessment
FRA	Forest Rights Act
GDP	Gross Domestic Products
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus Infections and Acquired Immune Deficiency Syndrome
IMF	International Monetary Fund
MDG	Millennium Development Goal
NCD	Non Communicable Diseases
NGO	Non Governmental Organization
NHM	National Health Mission
NUHM	National Urban Health Mission
NRHM	National Rural Health Mission
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
PHC	Primary Health Centre
PMSSY	Pradhan MantriSwasthya Suraksha Yojana
PPP	Public-Private Partnership
PRI	Panchayati Raj Institution
RCCs	Regional Cancer Centres
RMNCH+A	Reproductive-Maternal-Neonatal-Child and Adolescent Health (RMNCH+A)
SES	Socio Economic Status
ULB	Urban Local Bodies
UNICEF	United Nations Children's Emergency Fund
VET	Vocational Education and Training
VHAI	Voluntary Health Association of India
VHSC	Village Health & Sanitation Committee
VHSNC	Village Health Sanitation & Nutrition Committee
WBVHA	West Bengal Voluntary Health Association
WHO	World Health Organization