

#HEALTH4ALL

#Health4All

IATI ID :	BE-BCE_KBO-0435563751-Prg2022
Start date :	01/01/2022
End date :	12/31/2026
Grouped application ? :	Non-grouped
Joint program ? :	Joint

General description

Le programme commun « Health4All » est présenté par Memisa, Médecins Sans Vacances (MSV) et Chaîne de l'Espoir Belgique (CDEB) pour la période 2022-2026. Les trois organisations ont des outcomes communs dans les pays suivants : République Démocratique du Congo et Bénin. Memisa et MSV présentent un outcome commun dans les pays suivants : Belgique (outcome commun avec Médecins du Monde) et Burundi. CDEB présente un outcome dans les pays suivants : République Démocratique du Congo (avec ULB Coopération), Sénégal et Rwanda. Memisa présente un outcome dans les pays suivants : Inde, Guinée et Mauritanie.

A travers ce programme, les trois organisations visent à améliorer la disponibilité, la qualité et l'accessibilité des services de santé pour la population, en particulier les personnes vulnérables, les femmes et les enfants. CDEB, MSV et Memisa agissent toutes trois dans le renforcement du système public de santé, respectivement et complémentarément à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (amélioration de l'offre de soins) ainsi qu'au niveau de l'organisation du système (promotion de la bonne gouvernance) et de la communauté (appui à la demande). Le programme prend également la responsabilité de susciter, stimuler et promouvoir la gestion de connaissances et les apprentissages communs, afin d'assurer la durabilité et l'efficacité des actions, tout en créant un effet multiplicateur pour d'autres zones géographiques ou d'autres secteurs.

De manière plus transversale, le programme permettra aussi aux trois organisations, quel que soit le pays ou la zone géographique, de partager une série d'outils et de bonnes pratiques répliquables et/ou ajustables dans toutes les actions. Il s'agit notamment des outils de gouvernance clinique ("trajet de renforcement de capacités" de MSV combiné au "projets qualité" de CDEB), d'outils NTIC pour l'accompagnement digital de la santé, de pratiques de collectes de données (intégrer le spécifique dans le systémique et la santé publique), d'approches en termes de santé communautaire sur les droits et devoirs des populations ou encore de recherche-action, à partager notamment au sein de plateformes telles que Be-Cause Health ou en faisant le lien avec le CSC Enseignement Supérieur, Recherche et Développement. Le même principe est applicable en termes d'outils de gouvernance et de management tels que ceux liés aux monitorings et (auto)évaluations, aux compensations carbone (outils environnementaux), aux partages de cahier des charges techniques,...

Ce programme met un accent particulier sur les aspects de la durabilité écologique, d'équité de genre en santé et de la numérisation pour le développement (D4D)

Own contribution - Sources of financing

Planned public financing source(s)

MEMISA

UE : 1.780.000€ (acquis) + 1.780.000€ (envisagés)

Actuellement nous travaillons avec l'appui de l'UE en RDC, Burundi, Guinée et Mauritanie. Ces programmes sont construits autour de notre intervention financée par la DGD de façon intégrée et complémentaire tant au niveau des objectifs que des stratégies d'intervention. Bien que les périodes d'exécutions ne soient pas identiques, elles se chevauchent.

Ces contrats sont signés et déjà mis en œuvre partiellement. Le cofinancement pour la période à partir de 2022 est estimé respectivement par pays d'intervention à : RDC : 500.000€ ; Burundi : 300.000€ ; Guinée : 200.000€ ; Mauritanie : 500.000€

La synergie porte également sur les frais de gestion, d'évaluation et d'audit : 140.000€

Il est probable que nous renouvelions certains de ces financements ou que nous en concluons des autres, ainsi nous estimons que le même montant est également envisagé au cours de la période de 5 années.

WBI : 250.000€ (envisagés)

Depuis plus de dix années, chaque année nous introduisons une demande de cofinancement auprès de WBI et chaque année, sans exception, nous avons reçu leur appui. Le montant de celui varie de 50.000€/an à 120.000€. Bien que ces dernières années, nous recevions plus, par prudence, nous estimons le cofinancement à 250.000€.

CHAÎNE DE L'ESPOIR BELGIQUE - CDEB

Remarque importante: la Chaîne de l'Espoir Belgique dispose déjà des fonds propres nécessaires pour le cofinancement programme. Voir dans "explications complémentaires". Les pistes de financements attendues et/ou récurrentes évoquées ci-dessous sont indicatives et contribuent à maintenir les équilibres financiers internes de l'ONG sans consommer les réserves de manière excessive.

WBI : 120.000€ (envisagés): WBI verse chaque année à la CDEB un montant d'une moyenne de 20.000€ pour les parts de cofinancement programme DGD.

Coopération Luxembourgeoise: une demande de cofinancement a été introduite à la coopération luxembourgeoise par la Chaîne de l'Espoir Luxembourg pour la prise en charge du volet "ORL/Malentendance infantile" de programme #H4A - Sénégal de la CDEB pour un montant de 300.000€. Il est très probable qu'ils l'obtiennent: si c'est le cas, les modalités de la collaboration financière seront déterminées en cours de programme et communiquées à la DGD

AFD: l'AFD collabore avec les Chaînes de l'Espoir Belgique et France depuis 2012 sur des projets de santé infantile. Les agences AFD au Sénégal, Bénin et RDC (le PROMEKIN-2 propose déjà des financements directs à la PHRDC) ont été démarchées et ont marqué leur intérêt pour les actions conjointes entre les Chaînes de l'Espoir en Afrique de l'Ouest, avec des principes de financements croisés. La CDEB soumettra des demandes de cofinancement Sénégal-Bénin à partir de 2022-2023

MSV

MSV est actuellement cofinancé par l'Union européenne et compte renforcer les liens au niveau des représentations dans les pays concernés du programme afin d'établir des relations et des collaborations durables. Les partenariats stratégiques avec Memisa et Chaîne de l'Espoir, ainsi qu'avec ENABEL, l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, ICT4Development, l'OMS et le secteur privé ont démontré leur potentiel pour arriver à mobiliser des financements publics tels que ceux de l'Union européenne ou des états membres comme la France, les Pays-Bas et la Suède mais également de l'UNICEF ou d'autres agences multilatérales.

Le fait d'avoir des représentations de Médecins Sans Vacances dans les différents pays concernés facilitera la proximité du suivi des interventions et la diffusion/échange des apprentissages mais également la construction et le renforcement des relations institutionnelles avec les bailleurs de fonds décentralisés sur le terrain (incl. l'ambassade belge) et permettra le développement de nouveaux cofinancements en complémentarité avec le programme commun 2022-2026 cofinancé par la DGD.

Le financement public envisagé est estimé sur base des revenus actuels à un montant annuel autour de 500.000 euros.

Au niveau des provinces, des villes et des municipalités en Belgique, nous recevons un soutien dans le cadre de projets spécifiques. Cela représente un revenu annuel de 35.000 euros.

Planned private financing source(s)

MEMISA

HPH : 937.500 (acquis) + 937.500 (envisagés)

Memisa a créé depuis de nombreuses années l'initiative « Hôpital pour Hôpital » qui met en réseaux des hôpitaux solidaires en Belgique (15) avec des hôpitaux en Afrique. Nous signons une convention avec les hôpitaux belges dans laquelle ils s'engagent à contribuer au programme pour un montant annuel fixe (12.500€). Bien souvent leur contribution dépasse le montant pour lequel ils se sont engagés. Sur cette base nous estimons (15 * 12.500€ * 5 années) à 937.500€ la contribution au programme qui est acquis et compte tenu du fait qu'en général ils contribuent au-delà du double, de façon conservatrice nous envisageons une contribution équivalente.

Grand public : 2.000.000€ (acquis)

Memisa bénéficie de la confiance du grand public qui soutient nos actions et nos interventions à travers des dons. Memisa compte engager un montant de deux millions à introduire dans le programme au cours des 5 années, mais ce montant pourra le cas échéant être ré évalué en cas de besoin si des financements envisagés n'étaient pas acquis. En effet, Memisa dispose déjà des fonds propres nécessaires pour le cofinancement du programme. Les pistes de financements publics et privés évoqués ci-dessus servent à maintenir une cohérence dans l'action Memisa et à maintenir l'équilibre financier de l'ACNG.

CHAÎNE DE L'ESPOIR BELGIQUE - CDEB

Remarque importante: la Chaîne de l'Espoir Belgique dispose déjà des fonds propres nécessaires pour le cofinancement programme. Voir dans "explications complémentaires". Les pistes de financements attendues et/ou récurrentes évoquées ci-dessous sont indicatives et contribuent à maintenir les équilibres financiers internes de l'ONG sans consommer les réserves de manière excessive.

Institutionnels privés

- Fondation Future 21 : 120.000€ attendus pour le Bénin (financements récurrents de 25 à 30.000€/an autour du projet des consultations sociales, avec un versement anticipé de 30.000€ pour le programme 2022-2026 en juillet 2021)
- Rotary International: 100.000€ attendus pour la couverture complète des fonds propres du Rwanda (2022 déjà acquis, sur base d'un projet en cours)
- Chaînes de l'Espoir France et Luxembourg: participeront aux fonds propres des activités qu'ils réalisent dans le cadre des collaborations avec la Chaîne de l'Espoir Belgique au Bénin et au Sénégal

Dons individuels

- Grand public: campagnes, événements, soutiens à l'occasion d'événements familiaux,... Ces activités rapportent annuellement à la CDEB une moyenne de 500.000€, dont une partie est affectée en "réserves fonds propres projets/programmes" (ce qui explique le patrimoine élevé pour ce programme-ci);
- Legs: un leg du même montant est attendu en 2022, dont une part importante sera affecté en partie aux réserves "fonds propres" du programme;
- Mobilisés par les volontaires des missions: fonds propres RDC Haut-Katanga totalement couverts au programme précédent par ces mobilisations (près de 100.000€ en 5 ans); fonds propres du projet "prothèses 3D" au Bénin (démarré, promesses de dons)

MSV

MSV dispose d'un large éventail de canaux financiers pour la collecte de fonds, ce qui lui assure un afflux sain et récurrent de ressources. Ces fonds sont collectés auprès de donateurs privés, d'entreprises ou de fondations. Nous pouvons donc compter sur le soutien de plus de 17.000 donateurs privés, petits et grands. Nous distinguons - de manière plus détaillée et par ordre d'importance - les flux financiers ci-dessous, qui génèrent annuellement un total d'env. 2.450.000 euros de revenus. Ces fonds propres permettront à MSV d'assurer son cofinancement.

Domiciliations ou ordres permanentes : MSV reçoit chaque année env. 1.300.000 euros de dons par le biais d'ordres permanents. Grâce à de nombreuses actions, ces recettes sont maintenues année après année. Elles constituent l'épine dorsale de notre collecte de fonds.

Revenus des campagnes de Direct Mailing : Chaque année, env. 450.000 euros sont collectés par le biais de mailings directs vers une base de données fixe de 6.000 donateurs, qui font plusieurs dons par an.

Legs : Grâce à l'adhésion à Testament.be et à d'autres actions ciblées du réseau, MSV peut compter sur un apport annuel moyen de 250.000 euros provenant de legs.

Dons ad hoc: MSV compte sur environ 200.000 € de dons ad hoc par an. Une partie de cette somme est générée par notre plateforme d'action numérique act.AZV.be et par les actions de collecte de fonds de notre réseau et des sympathisants. Nous menons également de nombreuses actions encourageants les gens à nous verser leur contribution.

Fondations et service clubs: MSV dispose d'un groupe fidèle de donateurs dans les entreprises, les fondations (par exemple la Fondation Roi Baudouin) et les grands donateurs privés, qui soutiennent notre action de manière ponctuelle ou récurrente. Cela représente un revenu annuel d'env. 200.000 euros.

11.11.11.: En tant que membre, MSV reçoit un soutien annuel d'autour de 50.000 euro, qui dépend des revenus de la campagne de 11.11.11.

Additional explanations

MEMISA:

Les montants qui sont communiqués plus haut sont relativement stables d'année en année et la diversité des sources de cofinancement (divers programmes UE, le grand public, etc.) donne une résilience certaine à notre capacité de mobiliser des fonds. En effet, même s'il devait y avoir un changement imprévu avec une ou plusieurs sources, la multitude de celles-ci et notre capacité à en mobiliser d'autres devraient sans trop de difficultés nous permettre de mobiliser le cofinancement pour ce prochain programme. Par ailleurs, l'effet multiplicateur du subsidé de la DGD pour les sources de financement privé de type 4e pilier, est quelque chose qui les motive et crée un phénomène de cercle vertueux les incitant eux même à mobiliser plus de fonds pour nos actions.

CHAÎNE DE L'ESPOIR BELGIQUE - CDEB

La Chaîne de l'Espoir Belgique, tel qu'expliqué plus haut, dispose déjà des fonds propres nécessaires pour le cofinancement programme. Ceci est démontré, sur demande, par les comptes annuels, extraits de compte en banque ou PV de CA. Le rapport annuel 2020 fait par ailleurs état:

- d'une réserve projets/programmes de 588.486,13€

- d'un patrimoine disponible de 1.074.228,34€

- et donc d'un patrimoine total de 1.662.714,47€

Il indique également que:

"Les membres de l'assemblée générale valident la proposition d'affecter la totalité du résultat au "bénéfice à reporter" (classe 14 du bilan).

Il est à noter que la Chaîne de l'Espoir Belgique a, dès à présent, les fonds nécessaires à l'apport propre indispensable dans la demande de financement du prochain programme quinquennal 2022-2026, présenté à la Coopération belge en juillet 2021, visant le développement de ses projets au sein de 4 pays (Bénin-Sénégal, RDCongo et Rwanda) pour un montant de 6 à 6.500.000€."

Ce choix s'explique par le fait que la CDEB multiplie sa demande de subsidé à la DGD par quatre par rapport au précédent programme et que, outre les progrès importants et constants de son processus de professionnalisation (cfr dialogues institutionnels), sa capacité à gérer un programme croissant avec d'autres sources de financements, et ses choix synergiques porteurs (Memisa et MSV / ULBC depuis 2017), elle a anticipé durant 4 ans la prévision d'augmentation de subsidés en sécurisant ses fonds propres.

MSV

Les revenus de MSV sont relativement stables au cours des années. D'autre part, la diversité des sources de revenus pour l'apport propre permet une adaptabilité de MSV pour mobiliser les fonds. En plus, MSV dispose de fonds propres (réserves disponibles) équivalent environ à € 2.600.000 qui peuvent être utilisés pour réaliser l'apport propre du programme dans le cas où les rentrées présentées diminueraient. En effet, le rapport annuel 2020 démontre un bilan qui fait état d'un patrimoine de € 2.666.048.

Own contribution - Valuations**Nature of the valuation(s)****CHAÎNE DE L'ESPOIR BELGIQUE - CDEB**

Comme le programme précédent: valorisation financière des billets d'avion gratuits dans le cadre de son partenariat avec la Fondation SN Brussels Airlines (valeur d'achat du billet le jour de la demande). Ceci représente un montant approximatif de 8.000€/an, soit 40.000€ pour le programme.

MSV

MSV travaille avec un réseau de professionnels de la santé de la Belgique et de différents pays en Afrique qui s'engagent pleinement à travailler avec leurs homologues dans différents domaines de soins hospitaliers dans les trajets de renforcement de capacités des partenaires en Afrique. L'organisation du réseau se traduit par différents groupes de travail composés de volontaires belges et d'experts africains, organisés selon les disciplines médicales, paramédicales et techniques, tant en Belgique qu'en Afrique, et qui travaillent ensemble de manière multirégionale et sur base de projets. Les questions et les besoins du terrain sont discutés et des activités sont organisées. Des déplacements professionnels dans les hôpitaux partenaires et chez d'autres partenaires locaux sont planifiés, rapportés et évalués. Les formations sont organisées sous différentes formes : le coaching sur le tas, la formation de formateurs, des ateliers... mais aussi des échanges virtuels, des formations en ligne et des webinaires grâce aux outils numériques. D'autre part, les volontaires de terrain et les experts africains seront sollicités par les groupes de travail pour participer à l'élaboration de stratégies et à l'harmonisation des protocoles.

Nous aimerions valoriser l'engagement bénévole des volontaires de terrain belges, qui sont tous des professionnels de santé de différentes disciplines et qui offrent leur expertise. Pour la valorisation des activités de renforcement de capacités, nous estimons qu'une activité occupe en moyenne 2 bénévoles belges pendant 10 jours. Nous prévoyons de valoriser 5 activités par an et par pays, soit un total de 15 pour les 3 pays et de 75 sur les 5 ans. Nous ne valoriserions pas toutes les activités réalisées par les volontaires. Le coût est estimé sur base des services similaires par un expert de santé africain, soit 165 €/jour. Au total, avec une inflation de 3% par an, la valorisation des volontaires de terrain serait de 262.802,22 €.

MSV valoriserait aussi les billets reçus de Brussels Airlines sur base du prix du jour de la demande. On considérerait en moyenne 10 billets soit 10.000€ par an et un total de 50.000€ sur le programme.

Estimated amount(s)

CDEB/ billets d'avion: 40.000€

Valorisation MSV : 312.802,22 € (volontaires 262.802,22 € et billets d'avion 50.000 €)

Explanation of Coordination Costs**Description**

Les ACNG du programme #Health4All ont établi un cadre commun de concertation qui se retrouve dans la convention tripartite pour la coordination en Belgique, RDC, Bénin et Burundi. La mobilisation des coûts de coordination est essentiellement faite avec le subside de la DGD, bien qu'il soit possible que d'autres financements y contribuent pour une faible proportion dans le cadre de la synergie et complémentarité entre ceux-ci et le programme DGD.

Pour Memisa les coûts directs sont de 32.981.516€ ce qui inclus des coûts de coordination du programme commun pour un montant de 725.593€. La coordination en tant que telle en Belgique sera essentiellement coûteuses en ressources humaines, mais également sur terrain en mission et en organisation d'atelier de planification, compte rendu etc.

Le budget estimatif est : 50% ETP Manager des programmes, et 25% de deux ETP Santé publique (85.000€/an soit 425.000€). Des ateliers et des missions de coordination par pays, par an (10.000€ pour 4 pays*5 ans : 200.000€ ; 18.000€ pour la RDC*5ans : 90.000€) ainsi que des frais de fonctionnement, déplacement et ICT en Belgique pour environs 10.593€

Pour MSV, les CD sont de 8.014.329 €, signifiant 176.315 € pour la coordination du programme. Ceci inclut essentiellement des rencontres de planification et M&E et les frais de RH afin de participer à la coordination avec Memisa et CDEB. Une autre partie de la coordination découle de la proximité des équipes des organisations dans les pays d'interventions.

Pour CDE, les CD sont de 1.721.326€. Les coûts de coordination sont inclus dans les coûts de gestion et comprennent des coûts-salaires du/de la Directeur.trice des programmes (0,2ETP) et du/de la responsable médical.e (0,15ETP).

Mandatory annexes classified by programme

Title of the annex	Type of document	File
Panorama Synergies - ENABEL-#H4A	Other	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Panorama%20Synergies%20ENABEL%20H4A.pdf
Convention de collaboration multi-outcomes Programme #Health4All - IMT	Collaboration Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/20210713%2010611%20MOU%20IMT_Final.docx
Convention de collaboration structurelle entre Memisa-MSV-CDEB	Structural Cooperation Agreement between the ANGC associates	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Cadre%20strat%C3%A9gique%20programme%20Commun%20%23Health4All.pdf
Budget Programme #Health4All - MEMISA	Budget	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2022-07/BE-BCE_KBO-0435563751-PROG22%20apr%C3%A8s%20avis%20et%20conforme%20tranches%20AM.xlsx
Stratégie collaboration #Health4All	Description of the joint programme's cooperation strategy	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Strat%C3%A9gie%20collaboration%20%23Health4All.docx
Cadre conceptuel Programme commun	Other	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Cadre%20conceptuel%20Programme%20commun.pdf
Projet convention collaboration multioutcome H4A MSV Humatem	Collaboration Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/projet%20convention%20collaboration%20H4A%20MSV%20Humatem_0.pdf
Projet convention collaboration multioutcome H4A MSV Fracarita	Collaboration Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/projet%20convention%20collaboration%20MSV%20Fracarita.pdf
ToC institutionnelle MSV narratif et schéma - complément	Other	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/TOC%20institutionnelle_MSV_narratif%20et%20sch%C3%A9ma.pdf
Budget Programme #Health4All - CDEB	Budget	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2022-04/20220329%20Budget%20Programme%20%23Health4All%20-CDEB%20.xlsx
Budget Programme #Health4All - MSV	Budget	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2022-04/Budget%20programme%20%23Health4All%20-%20MSV%20r%C3%A9vis%C3%A9%20FINAL.xlsx
Reprogrammation CDEB avec le cofinancement DGD	Other	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2022-04/Reprogrammation%20CDEB%20avec%20le%20cofinancement%20DGD.pdf

Basic Health Care Support Programme

Contacts

Contact details for the outcome's ANGC reference person in Belgium

Name :	Felipe SERE
Telephone :	+3224541546
Email :	felipe.sere@memisa.be

Contact details for the outcome's ANGC reference person or their representative in the field

Organization :	West Bengal Voluntary Health Association
Name :	Biswanath Basu
Telephone :	+919830727175
Email :	biswbvha@gmail.com

Author information

Lead NGO/Owner :	MEMISA
Name of accredited actor	Memisa België

General

Title of the outcome – French or English (mandatory) :	Basic Health Care Support Programme		
IATI activity Identifier :	BE-BCE_KBO-0435563751-Prg2022-7-IN		
Outcome start date :	01-01-2022		
Outcome end date :	31-12-2026		
Country of intervention :	India		
Region :	South & Central Asia, regional		
Sector :	12220 - Health - Basic health care	Budget share :	50%
Sector :	15150 - Government & Civil Society - Democratic participation and civil society	Budget share :	30%
Sector :	12261 - Health - Health education	Budget share :	20%

General objectives

The Basic Health Care Support program (BHCSP) implemented in 5 different districts by WBVHA. We work with a network of community Civil Society Organisations (CSO) and community Based Organisations (CBO) in different villages to directly contribute to the ODD 3 and 5 (among others).

The program aims at:

Building community resilience to resist shocks such as epidemics (COVID19) and natural disasters (Amphan)

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 to change so that policy corresponds better to the needs.

Stimulating strategic and functional partnerships that are needed at every level to influence policy, from the community up to policy level.

The program has evolved throughout the years from a normative 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.

Geographic location of the outcome's intervention zone

West Bengal, India

Lat/Long :	22.978624, 87.747803
------------	----------------------

Howrah District

Lat/Long :	22.608562744564, 88.254076449863
------------	----------------------------------

North 24 Parganas District

Lat/Long :	22.856026610055, 88.650042819922
------------	----------------------------------

South 24 Parganas District

Lat/Long :	22.174751093942, 88.808777134167
------------	----------------------------------

Darjeeling District

Lat/Long :	27.041196589671, 88.247939333722
------------	----------------------------------

Jalpaiguri District

Lat/Long :	26.529975146423, 88.717374096318
------------	----------------------------------

Outcome summary

Description of the outcome

In India, Memisa implements the BHCSP with its partner, the West Bengal Voluntary Health Association with 3 paths to change:

Promote good governance: strengthen local leadership, document the changes introduced, in collaboration with research institutions to influence the decision-making level.

Supporting community empowerment: stimulate local and community initiatives. Support political advocacy and societal movements for greater solidarity.

Managing knowledge management: the entire programme is constructed as a participatory action-research. This translates into active participation in knowledge management spaces, publication and dissemination of experiences and tools, facilitating access to national and international platforms for local civil society partners, and the search for effectiveness and efficiency through the Plan-Do-Study-Act cycle.

This outcome places particular emphasis on the aspects of ecological sustainability and gender equity in health.

The Basic Health Care Support program implemented by WBVHA is functioning in 5 different districts of West Bengal, India. We work with a network of community groups 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 and documenting the process, problems and obstacles, the program proposes a change so that policy corresponds better to the needs.

Stimulating strategic and functional partnerships that are needed at every level to influence policy, from the community up to policy level. The program has evolved throughout the years from a normative 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 at every level.

Wording of the outcome

By 2026, the resilience for the health and well-being of the target population of West Bengal is improved through community empowerment and good governance at all levels, from village to state.

Target groups

- 75 Gram Panchayat (GP) of 25 blocks under 5 districts of West Bengal, India
- Rural Medical Practitioners (RPMs)
- Elderly Groups, Adolescent Groups and Self Help Groups in each village
- Accredited Social Health Activists (ASHAs)
- Block Forums, District Forums and Village Health Sanitation and Nutrition Committees (VHSNC)

Sensitive and confidential information

NA

Categorization: Sustainable Development Goals

SDG :	Goal 3. Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages	SDT :	Strengthen the capacity of all countries, in particular developing countries, for early warning, risk reduction and management of national and global health risks
SDG :	Goal 5. Achieve gender equality and empower all women and girls	SDT :	Eliminate all forms of violence against all women and girls in the public and private spheres, including trafficking and sexual and other types of exploitation
SDG :	Goal 17. Strengthen the means of implementation and revitalize the Global Partnership for Sustainable Development	SDT :	Enhance the Global Partnership for Sustainable Development, complemented by multi-stakeholder partnerships that mobilize and share knowledge, expertise, technology and financial resources, to support the achievement of the Sustainable Development Goals in all countries, in particular developing countries
SDG :	Goal 6. Ensure availability and sustainable management of water and sanitation for all	SDT :	By 2030, achieve access to adequate and equitable sanitation and hygiene for all and end open defecation, paying special attention to the needs of women and girls and those in vulnerable situations
SDG :	Goal 10. Reduce inequality within and among countries	SDT :	By 2030, empower and promote the social, economic and political inclusion of all, irrespective of age, sex, disability, race, ethnicity, origin, religion or economic or other status

Markers & Tags

1. Gender Equality :	2
2. Aid to Environment :	2
3. Participatory Development / Good Governance :	2
4. Trade development :	0
5. Biodiversity :	0
6. Climat Change – Mitigation :	1
7. Climat Change – Adaptation :	1
8. Desertification :	0
9. RMNCH - Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health :	2
10. HIV / AIDS :	1
11. Children's Rights :	2
12. Disability :	1
13. Nutrition :	1

1. D4D - Better use of big data :	No
2. D4D - Digital for inclusive society :	Yes
3. D4D - Digital for inclusive and sustainable economic growth :	Yes
4. Private Sector Development :	No
5. Health - Sexual and reproductive health :	Yes
6. Health - Quality medicines :	Yes
7. Health - Health financing and Universal Health Coverage :	Yes
8. Refugees :	Yes
9. Covid-19 :	Yes

Categorization: Positioning with regard to the objectives of Belgian Development Cooperation, described in its strategy papers

Agriculture and Food Security

The outcome makes a positive contribution to the theme of nutrition, which has been included in the strategic note on agriculture and food security of Belgian cooperation as one of the three overarching themes. This will be done in several ways: local partners are expected to establish inter-professional collaborations with other sectors related to health, agriculture, environmental management. The strategies of 'spot feeding' implemented by the program help fight child malnutrition in the villages, in a sustainable way, by the communities themselves. Sustainable agriculture and food security are also crucial for the achievement of SDG 1 'No Poverty' and SDG 3 'Good Health and Well-being'. The programme will promote the networking of local partners with other community stakeholders operating in agriculture on aspects of food security, food quality nutrition. In order to ensure that the population can benefit from timely care, the programme also supports community initiatives for the protection of the poorest, for hygiene and sanitation, and for local solutions for the care of malnourished children. The roles and responsibilities of each party are defined and the community takes the lead in implementing the action.

Our integrated and cross-cutting approach to improving the health system is needed, including education and health care. Sensitive and specific multi-sectoral activities are planned, e.g. social protection, health systems, access to clean water and sanitation.

The exchange of knowledge and experience with and among other NGOs participating in South Asia will also ensure that the outcome integrates this theme transversally in its activities.

Education

The H4A programme in India is in line with the objective of the strategic note of the Belgian cooperation on education concerning the concentration of the support of the Belgian cooperation on, among others, technical and professional education. The programme aims to contribute to the further professionalization of the health sector in different ways:

—Investing in the development of human resources for health through the strengthening of medical, paramedical, technical, administrative and management personnel, based on national

health policies and strategies and in consultation/involvement with the health authorities.

—Local partners will collaborate with education authorities and research centres in order to (i) contribute to the improvement of study data (ii) provide continuous training to the population and health staff.

The outcome will also raise awareness against child marriage and early pregnancy in order to keep the girls in school.

The exchange of knowledge and experience with and among other NGOs through the path of knowledge (cf. TOC) management will also ensure that the outcome reinforces this theme in its activities.

Children's rights

The outcome works to ensure that children and mothers have access to quality health care. In terms of child protection, we advocate with authorities and partners against stigma, discrimination and harmful practices against children. Income-generating initiatives and support to Community Health Funds strengthen the socio-economic status of children, women and their households to reduce their vulnerability. In addition, we support the medical staff, ASHAs and other key stakeholders with continuous training in order to improve the availability and quality of services for children (including the prevention of mother-to-child transmission of HIV/AIDS), and thus reduce infant and maternal mortality. A patient-centred approach is emphasized to ensure children's right to appropriate information on their health, sexual and reproductive health and rights. Finally, we work to give children a voice so that they can express their opinions and participate in decisions and services that affect them.

This is concretely translated in the programme by: 1. empowering and coaching the adolescent's groups and the women's 'self-help' groups; 2. promotion of community health funds to reduce out-of-pocket costs 3. by specific work on paediatric data, to be integrated into a public health vision.

Development education

Within the framework of the education for global citizenship and solidarity outcome, implemented in Belgium, the outcome of the "Health4All" programme in India will be able to provide a solid foundation on which the ECMS programme can be based, in order to address relevant themes based on current realities and not only in theory. Through education for global citizenship and solidarity, we want to support individual and collective citizen mobilizations in favour of equitable global access to quality health care for all.

Environment and climate change

Our outcome, the Basic Healthcare and Support Programme, is aligned with several of the objectives in the strategic note. We have developed an environmental integration tool tailored to our work that will allow us to implement this alignment on water, land and air protection and climate change.

We are directly aligned with point 4.1.3 of the strategic note as well as with policy coherence.

Of course we support the differentiated separation of medical and non-medical waste in health facilities, but our action does not stop there. Indeed, our programme ensures that we remain consistent in our development policies. We offset the CO2 emissions of our international travels and have a "CO2 Logic" label. We also pay particular attention to the disposal of wastewater and waste to avoid water and soil contamination.

In order to limit the impact of transporting goods, where possible, we favour local purchases. Support for partners and health structures to carry out prevention and awareness campaigns for the population on the environment in both the private and public spheres.

Gender

The outcome aims to reduce gender inequalities through the promotion of sexual and reproductive health and rights and the fight against gender-based violence, in particular the right of women to have control over their own bodies, to freely decide if/when they want to get married whether or not to have children and to freely choose the number of children. Particular attention will be given to the promotion of modern contraceptive methods by improving the supply of services (training of providers, availability of family planning) and by reducing geographical, financial and socio-cultural barriers to demand (community awareness, proximity of services, financial accessibility of services). Emphasis will also be placed on access to pre-natal and post-natal care and the fight against child marriage. Community leaders and community groups will be equipped to provide coaching and referrals to health, legal and/or psychological support services for victims of Gender-based violence. Communities will also have access to comprehensive sexuality education.

Migration

The theme of migration is indirectly linked to the theme of health. The policy note by Minister of Development Cooperation Ktir (November 2020) states that migration creates additional pressure on states that are already struggling to provide basic services, as 85% of refugees are hosted in developing countries. This situation is no different in the countries where the H4A programme is implemented, including India. Indeed, rapid urbanization, COVID19 as well as natural catastrophes (cf. Amphan) created an internal/external migration crisis. It is therefore of the utmost importance to invest in the health system and community resilience, as the H4A programme does in India, in order to strengthen health care as a basic service in terms of supply, quality and accessibility to the most vulnerable population groups.

Digitalization - Digital for Development D4D

The Programme is aligned with the objectives of the Digitization Note.

Digital for inclusive societies

Democratic inclusion: The public health data enable statistics that empower citizens by documenting and maintaining statistics on the care they have received.

Financial and economic inclusion: Memisa promotes digitization with a particular focus on the digitalization of banking (internet) and financial (cloud) tools, allowing a virtuous circle of increased productivity and saving time and money worldwide. At the same time, the constant improvement and learning process are strengthening the financial and economic know-how of all stakeholders.

Health

The outcome aligns with the objectives of the policy notes on the right to health and health care, SRHR, COVID19 and the addendum on universal health coverage (UHC).

On the policy note 'The right to health and health care', we align ourselves with different approaches. We have a multi-sectoral approach. There is a focus on local initiatives for access to quality food, gender equality, empowerment of vulnerable people and access to clean water. Through another sectoral approach, we strengthen the health system in a systemic way at all levels of the health pyramid.

On the policy note that SRHR, our programme is built on the same basic principles, namely the human rights approach, the comprehensive and positive approach to sexuality/reproductive health and the right to health and health care for all. We work together with our partners and target groups in mainstreaming SRHR and in the fight against sexual violence, child marriage and early pregnancies. We use the Body&Rights tool developed by Be-Cause Health and work to make access to Comprehensive Sexual Education (CSE) available to all.

At the UHC level, we support different initiatives or mechanisms for subsidizing care, such as community health funds (CHF). Emphasis is also placed on improving the care package corresponding to the health needs of the population. Regarding COVID19, we support organizational and community resilience to ensure preventive and curative care. In terms of health frameworks, our drivers include the Alma Ata/Astana declarations on primary health care, the sustainable development goals (particularly goals 3 and 5) and the Paris declaration.

Private sector

The Memisa-MSV-CDEB Health4All programme, including the Basic Health Care and Support outcome in India, is a programme aiming to strengthen the public health system and empower communities. It is not intended to contribute to the development of the private sector or to promote Small and Medium Enterprises.

However, in the health sector, several actors (public, private for-profit and private not-for-profit) interact permanently. It is therefore relevant to stress that the programme aligns well with the operational priority of strengthening public institutional capacity and with the sectoral priorities on energy.

On public institutional capacity building, the programme supports organizational capacity building, in particular for the design, implementation and monitoring of development strategies in the health sector; where several private actors (profit and non-profit) interact.

We do not support in any way the activities included in the exclusion list adopted by the European Development Finance Institutions.

Subsidy bonus allocation: priority themes and strategic priorities

Human rights-based approach

Value C: The implementation of our outcome, through social and political mobilization, aims to make effective and guarantee the right to health for all. Our starting point for the approach is to work with our partners and other stakeholders to identify societal roles, in particular the rights holders and duty bearers in the system, to contribute to the smooth functioning and social dialogue. Only by mobilizing even wider support for our cause can we continue to convince policy makers, their constituents and health and development actors that it is in everyone's interest to invest in access to care for all. This fundamental right is embodied in Article 25 of the Universal Declaration of Human Rights and is part of the Sustainable Development Goals (SDGs), in particular SDG 3.8. In line with the vision of the UHC2030 initiative, we also focus on the 'leave no one behind' principle, whereby the human rights approach is combined with a commitment

to equal opportunities and non-discrimination. This right to health underpins all of Memisa's and WBVHA activities, whether they are in the field of health services, advocacy or accompanying social change. The relevance of our focus on universal access to quality basic health care is not limited to a 'rights approach', but also positions the relevance of health as a precondition for economic development in general.

Decent and sustainable work

Value C: The strategy being implemented structurally integrates two of the four pillars of decent work: extending social protection and promoting social dialogue. As seen in the outcome's Theory of Change, the intervention strategy for this component is to support the self-help groups in their development of Community Health Funds, as well as coaching the participants at every level to foster quality social dialogue. Decent and sustainable work is a strategic part of our intervention from the very beginning.

Links are created with the Decent Work JSF and experiences are shared with other outcomes, like Burundi's. During the 2022-2026 programme, synergies and complementarities will continue to be developed in order to improve the efficiency and harmonization of actions.

Gender

Value C: The implementation strategy contributes directly to the second priority of the DGD, sexual and reproductive health and rights. In India, discriminatory attitude towards men and women have existed for generations and affect the lives of both genders. Although the constitution of India has granted men and women equal rights, gender disparity still remains. These are also seen in family land sharing among sisters and brothers.

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.

Female infanticide and sex-selective abortion is adopted and strongly reflects the low status of Indian women.

Although literacy rates are increasing, female literacy rate lags behind the male literacy rate. Literacy for female stands at 65.46%, compared to 82.14% for males. 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.

Women in West Bengal are commonly portrayed as most oppressed and a majority of them are grounded in both poverty and patriarchy. Child marriage is also very common in West Bengal. By empowering the self-help women's groups and the adolescent's groups in each village, the programme contributes to directly tackle all this issues. In addition, the adolescent groups are empowered to tackle the issues of child marriage and early marriage among their communities.

Environment

Value C: MEMISA has developed and tested a specific environmental integration tool in order to make an analysis of the potential impact on the environment and climate of the intervention, and vice versa, has an action plan to neutralize possible negative effects and also takes targeted measures with a positive impact on the environment/climate; e.g. in terms of renewable energies in construction, local procurement or offsetting the carbon footprint of the action.

Improving medical supply and quality of care is closely linked to the availability of medical equipment, which must be operational and appropriate for the diagnostic and therapeutic services that need to be provided in a timely manner. If not done properly, landfill can contaminate drinking water. Poorly designed, managed or maintained landfill sites pose a risk to those who work there. Improper incineration or incineration of unsuitable material results in the release of pollutants and ash residues into the atmosphere. Incineration of materials containing chlorine can produce dioxins and furans, which are carcinogenic to humans and have been associated with various adverse health effects. The incineration of heavy metals or materials containing a large amount of metal (especially lead, mercury or cadmium) can result in the release of toxic metals into the environment.

In all our interventions we provide a proactive attitude for the protection of the environment related to the interventions such as community training on waste management.

Common outcome within a common programme

Value A: the outcome is not common to the accredited organizations (MSV and CDEB) submitting the joint programme.

Common outcome between distinct programmes

Value B: the result (output) following the "knowledge management" path is common to several other programmes, in other countries. Such as the programmes of Action Damien, Viva Salud or ULB Coopération. This common output will allow us to reach positive common results in the field of knowledge management, and improve the efficiency and effectiveness of our actions; harmonizing our approach as Belgian stakeholders in organized spaces such as Be-Cause Health.

Areas of complementarity and synergy with the intervention of ENABEL

Value A: ENABEL is not present in our geographical area of intervention. Nevertheless, Memisa has major synergies with ENABEL and as well as collaborations regarding the outputs of the "knowledge management" path (cfr. TOC) could lead to concrete synergies and lessons learned to be shared in Be-Cause Health events.

Description of the outcome, results and strategy

Description of the expected results

Formulation of outcome or result :	OUTCOME: By 2026, the community resilience for the health and well-being of the population is improved through community empowerment and good governance at all levels from village to state.
Indicator title :	Ind. A: Level of community participation and engagement in the forums
Indicator description :	Level of community participation and engagement in the Block and District forums. Internal score of 1-10 based of an internal tool measuring attendance, training provided, and other factors.
Baseline :	5
Target Year 3 - 31/12/2024 :	8
Target Year 5 - 31/12/2026 :	10

Formulation of outcome or result :	OUTCOME: By 2026, the community resilience for the health and well-being of the population is improved through community empowerment and good governance at all levels from village to state.
Indicator title :	Ind. C: No. of community groups/peoples' platform are capacitated and engaged in action at various level.
Indicator description :	Number of community groups or platforms which are strengthen throughout capacity building AND are active at their level during the year.
Baseline :	Community groups: 218 ; Platforms: 58
Target Year 3 - 31/12/2024 :	Community groups: 240 ; Platforms: 64
Target Year 5 - 31/12/2026 :	Community groups: 265 ; Platforms: 70

Formulation of outcome or result :	OUTCOME: By 2026, the community resilience for the health and well-being of the population is improved through community empowerment and good governance at all levels from village to state.
Indicator title :	Ind. B: Users satisfaction rate
Indicator description :	Satisfaction rate among users of health services in Sub Centers, Primary Health Centers and BPHC Hospitals during the year
Baseline :	Men: 49.24% Women: 40.61%
Target Year 3 - 31/12/2024 :	Men: 54% Women: 48%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	Men: 59% Women: 55%

Formulation of outcome or result :	R1: The community has the capacity and the tools to understand their rights and collaborate with the service providers.
------------------------------------	---

#Health4All

Indicator title :	Ind. 1.1: # of Community Health Fund (CHF) groups are successful in operation of health fund
Indicator description :	Number of community Health Funds which are official and functional among Self Help Groups by the end of the year.
Baseline :	555
Target Year 3 – 31/12/2024 :	630
Target Year 5 – 31/12/2026 :	700

Formulation of outcome or result :	R1: The community has the capacity and the tools to understand their rights and collaborate with the service providers.
Indicator title :	Ind. 1.2: # of community groups are active in the field of reducing early marriage and early pregnancy
Indicator description :	Number of community groups (adolescents groups, self help groups, etc.) which organized at least 2 activities of child marriage prevention and/or early pregnancy prevention during the year.
Baseline :	15
Target Year 3 – 31/12/2024 :	30
Target Year 5 – 31/12/2026 :	40

Formulation of outcome or result :	R1: The community has the capacity and the tools to understand their rights and collaborate with the service providers
Indicator title :	Ind. 1.3: # of CBOs capacitated on government schemes and programs and able to tackle discrepancies among the population
Indicator description :	Number of Community Based Organizations and Private non-for-profit organisation who received capacity building on government schemes and are actively linking members of their communities with such schemes during the year.
Baseline :	65
Target Year 3 – 31/12/2024 :	80
Target Year 5 – 31/12/2026 :	95

Formulation of outcome or result :	R1: The community has the capacity and the tools to understand their rights and collaborate with the service providers
Indicator title :	Ind. 1.4: # of documented initiatives taken by community groups through resource mobilization
Indicator description :	Number of local initiatives during the year aiming to tackle community health issues to improve community resilience in a sustainable way (covid prevention, environment protection, garbage disposal, access to water, health promotion, etc.); which are properly documented (reports, pictures, video, etc.)
Baseline :	40
Target Year 3 – 31/12/2024 :	60
Target Year 5 – 31/12/2026 :	80

Formulation of outcome or result :	R2: The duty bearers and right holders tackle local health issues in formalized forums and improve overall well-being of the population
Indicator title :	Ind 2.1: # of change processes introduced, documented and disseminated
Indicator description :	Number of total community change processes introduced by duty bearers groups at the forums, documented (reports, pictures and/or videos) and disseminated (articles, videos, seminars, presentations) during the year.
Baseline :	15
Target Year 3 – 31/12/2024 :	20
Target Year 5 – 31/12/2026 :	25

Formulation of outcome or result :	R2: The duty bearers and right holders tackle local health issues in formalized forums and improve overall well-being of the population
Indicator title :	Ind 2.2: # of health evidences collected, analyzed, documented and shared for advocacy from local government to Block/District and State level
Indicator description :	Number of health advocacy campaigns conducted during the year at the GP, block, district and/or state level.
Baseline :	GP Level: 45 Block Level: 29 District Level: 7 State Level : 1
Target Year 3 – 31/12/2024 :	GP Level: 70 Block Level: 35 District Level:10 State Level : 2
Target Year 5 – 31/12/2026 :	GP Level: 95 Block Level: 45 District Level:12 State Level : 2

Formulation of outcome or result :	R2: The duty bearers and right holders tackle local health issues in formalized forums and improve overall well-being of the population
Indicator title :	Ind. 2.3: # of community groups are active in community monitoring system
Indicator description :	Number of community groups (elderly groups, adolescent groups, self-help groups) active in at least 2 community monitoring activities during the year.
Baseline :	35
Target Year 3 – 31/12/2024 :	55
Target Year 5 – 31/12/2026 :	85

Formulation of outcome or result :	R2: The duty bearers and right holders tackle local health issues in formalized forums and improve overall well-being of the population
Indicator title :	Ind 2.4: # of teachers trained in SRHR and actively organizing CSE activities
Indicator description :	Number of teachers trained in Sexual and Reproductive Health Rights and actively organizing documented (report, photos, videos) CSE activities with the local youth.
Baseline :	0
Target Year 3 – 31/12/2024 :	16
Target Year 5 – 31/12/2026 :	32

Formulation of outcome or result :	R3: The programme's lessons learned and achievements over the last 15 years are showcased, documented, published and shared to foster new collaborations and to improve efficacy and effectiveness of similar experiences
Indicator title :	Ind 3.1: # experiences documented and shared in national and/or international venues
Indicator description :	Number of experiences, tools, lessons learned properly documented and shared in nationals or international seminars conferences or other venues during the year, as scientific publications, scientific posters, oral presentations, books, movies or other formats.
Baseline :	12
Target Year 3 – 31/12/2024 :	15
Target Year 5 – 31/12/2026 :	18

Formulation of outcome or result :	R3: The programme's lessons learned and achievements over the last 15 years are showcased, documented, published and shared to foster new collaborations and to improve efficacy and effectiveness of similar experiences
Indicator title :	Ind. 3.2: # of thematic seminars of conferences organized, cumulative

Indicator description :	Number of thematic seminars or conferences (co-)organized, with participation of stakeholders of each level, from GP to State level, cumulative number from 2022-2026
Baseline :	1
Target Year 3 – 31/12/2024 :	3
Target Year 5 – 31/12/2026 :	5

Activities, targets groups and beneficiaries

Classification of activities

- Capacity Building/Training: It has long-term impacts and fosters a sense of ownership and empowerment, so that communities gain greater control over their own future development.
- Coaching: Coaching is effective tools in BHCS for helping participants reframe their operating systems/performance, new ideas, transition to new leadership, negotiate partnerships and critical competencies for community-building efforts.
- Monitoring: Community participation in health care is important. The community-based monitoring generates the appropriate information for high quality service delivery and seeks to strengthen local decision-making and effective participation in local government.
- Health Promotion: Health promotion enables communities to improve their health and also promote, prevent to reduce risk, and increase resilience on health. Community participation is the basis of successful health promotion.
- Funding: Funding refers to the community resources required to run the community initiatives, like garbage pits, access to water, etc.
- Linkage Development: Leaders coordinate to improve linkages and connecting with the stakeholders (public/private), who support and advocate change at local level -Knowledge Development: It boosts the efficiency of the programme's decision-making abilities and also helps to acquire, organize and transfer explicit, implicit and tacit knowledge.
- Advocacy and lobbying: Advocacy involves taking various types of actions to bring change.
- Lobbying involves attempts to influence the decisions, actions, or policies.
- Organizing conferences and seminars

Target group(s)

- Village, Block and district forums
- Adolescent Groups: homogeneous groups of people between 10 and 19 years old.
- Elderly Groups: are made up of individuals of about 60 years old or older; who connect with each other's and share a common interest and/or health concern
- Self-Help Groups: informal and homogeneous groups of 10 to 12 local women
- Civil Society Organisations (CSO) and Community Based Organisations (CBO): non-for-profit organisations active at different levels (village to state level)

Beneficiaries

WBVHA is working in 5 districts of West Bengal, which they cover 2 blocks in North Bengal and 23 blocks of South Bengal, which covers 75 Gram Panchayats (GPs). The total population living in the 75 GPs mentioned in the 2 selected districts of North Bengal and 3 selected districts of South Bengal is 1,498,777 of which 85,294 in North Bengal and 1,413,483 in South Bengal.

Title of the reference annex :	#H4A - INDIA: Theory of Change
Title of the reference annex :	#H4A - INDIA: Analysis of risks associated with the outcome

Description of tasks among associate ANGCs

NA

Description of the Relevance

The #Health4All Programme, including the Basic Health Care Support Outcome in India, is built on the basis of a context analysis, the identification of major stakeholders, health needs and takes into account the health policies and systems in India. For India, as None JSF Country, the context analysis can be found in the annexes.

The operational areas of BHCS outcome will be in West Bengal. **West Bengal** is a state in eastern India 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. The population of West Bengal is 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 located 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 health care 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 specialities and super speciality care. In West Bengal there is a serious shortage of health care 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 4.79% medical colleges are in West Bengal while comparing with the medical colleges in India.

A Chief Medical Officer of Health (CMOH) heads each of the twenty-three 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 NHM in order to attain the goals and objectives of National Population Policy and Millennium Development Goals. 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 has 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 is NFHS-4 (75.2%) and NFHS-5 (91.7%). The proportion of anaemic (non-pregnant women 15-49 yrs) has gone up from 62.8% in 2015-16 to 71.7% in 2019-20. For the state as a whole a total of 98.4% of pregnant women got themselves registered for ANC within the first trimester as per NFHS-5 2019-20. Out of all those registered for ANC only 75.8% completed four ANCs. Full ANC includes four 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 the population. Conducting postnatal check-ups for assessing the complication of the mother after delivery and illness of the infant is also very crucial but more neglected than the ANC.

The newborn is to be breastfed exclusively up to the first six months and the same has to be started within one hour. However, the NFHS-5 survey in the state found that only around 59.4% of the newborn were being breastfed within the first one hour and only around 53.3% of children in the age groups 0-6 months were being breastfed exclusively. Thus there is need for awareness generation and community mobilization for promotion of exclusive breastfeeding as well as other children feeding practices.

The public health approach in the #H4A intervention builds on the previous experience of Memisa and WBVHA. Indeed, the approach aims at closing the gaps between the duty bearers and the rights holders by implementing a bottom-up approach and empowering communities at every level, from village to state level.

Gender is integrated into the interventions in different ways. Among others we can find highlighting female practitioners and giving value to the crucial role played by the ASHAs in the health system, ensuring gender balance in the coaching sessions and capacity building, raising awareness against child marriage and early pregnancy, and finally empowering the women's self-help groups. Gender is tackled both through specific actions as well as a cross-cutting theme of the intervention. Gender specific indicators can be found as our expected results, as well as a user satisfaction indicator which takes into account differences by sex.

India is currently facing several environmental challenges. Quality of air, water and soil are decreasing; villages are consuming manufactured products without the proper garbage disposal mechanisms and the population is not always aware of the environmental impact of their actions. The following interventions contribute to limiting the environmental effects of our interventions: supporting waste management in the villages and GP, encourage local purchases, raising awareness among the community groups (elderly group, adolescent group and self-help group) and CSOs/CBOs and compensate the CO2 of all national and international flights made by/for the programme. These approaches are also mentioned in the outcome's Theory of

Change.

The programme is the continuation of a previous programme, which evolved through many steps. The incredible work done through the years help build community resilience and was crucial to quickly react in the face of COVID or Amphan. The programme is now ready for its final stage, focusing on knowledge management, vertical and horizontal scaling up. Indeed, during the 2017–2021 programme, the Basic Health Care and Support Programme organized an international conference to showcase its achievements and is publishing two books by the end of 2021. During the 2022–2026 programme, the aim will be to reach the state level, as well as to reach out to other Voluntary Health Associations through a knowledge management approach; while at the same time ensure the work done to build community resilience in West Bengal prevails in a sustainable manner. We will engage now with the People's Health Movement, Medicus Mundi International and Be-Cause Health.

This outcome fully integrates the strategic plan updated by Memisa, as presented in the annexe.

Description of Coherence

Internal coherence

The interdependence between the three tracks in our Theory of Change in which the outcome evolves ensures a high degree of internal coherence of the outcome. Memisa and the West Bengal Voluntary Health Association (WBVHA) work at the grass-root level to ensure community resilience and the strengthening of local civil society. The third track, about knowledge management is cross-cutting between all outcomes of the #Health4All Programme, to keep coherence between them; and is also cross-cutting between outcomes outside of the programme, such as the Viva Salud, Action Damien or ULB Coopération programme. This strategy ensures internal and external coherence of this outcome.

Internal coherence is further strengthened by cooperation with other actors/networks, including District, Block, GP and other health authorities, local NGOs, Public Health research institutions and patients' rights associations. At the international level, the programme interacts with Medicus Mundi international and the People's Health Movement.

External Coherence

Community-based approach encourages and enhance health and wellness of the community. The outcome of the programme respects the basic characteristics of the community and ensures their active participation for the upliftment of their health and well-being without hurting their cultural values and beliefs. Community participation is the key corner stone of good governance. Communities are capacitated/empowered through BHCSP and develop ownership, which ensures their active participation. As a result, they can raise voice and demands their rights at various levels to ensure good governance.

During the implementation of the H4A programme in India, external coherence is ensured as Memisa and WBVHA team members meet regularly, in India and via videoconferences, with other NGOs and stakeholders involved in Global Health. By exchanging experiences between the different themes (health care but also CSOs, food security, agriculture, human rights, gender and inclusion...), the external coherence between the H4A programme in India and the other programmes is reinforced. Similarly, regular exchanges on specific themes with members of the relevant thematic JSFs strengthen the external coherence of the H4A programme (in particular JSF decent work and JSF research).

Addition information about coherence of the intervention

Finally, regarding coherence at the local level, The National Health Mission (NHM) aims to establish a fully functional, community owned decentralized health system with inter-sector convergence at every level (village to state). The improvement of various health indicators through active involvement of vulnerable communities under BHCSP, which ensures equity and inclusiveness directly align with NHM aims. As for coherence between DGD funded interventions, the outcome of BHCSP is associated with the strategic priorities of DGD, as presented in our position regarding the strategic notes. Finally, the programme directly contributes to the SDGs 3 and 5. It also tackles targets of SDG's 6.10 and 17.

Description of Effectiveness

Introduction and Context for Effectiveness

Observed tendencies in the ongoing program (2010-till date) 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 through community networks/platforms; proven interest of public health schools both in the country and abroad.

People centred and right based approaches are the major component of BHCSP - involvement of communities through empowerment, ensuring participation, ownership and good governance. They can raise their voices and take action from the village to the state levels as to promote health and well-being of community groups as follows:

- Community participation and empowerment, as to promote and improve health and well-being
- Community networks/platforms develop their leadership skills, increase resilience and active participation in the decision-making process as an important actor
- Sharing and dissemination of programme outcomes at various levels.

The baseline refers to measurements of key indicators before the programme starts, from which change and progress are assessed. In this proposed program, the baseline data are identified and used, based on the previous program outcome. The baseline data is collected from the intervention areas as to assess or track the performance of BHCSP programme.

Baseline data helps to frame achievable and realistic indicator targets for each level of result in BHCSP programme log frame, determine and adjust progress towards the targets and respective results. The reasons for conducting baseline studies include:

- Inform programme management decision-making
- Assess measurability of the selected indicators and fine-tune the programme
- Uphold accountability, informing impact evaluation to compare and measure what difference the programme
- Promote stakeholder participation
- Shape expectations and communication
- Convince and provide justification for policy-makers and donors for a programme intervention
- Baseline results are generalized and used to inform service delivery for communities
- Identification of needs for intervention

Reaching isolated and marginalized people is a major challenge. The marginalized population/groups are identified from the intervention areas in consultation with the community, panchayat & health authorities and other concern departments. Their needs/problems were identified with active involvement of various stakeholders and actors through participatory approach and shared in a multi-stakeholder platform at Gram Panchayat, block and district levels at a regular interval which ensures equality. They can raise their voices and demands for their rights.

The ToC describes the phases of change needed to improve the quality of health and well-being and provide access to as many people as possible. The paths of change correspond with the logical framework outputs. There are 3 outputs corresponding to the change paths of strengthening governance, community resilience and knowledge management. The desired impact of the Memisa-WBVHA intervention is to contribute to the improvement of the health status and well-being of the population of West Bengal, especially the most vulnerable.

Realistic and Achievable Outcome

The relevance of the activities envisaged makes it possible to respond to the needs of the population. The latter contribute to the achievement of the expected results. Memisa has been working in India with the WBVHA for over 15 years, and they have established a relationship of trust with both local organizations and health authorities. We have showcased the achievements of the programme in the 2019 conference in Kolkata as well as in two peer-reviewed collaborative books to be published by the Institute of Tropical Medicine of Antwerp before the end of 2021. We work with both civil society and the authorities. This healthy relationship, established under the principles of the Paris Declaration, allows us to support all levels of governance (Village, Gram Panchayat, Block, District, State), which makes the outcome of the Health4All programme in India realistic and achievable, through the different outputs identified.

Expected Results Attributable to the Outcome

We aim to improve the availability, quality and accessibility of health services for all, in particular for women and children. The construction of the expected results is based on the primary health care district model (Alma-Ata/Astana). Firstly, by improving the governance of the system, health services will be more efficient, transparent, accountable and medicines/consumables will be available and of good quality. Second, by strengthening the community groups and CSO, community resilience as a whole will be improved and more equipped to deal with external shocks, such as natural catastrophes (as we've seen with Amphan and Covid19 in 2020). Finally, by developing a common knowledge/learning management system, the overall quality will be improved and the programme creates a ripple effects among other Voluntary Health Associations across India. The explanations for these axes are detailed in our theory of change. Thus, we

believe that the expected results are attributable to the outcome.

Baselines and Indicators

The baselines in the log-frame are taken from the national health information system, national statistics or collected directly by the programme. Each main path of change is translated into an expected output at the log-frame level, with associated indicators illustrating the different change paths identified that contribute to said output. The ultimate change will be monitored with indicators at the level of the outcome. Indicators will be monitored on a six-monthly basis.

At the outcome level, the indicators identified measure the level of acceptance, availability, quality and accessibility of health services. We therefore measure the functionality of the forums at each level (Ind. A), the user satisfaction of health services (Ind. B) and the capacity building of stakeholders (Ind. C). The three indicators are collected by the programme. The monitoring will be done in the most disaggregated way possible even if the baseline and targets are presented on the basis of the average of all supported blocks. Disaggregated data for baselines and targets are tracked by the M&E systems and are available.

The programme also has 10 indicators to monitor the 3 expected results. These indicators are listed and described in the appropriate section of the programme and are collected internally as primary sources of information. We thus have total control of being able to provide these indicators for the internal monitoring and the external evaluations.

Where information is available, results will be disaggregated and monitored internally by the province and gender, allowing for monitoring of implementation and thus ensuring that inequalities are not exacerbated, particularly through the distribution of expected results across different groups according to the 'leave no one behind' principle. These indicators will give a good overview of the evolution of governance, community resilience and knowledge management over the programme period.

The theory of change itself will be evaluated twice during the programme by external evaluations: once in a midterm evaluation and again in a final evaluation. The indicators will be available for a quantitative analysis and the stakeholders will also be at the disposal of the independent external evaluators to participate in qualitative methods of assessment. These evaluations will also allow for a social impact analysis of the programme. Memisa has obtained certification of its evaluation capabilities from the Special Evaluation Service.

Marginalized Groups

The action includes a component for identifying people in need, in particular women and children. This allows us to have a differentiated intervention according to the needs of the different groups and thus apply the principles of 'leave no one behind' by reducing inequalities. Through income-generating initiatives (IGR), local problem solving and patient advocacy (cf. TOC), our work focuses on marginalized groups in a direct way. This includes any kind of marginalization or discrimination, be it related to social class, gender identity, sex, age, religion, cultural differences, ethnicity, health status or sexual orientation. We pay special attention to raise awareness and fight against child marriage and early pregnancies in our outcome. Early marriage and early pregnancies are indeed a critical problem in the area and we've achieved impressive results by empowering adolescent groups and women's groups on this issue.

Description of Efficiency

The total budget for the 5 years is 1.112.598 EUR. As WBVHA is already a well-established organization, there is very few investment foreseen during this program. A previous analysis, internal and external was conducted to assess the needs and the viable options to ensure the efficiency of the intervention.

Internal Analysis

Memisa uses a tool called 'partnerscan', where the partners' capacities and needs are assessed in order to either identify new partners or, in this case, find the areas Memisa can help strengthen a current partner. This tool analysis administrative, financial and technical capabilities of a potential partner to implement the programme. This tool was used during our previous programme with WBVHA and identified a need of strengthening the team's public health capacities (training followed at ITM by key staff members) and the documentation capacities (working with Public Health Research Officer in the programme). For this programme, the team is considered highly functional and to be even more efficient, would benefit from having a voice at other levels, like Medicus Mundi International.

Viable Options

In the context of our programme, we considered three options:

- (1) keep the action as is
- (2) scale 'horizontally': add new areas of intervention
- (3) scale 'vertically': reach new levels and new stakeholders.

After workshops and discussions with the partners, we opted for option 3 as the more efficient and more sustainable. By improving documentation, advocacy and capacity building of the community; the programme gains impact on more levels and helps create a Ripple Effect. Scaling horizontally is also considered but instead of adding new blocks/districts, we will empower and work with other organizations to also help create a sustainable ripple effect.

Efficient Budget Allocation

This outcome has very little investment costs, functioning costs (travel expenses, workshops, didactic tools, support for small partner initiatives) and personnel costs. With approximately 0.10 euros per capita input for three years (with regard to the final indirect target group), cost benefit ratio is very efficient.

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 the health system. BHCSP is mainly meant for building a community-managed health system. This requires lots of research studies, data collection, compilation, sharing, advocacy and lobbying. The program is spread over districts in most difficult areas. Hence, a large amount of manpower is required for effective behaviour change communication (BCC). A share of the budget (27%) is therefore estimated for human resources which includes project coordinator; field coordinator and project assistants at field 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 large amount of awareness programs on health rights; strengthening community monitoring system; promotion of SRHR; promotion of community health funds; service provision for NCD and elderly population; creation of counselling support for women, adolescent and elderly population; strengthening people's movement to prevent women violence.

The various tasks of the BHCSP 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 BHCSP 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 partner organization.

Description of the expected Impact

The expected impact of the outcome of the target groups is as follows:

Rights holders: CBOs, CSOs, community groups. This impact is reflected in our Theory of Change, present in our three tracks, in particular the second and third. Through our action we expect that rights holders will gain better access to health services and overall well-being. They will be better equipped to identify their needs, to know their rights and to use the proper schemes. Through different mechanisms (Community Health Funds, links with government schemes, community empowerment, etc.), they will also have better financial access to these health services. Finally, they will actively participate in the co-management bodies of the system, such as the health forums at every level. As a result, the health and well-being of the population, particularly women and children, will be improved.

Duty bearers: health practitioners, GP, local health authorities. This impact is reflected in our Theory of Change, in particular by following the first and third track. The expected impact of our action on the duty bearers is to ensure they are able to meet their obligations and respect the rights of duty bearers. In this outcome, it translates into creating spaces of community dialogue, coaching, training and raising awareness about the heterogeneity and the differentiated needs of the rights holders. The organization of the health system will gain in effectiveness as well as in patient-based approaches.

Description of Sustainability

BHCSP has witnessed considerable gain for relatively small investment (i.e. external evaluation). The conclusions of the external evaluation of the program 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, 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. For every new intervention, a cost analysis is conducted.

The experience and expertise that WBVHA has built up over the years are now more and more solicited by government and other actors. The financial sustainability of BHCSP 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 BHCSP in various conferences and teaching/training institutions, Capacity building of GO/NGO partners; Publication of books on our experience.

Sociocultural

The sustainability is a point of attention in every aspect of the program. The sociocultural 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 a personal and village-level with respect for the environment. The conclusions of the external evaluation mid term of the 2017-2021 program illustrate how the program is embedded in society:

- The 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 harnessed and facilitated the energy and enthusiasm of women and the youth as agents of change.

Technical sustainability

Strengthening and integrating the health services and actors in a gradual ongoing 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 Public Health, also through collaboration with ITM Antwerp. Key staff members of WBVHA have been trained in public health at ITM Antwerp. The results are sustained through several interventions, step by step, like the 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 tools; community involvement in local level health planning based on the operational gaps; bringing up the issues of operational and policy gaps at higher levels through community networks; 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.

Description of the Partnership Strategy

Memisa looks 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. The NGO's partners are civil society organizations with a non-profit mission and a social purpose. 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. Memisa is aware of the asymmetrical power relations that can exist within partners. The NGO follows the 'decolonization of cooperation' path, develops reflections on 'framing' and maintain a healthy and authentic communication with its partner on these concepts. 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. This strategy 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 'partner scan' to formalize and monitor partner managerial capacities. Memisa has identified WBVHA as partner organization a long time ago and is now in the face of the transfer of responsibility, working towards disengagement.

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-centred 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 machinery, it also seeks to extend its services to the sectors left unattended by the conventional health care delivery system.

Mission and Vision 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 injustice. 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 people's movement to raise the people's voice to seek for quality health care services. Through its BHCSP, WBVHA is promoting and facilitating community-based networks to strengthen community managed local health system thus to work closely with the government to increase the people's accessibility to quality and affordable health care services, which 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 BHCSP 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) and one full time Public Health Research Officer – Dr. Ketaki Das. Because of the distance from Kolkata, WBVHA has a team based in Darjeeling to monitor the program. They assure follow-up of field staff 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, community-based networks, 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.

Description of Synergies

Memisa is the only Belgian NGO operating in 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 are established complementarity and synergies with national and international stakeholders such as:

Institute of Tropical Medicine (ITM), Antwerp: Collaboration and Technical support for research and documentation process, specifically on local stewardship. Linking to national and international actors in the field of research and health system strengthening. For the path of knowledge management, technical assistance is foreseen with IMT, in the framework of our MOU,

- Capitalization 10%

Mandatory annexes classified by outcome

File

List of partnerships/cooperative for the outcome

List of partnerships for the outcome

Acronym WBVHA

Full name West Bengal Voluntary Health Association

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
195885	201659	226861	196198	187904	1 008 507

List of cooperative partnerships for the outcome

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
------	------	------	------	------	-------

AMAGARA KURI BOSE - Santé pour tous et toutes au Burundi

Contacts

Contact details for the outcome's ANGC reference person in Belgium

Name :	Felipe SERE
Telephone :	+3224541546
Email :	felipe.sere@memisa.be

Contact details for the outcome's ANGC reference person or their representative in the field

Organization :	MEMISA
Name :	Edouard Nkurunziza
Telephone :	+25779927666/+25776038599
Email :	Edouard.nkurunziza@memisa.be

Author information

Lead NGO/Owner :	MEMISA
Name of accredited actor	Memisa België

General

Title of the outcome – French or English (mandatory) :	AMAGARA KURI BOSE - Santé pour tous et toutes au Burundi		
IATI activity Identifier :	BE-BCE_KBO-0435563751-Prg2022-2-BI		
Outcome start date :	01-01-2022		
Outcome end date :	31-12-2026		
Country of intervention :	Burundi		
Region :	South of Sahara, regional		
Sector :	12220 - Health - Basic health care	Budget share :	60%
Sector :	16010 - Social Infrastructure & Services - Social Protection	Budget share :	20%
Sector :	12281 - Health - Health personnel development	Budget share :	10%
Sector :	12110 - Health - Health policy and administrative management	Budget share :	5%
Sector :	13020 - Reproductive Health & rights - Reproductive health care	Budget share :	5%

Strategic target involved

2. Contribuer à l'amélioration de la santé et du bie...

- BURUNDI

Description :	2. Contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être des populations du Burundi, en accordant une attention particulière aux besoins des personnes vulnérables
Thematic/geographical :	GEOGRAPHIC JSF

5. Promouvoir l'inclusion sociale et l'égalité de g...

- BURUNDI

Description :	5. Promouvoir l'inclusion sociale et l'égalité de genre dans tous les secteurs par une approche participative, sensible au genre et inclusive
Thematic/geographical :	GEOGRAPHIC JSF

Approaches or sub-targets concerned

- A: Renforcer l'infrastructure, l'équipement et l'accès à l'eau des structures de santé de façon durable et adaptée au contexte avec une attention particulière aux dernières avancées en termes de nouvelles technologies, de prévention des infections, d'énergies renouvelables, de maintenance préventive et de respect de l'environnement
- B: Renforcement des capacités du personnel de la santé en veillant au maintien en poste et à l'équité de genre dans l'accès aux métiers de la santé
- C: Amélioration du système national d'information sanitaire du Burundi
- D: Amélioration de l'accès à des médicaments et consommables de qualité dans le respect de la « charte médicaments » de la DGD. Amélioration de l'accès aux produits sanguins et de la sécurité de l'approvisionnement en sang. Amélioration de l'accès à des techniques de soins et produits médicaux essentiels (4ème pilier de l'OMS). Contribution Cibles ODD 3 : 3,3 ; 3,4 ; 3,8
- E: Promouvoir et appuyer la mise en place d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé de qualité (5ème pilier de l'OMS). Contribution Cibles ODD 3 : 3,8
- F: Renforcement des capacités organisationnelles et de bonne gouvernance des acteurs institutionnels (centralisés et décentralisés) et prestataires de soins. Particulièrement, à travers l'appui aux plans stratégiques en santé, l'amélioration de la transparence, lutte contre la corruption, redevabilité ainsi que la facilitation des mécanismes de dialogue social. Dans l'organisation du système en cas de crise sanitaire (lien avec le nexus aide humanitaire), de surveillance épidémiologique, de préparation et de réponses aux catastrophes.
- G: Renforcement de la santé et droits sexuels, reproductifs (SDSR), santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health – RMNCH), avec une attention particulière aux patients issus de groupes vulnérables et victimes de violences ou discriminations liées au genre avec une attention particulière sur leur santé mentale. Appui à l'équité de genre en santé ainsi qu'à l'empowerment des femmes en tant que détentrices de droits, dans le respect de la « charte genre ».
- H: Éducation et sensibilisation de la population en matière de santé, de justice sociale sanitaire, d'équité de genre et de respect de l'environnement.
- I: Appui à la communauté, aux organisations locales engagées en santé et aux initiatives locales d'autonomisation de la population, notamment à travers le renforcement de la résilience communautaire quotidienne en cas de crise sanitaire, de renforcement des capacités de sensibilisation, d'amélioration de la santé, y compris la santé mentale, d'accès à l'eau et de formations aux premiers secours.
- J: Échanges, participation et apprentissages communs au sein de réseaux et plateformes nationales et internationales actives en matière de santé et d'accès aux soins de santé de qualité ; création (formalisation) du réseau des experts (volontaires de terrain et experts locaux) avec implication des groupes de travail MSV (en Belgique, Bénin, RDC) et appui aux associations des savants qui joueront ce rôle au Burundi.
- K: Capitalisation, recherche-action, appui aux universités et aux institutions de recherche en santé et actions de lobbying/plaidoyer en santé auprès des autorités publiques. Amélioration continue des actions via l'intégration des résultats des recherches scientifiques.

Geographic location of the outcome's intervention zone

Province de Gitega

Lat/Long :	-3.4287693485433, 29.927676558393
------------	-----------------------------------

Province de Muyinga

Lat/Long :	-2.7106551, 30.3601342
------------	------------------------

Province de Karusi

Lat/Long :	-3.10588, 30.17102
------------	--------------------

Province de Muramvya

Lat/Long :	-3.2751181, 29.6307855
------------	------------------------

Bujumbura Rural

Lat/Long :	-3.3465656, 29.4847683
------------	------------------------

Bujumbura Mairie

Lat/Long :	-3.414696, 29.359878
------------	----------------------

Bubanza province

Lat/Long :	-3.1167, 29.4
------------	---------------

Outcome summary**Description of the outcome**

L'outcome Burundi a pour ambition de contribuer à l'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. Ce programme s'articule sur quatre principaux axes :

1. 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.
 2. 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 médicotéchniques et organisationnelles des prestataires des soins et appui en infrastructures, matériel médical, médicaments et consommables.
 3. 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.
 4. Fomenter la gestion de connaissances et les apprentissages communs : le programme dans son entièreté se construit comme une recherche action participative. Cela se traduit pour cet objectif par la participation active aux espaces de gestions de connaissances, publication et diffusion d'expériences/outils/ référentiels, faciliter l'accès aux partenaires de la société civile locale à des plateformes nationales et internationales, recherche d'efficacité et efficience à travers le cycle Plan-Do-Study-Act.
- Ce programme met un accent particulier aux aspects de la durabilité écologique, d'équité de genre en santé et de la digitalisation.

Wording of the outcome

En 2026, la santé et le bien-être des populations du Burundi sont améliorés en rendant les services de santé acceptables, disponibles, accessibles et de qualité.

Target groups

Dans les porteurs d'obligations nous identifions les autorités sanitaires (centrales et décentralisées : Ministère, BPS, BDS, etc.), les formations sanitaires publiques, les organisations à but non lucratif, intégrées au système et les formations sanitaires privées, souvent confessionnelles.

Les détenteurs de droits sont composés des OSC engagées en santé (CRBU, ASLO-Santé, ABDDM), groupes de femmes et de jeunes et les groupes communautaires comme les GASC, COSA et TPS.

Sensitive and confidential information

SO

Categorization: Sustainable Development Goals

SDG :	Goal 3. Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages	SDT :	Achieve universal health coverage, including financial risk protection, access to quality essential health-care services and access to safe, effective, quality and affordable essential medicines and vaccines for all
SDG :	Goal 5. Achieve gender equality and empower all women and girls	SDT :	Ensure universal access to sexual and reproductive health and reproductive rights as agreed in accordance with the Programme of Action of the International Conference on Population and Development and the Beijing Platform for Action and the outcome documents of their review conferences
SDG :	Goal 10. Reduce inequality within and among countries	SDT :	By 2030, empower and promote the social, economic and political inclusion of all, irrespective of age, sex, disability, race, ethnicity, origin, religion or economic or other status
SDG :	Goal 17. Strengthen the means of implementation and revitalize the Global Partnership for Sustainable Development	SDT :	Enhance North-South, South-South and triangular regional and international cooperation on and access to science, technology and innovation and enhance knowledge-sharing on mutually agreed terms, including through improved coordination among existing mechanisms, in particular at the United Nations level, and through a global technology facilitation mechanism

Markers & Tags

1. Gender Equality :	2
2. Aid to Environment :	1
3. Participatory Development / Good Governance :	2
4. Trade development :	0
5. Biodiversity :	0
6. Climat Change - Mitigation :	1
7. Climat Change - Adaptation :	1
8. Desertification :	0
9. RMNCH - Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health :	2
10. HIV / AIDS :	1
11. Children's Rights :	1
12. Disability :	1
13. Nutrition :	1

1. D4D - Better use of big data :	Yes
-----------------------------------	-----

2. D4D - Digital for inclusive society :	Yes
3. D4D - Digital for inclusive and sustainable economic growth :	No
4. Private Sector Development :	No
5. Health - Sexual and reproductive health :	Yes
6. Health - Quality medicines :	Yes
7. Health - Health financing and Universal Health Coverage :	Yes
8. Refugees :	Yes
9. Covid-19 :	Yes

Categorization: Positioning with regard to the objectives of Belgian Development Cooperation, described in its strategy papers

Agriculture and Food Security

L'outcome du programme H4A au Burundi apporte une contribution positive au thème de la nutrition, qui a été inclus dans la note stratégique agriculture et sécurité alimentaire de la coopération belge comme l'un des trois thèmes primordiaux. Cela se fera de plusieurs manières : il est attendu que les partenaires locaux établissent des collaborations interprofessionnelles avec d'autres secteurs apparentés à la santé, l'agriculture, la gestion de l'environnement. L'agriculture durable et la sécurité alimentaire sont en outre cruciales pour la réalisation des ODD 1 « Pas de pauvreté » et ODD 3 « Bonne santé et bien-être ». Le programme favorisera la mise en réseau des partenaires locaux avec d'autres acteurs qui opèrent dans l'agriculture concernant des aspects de sécurité alimentaire, qualité de l'alimentation, la (mal)nutrition. Pour que la population puisse bénéficier des soins en temps utile, le programme appuie également des initiatives communautaires pour la protection des plus pauvres, pour l'hygiène et l'assainissement ou encore pour des solutions locales de prise en charge des enfants malnutris. Les rôles et responsabilités de chaque partie sont définis et la communauté porte la mise en œuvre de l'action.

Notre approche intégrée et transversale pour améliorer le système de santé est nécessaire notamment sur le plan de l'éducation, des soins de santé et de la politique agricole. Il est prévu d'organiser des activités multisectorielles sensibles et spécifiques, par exemple la protection sociale, les systèmes de santé, l'accès à l'eau potable et les installations sanitaires. L'échange de connaissances et d'expériences avec et entre les autres ANG qui participent au CSC Burundi dans le domaine de l'agriculture et de la sécurité alimentaire permettra également de s'assurer que le programme H4A intègre ce thème de manière transversale dans ses activités.

Education

Le programme H4A s'inscrit dans l'objectif de la note stratégique de la coopération belge sur l'éducation concernant la concentration de l'appui de la coopération belge sur, entre autres, l'enseignement technique et professionnel dans le cadre de la formation continue. Le programme veut contribuer à la poursuite de la professionnalisation du secteur de la santé de différentes manières :

- Investir dans le développement des ressources humaines pour la santé à travers le renforcement du personnel médical, paramédical, technique, administratif et de gestion, basé sur les politiques et stratégies nationales de santé et en concertation/impliquant les autorités sanitaires.

- Les partenaires locaux collaboreront avec les autorités d'éducation et des centres de recherche afin de pouvoir (i) offrir des stages pour les apprenants ou étudiants, (ii) contribuer à l'amélioration des données d'études, (iii) prévoir des formations continues du personnel des hôpitaux, du recrutement et formation des experts et de la certification des formations.

L'échange de connaissances et d'expériences avec et entre les autres ANG qui participent au CSC Burundi dans le domaine de l'éducation permettra également de s'assurer que le programme H4A renforce ce thème dans ses activités.

Children's rights

L'outcome du programme "Health4All" au Burundi s'aligne aux objectifs de la note stratégique portant sur le droit des enfants, en particulier dans le secteur de la santé, dans lequel le programme développe son intervention, en s'attachant particulièrement aux enfants et aux mères. Nous œuvrons pour que les enfants aient accès à des soins de santé de qualité.

Premièrement, en termes de protection nous plaidons pour encourager les autorités et partenaires à ce que les enfants soient protégés contre la stigmatisation, discrimination et pratiques néfastes dans les soins et services de santé. A travers les initiatives génératrices de revenus et les mutuelles de santé, nous renforçons le statut socio-économique, l'accès financier et la protection des enfants et des femmes de manière à réduire leur vulnérabilité. Deuxièmement, en termes de prestations, nous œuvrons pour garantir aux enfants l'accès aux soins et services de santé continus et de qualité. Nous appuyons les centres de santé et les hôpitaux en équipements et en renforcement de capacités (formation continue) afin d'améliorer la disponibilité et la qualité des services de santé pour les enfants, et ainsi contribuer à la diminution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans et maternelle ainsi qu'à la prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant. L'approche centrée patient est privilégiée dans la formation continue des prestataires, afin d'assurer le droit des enfants à disposer d'informations appropriées sur leur santé, leur santé sexuelle et reproductive et sur leurs droits en matière de santé. Enfin, sur la participation, nous œuvrons, à travers l'initiative des écoles et des centres de santé amis des jeunes, à donner la parole aux enfants. Cela encourage à garantir le droit des enfants à exprimer leur opinion en matière de santé et, de manière générale, à garantir leur liberté d'expression et libre-examen.

Development education

Dans le cadre de l'outcome d'éducation à la citoyenneté mondiale et solidaire (ECMS), mis en œuvre en Belgique, L'outcome du programme "Health4All" au Burundi pourra donner des bases solides sur lesquelles pourra s'appuyer le programme ECMS, afin d'aborder des thématiques pertinentes sur des réalités actuelles et non uniquement théoriques. Par l'éducation à la citoyenneté mondiale et solidaire, nous voulons soutenir les mobilisations citoyennes, individuelles et collectives en faveur d'un accès mondial équitable à des soins de santé de qualité pour tous et toutes.

Environment and climate change

L'outcome du programme "Health4All" au Burundi s'aligne à plusieurs objectifs de la note stratégique. Nous avons développé un outil d'intégration environnementale adapté à notre action qui nous permettra de mettre en œuvre cet alignement sur la protection des eaux, terres et air, ainsi que le changement climatique.

Nous nous alignons directement au point 4.1.3 de la note stratégique ainsi qu'à la cohérence des politiques.

Nous appuyons bien entendu le tri différencié des déchets médicaux et non médicaux dans les structures sanitaires, mais notre action ne s'arrête pas là. En effet, notre programme veille à rester cohérent dans ses politiques en faveur du développement. Nous compensons les émissions de CO2 de nos voyages internationaux et avons un label « CO2 Logic ». Lors des constructions ou réhabilitations de CDS/hôpitaux, des systèmes de récolte d'eau de pluie et des panneaux solaires seront installés, tant pour des raisons environnementales que pour faciliter l'accès à l'eau et à l'électricité. Nous portons également une attention particulière à l'évacuation des eaux usées et des déchets afin d'éviter la contamination des eaux et des sols.

Afin de limiter l'impact du transport de biens, lorsque c'est possible, nous favorisons les achats locaux ou l'envoi par transport maritime en cas d'achats internationaux. Nous porterons une attention particulière à la maintenance (préventive et curative) des équipements médicaux pour éviter les déchets.

Un accompagnement des partenaires et structures sanitaires afin qu'ils mènent des campagnes de prévention et sensibilisation de la population sur l'environnement tant dans les sphères privées que publiques.

Gender

L'outcome du programme "Health4All" au Burundi s'aligne directement aux objectifs de la note stratégique portant sur le genre en visant à réduire les inégalités de genre par la promotion de la santé et droits sexuels et reproductifs et la lutte contre les violences basées sur le genre, notamment le droit des femmes à disposer de leur corps, à décider librement d'avoir ou non des enfants et à en choisir librement le nombre. Une attention particulière sera donnée à la promotion des méthodes de contraception modernes à travers une amélioration de l'offre de services (formation des prestataires, disponibilité des intrants de planning familial) et en réduisant les barrières géographiques, financières et socioculturelles liées à la demande (sensibilisation des communautés, proximité des services, accessibilité financière aux services). Un accent sera également mis sur l'accès à un suivi pré-natal et aux soins postnataux et dépistage des IST. Les centres de santé sont une des portes d'entrée des personnes victimes de violences basées sur le genre. Le personnel de soins sera outillé pour prodiguer des services de santé aux victimes. Les communautés auront également accès à une éducation sexuelle complète (Éducation à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle) à travers les écoles et centres de santé amis des jeunes.

Migration

Le thème de la migration est indirectement lié au thème de la santé. La note politique de la ministre de coopération au développement Ktir (novembre 2020) indique que la migration crée une pression supplémentaire sur les États qui ont déjà des difficultés à fournir des services de base, car 85 % des réfugiés sont accueillis dans des pays en développement. Cette situation ne diffère pas dans les pays où le programme H4A est mis en œuvre, y compris le Burundi. Il est donc de la plus haute importance d'investir dans le système de santé de ces pays, comme le fait le programme H4A, afin de renforcer les soins de santé en tant que service de base en termes d'offre, de qualité et d'accessibilité aux groupes de population les plus vulnérables.

Digitalization - Digital for Development D4D

Le Programme s'aligne aux objectifs de la note sur la Numérisation.

Meilleure utilisation des mégadonnées

Les mégadonnées : l'implémentation d'un système de suivi basé sur DHIS2 au Burundi nous permettra d'enregistrer, de cartographier et d'évaluer nos actions. Utilisé par les systèmes nationaux d'information de santé publique, il engendre la compatibilité, la comparabilité (validité/fiabilité) ainsi que l'unité et la qualité des données de santé publique tant aux niveaux nationaux qu'international. Les données ouvertes : Les données susmentionnées sont rendues publiques.

Le numérique pour des sociétés inclusives

Inclusion démocratique : Les données de santé publique susmentionnées permettent des statistiques qui renforcent le droit des citoyens grâce à la documentation et le maintien de statistiques sur les soins leur ayant été apportés.

Inclusion financière et économique : L'outcome du programme "Health4All" au Burundi favorise la numérisation par un accent particulier sur la digitalisation des outils bancaires (internet) et financiers (Cloud), permettant un cercle vertueux de productivité accrue et un gain de temps et d'argent de par le monde. Simultanément, l'amélioration et l'apprentissage constants en émanant renforcent le savoir-faire financier et économique de tous les intervenants.

Égalité d'accès à des services de base de qualité : L'outcome du programme "Health4All" au Burundi promeut l'informatisation de la gestion des stocks de médicaments, améliorant la disponibilité en médicaments. Renforcées par le DHIS2, la cartographie et la gestion numérisée de nos actions favorisent une mobilisation des ressources plus pertinente tout en assurant leur qualité.

Health

L'outcome s'aligne aux objectifs des notes politiques sur le droit à la santé et aux soins de santé, les SDSR, la COVID19 ainsi qu'à l'addendum sur la couverture universelle des soins de santé (CSU).

Sur la note politique « Le droit à la santé et aux soins de santé », nous nous alignons aux différentes approches. Nous avons une approche multisectorielle. Un accent est mis sur des initiatives locales d'accès à des aliments de qualité, l'égalité homme/femme, l'empowerment des personnes vulnérables et accès à de l'eau potable. A travers une autre approche sectorielle, nous renforçons le système de santé de manière systémique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

À propos de la note politique que la SDSR, notre programme se construit sur les mêmes principes de base, à savoir l'approche des droits humains, l'approche globale et positive de la sexualité/procréation et au droit à la santé et aux soins de santé pour tous et toutes. Nous travaillons en collaboration avec nos partenaires et groupes-cibles dans l'intégration des SDSR et dans la lutte contre les violences sexuelles. Nous utilisons l'outil Body&Rights développé par Be-Cause Health et nous œuvrons afin que l'accès à l'EVRS soit accessible à tous et à toutes.

Au niveau de la CSU, nous appuyons différentes initiatives ou mécanismes de subvention de soins, comme les mutuelles de santé, et de mutualisation de risques et application d'une tarification forfaitaire pour améliorer l'accès à des services de qualité. Un accent est également mis sur l'amélioration de paquet de soins correspondant aux besoins sanitaires de la population. Sur la COVID19, nous appuyons la résilience organisationnelle et communautaire pour assurer la prise en charge préventive et curative. Au niveau des cadres de référence en matière de santé, parmi nos moteurs se trouvent les déclarations d'Alma Ata/Astana sur les soins de santé primaires, les objectifs de développement durable (objectifs 3 et 5) et la déclaration de Paris.

Private sector

L'outcome du programme "Health4All" au Burundi est un programme du renforcement du système public de santé. Il n'a pas pour vocation ou ambition de contribuer au développement du secteur privé ou de faire la promotion des Petites et Moyennes Entreprises.

Toutefois, dans le secteur de santé, plusieurs acteurs (publics, privés à but lucratif et privés à but non-lucratif) interagissent en permanence. Il est donc pertinent de souligner que le programme s'aligne bien à la priorité opérationnelle de renforcement des capacités institutionnelles publiques et aux priorités sectorielles sur l'énergie.

Sur le renforcement des capacités institutionnelles publiques, le programme soutient le renforcement des capacités organisationnelles, en particulier pour la conception, mise en œuvre et suivi des stratégies de développement dans le domaine de la santé ; ou plusieurs acteurs privés (à but lucratif et à but non lucratif) interagissent.

Sur l'énergie, dans le contexte des infrastructures de base, le programme appuie les projets des autorités publiques ou du secteur privé (à but non lucratif) dans le cadre de l'utilisation d'énergies renouvelables.

Nous ne soutenons d'aucune manière les activités reprises dans la liste d'exclusion adoptée par l'European Development Finance Institutions.

Subsidy bonus allocation: priority themes and strategic priorities

Human rights-based approach

Valeur C : La mise en œuvre de notre outcome, au travers de la mobilisation sociale et politique, a pour but de rendre effectif et de garantir le droit à la santé de toutes et tous. Notre point de départ pour l'approche et le travail avec nos partenaires et autres parties prenantes afin de déterminer les rôles sociétaux, en particulier les détenteurs de droits et les porteurs d'obligations dans le système, afin de contribuer à un bon fonctionnement et au dialogue social. Ce n'est qu'en mobilisant un soutien encore plus large à notre cause que nous pourrions continuer à convaincre les décideurs, leurs électeurs et les acteurs de la santé et du développement qu'il est dans l'intérêt de tous d'investir dans l'accès aux soins pour tous. Ce droit fondamental est incarné par l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme et s'inscrit dans le cadre des objectifs de développement durable (ODD), en particulier ODD 3.8. Conformément à la vision de l'initiative « UHC2030 », nous nous concentrons également sur le principe « leave no one behind » selon lequel l'approche fondée sur les droits de l'homme est associée à un engagement en faveur de l'égalité des chances et de la non-discrimination ainsi qu'à une approche différentielle selon les besoins. Ce droit à la santé fonde toutes les activités de Memisa et Médecins Sans Vacances, qu'elles relèvent des services de santé, du plaidoyer ou de l'accompagnement du changement social. La pertinence de l'accent que nous mettons sur l'accès universel à des soins de santé de base de qualité ne se limite pas à une « approche des droits », mais positionne également la pertinence de la santé comme une condition préalable au développement économique en général.

Decent and sustainable work

Valeur C : Le programme H4A au Burundi contribue activement à la réalisation des différents piliers du travail décent dans différents domaines.

Protection sociale et dialogue social : La stratégie d'intervention pour ce volet est l'appui à la PAMUSAB dans le dialogue social, et le renforcement des mutuelles communautaires de santé pour l'étendue de la protection sociale. Des liens opérationnels et stratégiques sont créés avec le CSC travail décent sur ces thématiques. Lors du programme 2022-2026, des synergies et complémentarités seront toujours développées afin d'améliorer l'efficacité et l'harmonisation des actions dans le cadre du travail décent. La réinsertion socio-économique des vulnérables indigents à travers le renforcement des initiatives génératrices de revenu existantes permet aux bénéficiaires d'avoir accès à un travail productif, un revenu et la capacité d'accès autonome aux soins de santé de qualité.

Droit du travail: Par ailleurs, le programme H4A vise également à renforcer les structures de santé (hôpitaux partenaires, centres de santé spécialisés, centres de santé) : en répondant aux besoins d'organisation, de matériel, d'équipement et de formation du personnel médical, technique et administratif, le programme H4A contribue aussi directement à l'amélioration des conditions de travail des structures de santé concernées et donc aussi au travail décent des professionnels dans le secteur de la santé.

Gender

Valeur C : La stratégie de mise en œuvre contribue à la deuxième priorité, sur les SDSR. Les trois ACNG sont signataires de la charte genre des ONG Begles, s'alignent à la note stratégique SDSR et possèdent des outils, chartes et/ou fiches techniques internes pour aborder le genre dans la double approche : transversale et spécifique.

Les systèmes de santé sont traversés par les inégalités de genre et peuvent contribuer à les perpétuer. Ainsi, la hiérarchie et la structure d'un système de santé peuvent être discriminatoires. Nous travaillons sur le renforcement des capacités pour une analyse genre des politiques et de la planification/gestion des ressources humaines, et sur la sensibilisation des acteurs sur la thématique du genre. Lorsque l'information est disponible, les indicateurs utilisés sont également genre spécifique.

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. Ceci crée un déséquilibre qui sera abordé dans le contenu des actions de promotion de la santé de l'outcome.

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, l'approche centrée patient-e, la prévention des violences envers les patients, le respect de l'anonymat et de l'intimité. Des formations du personnel soignant à l'intégration du genre, la planification familiale et les soins maternels et néonataux, ainsi qu'un appui en matériel et équipement y lié.

Environment

Valeur C : Un outil d'intégration environnemental spécifique (version adaptée de l'outil KLIMOS et l'OIE) a été développé et testé afin de faire une analyse de l'impact potentiel de l'environnement et du climat sur l'intervention, et vice versa. L'intervention envisage un plan d'action pour neutraliser les éventuels effets négatifs et elle prend également des mesures ciblées ayant un impact positif sur l'environnement et le climat.

Dans toutes les interventions, il est prévu d'adopter une attitude proactive pour la protection du milieu lié aux interventions comme les formations sur la gestion des déchets biomédicaux, les formations sur la maintenance préventive et corrective et sur l'utilisation adéquate du matériel, les installations des ressources d'énergie durables, l'achat de matériel adapté aux conditions locales, l'achat local des consommables et médicaments de qualité, la réduction ou compensation de l'empreinte carbone du transport.

L'outcome contribue à la réduction des déchets biomédicaux par l'appui à la maintenance préventive et corrective. En effet, les groupes de travail de l'OMS ont constaté que 70 % des équipements médicaux disponibles dans les pays en développement sont inutilisés.

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, cancérigènes 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.

Common outcome within a common programme

Valeur C: L'outcome commun est le résultat d'une approche programmatique intégrée, avec une cohérence interne forte. Les apports des différentes parties se renforcent mutuellement, comme illustré dans la théorie du changement commune, disponible en annexe. Nous travaillons de manière complètement intégrée pour améliorer le système de soins de santé dans le pays. Le mode de fonctionnement programmatique conjoint entre Memisa et MSV se traduit par une opération qui se concentre sur quatre pistes interdépendantes : les 2 ANG travaillent de manière très complémentaire, ce qui augmente encore la cohérence interne du programme H4A au Burundi. Memisa travaille au niveau de la base en renforçant la société civile locale du côté de la demande de soins de santé, de manière cohérente pour renforcer les droits des individus et améliorer l'accès aux soins de santé (voie de la demande). En même temps, les structures de santé à différents niveaux sont renforcées et soutenues par MSV et Memisa afin d'augmenter la disponibilité et la qualité des soins (voie de l'offre) : aussi bien les structures proches de la population (OSC, CS) que les hôpitaux vers lesquels on peut se référer. Travailler sur et avec un modèle gradué via un système de référence-contre-référence (RCR) favorise la cohérence interne. On cherche également à améliorer le cadre sanitaire en soutenant et en collaborant avec les services de santé gouvernementaux, là aussi à différents niveaux (local, intermédiaire et central/national). Il s'agit d'une troisième voie qui promeut la gouvernance des soins de santé au Burundi (voie de la gouvernance). Le quatrième volet (voie de la gestion des connaissances) est un volet transversal qui vise à renforcer les connaissances et l'expertise, tant en Belgique qu'au Burundi entre Memisa, MSV et leurs partenaires directs et stratégiques.

Common outcome between distinct programmes

Valeur B : Au moins un des résultats (outputs) est commun avec d'autres programmes. Il s'agit de l'output sur la gestion de connaissances/apprentissages communs, notamment en République démocratique du Congo, permettant une meilleure efficacité et recherche de la qualité entre programmes de pays voisins. Aussi, D'autres complémentarités sont trouvées avec le résultat d'appui à la demande et les résultats des programmes de Croix-Rouge de Belgique (RSE des vulnérables indigents, la santé communautaire, la demande et l'offre de soins), Louvain coopération (renforcement de l'intégration de la santé mentale dans le système de santé) et Soisoc (dans les appuis apportés à la PAMUSAB et le renforcement des mutuelles communautaires de santé et leurs faitières).

Areas of complementarity and synergy with the intervention of ENABEL

Valeur C: Il existe une complémentarité avec les activités d'Enabel dans le cadre de l'élaboration de la stratégie de la mise en œuvre de l'outcome du programme H4A. Les articulations sont décrites et les collaborations/synergies prévues à différents niveaux : le partage d'information, l'organisation conjointe d'activités (ateliers, formations, etc.), des actions complémentaires, le partage de moyens (économie d'échelle) et l'action en synergie (action conjointe) dans plusieurs domaines tels que :

- digitalisation de la santé,
- système national d'approvisionnement de médicaments essentiels,
- formation et renforcement en maintenance préventive et curative du matériel du matériel biomédical,
- intégration de la santé mentale dans les hôpitaux de district,
- amélioration des soins de santé maternelle et néonatale,
- collaborations dans les hôpitaux des districts soutenus conjointement par Enabel, Memisa et MSV ,
- partage d'informations et apprentissage au sein des plateformes comme la Plateforme Hospitalière, Because Health,
- association pour des campagnes de sensibilisation et de plaidoyer.

Plus concrètement dans le domaine de la numérisation (ICT4-DEV), on s'attend à organiser des échanges avec Enabel pour pouvoir mieux intégrer des éléments innovants dans le programme H4A (par. ex. la GMAO/Open Clinic). En outre, il existe - dans le contexte des deux Consortium du programme résilience cofinancé par l'UE - une synergie avec Enabel pour la maintenance préventive des équipements biomédicaux, et une complémentarité pour la chirurgie de district et la santé mentale (voir aussi le CSC Burundi, p.81). En effet Memisa et ENABEL sont chef de file chacun d'un consortium, avec l'autre organisation comme codemandeur. MSV est également codemandeur dans le consortium piloté par MEMISA. Cela garanti une communication saine et des synergies opérationnelles certaines.

Description of the outcome, results and strategy

Description of the expected results

Formulation of outcome or result :	Outcome: En 2026, la santé et le bien-être des populations du Burundi sont améliorés en rendant les services de santé acceptables, disponibles, accessibles et de qualité.
Indicator title :	Ind. A : A : Taux de couverture en CPN1, %
Indicator description :	Taux de couverture en CPN1 dans l'année exprimé en pourcentage, pour les provinces de Muramvya, Gitega, Muyinga et Karusi - Memisa
Baseline :	83,68%
Target Year 3 – 31/12/2024 :	85,25%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	88,75%

Formulation of outcome or result :	Outcome: En 2026, la santé et le bien-être des populations du Burundi sont améliorés en rendant les services de santé acceptables, disponibles, accessibles et de qualité.
Indicator title :	Ind. B : Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié en milieu de soins, %
Indicator description :	Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié en milieu de soins dans l'année, exprimé en pourcentage. - Memisa, MSV
Baseline :	73,96%
Target Year 3 – 31/12/2024 :	78%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	82%

Formulation of outcome or result :	Outcome: En 2026, la santé et le bien-être des populations du Burundi sont améliorés en rendant les services de santé acceptables, disponibles, accessibles et de qualité.
Indicator title :	Ind. C : Score de qualité technique dans les provinces d'intervention
Indicator description :	Le score de qualité technique est un indice composite qui réunit plusieurs items selon les services. Ceci concerne les RH, les services, les équipements et les activités. - Memisa, MSV
Baseline :	66,39%
Target Year 3 – 31/12/2024 :	71%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	76%

Formulation of outcome or result :	R1: L'organisation du système de santé est améliorée et il existe des espaces de communication et de dialogue social entre détenteurs de droits et porteurs d'obligations. Les organisations locales engagées en santé, les prestataires de soins et les autorités sanitaires organisent le système afin de contribuer à l'amélioration de la disponibilité, qualité et accès aux services de santé dans la poursuite du droit à la santé pour tous.
Indicator title :	Ind 1.1 : Taux de mise en œuvre des recommandations de l'audit qualité à la CAMEBU
Indicator description :	Nombre de recommandations adressées / nombre total de recommandations * 100% - Memisa, MSV
Baseline :	0
Target Year 3 – 31/12/2024 :	50%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	75%

#Health4All

Formulation of outcome or result :	R1: L'organisation du système de santé est améliorée et il existe des espaces de communication et de dialogue social entre détenteurs de droits et porteurs d'obligations. Les organisations locales engagées en santé, les prestataires de soins et les autorités sanitaires organisent le système afin de contribuer à l'amélioration de la disponibilité, qualité et accès aux services de santé dans la poursuite du droit à la santé pour tous.
Indicator title :	Ind 1.2 : Nombre de jours de ruptures d'au moins un médicament traceur dans un mois à la pharmacie de district
Indicator description :	Nombre de jours de ruptures d'au moins un médicament traceur dans un mois à la pharmacie de district dans l'année - Memisa, MSV
Baseline :	>30
Target Year 3 - 31/12/2024 :	<30
Target Year 5 - 31/12/2026 :	<15

Formulation of outcome or result :	R1: L'organisation du système de santé est améliorée et il existe des espaces de communication et de dialogue social entre détenteurs de droits et porteurs d'obligations. Les organisations locales engagées en santé, les prestataires de soins et les autorités sanitaires organisent le système afin de contribuer à l'amélioration de la disponibilité, qualité et accès aux services de santé dans la poursuite du droit à la santé pour tous.
Indicator title :	Ind. 1.3 : # d'Hôpitaux avec plan de développement en place et suivi
Indicator description :	Nombre d'Hôpitaux avec plan de développement en place et suivi - MSV
Baseline :	0
Target Year 3 - 31/12/2024 :	50%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	100%

Formulation of outcome or result :	R2: Les services et soins de santé dans les formations sanitaires sont disponibles et de qualité, à travers le renforcement des compétences médicotéchniques/ organisationnelles des prestataires de soins ainsi que l'accès à une infrastructure et des équipements adaptés, permettent aux structures sanitaires de jouer un rôle plus dynamique, adaptatif et efficace du système sanitaire pour répondre aux besoins sanitaires de la population.
Indicator title :	2.1 : % de CDS des provinces ciblées avec 90% du PMA complet par rapport aux normes sanitaires.
Indicator description :	Nombre de CDS des provinces ciblées avec 90% du PMA complet par rapport aux normes sanitaires / nombre total de CDS appuyés *100% - Memisa
Baseline :	62,5%
Target Year 3 - 31/12/2024 :	70%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	85%

Formulation of outcome or result :	R2: Les services et soins de santé dans les formations sanitaires sont disponibles et de qualité, à travers le renforcement des compétences médicotéchniques/ organisationnelles des prestataires de soins ainsi que l'accès à une infrastructure et des équipements adaptés, permettent aux structures sanitaires de jouer un rôle plus dynamique, adaptatif et efficace du système sanitaire pour répondre aux besoins sanitaires de la population.
Indicator title :	Ind. 2.2 : # cumulés de personnes formées, genre spécifique
Indicator description :	Nombre cumulé de personnes ayant suivi un renforcement de capacités médicotéchniques dans les structures sanitaires appuyées sur la période du programme - Memisa, MSV
Baseline :	0
Target Year 3 - 31/12/2024 :	366 (min. 35% de femmes, soit 128)
Target Year 5 - 31/12/2026 :	486 (min.40% de femmes, soit 194)

Formulation of outcome or result :	R2: Les services et soins de santé dans les formations sanitaires sont disponibles et de qualité, à travers le renforcement des compétences médicotéchniques/ organisationnelles des prestataires de soins ainsi que l'accès à une infrastructure et des équipements adaptés, permettent aux structures sanitaires de jouer un rôle plus dynamique, adaptatif et efficace du système sanitaire pour répondre aux besoins sanitaires de la population.
Indicator title :	Ind. 2.3 % de services ciblés dans les HD ayant un PCA complet à 75%
Indicator description :	Nombre de services appuyés des HD ayant un PCA complet à 75% / nombre total de services appuyés dans les HD *100% - Memisa, MSV
Baseline :	10%
Target Year 3 - 31/12/2024 :	40%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	85%

Formulation of outcome or result :	R2: Les services et soins de santé dans les formations sanitaires sont disponibles et de qualité, à travers le renforcement des compétences médicotéchniques/ organisationnelles des prestataires de soins ainsi que l'accès à une infrastructure et des équipements adaptés, permettent aux structures sanitaires de jouer un rôle plus dynamique, adaptatif et efficace du système sanitaire pour répondre aux besoins sanitaires de la population.
Indicator title :	2.4: % de matériel biomédical acheté, non amorti, fonctionnel et en utilisation dans les services appuyés des HD
Indicator description :	Total du nombre d'équipements livrés aux HD fonctionnels et en utilisation/Total nombre d'équipements livrés * 100% - MSV
Baseline :	97%
Target Year 3 - 31/12/2024 :	97%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	97%

Formulation of outcome or result :	R2: Les services et soins de santé dans les formations sanitaires sont disponibles et de qualité, à travers le renforcement des compétences médicotéchniques/ organisationnelles des prestataires de soins ainsi que l'accès à une infrastructure et des équipements adaptés, permettent aux structures sanitaires de jouer un rôle plus dynamique, adaptatif et efficace du système sanitaire pour répondre aux besoins sanitaires de la population.
Indicator title :	2.5 % des compétences en application dans les 3 centres neuropsychiatriques appuyés
Indicator description :	Nombre de compétences médicotéchniques et organisationnelles en application/ nombre de compétences définies comme étant à développer au début du TRC * 100% - MSV
Baseline :	0
Target Year 3 - 31/12/2024 :	50%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	75%

Formulation of outcome or result :	R3: Les détenteurs de droits ont accès à des services de santé de qualité, connaissent leurs droits en matière de santé et ont la capacité de les faire respecter. Les services de santé sont accessibles, centrés sur le patient et sont acceptables la population ciblée.
Indicator title :	3.1 : Nombre de personnes bénéficiant des initiatives génératrices de revenus, devenus autonomes, genre spécifique
Indicator description :	Nombre de personnes bénéficiant des initiatives génératrices de revenus, devenus autonomes, par an, genre spécifique - Memisa
Baseline :	5392 (H: 21% - F: 79%)
Target Year 3 - 31/12/2024 :	8800
Target Year 5 - 31/12/2026 :	10500

#Health4All

Formulation of outcome or result :	R3: Les détenteurs de droits ont accès à des services de santé de qualité, connaissent leurs droits en matière de santé et ont la capacité de les faire respecter. Les services de santé sont accessibles, centrés sur le patient et sont acceptables la population ciblée.
Indicator title :	3.2 : % population cible membres d'une mutuelle de santé communautaire, genre spécifique
Indicator description :	Nombre de personnes membres d'une mutuelle de santé à Muramvya / population cible (secteur informel) Muramvya - Memisa
Baseline :	1,1%
Target Year 3 – 31/12/2024 :	2,3%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	5%

Formulation of outcome or result :	R3: Les détenteurs de droits ont accès à des services de santé de qualité, connaissent leurs droits en matière de santé et ont la capacité de les faire respecter. Les services de santé sont accessibles, centrés sur le patient et sont acceptables la population ciblée.
Indicator title :	3.3 Nombre participants à des séances de sensibilisation sur les droits des patients dans la communauté par l'ABDDM, par an, genre spécifique
Indicator description :	Nombre participants à des séances de sensibilisation sur les droits des patients dans la communauté par l'ABDDM, par an, genre spécifique - Memisa
Baseline :	0
Target Year 3 – 31/12/2024 :	200 (max. 65% de participants du même sexe)
Target Year 5 – 31/12/2026 :	200 (max. 65% de participants du même sexe)

Formulation of outcome or result :	R4: La participation des ACNG et de leurs partenaires à des travaux réalisés au sein d'Espaces collectifs de Gestion des Connaissances (EGC), regroupant une diversité d'acteurs du changement par pays, par thématique, par secteur, permet de créer et stimuler des synergies, ainsi que de produire plusieurs référentiels qui seront utiles et exploitables pour l'atteinte de l'outcome.
Indicator title :	4.1 Nombre de référentiels, d'outils et/ou d'expériences documentées et partagées de manière effective sur des plateformes nationales et/ou internationales, cumulées
Indicator description :	Nombre de référentiels, d'outils et/ou d'expériences documentées et partagées de manière effective sur des plateformes nationales et/ou internationales, par an, cumulées. Exemples: articles, livres, vidéos, posters de conférence, etc. - Memisa, MSV
Baseline :	0
Target Year 3 – 31/12/2024 :	6
Target Year 5 – 31/12/2026 :	9

Formulation of outcome or result :	R4: La participation des ACNG et de leurs partenaires à des travaux réalisés au sein d'Espaces collectifs de Gestion des Connaissances (EGC), regroupant une diversité d'acteurs du changement par pays, par thématique, par secteur, permet de créer et stimuler des synergies, ainsi que de produire plusieurs référentiels qui seront utiles et exploitables pour l'atteinte de l'outcome.
Indicator title :	4.2 Nombre de séminaires thématiques organisés, cumulés
Indicator description :	Nombre de séminaires thématiques organisés par an, cumulés - Memisa, MSV
Baseline :	0
Target Year 3 – 31/12/2024 :	3
Target Year 5 – 31/12/2026 :	5

Activities, targets groups and beneficiaries

Classification of activities

- Formations pour le personnel soignant, les techniciens de maintenance et/ou les gestionnaires de l'HD (R1, 2)
- Échanges d'expériences entre personnel de l'HD et experts MSV (R1, 2, 3, 4)
- Échanges d'expériences entre les HDs (R1, 2, 3, 4)
- échanges entre experts des différentes régions d'intervention (R1, 2, 3, 4)
- achats d'équipements, consommables, médicaments (R1, 2, 3)
- réhabilitations (R1, 2, 3)
- suivis des collaborations et la mise en œuvre des activités (R 1, 2)
- accompagnement/appui aux groupes de travail thématiques ou les associations des savants ou des patients (R2, 4)
- Appui financier - Fracarita Belgium (R1, 2, 3, 4)
- activités de plaidoyer en collaboration avec d'autres OSC (R1, 2, 3)
- Organisation d'audit qualité des médicaments et appui à l'implémentation des recommandations (R1)
- Appui au renouvellement et à l'animation de la dynamique communautaire (administration, GASC, TPS, Cosa)- R1
- Coaching et accompagnement des BDS/BPS et CAMEBU - R1
- Le renforcement des compétences du personnel de santé - R2
- Réhabilitation des formations sanitaires prestataires pour assurer le PMA et PCA - R2
- Renforcement des équipements médico-techniques y inclus la formation du personnel et la maintenance préventive/curative - R2
- Identification des vulnérables indigents, par sexe - R3
- Renforcement de la réinsertion socio-économique des vulnérables indigents dans les Initiatives Génératrices de Revenus pour un accès autonome aux soins de santé - R3
- Appui des mutuelles communautaires de santé, PAMUSAB et faitières - R3
- Appui à l'ABDDM : promotion, protection et défense des droits des patients - R3
- Participation aux espaces de gestions de connaissances nationaux et internationaux - R4
- Organisation de séminaires/conférences - R4
- Recherches, études et documentation pour une capitalisation des bonnes pratiques - R4
- Diffusion d'outils et résultats des documentations - R4

Target group(s)

Dans les porteurs d'obligations nous identifions les autorités sanitaires (centrales et décentralisées : Ministère, BPS, BDS, etc.), les formations sanitaires publiques, les organisations à but non lucratif, intégrées au système et les formations sanitaires privées, souvent confessionnelles. Les détenteurs de droits sont composés des OSC engagées en santé (CRBU, ASLO-Santé, ABDDM), groupes de femmes et de jeunes et les groupes communautaires comme les GASC, COSA et TPS.

Beneficiaries

L'ensemble des populations burundaises vivant dans les provinces d'intervention soit 3.706.049 habitants dont 1.801.854 hommes (49%) et 1.904.205 femmes (51%) en particulier les vulnérables indigents :296.484 personnes (8%) dont 145.277 hommes et 151.207 femmes., les femmes de 15-49 ans (878.334), les victimes de VBG, les enfants de moins de 5 ans (663.383), les jeunes de 10-24 ans (1.260.057 dont 617.427 garçons et 642.630 filles) et les personnes souffrantes d'une maladie mentale.

Title of the reference annex :	#H4A - Burundi - TOC
Title of the reference annex :	H4A - Burundi - Analyse des risques

Description of tasks among associate ANGCs

La gestion de l'outcome est assurée par le cadre de concertation suivant :

- o Les directions de Memisa et MSV feront le point périodiquement — au moins une fois par an — sur l'application de la présente convention et sur l'état d'avancement, les résultats et la pertinence de la collaboration
- o Un comité de pilotage (CP), constitué des management teams des 2 organisations, se réunit de manière trimestrielle
- o Des groupes de travail par pays (GT), constitués des responsables du suivi opérationnel de chaque organisation. Réunions sont au moins trimestrielles, mais peuvent se dérouler plus souvent selon les besoins

La répartition technique de la mise en œuvre est présentée dans la TdC, où un schéma décrit le champ d'action de chaque organisation dans la pyramide sanitaire. Lors de tâches communes aux différentes ACNG, comme l'organisation des évaluations externes ou la consolidation des rapports, les membres des groupes de travail se répartissent le travail tout en maintenant la communication saine. Au niveau stratégique, les actions de MEMISA et MSV se complètent naturellement, en renforçant le système de santé à différents niveaux de la pyramide sanitaire. En effet, à travers les différents axes d'intervention, Memisa et MSV appuient les détenteurs de droits au niveau de la demande de services de santé, les porteurs d'obligations au niveau de l'offre de services de santé, et l'espace de gouvernance à travers les autorités sanitaires nationales, intermédiaires et périphériques. Memisa concentre son appui au niveau communautaire, à travers différentes initiatives d'autonomisation des populations, mais aussi au niveau des centres de santé et hôpitaux afin d'assurer que les porteurs d'obligations sont à mêmes de fournir des services de santé de qualité aux détenteurs de droits. MSV concentre son intervention dans le renforcement de capacités du personnel des hôpitaux de district, renforce le plateau technique et favorise la maintenance biomédicale et la gestion des déchets

Description of the Relevance

Le programme Health4All (H4A) intervient sur base d'une analyse du contexte, une identification des acteurs de santé et des besoins de soins de santé et tient compte des politiques et des systèmes de santé au Burundi. En décembre 2018, le Burundi s'est doté d'un Plan National de Développement Sanitaire de troisième génération (PNDS III) couvrant la période de 2019 à 2023. Ce plan est en cohérence avec le Plan National de Développement du Burundi 2018-2027 (PND) adopté en juin 2018. Le PNDS III est également en harmonie avec la Politique Nationale de Santé 2016-2025 ainsi que les déclarations et les actes internationaux auxquels le Burundi a souscrit, comme les ODD.

Le système de santé burundais a connu depuis une quinzaine d'années trois réformes majeures qui sont porteuses de progrès : la réorganisation et décentralisation du système de santé, la généralisation du système de Financement Basé sur la Performance (FBP), et la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et pour les soins des femmes en période de grossesse, d'accouchement et de soins postnataux. Néanmoins, le système de santé publique du Burundi reste plutôt basique, limité et insuffisant, alors que le pays est fortement touché par diverses maladies. L'accès aux services sociaux de base est un fardeau pour les ménages et est en proie à des problèmes d'hygiène et d'assainissement, de mauvaises infrastructures d'eau et d'accès limité aux centres de santé de base. L'infrastructure de santé globalement faible a un impact significatif sur la santé de la population générale.

L'approche santé publique dans l'intervention H4A s'appuie sur les expériences antérieures de Memisa et MSV au Burundi. En effet, une intervention au niveau des hôpitaux et centres de santé (CS) de zone sanitaire, premiers niveaux de référence, en dehors de quelques renforcements sur le fonctionnement et la coordination des activités sanitaires, ne prend pas suffisamment en compte la l'approche santé publique. Celle-ci intègre dans la globalité le système sanitaire local (périphérique) et en partie celui régional (départemental). Il faut donc renforcer les collaborations systématiques avec les autorités sanitaires, renforcer la résilience des hôpitaux en collaboration avec les autorités sanitaires, améliorer de la prise en charge (diagnostic, traitement et du suivi) des patients porteurs de maladies non-transmissibles, contribuer à réduire la résistance microbienne aux antibiotiques, mettre en réseau les hôpitaux, renforcer l'implication des associations des patients, et investir dans le *scaling-up* pour pouvoir atteindre l'outcome, et ainsi le changement ultime de la TdC.

Le genre est intégré dans les interventions de différentes manières : la mise en avant des Médecins Directeurs/leader féminins (en communication), la veille à l'équilibre femmes-hommes dans les formations/activités de renforcement de capacités, la sensibilisation des partenaires sur les questions de genre et l'encouragement de la participation des femmes aux formations/activités. L'intégration du genre dans le CL se fait au niveau des résultats. Au niveau des résultats. Dans le R2, l'Ind 2.2 donne le nombre de personnes ayant suivi un renforcement de capacités avec une cible de minimum 30% de femmes en année 3 et 35% de femmes formées en année 5. Le résultat 3 qui est axé sur le renforcement des détenteurs de droits, les indicateurs 3.1-3.3 sont désagrégés (H/F) et mesurent le nombre de personnes bénéficiant des initiatives génératrices de revenus, devenus autonomes, genre spécifique (3.1), le % population cible membres d'une assurance maladie communautaire, genre spécifique (3.2) et le nombre de participants à des séances de sensibilisation sur les droits des patients dans la communauté par l'ABDDM, genre spécifique (3.3).

Le Burundi fait actuellement face à plusieurs défis environnementaux. Les interventions suivantes contribuent à limiter les effets environnementaux et climatiques de nos interventions : (i) accompagner la gestion de déchets biomédicaux par l'amélioration des infrastructures et les propositions d'idée innovante pour leur gestion et la formations sur la gestion des déchets biomédicaux, (ii) améliorer la capacité des services de maintenance (maintenance et l'utilisation d'équipement) pour une gestion durable du matériel, (iii) si nécessaire, envoyer du matériel adapté aux conditions locales et avec réduction de l'empreinte carbone du transport, (iv) la mise en œuvre du plan d'investissement d'appui technique durable, et (v) des achats locaux des consommables/médicaments pour une gestion durable des consommables et médicaments, (vi) l'amélioration de l'assainissement et de l'énergie ? au sein des hôpitaux, et (vii) éducation et sensibilisation de la population en matière de santé et de respect de l'environnement.

Les approches qui seront utilisées pour mettre en œuvre le programme sont décrites dans le narratif de la TdC. Au niveau des systèmes éducatifs, il s'agira en premier lieu de sensibiliser et de renforcer les capacités des différents groupes cibles, tant en Belgique (experts, organisations savantes) qu'au Burundi (porteurs et détenteurs de droits).

Memisa et Médecins Sans Vacances couvrent ensemble les aspects spécifiés dans la cible stratégique 2 « Santé » du CSC Burundi, 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'outcome et ses approches stratégiques s'inscrivent également dans la PNS du Burundi 2016-2025 et les objectifs 3 et 5 des ODD 2016-2030. Concrètement, Memisa et MSV contribuent aux 11 des 12 approches, développées dans le CSC Burundi pour pouvoir réaliser la cible stratégique 2. « santé », étant les approches 2A, 2B, 2D, 2F, 2G, 2I, 2K, 2L (Memisa, MSV) et 2C, 2E, 2H (Memisa). De manière plus indirecte, l'intervention H4A contribue à l'accomplissement des cibles stratégiques (CS) 1. « une SC indépendante », le CS 4 « respecter les droits humains » et le CS 5. « l'inclusion sociale et l'égalité de genre ».

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

En général : voir théorie de changement et le chapitre 3.2. du CSC Burundi identifiant les acteurs pertinents en matière de développement et décrivant la société civile locale, les autorités décentralisées, les institutions publiques et leurs principaux partenaires (p.25-36).

Concrètement, voir Dossier d'Agrément ONG Programme 2017-2026 de:

- o Memisa : p.18, 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
- o MSV : 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.

Description of Coherence

Cohérence interne

La relation et l'interdépendance entre les quatre voies dans lesquelles différents acteurs travaillent simultanément à différents niveaux des soins de santé assurent une grande cohérence interne du programme H4A. Memisa et MSV travaillent de manière complémentaire les uns avec les autres, ce qui augmente encore la cohérence interne du programme H4A au Burundi. Memisa travaille au niveau de la base en renforçant la société civile locale du côté de la demande de soins de santé, de manière cohérente pour renforcer les droits des individus et améliorer l'accès aux soins de santé. En même temps, les structures de santé à différents niveaux sont renforcées et soutenues afin d'augmenter la disponibilité et la qualité des soins (offre) : aussi bien les structures proches de la population (OSC, CS) que les hôpitaux vers lesquels on peut se référer. Travailler sur et avec un modèle gradué via un système de référence-contre-référence (RCR) favorise la cohérence interne. On cherche également à améliorer le cadre sanitaire en soutenant et en collaborant avec les services de santé gouvernementaux, là aussi à différents niveaux (local, intermédiaire et central). Il s'agit d'une troisième voie qui promeut la gouvernance des soins de santé au Burundi. Le quatrième volet (gestion des connaissances) est un volet transversal qui vise à renforcer les connaissances et l'expertise, tant en Belgique qu'au Burundi entre Memisa et MSV et leurs partenaires directs et stratégiques.

La cohérence interne est encore renforcée par la coopération avec d'autres acteurs/réseaux, avec entre autres : (i) au Burundi la CAMEBU et d'autres autorités sanitaires, des ONG locales, des institutions de recherche INSP, les associations de droits aux patients et des associations savantes, les mutuelles de santé, ... (ii) au niveau international des acteurs tels que les associations savantes, FOBAC, Medicus Mundi internationale, les ANG participant au CSC Burundi, Enabel. En outre, il existe également une forte cohérence entre l'outcome et la théorie du changement Burundi, puisque l'outcome est dérivé du changement ultime de la TdC et a été formulé en ligne avec le CDU dans la TdC.

Cohérence externe

Pendant la mise en œuvre du programme H4A, la cohérence externe est assurée puisque les membres de l'équipe de Memisa et MSV se rencontrent régulièrement au Burundi et en Belgique, avec d'autres ANG et acteurs participant au CSC Burundi. En échangeant des expériences entre les différents thèmes abordés dans le CSC Burundi (soins de santé mais aussi OSC, sécurité alimentaire, agriculture, droits humains, genre et inclusion...), la cohérence externe entre le programme H4A et les autres programmes mis en œuvre dans le cadre du CSC Burundi est renforcée. De même, des échanges réguliers sur des thèmes spécifiques avec les membres des CSC thématiques pertinents renforcent la cohérence externe du programme H4A (voir

également dans le CSC Burundi : p.68 lien santé et le CSC Résilience - p.73 lien entre « santé » et le CSC Travail Dégagé -ex.la couverture sanitaire universelle- ; p. 77 possible interaction entre les ANG du programme H4A et les institutions académiques).

MEMISA et MSV participent également à deux consortiums d'un programme cofinancé par l'UE ayant le même objectif de changement ultime. Le premier consortium, dans lequel MEMISA est chef de file, est constitué de MSV, Louvain Coopération et ENABEL. Le deuxième consortium, dans lequel ENABEL est chef de file, est composé de Memisa, l'OMS et l'OIM. Cela démontre la cohérence externe du programme également, dans sa recherche de synergies et collaborations.

Pour les synergies qui renforcent la cohérence externe du programme H4A, nous nous référons au chapitre sur les synergies et collaborations.

Description of Effectiveness

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 premières phases de changement correspondent avec les résultats du cadre logique. Il y a 4 outcomes intermédiaires correspondant aux voies du changement de renforcement de la gouvernance, de l'offre, de la demande et de la gestion des connaissances. 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 et le bien-être de la population et surtout des plus vulnérables.

Outcome réaliste et réalisable

La pertinence des activités envisagées permet de répondre aux besoins ressentis par les populations. Ces dernières contribuent à l'atteinte des résultats attendus. Memisa et MSV sont actives au Burundi depuis respectivement 15 ans et 20 ans, et ont établi une relation de confiance tant avec des organisations locales qu'avec des autorités sanitaires. Elles travaillent en effet tant avec la société civile (Croix-Rouge du Burundi, ABDDM, les associations professionnelles (para)médicales et le RESO des ONG) qu'avec les autorités sanitaires (BPS, BDS). Cette relation saine, établie sous les principes de la déclaration de Paris, nous permet d'appuyer les niveaux périphériques et intermédiaires de la pyramide sanitaire dans leur renforcement, ce qui rend l'outcome du programme « Health4All » au Burundi réaliste et réalisable, à travers les différents outputs identifiés.

Résultats attendus attribuables à l'outcome

Nous visons à améliorer la disponibilité, la qualité et l'accessibilité aux services de santé pour toutes et tous, en particulier les personnes en situation d'indigence, les femmes, les enfants ainsi que les personnes souffrant de troubles mentaux. La construction des résultats attendus se base sur le modèle du district sanitaire des soins de santé primaires (Alma-Ata/Astana) et du modèle de l'OMS sur la couverture de santé universelle. Tout d'abord, en améliorant la gouvernance du système, les services de santé seront plus efficaces, plus transparents, plus redevables et les médicaments/consommables seront disponibles et de qualité. En deuxième lieu, en renforçant l'offre de soins continu, de qualité et centré sur le patient ; les services de santé seront plus disponibles. Troisièmement, en appuyant la demande de soins, les services de santé seront plus accessibles et leur utilisation répondra mieux aux besoins de la population. Enfin, en développant un système de gestion de connaissances/apprentissages communs, la qualité des services de santé sera améliorée. Les explications de ces axes se retrouvent détaillées dans notre théorie du changement et dans la typologie d'activités. Ainsi, nous estimons que les résultats attendus sont attribuables à l'outcome.

Baselines

Les baselines du cadre logique proviennent du système national d'information sanitaire et autres bases de données (FBP, rapport de mise en œuvre du programme, PAMUSAB). Chaque voie principale (offre, demande, gouvernance et gestion de connaissances/apprentissages communs) est traduite dans un résultat attendu (output) au niveau du cadre logique ; avec des indicateurs associés illustrant les différents chemins de changement identifiés qui contribuent à chaque voie principale. Le changement ultime sera suivi avec des indicateurs au niveau de l'objectif spécifique. Les indicateurs seront suivis de manière semestrielle.

Au niveau de l'outcome, les indicateurs identifiés permettent de mesurer le niveau d'acceptation, disponibilité, qualité et accessibilité des services de santé. Nous mesurons donc le taux de couverture en première consultation prénatale (Ind. A), le taux d'accouchements professionnellement assistés (Ind. B) et la qualité technique des structures (Ind. C). Pour les deux premiers indicateurs, les baselines et le suivi se fait au niveau du système national d'information sanitaire (SNIS). Le troisième indicateur est disponible dans la base de données du Financement Basé sur la Performance (FBP - Burundi). Ceci permettra un suivi par les ACNG et leur utilisation lors des évaluations externes. Le suivi se fera de la manière la plus désagrégée possible même si la baseline et les cibles sont présentés sur base de la moyenne de toutes les provinces appuyées. Les données désagrégées pour les baselines et les cibles sont suivies par les systèmes de M&E des ACNG et sont disponibles.

Le programme dispose également de 12 indicateurs pour suivre les 4 résultats attendus. Ces indicateurs sont listés et décrits dans un autre volet du programme et combinent les sources d'information primaires et secondaires. Lorsque l'information est disponible, la désagrégation est faite par sexe.

Au niveau de la gouvernance, les indicateurs retenus visent à mesurer directement les avancées du programme en matière de disponibilité des médicaments de qualité (Ind 1.1 et 1.2), le suivi du plan de développement des hôpitaux (Ind 1.3). Les baselines de ces indicateurs ainsi que leur collecte et leur suivi se fera par le système national d'information sanitaire de la RDC (Ind. 1.2 - pour certaines molécules) et/ou par une collecte propre par le programme (Ind 1.1, 1.2, 1.3), et seront disponibles pour les rapports d'auto-évaluation annuels et les évaluations externes.

Au niveau de l'offre, les indicateurs mesurent la disponibilité du Paquet Minimum d'Activités dans les Centres de Santé (Ind 2.1), le suivi des renforcements de capacités du personnel (Ind 2.2), la disponibilité du Paquet complémentaire d'Activités dans les services appuyés des Hôpitaux de District (Ind 2.3), la bonne utilisation du matériel biomédical (Ind. 2.4). Les baselines de ces indicateurs ainsi que leur collecte et leur suivi se fera une collecte propre au programme, et seront disponibles pour les rapports d'auto-évaluation annuels et les évaluations externes.

Au niveau de la demande, nous comptons mesurer l'autonomie des indigents bénéficiant d'initiatives génératrices de revenus (Ind 3.1), le taux de pénétration des mutuelles de santé (Ind 3.2), la sensibilisation de la population en matière de droits à la santé (Ind 3.3). Les baselines de ces indicateurs ainsi que leur collecte et leur suivi se fera une collecte propre au programme, et seront disponibles pour les rapports d'auto-évaluation annuels et les évaluations externes.

Finalement, concernant la gestion de connaissances, nous suivrons le nombre d'expériences documentées et partagées (Ind 4.1) et le nombre d'événements de gestion et partage de connaissance organisés (Ind 4.2). Les baselines de ces indicateurs ainsi que leur collecte et leur suivi se fera une collecte propre au programme, et seront disponibles pour les rapports d'auto-évaluation annuels et les évaluations externes. Nous pourrions ainsi mesurer notre avancée sur cet output commun à plusieurs organisations.

Lorsque l'information est disponible, les résultats seront désagrégés et suivi en interne en fonction de la province et du sexe, permettant un suivi de la mise en œuvre et ainsi veiller à éviter de creuser les inégalités, notamment à travers la répartition des résultats attendus au niveau des différents groupes selon le principe de « leave no one behind ». Ces indicateurs donneront un bon aperçu de l'évolution de la gouvernance, de l'offre et de la demande du système de santé ainsi que la gestion de connaissances dans la période du programme.

La théorie du changement en elle-même sera évaluée à deux reprises au cours du programme par des évaluations externes : une première fois lors d'une évaluation intermédiaire et une seconde fois lors d'une évaluation finale. Ces évaluations permettront aussi de réaliser une analyse d'impact social sur le programme. Memisa a obtenu la certification des capacités en évaluation par le Service de l'Evaluation Spéciale.

Groupes marginalisés

L'action comporte un volet d'identification des personnes en situation d'indigence, en particulier les femmes et les enfants ainsi que les personnes souffrant de troubles mentaux. Ceci nous permet d'avoir une intervention différenciée selon les besoins des différents groupes et ainsi appliquer les principes de « leave no one behind » en réduisant les inégalités. A travers les initiatives génératrices de revenus (IGR), le renforcement de capacités de l'offre de soins centrés sur le patient et la défense des droits des patients (cf. TOC), notre action se focalise sur les groupes marginalisés de manière directe. Cela concerne toute genre de marginalisation ou discrimination, qu'elle soit liée à la classe sociale, à l'identité de genre, au sexe, à l'âge, à la religion, aux différences cultures, à l'ethnie, à l'état de santé ou à l'orientation sexuelle.

Approches communes identifiées au CSC Burundi

L'outcome contribue à 11 des 12 approches de la cible santé du CSC Burundi, en s'alignant aux stratégies sanitaires nationales, aux 6 piliers de l'OMS et aux principes de la déclaration de Paris. Concrètement, Memisa et MSV contribuent aux 11 des 12 approches, développées dans le CSC Burundi pour pouvoir réaliser le cible stratégique 2. « santé », étant les approches 2A, 2B, 2D, 2F, 2G, 2I, 2K, 2L (Memisa, MSV) et 2C, 2E, 2H (Memisa). De manière plus indirecte, l'intervention #H4A - Burundi contribue à l'accomplissement des cibles stratégiques (CS) 1. « une SC indépendante », le CS 4 « respecter les droits humains » et le CS 5. « l'inclusion sociale et l'égalité de genre ». De plus, à travers la PAMUSAB, différentes ACNG Belges du CSC Burundi (Memisa, Louvain Coopération, Croix-Rouge, AD) et CSC Travail Dégagé travaillent en étroite collaboration afin de contribuer au dialogue social en santé et à la place de la société civile dans les discussions autour de la couverture santé universelle. L'harmonisation des approches, des cotisations et du niveau d'accès aux soins de santé ainsi que la mise en place de l'inter-mutualité constituent un des moments forts du développement de l'assurance-maladie communautaire au Burundi. La récente naissance de la confédération nationale des mutuelles de santé du Burundi, multi-acteurs, est également un signe évident de cette mise en commun des approches. La professionnalisation progressive de la gestion des adhésions, des prestations, des risques et des finances par un logiciel spécifique est aussi un pas en avant des mutuelles de santé.

Description of Efficiency

Grâce à la synergie et complémentarité entre Memisa et MSV qui ont opéré des choix de concentration géographique commun, une gestion efficiente 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 efficacité supplémentaire se dégage avec d'une part, une cohérence des interventions. Désireuses de réaliser des économies d'échelle mais également de favoriser les échanges entre organisations, MSV, Memisa, Entraide et Fraternité et Broederlijk Delen partagent un bureau commun à Bujumbura. A l'intérieur du pays, notamment à Muyinga et à Muramvya, Memisa et MSV organiseront des évaluations externes communes.

La budget de Memisa et MSV est basé sur l'expérience des programmes précédents, ce qui rend optimal les estimations des coûts réalistes. Parmi les options identifiées, l'appui au système de santé pouvait se faire de manière verticale ou systémique. Memisa et MSV se sont concertés avec les parties prenantes et a fait le choix d'appuyer le système de santé périphérique de manière systémique, dans le cadre d'Alma-Ata/Astana, afin de couvrir de manière efficiente la majorité des besoins en matière de santé, le trajet du patient aux 1er et 2e niveaux, sans se focaliser sur une/des problèmes de santé spécifiques ou spécialisé. Nous avons opté pour l'alignement sur la stratégie sanitaire nationale du Burundi, les 6 piliers de l'OMS, la déclaration de Paris, et les approches de la cible santé CSC Burundi.

Pour Memisa, l'allocation des ressources pour le R1 est estimée à 15% et concerne principalement l'appui aux BPS/BDS/CAMEBU/COSA et la disponibilité de médicaments de qualité. Après un travail de réflexion avec les différentes parties concernées nous avons opté pour l'appui et l'accompagnement direct des parties prenantes liés à la gouvernance. Pour le R2, il est estimé à 65%. Nous travaillons sur le renforcement du système public. Il s'agit principalement d'assurer la disponibilité du PMA de qualité (formation, équipement, réhabilitations) afin de s'aligner à la stratégie nationale du Burundi sans disperser les ressources allouées. Le R3 est estimé à 14%. Il s'agit ici d'améliorer l'accès aux soins de santé et leur acceptation à travers les mutuelles de santé, reconnues par le ministère de la protection sociale, et les IGR pour une réinsertion socio-économique en vue de l'autonomisation durable et efficiente dans l'accès aux soins. Le R4 est estimé à 6% pour la participation aux espaces de gestion de connaissances au niveau national et international, afin d'assurer la qualité, l'harmonisation des actions et la recherche d'efficience.

Pour MSV, le R1 représente 3% de son budget. Il s'agit du coût de l'équipe qui implique BPS/BDS et associations dans la planification/suivi des activités dans les HD (atelier et évaluation TRC). 87% des CO sont alloués au R2. Pour l'efficience, MSV a opté pour : l'utilisation d'instruments locaux et numériques (échange entre pairs, stages et experts locaux), achat local, transport international maritime et aérien réduit via SN et le recours à des collaborations lorsqu'une expertise spécifique est nécessaire. MSV utilise l'expertise des bénévoles belges, qui contribue à des résultats de qualité à moindre coût par une complémentarité de regard, mise en réseau et échange international avec les experts locaux et le personnel renforcé. L'expertise internationale est valorisée en partie et selon le tarif de l'expertise locale. Le réseau de MSV se décentralisera pour se rapprocher du contexte local, renforcer l'ancrage et la confiance (en lien avec R1, R2 et R3). Le R4 utilise 10% des CO pour dynamiser les associations savantes (para)médicales, le réseau d'experts et les ACNG afin de contribuer à R1 et R2 par le partage et la gestion de connaissances

Description of the expected Impact

Détenteurs de droits : ABDDM, ASLO-Santé, Mutuelles communautaires, PAMUSAB, CRBU, TPS, GASC, COSA, associations savantes. Cet impact se retrouve dans notre théorie du changement, en particulier en suivant les voies de la demande, de la gouvernance et de la gestion de connaissances. À travers notre action nous nous attendons à que les porteurs de droits gagnent en accessibilité aux services de santé. Ils seront mieux outillés pour identifier leurs besoins, connaître leurs droits et pour les faire respecter. À travers différents mécanismes (mutuelles de santé, tarification forfaitaire), ils auront par la même occasion un meilleur accès financier à ces services de santé. Enfin, ils participeront activement aux organes de cogestion du système de santé, tels que les comités de santé. Cela aura pour effet que la santé et le bien-être de la population, en particulier les femmes et les enfants, sera amélioré.

Porteurs d'obligations : BSP, BDS, Formations sanitaires (en particulier les centres de santé et Hôpitaux de district). Cet impact se retrouve dans notre théorie du changement, en particulier en suivant les voies de l'offre, de la gouvernance et de la gestion de connaissances. L'impact attendu de notre action sur les porteurs d'obligations est de leur permettre de s'en tenir à leurs obligations et respecter les droits des détenteurs de droits. En matière de santé, cela se traduit par une amélioration de la disponibilité et de la qualité de services de santé. Les centres de santé et les hôpitaux seront à même de fournir les services des différents paquets d'activités, selon le niveau des formations sanitaires dans la pyramide sanitaire. L'organisation du système de santé sera efficace et efficiente, en diminuant par exemple les cas de rupture de stock des médicaments et consommables.

Description of Sustainability

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 à l'intérieur du pays. Ceci est accompagné par un investissement en matériel et équipements appropriés, et un suivi et renforcement continu dans le temps. Auprès de tous les partenaires au Burundi, on travaille à l'amélioration de la compétence technique pour organiser et dispenser des soins de qualité. Les partenaires sont renforcés pour accompagner et organiser les interventions et pour multiplier les expériences dans leur organisation, ailleurs vers d'autres acteurs tels que les hôpitaux et centres de santé. Le renforcement des capacités se fait en coopération avec les équipes locales (MSV/Memisa), des experts locaux, des ONG, des OSC locales, des institutions de recherche académique et des associations savantes. Voir aussi le chapitre sur les partenariats.

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 à poursuivre l'activité sans bénéficier d'autres financements. 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. 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).

Durabilité sociale : l'ancrage de l'intervention est communautaire, basé sur le renforcement des capacités de sensibilisation et d'organisation des acteurs communautaires et sociétaux, pour qu'ils puissent revendiquer leurs droits à la santé. Il est important de renforcer les acteurs non-gouvernementaux locaux/périphériques 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.

Durabilité écologique : Dans les appuis aux initiatives locales, 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. Une attention particulière sera portée aux initiatives d'assainissement du cadre de vie (gestion des eaux usées, hygiène de l'eau, utilisation des latrines, hygiène des mains...), à l'assainissement au niveau des structures sanitaires, à la gestion de déchets et des équipements, aux achats locaux, et en organisant des formations avec des experts locaux.

Durabilité institutionnelle : 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 institutionnelle et cela à divers niveaux : depuis les organisations communautaires via les centres de santé et les hôpitaux de district. Au Burundi, état fragile avec une population pauvre, le but est de participer au processus de structuration et responsabilisation de l'état - aux niveaux locaux, intermédiaires et périphériques- à travers le renforcement des acteurs locaux de santé et la création d'alliances stratégiques.

Description of the Partnership Strategy

Les partenaires des 2 ANG ont participé activement dans le développement de la stratégie de la TdC et l'outcome du nouveau programme, malgré la situation sanitaire. Les partenaires de Memisa sont la CRBU, les BPS/BDS, la PAMUSAB, les mutuelles communautaires (et leurs faitières) et l'ABDDM. MSV collabore avec deux types de partenaires: des hôpitaux de district (HD) et des centres spécialisés.

Memisa et MSV ont leur propre politique de la sélection et la gestion des partenaires mais partagent néanmoins des principes directifs par rapport à leur gestion (voir Dossier d'Agrément ONG Programme 2017-2026, p. 20-22 pour Memisa et p.18-21 G. Partners pour MSV).

Le Burundi a défini trois priorités dans la Politique Nationale de Santé 2016-2025, qui sont adressées directement ou indirectement par le programme Memisa-MSV : la réduction de l'ampleur (incidence, prévalence) et la gravité (morbidité, mortalité, invalidité, handicap, séquelles) des maladies et problèmes de santé ; l'amélioration des performances du système national de santé et du système communautaire ; le renforcement des collaborations intersectorielles. La complémentarité entre Memisa et MSV permet de construire un programme cohérent qui renforce le système de santé de manière globale. Le nombre de partenaires est adapté à la mise en œuvre de la stratégie d'intervention d'une façon cohérente et stratégique : 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, et MSV se concentre sur la voie de l'amélioration de l'offre dans le premier niveau de référence.

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 deux ACNG sont conscientes des relations de pouvoir asymétriques qui peuvent exister avec les partenaires. Elles suivent les trajets "décolonisation de la coopération", développement des réflexions sur le "framing" et entretiennent des échanges bienveillants et authentiques avec leurs partenaires sur ces concepts. Dans le CSC Burundi, une série d'approches ont été formulées

autour de la cible stratégique « santé ». Memisa et MSV contribuent aux 11 des 12 approches (pas tous les 2 ANG à tous les 11 approches), en collaboration avec leurs partenaires locaux, les autres ANG belges impliqués dans le CSC Burundi et d'autres parties prenantes (locales et internationales).

Plus concrètement dans le nouveau programme, le point d'entrée de MSV dans le système local de santé reste l'HD. Cependant, il sera moins considéré comme un îlot mais comme un élément important du système. Ainsi, on va contribuer renforcer l'HD afin qu'il joue bien son rôle dans le système, dans l'accompagnement des CS, pour améliorer la qualité des soins offert à la population, principalement par la Référence et contre référence. Le point de départ du partenariat avec l'HD sont des besoins exprimés par l'hôpital et le niveau de compétences du personnel médico-technique requis pour sa mission. L'approche est fondée sur les droits: partir de ce dont les populations et les hôpitaux partenaires ont besoin, de ce qu'ils entendent eux-mêmes par de bons soins de santé et renforcer le dialogue et le plaidoyer vers les décideurs politiques.

Au Burundi, la stratégie de partenariat de Memisa tend à appuyer et renforcer l'autonomie de ses partenaires membres de la société civile. Memisa utilise l'outil "partnerscan" pour identifier ses partenaires et refait l'exercice tous les deux ans afin d'améliorer leur accompagnement et renforcement. Elle confie la mise en œuvre d'une partie du programme à la CRBU et l'ABDDM. Le renforcement des organisations de la société civile engagée en santé permet qu'elles jouent un rôle démocratique important dans la gouvernance du système de santé. Concrètement, la CRBU se chargera de l'organisation d'initiatives génératrices de revenus et à l'identification des indigents. Pour la défense des droits des patients, l'ABDDM offrira un appui aux patients lors des litiges avec les porteurs d'obligations. L'ABDDM et MEMISA sont coresponsables de la prise en charge de la promotion, la protection et la défense des détenteurs de droits lésés par le système de santé, en particulier les plus vulnérables. Enfin, l'appui aux mutuelles de santé se fait en collaboration avec la PAMUSAB et les mutuelles de santé. Elles sont responsables d'organiser l'assurance maladie communautaire pour leurs membres et de leur garantir l'accès aux meilleurs services de santé possibles. La relation de partenariat avec les BDS et BPS est directement liée au travail d'appui à l'offre de services de santé ainsi qu'à la gouvernance du système de santé. En particulier, cela concerne les audits qualité, les renforcements de capacités, les réhabilitations d'infrastructure et l'appui en équipement médical.

Les 2 ACNG veulent être actives dans les plateformes d'échange et de réseautage au Burundi via les partenaires locaux pour créer des opportunités d'apprentissage, de concertation, de planification stratégique, et de collaboration effective avec les partenaires belges et internationaux sur le terrain, afin de mieux participer à la mission d'amélioration de l'efficacité de l'aide et de renforcer la vision de droit à la santé pour tous.

Cette stratégie de partenariat contribue directement à l'atteinte de la cible Santé et Bien-être du CSC Burundi dans toutes ses approches.

Description of Synergies

Santé mentale avec Louvain Coopération (LC)

Améliorer l'offre des services de santé mentale dans les formations sanitaires au Burundi, contribuant de cette façon aussi à la politique nationale d'intégration de la santé mentale. MSV appuie le centre national de référence (Centre Neuropsychiatrique de Kamenge) et ses extensions (Centre Neuropsychiatrique de Ngozi et Centre de Soins Mentaux de Gitega) sur le volet le renforcement des capacités médicotéchniques du personnel à travers des missions de volontaires belges et d'experts locaux, spécialisés en psychiatrie et en neurologie. Ces formations seront ouvertes au personnel (médecins et/ou infirmiers) provenant des HD de la zone d'intervention de LC, qui formeront à leur tour le personnel des CDS. LC à travers son partenaire BADEC va assurer la logistique des participants de sa zone d'intervention. LC s'occupera de l'intégration de la santé mentale au niveau communautaire, MEMISA dans les CDS et MSV dans les HD ; et ainsi avoir une couverture holistique de toute la province de Karusi.

Enabel

ENABEL appuie institutionnellement les structures du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA (MSPLS) de la Province de Muramvya (BPS et BDS). Une synergie est déjà envisagée au niveau du renforcement des capacités des ressources humaines (CDS) et des relais communautaires (ASC, Cosa, TPS et CH). ENABEL continuera à appuyer techniquement et logistiquement les bureaux des districts sanitaires et de la province sanitaire. ENABEL 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. Dans son appui aux CDS, MEMISA contribue au FBP (ENABEL) par les inputs/intrants dans les performances des CDS. MSV poursuivra et amplifiera la synergie avec Enabel pour :

- MSV organise des formations de renforcement des capacités et Enabel envoie les techniciens des districts et des hôpitaux de sa zone d'intervention à la formation.
- Intégration de la santé mentale dans les HD : Enabel appuie le niveau central et MSV est opérationnel au niveau des centres spécialisés.
- Amélioration de la chirurgie de district : MSV et Enabel mutualisent les fonds pour l'organisation de la formation en chirurgie de district.
- Numérisation : on s'attend à organiser des échanges avec Enabel pour pouvoir mieux intégrer des innovations (par. ex. la GMAO/Open Clinic avec ICT4-DEV).

Autres acteurs (WV, IHB, GIZ, Cordaid, GVC, MSF, ICAP/RISE, Lifenet International)

World Vision (WV) intervient au niveau communautaire et travaille avec les relais communautaires, surtout en matière de nutrition, de santé de la reproduction et la lutte contre le paludisme. Elle procède souvent aux équipements des ASC et Cosa. Memisa et WV se travaillent ensemble aussi dans la formation des ASC sur le nouveau manuel de formation. GIZ intervient dans le concours qualité, la PF et SSR/AJ avec réseautage des CDS Amis des Jeunes. Cordaid intervient dans le paiement FBP et renforcement des capacités de personnel soignant. GVC intervient dans la province de Muyinga dans les camps de réfugiés et rapatriés pour leurs soins médicaux et la vaccination. MSF assurent la prise en charge des plaies ulcérées dans les communes de Butihinda et Giteranyi. L'USAID appuie ICAP/RISE dans la prise en charge du VIH/SIDA à Muyinga. Lifenet international appuie les CDS agréés dans la province. Memisa est dans un consortium cofinancé par l'UE avec l'OMS, l'OIM et ENABEL, dans le cadre de la résilience sanitaire au Burundi, entre autres dans la province de Muramvya. D'autres organisations (CORDAID, World Vision, etc.) travaillent avec Memisa au sein du même programme, dans des provinces différentes.

Croix Rouge Francophone de Belgique (CRB-CF)

Collaboration avec les antennes provinciales 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 géographiques et opérationnelles dans la province de Gitega et Karusi. La CRB-CF appuiera le référencement communautaire des malades, blessés et malnutris vers les CDS qui seront appuyés/renforcés par Memisa (formation et équipement). Les 2 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. Les cofinancements des IGR permettront une efficacité et efficacité dans l'autonomisation des vulnérables indigents pour un accès aux soins de santé. ABUBEF et PSI interviennent dans la Planification familiale et la SSR/AJ.

Rode Kruis Vlaanderen (CRB-FL)

Des synergies et complémentarités dans le domaine de la sensibilisation au don de sang et des formations en Premiers Secours sont en cours de concrétisation entre la Croix-Rouge Néerlandophone de Belgique et Memisa. Pour le don de sang, CRB-FL et Memisa seront en effet actifs dans au moins une province commune, Gitega. Concernant les premiers secours, l'intervention CRB-FL couvre l'ensemble du Burundi et pourra donc bénéficier à l'intervention de Memisa. CRB-FL et Médecins Sans Vacances ont identifié une synergie dans le volet Premiers Secours. Les activités Premiers Secours de base étant mises en œuvre dans tout le pays, CRB-FL prévoira la formation en Premiers Secours des chauffeurs des ambulances de 10 hôpitaux de district appuyés par MSV, et ce dans 5 provinces (Bubanza, Muramvya, Gitega, Karusi et Muyinga) et pour minimum 20 personnes. Les 2 organisations s'accordent pour partager les frais de formations entre CRB-FL (frais des formateurs, matériel, certificats, etc.) et MSV (frais de restauration, logement et déplacement des participants, etc.). Dans un second temps, un recyclage ou la formation sur le module plus spécifique « Sécurité Routière » pourront également être envisagés.

APEFE

Etant donné l'importance des soins de kinésithérapie précoces pour les patients ayant bénéficié de chirurgie (particulièrement dans le cas de traumatismes opérés) ; la synergie consistera à ce que le PAD-MPR de l'APEFE facilite la création de services de kinésithérapie dans les hôpitaux où MSV a appuyé le renforcement des capacités en chirurgie essentielle. MSV travaillera avec l'APEFE pour identifier des hôpitaux où les conditions sont réunies pour l'implantation d'un service de kinésithérapie. MSV facilitera les contacts entre le PAD-MPR et les autorités des hôpitaux considérés afin de mener à bien le processus de création du service.

Join for water

Join for Water et MSV feront ensemble des diagnostics sur la situation WaSH et l'incidence sur les maladies hydriques et la COVID-19 dans les FOSA où MSV est actif pour rechercher des améliorations grâce à leur expertise et partenaires respectifs.

Travail décent et PAMUSAB

TOTAL OPERATIONAL COSTS FOR THE OUTCOME	2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL

Description

Le budget de Memisa, y compris pour l'outcome Burundi se trouve, comme indiqué dans le manuel, dans les annexes associées au programme, dans le fichier XLS approprié. Le budget de Memisa au Burundi est de 2.693.913€ pour les cinq années. Il s'inscrit au sein d'un programme commun avec MSV qui est mis en œuvre conjointement par les équipes locales des deux organisations.

Nous avons un chevauchement d'une année avec nos interventions en cours financées par L'UE au Burundi ce qui nous permet une synergie et complémentarité.

L'intervention ici présentée se situe dans 4 ZS Muramvya, Gitega, Karusi et Muyinga

Le budget est réparti entre les 4 axes d'intervention :

- Amélioration de la gouvernance : +- 15%
- Amélioration de l'offre : +- 65%
- Amélioration de la demande : +- 14%
- Gestion des connaissances : +- 6%

Au niveau de chaque axe, les principales activités ont été identifiées. Ensuite, le budget est fait sur la base des expériences antérieures de l'action de Memisa au Burundi (DGD et projets UE).

Les investissements (575.896 €) représentent 21% du budget et sont répartis sur les 3 premières années du programme tandis que le fonctionnement (1.013.406 €) est de 38%.

Les ressources humaines (1.104.611 €) y compris les salaires et autres (assurance maladie, minerval) occupent 41% du budget.

La mise en œuvre du programme est envisagée au Burundi avec l'assistance de 27 staffs nationaux dont 2 Médecins, 7 superviseurs terrain, 2 gestionnaires logisticiens, 1 comptable, 1 logisticien, 1 assistant administratif, 1 secrétaire caissier, 4 chauffeurs, 6 veilleurs de nuit et 2 agents d'hygiène et de propreté.

Le personnel expatrié est composé d'un ATI/Santé publique et d'une RAFI pendant la première année du programme. L'équipe est sous la responsabilité du Coordonnateur de l'Action.

Contacts

Contact details for the outcome's ANGC reference person in Belgium

Name :	Felipe SERE
Telephone :	+32 2 4541546
Email :	felipe.sere@memisa.be

Contact details for the outcome's ANGC reference person or their representative in the field

Organization :	Memisa
Name :	Edouard Nkurunziza
Telephone :	+25779927666/+25776038599
Email :	Edouard.nkurunziza@memisa.be

Mandatory annexes classified by outcome

File

List of partnerships/cooperative for the outcome

List of partnerships for the outcome

Acronym MSPLS

Full name Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	0	0	0	0

Acronym BPS

Full name Bureau Provincial de la Santé

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	0	0	0	0

Acronym BDS

Full name Bureau du District Sanitaire

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	0	0	0	0

Acronym PAMUSAB

Full name Plateforme des Acteurs des Mutuelles de Santé du Burundi

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
5000	5000	5000	5000	5000	25000

Title of the annex	Type of document	File
Projet de convention de partenariat hôpital MSV – HDS Gashoho	Partnership Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Projet%20de%20convention%20de%20partenariat%20h%C3%B4pital%20MSV%20E2%80%93%20HDS%20Gashoho.docx
Projet de convention de partenariat hôpital MSV – HDS Gihanga	Partnership Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Projet%20de%20convention%20de%20partenariat%20h%C3%B4pital%20MSV%20E2%80%93%20HDS%20Gihanga.docx
Projet de convention de partenariat hôpital MSV – HDS Giteranyi	Partnership Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Projet%20de%20convention%20de%20partenariat%20h%C3%B4pital%20MSV%20E2%80%93%20HDS%20Giteranyi.docx
Projet de convention de partenariat hôpital MSV – HDS Muramvya	Partnership Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Projet%20de%20convention%20de%20partenariat%20h%C3%B4pital%20MSV%20E2%80%93%20HDS%20Muramvya.docx
Projet de convention de partenariat hôpital MSV – HDS Muyinga	Partnership Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Projet%20de%20convention%20de%20partenariat%20h%C3%B4pital%20MSV%20E2%80%93%20HDS%20Muyinga.docx
Projet de convention de partenariat hôpital MSV – HG de Mpanda	Partnership Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Projet%20de%20convention%20de%20partenariat%20h%C3%B4pital%20MSV%20E2%80%93%20HG%20de%20Mpanda.docx
Projet de convention de partenariat hôpital MSV – HR Gitega	Partnership Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Projet%20de%20convention%20de%20partenariat%20h%C3%B4pital%20MSV%20E2%80%93%20HR%20Gitega.docx
Projet de convention de partenariat hôpital MSV – HDS Ijenda	Partnership Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Projet%20de%20convention%20de%20partenariat%20h%C3%B4pital%20MSV%20E2%80%93%20HDS%20Ijenda_0.docx
Fiches signalétiques partenaires Burundi MSV	Fact sheet per partner	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Fiches%20signal%C3%A9tiques%20partenaires%20Burundi%20MSV.pdf
Fiche signalétique collaboration Burundi MSV	Fact sheet per collaboration	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Fiche%20signal%C3%A9tique%20Collaboration%20Burundi%20MSV.pdf
Projet de convention de collaboration MSV Fracarita RDC-Burundi	Collaboration Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Projet%20de%20convention%20de%20collaboration%20MSV%20Fracarita%20RDC-Burundi_0.docx

List of partnerships/cooperative for the outcome

List of partnerships for the outcome

Acronym HDS Muyinga

Full name Hôpital de District Sanitaire de Muyinga

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	0	0	0	0

Acronym HDS Gashoho

Full name Hôpital de District Sanitaire de Gashoho

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	0	0	0	0

Acronym HDS Giteranyi

Full name Hôpital de District Sanitaire de Giteranyi

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	0	0	0	0

Acronym HDS Buhiga

Full name Hôpital de District Sanitaire de Buhiga

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	0	0	0	0

Acronym HR Gitega

Full name Hôpital Régional de Gitega

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	0	0	0	0

Acronym HDS Muramvya

Full name Hôpital de District Sanitaire de Muramvya

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	0	0	0	0

Acronym HDS Bubanza

Full name Hôpital de District Sanitaire de Bubanza

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	0	0	0	0

Acronym HG Mpanda

Full name Hôpital Générale Mpanda

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	0	0	0	0

Acronym HDS Gihanga

Full name Hôpital de District Sanitaire de Gihanga

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	0	0	0	0

Acronym CNPK

Full name Centre Neuropsychiatrique de Kamenge

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	0	0	0	0

Acronym CNP Ngozi

Full name Centre Neuropsychiatrique de Ngozi

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	0	0	0	0

Acronym CSM Gitega

Full name Centre des Soins Mentaux de Gitega

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	0	0	0	0

Acronym HDS Ijenda

Full name Hôpital de District Sanitaire de Ijenda

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	0	0	0	0

List of cooperative partnerships for the outcome

Acronym FB

Full name Fracarita Belgium

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
79250	74500	69750	70000	65250	358.750

Santé pour tous et toutes en République Démocratique du Congo

Contacts

Contact details for the outcome's ANGC reference person in Belgium

Name :	Felipe SERE
Telephone :	024541546
Email :	felipe.sere@memisa.be

Contact details for the outcome's ANGC reference person or their representative in the field

Organization :	MEMISA
Name :	Jean Clovis Kalobu
Telephone :	+243 81 512 54 30
Email :	jean_clovis.kalobu@memisa-rdc.org

Author information

Lead NGO/Owner :	MEMISA
Name of accredited actor	Memisa België

General

Title of the outcome – French or English (mandatory) :	Santé pour tous et toutes en République Démocratique du Congo		
IATI activity Identifier :	BE-BCE_KBO-0435563751-Prg2022-1-CD		
Outcome start date :	01-01-2022		
Outcome end date :	31-12-2026		
Country of intervention :	Congo (the Democratic Republic of the)		
Region :	South of Sahara, regional		
Sector :	12220 - Health - Basic health care	Budget share :	60%
Sector :	13020 - Reproductive Health & rights - Reproductive health care	Budget share :	15%
Sector :	12281 - Health - Health personnel development	Budget share :	10%
Sector :	12110 - Health - Health policy and administrative management	Budget share :	5%
Sector :	12181 - Health - Medical education/training	Budget share :	5%
Sector :	12191 - Health - Medical services	Budget share :	5%

Other CSOs/IAs involved

SO

Strategic target involved

4. Améliorer l'accès aux soins de santé de qualité ...

- REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Description :	4. Améliorer l'accès aux soins de santé de qualité et promouvoir le droit à la santé pour toutes et tous
Thematic/geographical :	GEOGRAPHIC JSF

Approaches or sub-targets concerned

4A: Amélioration de l'accès à des médicaments et consommables de qualité dans le respect de la « charte médicaments » de la DGD.

4B: Renforcement de l'infrastructure et de l'équipement en fonction du mandat des structures de santé et de façon durable et adaptée au contexte suivant un standard normatif, avec une attention particulière à l'hygiène, aux dernières avancées en termes de nouvelles technologies, d'énergies renouvelables, de maintenance préventive et de respect de l'environnement.

4C: Renforcement des capacités et compétences médico-techniques du personnel de la santé, en veillant à améliorer le maintien en poste et l'équité de genre dans l'accès à la formation continue et dans les métiers de la santé.

4D: Promouvoir et appuyer la mise en place d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et en donnant accès à des services de santé de qualité à toute la population, en particulier les plus vulnérables.

4E: Renforcement de la santé et droits sexuels et reproductifs (SDRS) et RMNCH

4F: Renforcement des capacités organisationnelles et de bonne gouvernance des acteurs institutionnels et prestataires de soins, notamment dans le sens de l'organisation – réaction à une crise ayant un impact sur la santé (lien avec le nexus aide humanitaire), de transparence, lutte contre la corruption, d'un financement durable, soutenable et équitable de la qualité des soins de santé

4G: Appui à l'équité de genre en santé ainsi qu'à l'empowerment des personnes discriminées par le genre, dans le respect de la « charte genre » des ONG Belges

4H: Éducation et sensibilisation de la population en matière de santé, de justice sociale sanitaire, d'équité de genre et de respect de l'environnement.

4I: Appui à la communauté, aux organisations locales engagées en santé et aux initiatives locales d'autonomisation de la population, de renforcement de la résilience communautaire en cas de crise sanitaire et d'amélioration de la santé, en particulier pour les femmes, les enfants et les personnes vulnérables.

4J: Actions sur les déterminants ayant un impact sur la santé, notamment en lien avec le travail décent, la sécurité alimentaire (agriculture « propre » ou adaptée aux besoins de la population), l'hygiène, la santé vétérinaire et l'environnement (« one health », « planetary health », changement climatique et pollutions terre, eau, air).

4K: Échanges, participations et apprentissages communs au sein de réseaux et plateformes nationales (Hub Santé, PHRDC, FABAC Santé, etc.) et internationales (Medicus Mundi International, Be-Cause Health, People's Health Mouvement, etc.) actives en matière de santé.

4L: Gestion des savoirs : capitalisation, appui aux institutions de recherche/éducation en santé, recherche-action et actions de plaidoyer en santé.

Geographic location of the outcome's intervention zone

Zone de Santé - Pawa

Lat/Long :	2.31361, 27.42115
------------	-------------------

Zone de Santé Boma Mangbetu

Lat/Long :	2.18323, 27.46214
------------	-------------------

Zone de Santé - Drodro

Lat/Long :	1.44493, 30.32483
------------	-------------------

Zone de Santé - Tchomia

Lat/Long :	1.26189, 30.28597
------------	-------------------

Zone de Santé - Lita

Lat/Long :	1.39138, 30.19132
------------	-------------------

Zone de Santé - Fataki

Lat/Long :	1.586, 30.33517
------------	-----------------

Zone de Santé - Pay-Kongila

Lat/Long :	-5.26398, 18.2035
------------	-------------------

Zone de Santé - Kingandu

Lat/Long :	-5.30239, 18.24383
------------	--------------------

Zone de Santé Yasa-Bonga

Lat/Long :	-4.7163068657123, 18.627540162168
------------	-----------------------------------

Zone de Santé - Kisantu

Lat/Long :	-5.1383893515044, 15.090537226278
------------	-----------------------------------

Zone de Santé - Mangembo

Lat/Long :	-4.5997856159692, 14.269818370205
------------	-----------------------------------

Zone de Santé - Popokabaka

Lat/Long :	-5.6931136521005, 16.584806420729
------------	-----------------------------------

Zone de Santé - Kasongo Lunda

Lat/Long :	-6.4811299229175, 16.789373035333
------------	-----------------------------------

Zone de Santé - Bokonzi

Lat/Long :	2.24538, 18.38575
------------	-------------------

Zone de Santé - Bominenge

Lat/Long :	3.10298, 20.09432
------------	-------------------

Zone de Santé - Budjala

Lat/Long :	2.38512, 19.42189
------------	-------------------

Zone de Santé - Katako-Kombe

Lat/Long :	-3.23545, 24.24186
------------	--------------------

Zone de Santé Miti-Muhresa

Lat/Long :	-2.21282, 28.47557
------------	--------------------

Kinshasa

Lat/Long :	-4.3509339966107, 15.348764708824
------------	-----------------------------------

Lubumbashi

Lat/Long :	-11.66089, 27.47938
------------	---------------------

Kilwa

Lat/Long :	-9.2871270319473, 28.328633278007
------------	-----------------------------------

Likasi

Lat/Long :	-10.988834170692, 26.738211075138
------------	-----------------------------------

Zone de santé de Kadutu

Lat/Long :	-2.5152348348517, 28.852168786151
------------	-----------------------------------

Zone de santé de Nyantende

Lat/Long :	-2.5645382928488, 28.863950584603
------------	-----------------------------------

Zone de santé de Nyangezi

Lat/Long :	-2.6628069700322, 28.874623768444
------------	-----------------------------------

Zone de santé de Ijwi

Lat/Long :	-2.1888327782538, 28.994256296426
------------	-----------------------------------

Zone de santé de Mubumbano

Lat/Long :	-2.7264920263327, 28.650681514525
------------	-----------------------------------

Zone de santé de Waiungu

Lat/Long :	-2.7076793380398, 28.645949410449
------------	-----------------------------------

Outcome summary**Description of the outcome**

L'outcome RDC de Memisa, MSV et CDEB vise à contribuer à l'amélioration de la disponibilité, la qualité et l'accessibilité des soins de santé pour le plus grand nombre de personnes, en

agissant sur le renforcement des acteurs du système de santé, en veillant à inclure et faire participer les populations plus vulnérables ou marginalisés.
 Promouvoir la bonne gouvernance : renforcer l'autonomie des OSC et des autorités sanitaires dans leur rôle de coaching, d'accompagnement et/ou de supervision des ECZ et des équipes de management des HGR, en favorisant une concertation multi-acteurs à tous les niveaux. Faire remonter les produits de la gestion de connaissances aux niveaux décisionnels pour influencer les politiques nationales ou internationales.
 Améliorer l'offre : renforcer les FOSA pour qu'elles puissent assumer leurs rôles et proposer les PMA (CS) et les PCA (HGR) correspondant à leur mandat dans la pyramide sanitaire et veiller à la bonne référence en renforçant la qualité, la disponibilité et la gestion des ressources techniques, financières et humaines.
 Appuyer la demande : Améliorer les accessibilités financières, géographiques et socio-culturelles avec des stratégies de promotion de structuration et d'implication des communautés et OSC. Cela inclut le plaidoyer politique et social pour la CSU et les droits des patients, l'appui à l'empowerment des communautés ainsi que différents mécanismes de subvention de soins, de mutualisation de risques et application d'une tarification forfaitaire.
 Améliorer la gestion des connaissances en santé : le programme se construit comme une recherche action participative : espaces de gestion de connaissances, documentation/capitalisation, publication et diffusion d'expériences/outils/référentiels, facilitation de l'accès aux partenaires de la société civile locale à des plateformes nationales et internationales.
 Ce programme met un accent particulier aux aspects de la durabilité écologique, de genre et de la digitalisation.

Wording of the outcome

La santé et le bien-être des populations de la RDC sont améliorés en rendant les services de santé acceptables, disponibles, de qualité et accessibles

Target groups

Les porteurs d'obligation à savoir les 9 DPS et les 29 ECZ, 28 Hôpitaux et les centres de santé et leur personnel ainsi que les comités de santé.
 Les organisations sans but lucratif intégrées au système et ayant un mandat de comme porteurs d'obligations en matière de services de santé

Les détenteurs de droits sont composés de groupes représentatifs des bénéficiaires de l'action, comme les organisations de la société civile engagées en santé Action Espoir et MUSAKIS

Sensitive and confidential information

SO

Categorization: Sustainable Development Goals

SDG :	Goal 3. Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages	SDT :	Achieve universal health coverage, including financial risk protection, access to quality essential health-care services and access to safe, effective, quality and affordable essential medicines and vaccines for all
SDG :	Goal 5. Achieve gender equality and empower all women and girls	SDT :	Ensure universal access to sexual and reproductive health and reproductive rights as agreed in accordance with the Programme of Action of the International Conference on Population and Development and the Beijing Platform for Action and the outcome documents of their review conferences
SDG :	Goal 17. Strengthen the means of implementation and revitalize the Global Partnership for Sustainable Development	SDT :	Enhance North-South, South-South and triangular regional and international cooperation on and access to science, technology and innovation and enhance knowledge-sharing on mutually agreed terms, including through improved coordination among existing mechanisms, in particular at the United Nations level, and through a global technology facilitation mechanism

Markers & Tags

1. Gender Equality :	2
2. Aid to Environment :	1
3. Participatory Development / Good Governance :	2
4. Trade development :	0
5. Biodiversity :	0
6. Climat Change - Mitigation :	1
7. Climat Change - Adaptation :	1
8. Desertification :	0
9. RMNCH - Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health :	2
10. HIV / AIDS :	2
11. Children's Rights :	1
12. Disability :	1
13. Nutrition :	1

1. D4D - Better use of big data :	Yes
2. D4D - Digital for inclusive society :	Yes
3. D4D - Digital for inclusive and sustainable economic growth :	No
4. Private Sector Development :	Yes
5. Health - Sexual and reproductive health :	Yes
6. Health - Quality medicines :	Yes
7. Health - Health financing and Universal Health Coverage :	Yes
8. Refugees :	Yes
9. Covid-19 :	Yes

Categorization: Positioning with regard to the objectives of Belgian Development Cooperation, described in its strategy papers

Agriculture and Food Security

L'outcome RDC du programme #H4A apporte une contribution positive au thème de la nutrition, qui a été inclus dans la note stratégique agriculture et sécurité alimentaire de la coopération belge comme l'un des trois thèmes primordiaux. Cela se fera de plusieurs manières : il est attendu que les partenaires locaux établissent des collaborations interprofessionnelles avec d'autres secteurs apparentés à la santé, l'agriculture, la gestion de l'environnement. L'agriculture durable et la sécurité alimentaire sont en outre cruciales pour la réalisation des ODD 1 « Pas de pauvreté » et ODD 3 « Bonne santé et bien-être ».

Le programme appuie également des initiatives communautaires pour la protection des plus pauvres, pour l'hygiène et l'assainissement ou encore pour des solutions locales de prise en charge des enfants malnutris. Les rôles et responsabilités de chaque partie sont définis et la communauté porte la mise en œuvre de l'action.

Notre approche intégrée et transversale pour améliorer le système de santé est nécessaire notamment sur le plan de l'éducation, des soins de santé et de la politique agricole. Il est prévu d'organiser des activités multisectorielles sensibles et spécifiques, par exemple la protection sociale, les systèmes de santé, l'accès à l'eau potable et les installations sanitaires.

L'échange de connaissances et d'expériences avec et entre les autres ACNG qui participent au CSC RDC dans le domaine de l'agriculture et de la sécurité alimentaire permettra également de s'assurer que le programme #H4A participe et contribue aux réflexions et échanges relatifs au concept de « One Health ».

Education

L'outcome RDC du programme #H4A s'inscrit dans l'objectif de la note stratégique de la coopération belge sur l'éducation concernant la concentration de l'appui de la coopération belge sur, entre autres, l'enseignement technique et professionnel dans le cadre de la formation continue. Le programme veut contribuer à la poursuite de la professionnalisation du secteur de la santé

de différentes manières :

- Investir dans le développement des ressources humaines pour la santé à travers le renforcement du personnel médical, paramédical, technique, administratif et de gestion, basé sur les politiques et stratégies nationales de santé et en concertation/impliquant les autorités sanitaires.
 - Les partenaires locaux collaboreront avec les autorités d'éducation et des centres de recherche afin de pouvoir (i) offrir des stages pour les apprenants ou étudiants, (ii) contribuer à l'amélioration des données d'études, (iii) prévoir des formations continues du personnel des hôpitaux, du recrutement et formation des experts et de la certification des formations.
- L'échange de connaissances et d'expériences avec et entre les autres ANG qui participent au CSC RDC dans le domaine de l'éducation permettra également de s'assurer que le programme #H4A renforce ce thème dans ses activités de formation continue. Nous travaillons avec plusieurs centres de formation, qui seront appuyés pour un accueil optimal des apprenants.

Children's rights

L'outcome œuvre pour que les enfants et les mères aient accès à des soins de santé de qualité, avec une spécificité croissante par l'intégration de la CDEB, dont les stratégies découlent directement des ART. 23 et 24 de la CIDE

Protection : H4A plaide auprès des autorités et partenaires et sensibilise la communauté contre la stigmatisation, discrimination et pratiques nocives envers les enfants. Le programme agit sur les accès financiers en encourageant des initiatives génératrices de revenus communautaires permettant de couvrir le coût de certains soins, et appuie les mutuelles pour renforcer le statut socio-économique des enfants et des femmes afin de réduire leur vulnérabilité. Des fonds de solidarité dédiés existent également, incluant dans leur gestion des (parents d')enfants (témoignages directs).

Prestations : Le programme appuie les CS et les HGR/HZ en équipements et en formation continue afin d'améliorer la disponibilité et la qualité des prestations pour les enfants (y compris la prévention de la transmission VIH/SIDA de la mère à l'enfant). Les services pédiatriques des pôles de compétences hospitaliers font également l'objet de renforcements de capacités spécifiques, et l'approche centrée patient est privilégiée dans la formation des prestataires, afin d'assurer le droit des enfants à disposer d'informations appropriées sur leur santé, la santé sexuelle et reproductive et sur leurs droits. Des plaidoyers pédiatriques directs au niveau central sont également entrepris, afin d'agir sur les politiques de recrutement des personnels qualifiés, et sur le financement d'unités de soins spécialisés inexistantes.

Participation : Enfin, nous œuvrons à donner la parole aux enfants dans les écoles et les CDS pour qu'ils puissent exprimer leur opinion et participer aux décisions et services qui les concernent. Cela encourage à garantir le droit des enfants à exprimer leur opinion en matière de santé et, de manière générale, à garantir leur liberté d'expression.

Development education

Dans le cadre de l'outcome d'éducation à la citoyenneté mondiale et solidaire (ECMS), mis en œuvre en Belgique, L'outcome du programme "Health4All" en République Démocratique du Congo pourra donner des bases solides sur lesquelles pourra s'appuyer le programme ECMS, afin d'aborder des thématiques pertinentes sur des réalités actuelles et non uniquement théoriques. Par l'éducation à la citoyenneté mondiale et solidaire, nous voulons soutenir les mobilisations citoyennes, individuelles et collectives en faveur d'un accès mondial équitable à des soins de santé de qualité pour tous et toutes.

Environment and climate change

L'outcome du programme en RDC s'aligne avec plusieurs objectifs de la note stratégique, de manière spécifique et directe au point 4 .1.3 de la note stratégique ainsi qu'à la cohérence des politiques.

A cet effet, nous avons développé un outil d'intégration environnementale adapté à notre action qui nous permettra de mettre en œuvre cet alignement sur la protection des eaux, terres et air, ainsi que le changement climatique.

Nous appuyons également bien entendu le tri différencié des déchets médicaux et non médicaux dans les structures sanitaires, mais notre action ne s'arrête pas là. En effet, notre programme veille à rester cohérent dans ses politiques en faveur du développement. Nous compensons les émissions de CO2 de nos voyages internationaux et avons un label « CO2 Logic ». Lors des constructions ou réhabilitations de CDS/hôpitaux, des systèmes de récolte d'eau de pluie et des panneaux solaires seront installés, tant pour des raisons environnementales que pour faciliter l'accès à l'eau et à l'électricité. Nous portons également une attention particulière à l'évacuation des eaux usées et des déchets afin d'éviter la contamination des eaux et des sols. Afin de limiter l'impact du transport de biens, lorsque c'est possible, nous favorisons les achats locaux ou l'envoi par transport maritime en cas d'achats internationaux. Dans les zones de convergences, l'envoi logistique local est conjoint. Nous porterons une attention particulière à l'achat des équipements médicaux adaptés et à la maintenance (préventive et curative) des équipements pour éviter les déchets.

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.

Gender

L'outcome du programme #Health4All en RDC contribue à réduire les inégalités de genre par la promotion de la santé et droits sexuels et reproductifs et la lutte contre les violences basées sur le genre, notamment le droit des femmes à disposer de leur corps, à décider librement d'avoir ou non des enfants, à en choisir librement le nombre et à avoir accès aux soins par rapport à leur problème spécifique de santé. Les trois ACNG sont également signataires de la charte Genre et les actions suivront la double approche : transversale et spécifique.

Une attention particulière sera donnée à la promotion des méthodes de contraception modernes à travers une amélioration de l'offre de services (formation des prestataires, disponibilité des intrants de planning familial) et en réduisant les barrières géographiques, financières et socioculturelles liées à la demande (sensibilisation des communautés, proximité des services, accessibilité financière aux services).

Un accent sera également mis sur l'accès à un suivi prénatal et aux soins postnataux, dépistage des IST et prise en charge des fistules. Les centres de santé sont une des portes d'entrée des personnes victimes de violences basées sur le genre. Le personnel de soins sera outillé pour prodiguer des services de santé aux victimes de violences basées sur le genre. Les jeunes auront également accès à une éducation sexuelle complète (Éducation à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle).

Enfin, lorsque l'information est disponible, les indicateurs utilisés sont également genre spécifique. #H4A entend mener une action "gender mainstreaming" au niveau des données sexo-spécifiques patients dans les services bénéficiant de ses appuis, et faire le lien avec le SNIS. Il se traduit aussi par un système de veille concernant la représentativité (et l'éventuelle discrimination) des personnels de santé aux modules d'apprentissages médico-techniques et de gestion (listes de participation genrées).

Migration

Le thème de la migration est indirectement lié au thème de la santé. La note politique de la ministre de coopération au développement Ktir (novembre 2020) indique que la migration crée une pression supplémentaire sur les États qui ont déjà des difficultés à fournir des services de base, car 85 % des réfugiés sont accueillis dans des pays en développement. Cette situation ne diffère pas dans les pays où le programme H4A est mis en œuvre, y compris en République Démocratique du Congo. En effet, le nombre de déplacés internes, en particulier à l'est, reste critique. Il est donc de la plus haute importance d'investir dans le système de santé de ces pays, comme le fait le programme H4A, afin de renforcer les soins de santé en tant que service de base en termes d'offre, de qualité et d'accessibilité aux groupes de population les plus vulnérables.

Digitalization - Digital for Development D4D

Le Programme s'aligne sur deux des trois objectifs de la note sur la Numérisation : une meilleure utilisation des (méga) données :

Memisa appuie les ECZ dans l'utilisation du logiciel DHIS2 pour assurer le monitoring des données pour la prise de décision. Une plateforme DHIS2 connecté au logiciel national permettra d'enregistrer, de cartographier et d'évaluer la mise en œuvre des activités planifiées. Il engendre la compatibilité, la comparabilité (validité/fiabilité) et l'unité et la qualité des données de santé publique et facilite le rapportage.

Le numérique pour des sociétés inclusives

Inclusion démocratique : la documentation et la publication des statistiques des données de santé publique renforce le droit des citoyens sur les soins leur ayant été apportés.

Inclusion financière et économique : l'accent particulier mis sur la digitalisation des outils bancaires (internet) et financiers (Cloud) résulte en une productivité accrue et un gain de temps et d'argent. L'amélioration et l'apprentissage constants en émanant renforcent le savoir-faire financier et économique.

Égalité d'accès à des services de base de qualité : l'informatisation de la gestion des stocks de médicaments améliorera le suivi et la disponibilité en médicaments. L'outil informatique sera également utilisé pour le renforcement de capacités, notamment avec l'exploration de lunettes connectées pour le suivi post-formation et de « Blended learning ». La plateforme DHIS2 permettra une mobilisation des ressources plus pertinente tout en assurant leur qualité.

La maintenance préventive et curative des équipements médicaux sera facilitée par le GMAO qui permettra une meilleure suivi et maintenance contribuant à une meilleure qualité de soins (disponibilités des équipements) et meilleure gestion financier (diminution des pertes et pannes).

La numérisation des données des patients (dossier unique, open clinic) permettra une prise en charge plus efficace et plus centrée sur le patient.

Health

L'outcome s'aligne aux objectifs des notes politiques sur le droit à la santé et aux soins de santé, les SDSR, la COVID19 ainsi qu'à l'addendum sur la couverture universelle des soins de santé. Sur la note politique « Le droit à la santé et aux soins de santé », nous nous alignons aux différentes approches. Nous avons une approche multisectorielle. Un accent est mis sur des initiatives locales d'accès à des aliments de qualité, l'égalité homme/femme, l'empowerment des personnes vulnérables et accès à de l'eau potable. A travers une autre approche sectorielle, nous renforçons le système de santé de manière systémique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

À propos de la note politique que la SDSR, notre programme se construit sur les mêmes principes de base, à savoir l'approche des droits humains, l'approche globale et positive de la

sexualité/procréation et au droit à la santé et aux soins de santé pour tous et toutes. Nous travaillons en collaboration avec nos partenaires et groupes-cibles dans l'intégration des SDRS et dans la lutte contre les violences sexuelles. Nous utilisons l'outil Body&Rights développé par Be-Cause Health et nous œuvrons afin que l'accès à l'EVRA soit accessible à tous et à toutes. Au niveau de la couverture santé universelle, nous appuyons différentes initiatives ou mécanismes de subvention de soins et de mutualisation de risques et application d'une tarification forfaitaire pour améliorer l'accès à des services de qualité. Un accent est également mis sur l'amélioration de paquet de soins correspondant aux besoins sanitaires de la population. Sur la COVID19, nous appuyons la résilience organisationnelle et communautaire pour assurer la prise en charge préventive et curative. Au niveau des cadres de référence en matière de santé, parmi nos moteurs se trouvent les déclarations d'Alma Ata/Astana sur les soins de santé primaires, les objectifs de développement durable (objectifs 3 et 5) et la déclaration de Paris.

Private sector

L'outcome du programme vise le renforcement du système de santé public. Il n'a pas pour vocation ou ambition de contribuer au développement du secteur privé ou de faire la promotion des PME.

Toutefois, certaines solutions privées sont soutenues lorsqu'elles apportent une plus-value à l'objectif social du programme, comme par exemple, des expertises, technologies ou outils innovants en santé de l'agence "Kinshasa Digital" collaborant avec l'ANICiS et la PHRDC sur l'accompagnement digital de la santé, notamment dans le cadre de la pandémie Covid-19.

Les entreprises disposant d'une politique RSE sont également sensibilisées et prennent part à l'alimentation et gestion financière des fonds de solidarité de CHIRPA. Elles participent également aux réflexions sur l'accès aux soins au sein de la PHRDC.

Plus généralement, il faut aussi prendre en compte que dans le secteur de santé, plusieurs acteurs (publics, privés à but lucratif et privés à but non-lucratif ou confessionnel) interagissent en permanence. Les structures privées confessionnelles sont parfois intégrées au système de santé local et interagissent avec le système de santé public.

Il est pertinent de souligner que le programme s'aligne bien à la priorité opérationnelle de renforcement des capacités institutionnelles publiques et aux priorités sectorielles sur l'énergie :

- Le programme soutient le renforcement des capacités organisationnelles, en particulier pour la conception, mise en œuvre et suivi des stratégies de développement dans le domaine de la santé ; où plusieurs acteurs privés interagissent également.

- Sur l'énergie, dans le contexte des infrastructures de base, le programme appuie les projets des autorités publiques ou du secteur privé (à but non lucratif) dans le cadre de l'utilisation d'énergies renouvelables.

Finalement, nous tenons à souligner que nous ne soutenons d'aucune manière les activités reprises dans la liste d'exclusion adoptée par l'European Development Finance Institutions.

Subsidy bonus allocation: priority themes and strategic priorities

Human rights-based approach

Valeur C : La stratégie de mise en œuvre de l'outcome est basée dans son entièreté, tel que cela est largement illustré par la TOC, sur une approche basée sur les droits, en particulier ceux des personnes vulnérables ou marginalisées: spécifiquement dans le programme les femmes, les enfants, et les personnes souffrants des troubles mentaux. La stratégie vise à appliquer tous les droits, la participation et accès au processus décisionnel, la non-discrimination et égalité d'accès. Cela concerne aussi l'obligation de rendre des comptes et accès à l'état de droit, la transparence et accès à l'information. La stratégie de mise en œuvre identifie les détenteurs de droits, les porteurs d'obligations et l'espace de dialogue social, ou cadres de concertation, entre les deux groupes.

Cela est illustré par le l'identification des voies de changements sur les détenteurs de droits et sur les porteurs d'obligations dans la théorie du changement, qui fait également une large place aux approches, outils et méthodes MEET (Meaningful participation, Empowerment, Equility and Traasparency) appliqués dans les appuis proposés par le programme.

Decent and sustainable work

Valeur C : L'outcome contribue activement à la réalisation des différents piliers du travail décent dans différents domaines. A travers Be-Cause Health et le Hub Santé, nous échangeons avec le CSC thématique travail décent afin d'améliorer nos pratiques.

Protection Sociale : L'intervention H4A en RDC veut promouvoir la structuration de la demande en renforçant les organisations de la société civile et en appuyant l'autonomisation (empowerment) des communautés.

- La MUSAKIS facilite l'accessibilité financière de ses membres et contribuent par son plaidoyer à la qualité de l'offre. Par son appui à la MUSAKIS et ses activités, le programme H4A veut contribuer à l'adhésion de certains groupes de la population à la mutuelle pour assurer son accès aux soins de santé. De cette manière, les membres de la MUSAKIS bénéficient d'une protection financière dans leur utilisation des soins de santé.

- Le programme contribue au maintien de la tarification forfaitaire pour promouvoir l'accessibilité financière des soins. Grâce à la tarification forfaitaire, les patients peuvent prévoir le cout de services pour chaque épisode de soins et diminuer les dépenses catastrophiques en santé.

Droit au travail : Par ailleurs, le programme H4A vise également à renforcer les structures de santé en répondant aux besoins d'organisation, de matériel, d'équipement et de formation du personnel médical, technique et administratif. #H4A en RDC contribue donc directement à l'amélioration des conditions de travail des structures de santé concernées et au travail décent des professionnels dans le secteur de la santé.

Dialogue Social : Les partenaires locaux contribueront également aux espaces d'échange sur une ou plusieurs sous-cibles entre OSC/AI à propos des stratégies d'intervention, les défis des partenaires locaux, la gestion des risques, etc. pour pouvoir renforcer la protection sociale et les droits humains des groupes cibles vulnérables dans le domaine de santé (voir aussi le CSC RDC p. 93).

Gender

Valeur C : La stratégie de mise en œuvre contribue à la deuxième priorité, sur les SDRS. Les trois ACNG sont signataires de la charte genre des ONG Begles, s'alignent à la note stratégique SDRS et possèdent des outils, chartes et/ou fiches techniques internes pour aborder le genre dans la double approche : transversale et spécifique.

Les systèmes de santé sont traversés par les inégalités de genre et peuvent contribuer à les perpétuer. Ainsi, la hiérarchie et la structure d'un système de santé peuvent être discriminatoires. Nous travaillons sur le renforcement des capacités pour une analyse genre des politiques et de la planification/gestion des ressources humaines, et sur la sensibilisation des acteurs sur la thématique du genre. Lorsque l'information est disponible, les indicateurs utilisés sont également genre spécifique.

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. Ceci crée un déséquilibre qui sera abordé dans le contenu des actions de promotion de la santé de l'outcome.

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, l'approche centrée patient-e, la prévention des violences envers les patients, le respect de l'anonymat et de l'intimité. Des formations du personnel soignant à l'intégration du genre, la planification familiale, les soins maternels et néonataux et les fistules vésico-vaginales sont prévus, ainsi qu'un appui en matériel et équipement y lié.

Environment

Valeur C : Un outil d'intégration environnemental spécifique (version adaptée de l'outil KLIMOS et l'OIE de Louvain Coopération) a été développé et testé afin de faire une analyse de l'impact potentiel de l'environnement et du climat sur l'intervention, et vice versa. L'intervention envisage un plan d'action pour neutraliser les éventuels effets négatifs et elle prend également des mesures ciblées ayant un impact positif sur l'environnement et le climat.

Dans toutes les interventions, il est prévu d'adopter une attitude proactive pour la protection du milieu lié aux interventions comme les formations sur la gestion des déchets biomédicaux, les formations sur la maintenance préventive et corrective et sur l'utilisation adéquate du matériel, les installations des ressources d'énergie durables, l'achat de matériel adapté aux conditions locales, l'achat local des consommables et médicaments de qualité, la réduction ou compensation de l'empreinte carbone du transport.

L'outcome contribue à la réduction des déchets biomédicaux par l'appui à la maintenance préventive et corrective. En effet, les groupes de travail de l'OMS ont constaté que 70 % des équipements médicaux disponibles dans les pays en développement sont inutilisés.

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, cancérigènes 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.

Common outcome within a common programme

Valeur C : L'outcome commun est le résultat d'une approche programmatique intégrée à 4 voies (voir ToC), avec une cohérence interne forte. Les apports des différentes parties se renforcent mutuellement. Bien que les trois ONG partenaires aient leurs propres priorités, elles ont en commun de travailler de manière intégrée pour améliorer le système de soins de santé. Pour MSV, le focus et point d'entrée dans le système de santé national est l'hôpital de référence, considéré comme un réel acteur de changement. Memisa vise le renforcement des structures de santé locales, CDS et HGR, pour améliorer la qualité et la disponibilité des soins, tout en travaillant avec les communautés locales sur la solidarité, le droit à la santé et l'accès financier aux soins.

Partant des hôpitaux spécialisés, CDEB renforce le système de santé pour donner à chaque enfant les mêmes droits, les mêmes chances de survie et de développement. Memisa renforce la société civile pour l'exercice des droits des individus et améliorer l'accès aux soins de santé (voie de la demande). En même temps, les structures de santé à différents niveaux sont renforcées et soutenues par les 3 ACNG afin d'augmenter la disponibilité et la qualité des soins (voie de l'offre), aussi bien les structures proches de la population que les hôpitaux

de référence et spécialisés. Le système de référence-contre-référence favorise la cohérence interne. On cherche également à améliorer la cohérence du système en collaborant avec les services de santé gouvernementaux, à aussi à différents niveaux (local, intermédiaire et central/national). Il s'agit de la voie qui promeut la gouvernance de la santé au RDC (voie de la gouvernance). La gestion des connaissances (quatrième voie) est un volet transversal qui vise à renforcer les connaissances et l'expertise en RDC entre Memisa, CDEB, MSV, leurs partenaires directs et stratégiques ainsi que les groupes.

Common outcome between distinct programmes

Valeur B : Le résultats (output) sur la gestion de connaissances est commun à plusieurs programmes, notamment les programmes d'Action Damien et de Viva Salud, ainsi que celui d'UNI4COOP et d'AGRICONGO (travaux communs sur le "one health"), ainsi que les ACNG de la cible Droits Humains (plateforme autour des droits de l'enfant existante, à laquelle CDEB prendra part). Il permet une harmonisation des actions de capitalisation, diffusion d'expériences effectives et l'identification des synergies et complémentarité intra et intersectorielles. Ce résultat se traduit dans le rassemblement de divers acteurs actifs dans le secteur de la santé autour d'espaces de gestions de connaissances telles que le Hub Santé, la Plateforme Hospitalière ou encore Medicus Mundi International et Because Health. Cela va contribuer à l'amélioration de e l'efficacité et l'efficience des actions tout au long du programme. Le motivation de cet output commun est largement expliquée dans la TOC, cette voie étant cruciale pour les effets rapides, efficaces, durables et amplifiés des changements (et résultats) attendus.

Areas of complementarity and synergy with the intervention of ENABEL

Valeur C : La rédaction du programme a inclus une analyse préalable des activités ENABEL et une concertation avec les représentations résidentes ainsi qu'avec la cellule EST du siège d'ENABEL. Par ailleurs, ENABEL est également membre du Hub Santé RDC. Les articulations concrètes sont décrites dans un document stratégique en annexe et les collaborations/synergies sont prévues à différents niveaux : le partage d'information, l'organisation conjointe d'activités (ateliers, formations, etc.), des actions complémentaires, le partage de moyens (économie d'échelle) et l'action en synergie (action conjointe) dans plusieurs domaines tels que :

- Digitalisation de la santé (ICT),
- Système national d'approvisionnement de médicaments essentiels,
- Formation et renforcement en maintenance du matériel biomédical,
- Partages d'apprentissages pédiatriques,
- Intégration de la chirurgie de district et de la santé mentale dans les hôpitaux de district,
- Amélioration des soins de santé maternelle et néonatale,
- Collaborations dans les hôpitaux des districts soutenus conjointement par Enabel, Memisa, MSV et CDEB, amplifiées par leurs participations au "GT secteur hospitalier" du Hub Santé et aux collaborations avec la PHRDC,
- Partage d'informations et apprentissage au sein des plateformes comme la Plateforme Hospitalière, Because Health,
- Association pour des campagnes de sensibilisation et de plaidoyer.

Description of the outcome, results and strategy

Description of the expected results

Formulation of outcome or result :	En 2026, la santé et le bien-être des populations de la RDC sont améliorés en rendant les services de santé acceptables, disponibles, de qualité et accessibles
Indicator title :	Ind. A: Taux d'utilisation des services curatifs
Indicator description :	Nouvelles consultations par personne par an / population - Memisa, MSV
Baseline :	0,52
Target Year 3 - 31/12/2024 :	0,6
Target Year 5 - 31/12/2026 :	0,65

Formulation of outcome or result :	En 2026, la santé et le bien-être des populations de la RDC sont améliorés en rendant les services de santé acceptables, disponibles, de qualité et accessibles
Indicator title :	Ind. B: Pourcentage d'accouchements professionnellement assistés
Indicator description :	(Nombre d'accouchements assistés / nombre d'accouchements attendus) * 100% - Memisa, MSV
Baseline :	81,46%
Target Year 3 - 31/12/2024 :	85%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	90%

Formulation of outcome or result :	En 2026, la santé et le bien-être des populations de la RDC sont améliorés en rendant les services de santé acceptables, disponibles, de qualité et accessibles
Indicator title :	Ind. C: Evolution de la Proportion des enfants pris en charge dont la pathologie nécessite des soins spécialisés
Indicator description :	Evolution du nombre d'enfants atteints de pathologies faisant l'objet de l'appui CDEB PEC divisé par le nombre total d'enfants PEC dans les FOSA #HFA participant à l'action. Les PEC (consultations, traitements médicaux, chirurgies) seront comptées par les PS en charge des appuis et prenant part à l'étude "référencements/contre-référencements" encadrée par la PHRDC (EGC) - CDEB
Baseline :	0
Target Year 3 - 31/12/2024 :	+5%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	+5%

Formulation of outcome or result :	R1: L'organisation du système de santé est améliorée et il existe des espaces de communication et de dialogue social entre détenteurs de droits et porteurs d'obligations
Indicator title :	Ind. 1.1: % HGR sans rupture de stock de med. traceurs
Indicator description :	(Nombre d'HGR avec stock de médicaments traceurs complets / nombre total d'HGR appuyés)*100% - Memisa, MSV
Baseline :	10%
Target Year 3 - 31/12/2024 :	40%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	70%

Formulation of outcome or result :	R1: L'organisation du système de santé est améliorée et il existe des espaces de communication et de dialogue social entre détenteurs de droits et porteurs d'obligations
Indicator title :	Ind 1.2: % de recommandation de l'audit qualité prises mises en œuvre
Indicator description :	(Nombre de recommandations de l'audit mises en œuvre / nombre total de recommandations de l'audit qualité)*100% - Memisa
Baseline :	0
Target Year 3 - 31/12/2024 :	50%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	80%

Formulation of outcome or result :	R1: L'organisation du système de santé est améliorée et il existe des espaces de communication et de dialogue social entre détenteurs de droits et porteurs d'obligations
------------------------------------	---

#Health4All

Indicator title :	Ind 1.3: Score réussite des plaidoyers pédiatriques, %
Indicator description :	Proportion d'initiatives de "plaidoyers pédiatriques et hospitaliers" abouties par ou via CHIRPA/PHRDC - nombre d'initiatives abouties / nombre planifié - CDEB
Baseline :	66%
Target Year 3 - 31/12/2024 :	75%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	100%

Formulation of outcome or result :	R1: L'organisation du système de santé est améliorée et il existe des espaces de communication et de dialogue social entre détenteurs de droits et porteurs d'obligations
Indicator title :	Ind 1.4: % des hôpitaux avec PAO participatif en place sur nombre total des hôpitaux appuyés
Indicator description :	Le nombre des hôpitaux qui rapportent une participation satisfaisante (sur grille de 1 à 5) dans l'élaboration du PAO /nombre total des hôpitaux appuyés * 100% - MSV, CDEB
Baseline :	0
Target Year 3 - 31/12/2024 :	35%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	100%

Formulation of outcome or result :	R2: Afin de contribuer à la santé et au bien-être des populations, des services et soins de santé sont disponibles et de qualité et le système de référence et contre-référence entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire est fonctionnel
Indicator title :	Ind. 2.1: % des CS qui disposent d'au moins 90% du PMA
Indicator description :	(Nombre de Centres de Santé qui ont 90% du paquet minimum d'activités disponibles / nombre total de centres de santé)*100% - Memisa
Baseline :	10%
Target Year 3 - 31/12/2024 :	40%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	60%

Formulation of outcome or result :	R2: Afin de contribuer à la santé et au bien-être des populations, des services et soins de santé sont disponibles et de qualité et le système de référence et contre-référence entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire est fonctionnel
Indicator title :	Ind 2.2: % Aire de santé couvertes par un système de transport d'urgence fonctionnel vers l'HGR
Indicator description :	(Nombre d'aires de santé qui disposent de services de transport d'urgence / nombre total d'aires de santé)*100% - Memisa
Baseline :	40%
Target Year 3 - 31/12/2024 :	60%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	70%

Formulation of outcome or result :	R2: Afin de contribuer à la santé et au bien-être des populations, des services et soins de santé sont disponibles et de qualité et le système de référence et contre-référence entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire est fonctionnel
Indicator title :	Ind 2.3: Nombre de personnes-jour avec capacités renforcées, cumulé, genre spécifique
Indicator description :	Total de jours de formations /stage/ apprentissage ayant été suivis par chaque participant-e. - Memisa, CDEB, MSV
Baseline :	0
Target Year 3 - 31/12/2024 :	12600 (min. 35% de Femmes soit 5810)
Target Year 5 - 31/12/2026 :	23000 (min. 40% de Femmes soit 12400)

Formulation of outcome or result :	R2: Afin de contribuer à la santé et au bien-être des populations, des services et soins de santé sont disponibles et de qualité et le système de référence et contre-référence entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire est fonctionnel
Indicator title :	Ind 2.4: % de mortalité intra-hospitalière dans les services appuyés au-delà des 48h, genre spécifique
Indicator description :	Nombre total de décès intra-hospitalier dans les services appuyés >48 H (désagrégé par sexe) / nombre total de patient.e.s admis.es dans les services appuyés * 100% - MSV, CDEB
Baseline :	1,8%
Target Year 3 - 31/12/2024 :	1%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	0,5%

Formulation of outcome or result :	R2: Afin de contribuer à la santé et au bien-être des populations, des services et soins de santé sont disponibles et de qualité et le système de référence et contre-référence entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire est fonctionnel
Indicator title :	Ind 2.5: % de services dans les HGR qui ont un PCA complet à 75%
Indicator description :	Nombre de services appuyés dans les HGR qui offrent 75% d'un PCA complet / nombre total de services appuyés * 100% - Memisa, MSV
Baseline :	0
Target Year 3 - 31/12/2024 :	40%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	80%

Formulation of outcome or result :	R2: Afin de contribuer à la santé et au bien-être des populations, des services et soins de santé sont disponibles et de qualité et le système de référence et contre-référence entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire est fonctionnel
Indicator title :	Ind 2.6: % matériel biomédical acheté, non amorti, fonctionnel et en utilisation dans les services appuyés disposant d'un plan de maintenance
Indicator description :	Total du nombre d'équipements livrés aux hôpitaux partenaires fonctionnel et en utilisation/Total nombre d'équipements livrés* 100% - MSV, CDEB
Baseline :	82%
Target Year 3 - 31/12/2024 :	85%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	90%

Formulation of outcome or result :	R2: Afin de contribuer à la santé et au bien-être des populations, des services et soins de santé sont disponibles et de qualité et le système de référence et contre-référence entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire est fonctionnel
Indicator title :	Ind 2.7: Evolution du score de performance des services pédiatriques appuyés
Indicator description :	Indicateur composite mesurant, sur une échelle de 1 à 5, 1. les compétences des PS (50%: savoir, savoir-faire, savoir-être avec l'approche patient-partenaire), 2. la sécurité technique et sanitaire (30%), 3. la qualité d'accueil du patient/disponibilité organisationnelle (20%) - CDEB
Baseline :	0
Target Year 3 - 31/12/2024 :	+15%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	+15%

#Health4All

Formulation of outcome or result :	R2: Afin de contribuer à la santé et au bien-être des populations, des services et soins de santé sont disponibles et de qualité et le système de référence et contre-référence entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire est fonctionnel
Indicator title :	Ind 2.8: % des compétences en application dans le centre neuropsychiatrique appuyé
Indicator description :	Nbre de compétences médicotéchniques et organisationnelles en application / nbre de compétences définies comme étant à développer au début du TRC * 100% - MSV
Baseline :	0
Target Year 3 – 31/12/2024 :	50%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	75%

Formulation of outcome or result :	R3: Les détenteurs de droits sont mieux organisés et participent davantage à tous les niveaux à la résolution de ses problèmes et le bien-être de tous-tes, en lien avec des initiatives favorisant une meilleure accessibilité aux services et une meilleure continuité des soins
Indicator title :	Ind.3.1: % des COSA fonctionnels
Indicator description :	(Nombre de comité de santé fonctionnels / nombre total de comités de santé)*100% - Memisa
Baseline :	65%
Target Year 3 – 31/12/2024 :	75%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	100%

Formulation of outcome or result :	R3: Les détenteurs de droits sont mieux organisés et participent davantage à tous les niveaux à la résolution de ses problèmes et le bien-être de tous-tes, en lien avec des initiatives favorisant une meilleure accessibilité aux services et une meilleure continuité des soins
Indicator title :	Ind.3.2: % pénétration Musakis, genre spécifique
Indicator description :	Nombre de personnes affiliés à la MUSAKIS, genre spécifique / population * 100% - Memisa
Baseline :	7%
Target Year 3 – 31/12/2024 :	10%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	15%

Formulation of outcome or result :	R3: Les détenteurs de droits sont mieux organisés et participent davantage à tous les niveaux à la résolution de ses problèmes et le bien-être de tous-tes, en lien avec des initiatives favorisant une meilleure accessibilité aux services et une meilleure continuité des soins
Indicator title :	Ind.3.3: % HGR avec tarif. Forfaitaire
Indicator description :	Nombre d'Hôpitaux appliquant la tarification forfaitaire / nombre total d'hôpitaux appuyés - Memisa
Baseline :	60%
Target Year 3 – 31/12/2024 :	70%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	80%

Formulation of outcome or result :	R3: Les détenteurs de droits sont mieux organisés et participent davantage à tous les niveaux à la résolution de ses problèmes et le bien-être de tous-tes, en lien avec des initiatives favorisant une meilleure accessibilité aux services et une meilleure continuité des soins
Indicator title :	Ind 3.4: % utilisation de méthodes contraceptives modernes
Indicator description :	Nombre d'acceptantes des méthodes contraceptives modernes /femmes en âge de procréer (15-49 ans) * 100% - Memisa
Baseline :	11%
Target Year 3 – 31/12/2024 :	15%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	20%

Formulation of outcome or result :	R3: Les détenteurs de droits sont mieux organisés et participent davantage à tous les niveaux à la résolution de ses problèmes et le bien-être de tous-tes, en lien avec des initiatives favorisant une meilleure accessibilité aux services et une meilleure continuité des soins
Indicator title :	Ind 3.5: évolution proportion des enfants hors-zone pris en charge par la structure bénéficiaire principale
Indicator description :	Evolution de la Proportion des enfants hors-zone pris en charge par les FOSA bénéficiaires principales CDEB, se situant au sommet du circuit de référencement pour les pathologies spécifiques ciblées par le programme. Pathologies cardiaques pour la VP-Kinshasa, handicaps locomoteurs pour la province du Haut-Katanga. Le narratif des indicateurs précisera également la proportion d'enfants hors-provinces. Calcul: nombre d'enfants HZ divisé par le nombre d'enfants total PEC dans les structure - CDEB
Baseline :	0
Target Year 3 – 31/12/2024 :	+5%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	+5%

Formulation of outcome or result :	R3: Les détenteurs de droits sont mieux organisés et participent davantage à tous les niveaux à la résolution de ses problèmes et le bien-être de tous-tes, en lien avec des initiatives favorisant une meilleure accessibilité aux services et une meilleure continuité des soins
Indicator title :	Ind 3.6: taux de malades reçus en référence, hospitalisés et ambulatoires, à l'hôpital, genre spécifique
Indicator description :	Nombre de malades reçus en référence (désagrégé par sexe) / nombre des malades reçus *100% - MSV
Baseline :	0
Target Year 3 – 31/12/2024 :	>10%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	>10%

Formulation of outcome or result :	R4: Amélioration de l'efficacité, efficacité et harmonisation des actions. La participation de MEMISA-MSV-CDEB à des travaux réalisés au sein d'Espaces collectifs de Gestion des Connaissances (EGC), regroupant une diversité d'acteurs actifs dans le secteur de la santé en RDC permet de créer et stimuler des synergies, ainsi qu'améliorer l'efficacité et l'efficience des interventions pour la contribution au changement ultime.
Indicator title :	Ind. 4.1: # d'expériences documentées, référentiels et/ou outils partagés de manière effective sur des plateformes nationales et/ou internationales, cumulées
Indicator description :	Nombre total d'expériences documentées, référentiels et/ou outils partagés de manière effective sur des plateformes nationales et/ou internationales. Exemples : Posters, vidéos, articles, livres, conférences. - Memisa, MSV, CDEB
Baseline :	0
Target Year 3 – 31/12/2024 :	20
Target Year 5 – 31/12/2026 :	30

Formulation of outcome or result :	R4: Amélioration de l'efficacité, efficacité et harmonisation des actions. La participation de MEMISA-MSV-CDEB à des travaux réalisés au sein d'Espaces collectifs de Gestion des Connaissances (EGC), regroupant une diversité d'acteurs actifs dans le secteur de la santé en RDC permet de créer et stimuler des synergies, ainsi qu'améliorer l'efficacité et l'efficience des interventions pour la contribution au changement ultime.
Indicator title :	Ind. 4.2: # séminaires thématiques organisés, cumulés
Indicator description :	Nombre de séminaires ou conférences thématiques (co) organisées - Memisa, MSV, CDEB

Baseline :	0
Target Year 3 - 31/12/2024 :	3
Target Year 5 - 31/12/2026 :	5

Activities, targets groups and beneficiaries

Classification of activities

- Renforcement de capacités des BCZ, DPS, BDOM et CDR, dans leurs compétences de gestion, accompagnement/supervisions formatives, production de plans stratégiques et coordination des acteurs santé, ou encore dans leur fonction de pourvoyeurs de ressources essentielles (RE) dont les médicaments (audit qualité et appui aux CDR), les équipements et les qualifications - R1, avec effets dans le R2
- Stimulation du fonctionnement de cadres de concertation « triple regard » de l'offre, la demande et la gouvernance - R1 avec effet sur le R2 et le R3
- Appuis à la gouvernance clinique auprès des hôpitaux, avec des outils MEET, dont le TRC combiné avec le PQ de CDEB: consolidation des outils et méthodes au travers de la PHRDC - R1 et R2
- Renforcement des infrastructures et équipements des formations sanitaires, et de leurs pratiques d'hygiène et PCI - R2
- Apprentissages, stages pratiques et coopérations médicales inter-hospitalières nationales et internationales, visant le renforcement de compétences des prestataires de soins, la création durable de réseaux de pairs et un meilleur référencement des structures entre elles - R2 avec effet sur R3
- Amélioration de la disponibilité organisationnelle (e.a NTIC) et des soins orientés patient - R2 et R3
- Stimulation de la référence via facilitations financières (fonds d'équité, de solidarité) et sociales spécifiques - R3
- Appui à la tarification forfaitaire, initiatives locales, MUSAKIS et cadres permanents - R3
- Sensibilisation communautaire sur les droits et devoirs des personnes en santé, et collaborations avec des OSC et prestataires sociaux représentatifs des usagers - R3
- Liens entre les acteurs du secteur santé et le secteur académique, pour refaire le lien entre l'offre pédagogique et les besoins professionnels, et pour encadrer les recherche-action et travaux en EGC - R4
- Documentation et diffusion d'expériences ainsi que les formations en recherches opérationnelle et mise à disposition d'outils et méthodes- R4

Target group(s)

Les porteurs d'obligation à savoir :

Les institutions publiques : 9 DPS et les 29 ECZ, 28 Hôpitaux et les centres de santé et leur personnel ainsi que les comités de santé.

Les organisations sans but lucratif ayant un mandat de comme porteurs d'obligations en matière de services de santé

Les détenteurs de droits sont composés de groupes représentatifs des bénéficiaires de l'action, comme les organisations de la société civile engagées en santé Action Espoir et MUSAKIS

Beneficiaries

Les bénéficiaires finaux de l'action est l'ensemble des populations de la RD Congo résidant des zones de santé ciblées par le programme, soit environ 5 026 614 habitants dont 2 463 041 hommes (49%) et 2 563 573 femmes (51%) .

en particulier les personnes vulnérables : 1 055 589 les femmes en âge de procréer de 15-49 ans (21%), 950 030 enfants de moins de 5 ans (18,9%), 402 129 personnes vulnérables (8%) et les personnes souffrant de troubles mentaux.

Title of the reference annex :	#H4A - RDC - TOC
Title of the reference annex :	H4A - RDC - Analyse des risques

Description of tasks among associate ANGCS

La gestion de l'outcome commun est assurée par le cadre de concertation suivant :

- o Les directions de Memisa, MSV et CDEB feront le point périodiquement — au moins une fois par an — sur l'application de la présente convention en prenant en compte l'état d'avancement, les résultats et la pertinence de la collaboration.
- o Un comité de pilotage (CP), constitué des managements teams Siège de ces 3 organisations, se réunit de manière trimestrielle pour assurer le suivi de la mise en œuvre de cet outcome.
- o Des groupes de travail par pays (GT), constitués des responsables du suivi opérationnel ainsi que des conseillers médicaux de chaque organisation. Réunions sont au-moins trimestrielles, mais chaque fois en cas de besoin.

La répartition technique de la mise en œuvre est présentée dans la TOC, où un schéma décrit le champ d'action de chaque organisation dans la pyramide sanitaire. Lors de l'organisation des évaluations externes ou la consolidation des rapports, les membres des groupes de travail se répartiront le travail tout en maintenant la communication au sein du groupe. Au niveau stratégique, les actions de MEMISA, MSV et CDEB se complètent naturellement, en renforçant le système de santé à différents niveaux de la pyramide sanitaire. Memisa concentre son appui au niveau communautaire, à travers différentes initiatives d'autonomisation des populations, mais aussi au niveau des centres de santé et hôpitaux afin d'assurer que les porteurs d'obligations sont à mêmes de fournir des services de santé de qualité aux détenteurs de droits. MSV concentre son intervention dans le renforcement de capacités du personnel des hôpitaux de district, renforce le plateau technique et favorise la maintenance biomédicale et la gestion des déchets. CDEB concentrera son intervention au niveau tertiaire ou spécialisée en appuyant les chirurgies pédiatriques spécialisées à travers les formations, renforcement du plateau technique et missions d'itinérances.

Description of the Relevance

L'outcome RDC du programme Health4All (H4A) intervient sur base d'une analyse du contexte, une identification des acteurs de santé et des besoins de soins de santé et tient compte des politiques et des systèmes de santé en RDC. Depuis 2008, la RDC a opté pour une réforme profonde afin de passer d'un fonctionnement centralisé et bureaucratique à un fonctionnement décentralisé et managérial. La politique nationale de santé adoptée en 2006 est la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) qui considère comme unité fonctionnelle des soins la Zone de Santé (ZS) et comme approche les soins de santé primaires. Les outils de mise en œuvre sont les plans de développement sanitaires (PNDS, PPDS, PDZS) et les plans d'actions opérationnelles, à chacun des 3 niveaux de la pyramide hiérarchique classique (le niveau central, intermédiaire et périphérique).

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) recadré 2019-2023 et auquel le CSC RDC fait explicitement référence dans le cadre de la réalisation de l'objectif stratégique 4 "Santé" du CSC, pointe une série d'actions principales à mener (pp.4-5 CSC - A1): l'administration des soins essentiels pour la santé de la reproduction de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (RMNCH - approche E), le renforcement de vaccinations de routine, le renforcement de la capacité nationale de riposte contre les grandes épidémies (approche F), le renforcement de la chaîne d'approvisionnement en médicaments essentiels de qualité (approche A), la réhabilitation et l'équipement des Hôpitaux Généraux de Référence (HGR - approche B), la généralisation du régime des mutuelles de santé (approche D).

Les dernières années, les Plans Provinciaux de Développement Sanitaire (PPDS), les Plans de Développement Sanitaire de la Zone de Santé (PDSZ) et les Plans d'Actions Opérationnels (PAO) n'ont pas suffisamment bénéficié d'un déploiement des ressources pour permettre leur mise en œuvre. Les actions planifiées dans ce plan stratégique demeurent pertinentes au regard des défis qui persistent dans le secteur et sont repris dans le PNDS 2016-2020 et le PNDS 2019-2023. Il est donc nécessaire de poursuivre le programme en RDC, où le renforcement vertical des services médicaux reste central, mais où, parallèlement, la mise en réseau et le renforcement horizontal prennent de plus en plus d'importance afin d'exercer une pression à différents niveaux dans le système de santé et vers les autorités sanitaires par le biais du plaidoyer et de la sensibilisation.

Le changement ultime de développement à réaliser dans la TdC et l'objectif spécifique du programme sont alignés et donc formulés de manière presque identique. Ce qui signifie que la réalisation de l'objectif spécifique en 2026 implique également l'accomplissement du changement ultime de la TdC d'ici là.

L'intégration du genre dans le programme se fait au niveau de l'outcome ainsi que des trois premiers résultats. Au niveau de l'outcome, l'utilisation des services médicaux sera suivie de manière désagrégée. Autre indicateur qui mesure l'intégration du genre est le score d'équité dans les hôpitaux spécialisés. Le résultat R.1 qui est axé sur le renforcement de la gouvernance du système de santé n'a pas d'indicateur visible de genre, mais le thème genre fait partie de la stratégie d'intervention de Memisa, CDEB et MSV par ex. dans le renforcement des capacités de toutes les parties prenantes (membres du personnel au niveau du siège et sur le terrain, volontaires, experts locaux, hôpitaux appuyés, partenaires) à travers des formations, des sensibilisations et des processus d'apprentissage communs et dans chaque phase du TRC et pas seulement dans le domaine santé mère-enfants. L'indicateur sur le nombre d'hôpitaux avec un plan de développement en place et suivi sera mesuré de manière désagrégée. Le résultat 2 qui est axé sur la disponibilité et la qualité des soins de santé intègre l'aspect genre par biais des indicateurs niveau patient et niveau personnel sanitaire en formation. Finalement, le résultat 3 qui met l'accent sur les détenteurs de droits comprend un indicateur lié à l'intégration du genre.

Ces indicateurs illustrent l'intégration du genre dans le programme H4A. En pratique, l'intervention de H4A en RDC tient compte des différences du genre dans son travail avec tous les groupes cibles et s'efforce d'atteindre l'équité entre les sexes autant que possible. Tout cela n'a pas pu être capturé de manière visible dans les indicateurs, parce que tous les indicateurs ne

sont pas désagrégés ou parce que l'indicateur est un indicateur qualitatif qui prend en compte le genre mais cela n'est pas visible dans la formulation de l'indicateur.

L'environnement et le changement climatique sont inclus dans le programme par biais de la réduction de l'empreinte carbone du transport (par ex. utilisation de plus en plus de l'expertise locale réduira des voyages des experts médicaux en avion), de la gestion durable des équipements (par ex. la maintenance biomédicale évitant le remplacement prématuré de matériel et la politique du matériel de seconde main), de la gestion des déchets médicaux (par ex. des formations sur la gestion de déchets, hygiène hospitalière, gestion de stock, lobbying ou installation de zone de déchets avec des incinérateurs adaptés aux conditions locales et écologiques) et des installations de ressources utilisant l'énergie durable (par ex. source renouvelable avec l'installation de panneaux solaires au lieu d'un générateur/groupe électrogène par exemple).

Les approches qui seront utilisées pour mettre en œuvre le programme sont décrites dans le narratif de la TdC. Pour plus d'information sur la pertinence de la stratégie d'intervention : En général : voir la théorie de changement en annexe et les chapitres du CSC identifiant les acteurs pertinents en matière de développement et décrivant la société civile locale, les autorités décentralisées, les institutions publiques et leurs principaux partenaires

Concrètement: voir les dossiers d'Agrément ONG Programme 2017-2026 de chaque ANG :

- o Memisa : 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
- o Médecins Sans Vacances : 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.
- o CDEB : p4-6 de l'agrément.

L'action se place dans la continuité d'un programme antérieur en RDC. Bien que le programme précédent ait contribué à une amélioration sensible de l'accès aux soins de santé pour la population, les besoins en RDC restent énormes. Cela s'explique notamment par un sous-financement public du système de santé ainsi, mais aussi à cause de différentes crises sanitaires et sécuritaires qui ont touché le pays ces dernières années (cf. analyse du contexte du CSC RDC). Lors de ce programme-ci, nous concentrons notre appui sur les besoins majeurs identifiés, comme la disponibilité des PMA et PCA, les systèmes de référence/contre référence, la disponibilité de médicaments de qualité et le renforcement de capacités du personnel de santé.

Description of Coherence

Cohérence interne

Le lien entre les 4 voies dans lesquelles différents acteurs travaillent simultanément à différents niveaux des soins de santé assurent une grande cohérence interne. CDEB, Memisa et MSV travaillent de manière très complémentaire. Memisa renforce la demande au niveau de la communauté, pour améliorer l'accès aux soins en tant que droit des individus à la santé. Les structures de santé aux différents niveaux sont renforcées par les 3 ACNG afin d'augmenter la disponibilité et la qualité des soins (offre) : aussi bien les structures proches de la population (CS) que les hôpitaux de référence. Enfin, une cohérence interne spécifique réside dans la qualité des soins pédiatriques qui est renforcée de manière complémentaire par les 3 organisations, chacune dans son domaine, du 1^o contact jusqu'à l'hôpital spécialisé si nécessaire. Renforcer ensemble le système de référence-contre-référence entre les différents niveaux du système, chacun avec son focus propre, favorise aussi la cohérence interne. On cherche aussi à améliorer le système de santé dans son ensemble en collaborant avec les services de santé gouvernementaux, là aussi aux différents niveaux (local, intermédiaire et central). Il s'agit d'une voie qui promeut la gouvernance entière des soins de santé. Le 4^o volet est un volet transversal qui vise à renforcer les connaissances et l'expertise entre les 3 ACNG, leurs partenaires et les groupes-cible.

La cohérence interne est encore renforcée par la coopération avec d'autres acteurs : (i) en RDC avec, entre autres, des ONG locales, la plateforme gestion hospitalière, des Centres de formation, des Coupoles des hôpitaux catholiques, et (ii) au niveau international avec des acteurs tels que ICT4DEV, IYAD, Humatem, L'Ordre de Malte, Fracarita Belgium, etc. (cfr. les partenariats stratégiques évoqués dans la TdC)

En outre, il existe également une forte cohérence entre l'outcome et la théorie de changement RDC, puisque le résultat est dérivé du changement ultime de la TdC et a été formulé de manière presque identique à la déclaration de changement ultime.

Cohérence externe

Pendant la mise en œuvre, le Hub Santé permet des échanges et collaborations entre les différents ACNG membres, leurs partenaires et autres PTF sur les thèmes abordés dans les GT. Au même titre, les échanges au sein du CSC RDC favorisent la cohérence externe entre #H4A-RDC et les autres programmes (voir également dans le CSC RDC : p.89 lien santé et CSC Résilience ; p. 93 lien santé et CSC Travail Dément ; p.99 l'échange avec les acteurs du CSC HES4SD renforcera le lien académique avec le programme H4A).

La cohérence externe du programme s'exprime également de manière particulièrement forte par le biais de l'outcome commun avec le programme UNI4COOP, qui vise le renforcement de capacités de la Plateforme Hospitalière de la R.D.Congo, comptant à ce jour 35 membres-hôpitaux (dont 5 H4A), et qui propose un espace de partages d'apprentissages déjà éprouvé et utilisé par les ACNG des deux programmes. Cette fédération hospitalière propose aussi un know-how en recherche-action, et hébergera déjà celle consacrée aux référencements pédiatriques de la CDEB. Les outils "TRC" et "PQ" de MSV et de la CDEB y seront consolidés, pour diffusion plus large auprès des hôpitaux-membres afin de les renforcer dans l'élaboration de leurs plans stratégiques (PEH ou assimilés). Par ailleurs, Memisa met en œuvre une action au Kongo Central et en Ituri, financée par l'UE, qui est cohérente avec le programme présenté tant au niveau géographique que thématique. Ce programme, PRODS, dispose du même changement ultime et vise à améliorer la disponibilité, la qualité et l'accessibilité des services de santé à travers des équipements, réhabilitations, et mécanismes de tarification forfaitaires et achats de services.

Description of Effectiveness

Outcome réaliste et réalisable

La ToC, en annexe, décrit les phases de changement nécessaires pour améliorer la qualité des soins de santé et permettre l'accès au plus grand nombre. Les voies de changement correspondent avec les résultats du cadre logique. Il y a 4 outputs identifiés dans ce programme :

- o la gouvernance du système est améliorée,
- o les porteurs d'obligations sont à même d'assurer la disponibilité et la qualité des services de santé,
- o L'accès des détenteurs de droits à des services de santé est amélioré et la société civile engagée en santé est renforcée
- o La documentation et capitalisation de l'action ainsi que la participation aux espaces de gestion de connaissance améliorent l'efficacité, l'efficience et l'harmonisation du programme.

La méthode de construction de la Théorie du Changement, bottom-up, permet d'assurer le caractère réaliste et réalisable de l'outcome. En effet, le programme est construit sur base des besoins et priorités réelles des bénéficiaires finaux et groupes-cibles. Les voies de changements ont par la suite été construites avec les parties prenantes impliquées sur base des expériences passées afin de confirmer les hypothèses de cause à effet vers le changement ultime.

CSC

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. Les approches de la cible santé auxquelles le programme contribue sont :

- o Amélioration de l'accès à des médicaments et consommables de qualité dans le respect de la « charte médicaments » de la DGD.
- o Renforcement de l'infrastructure et de l'équipement en fonction du mandat des structures de santé et de façon durable et adaptée au contexte suivant un standard normatif, avec une attention particulière à l'hygiène, aux dernières avancées en termes de nouvelles technologies, d'énergies renouvelables, de maintenance préventive et de respect de l'environnement.
- o Renforcement des capacités et compétences médico-techniques du personnel de la santé, en veillant à améliorer le maintien en poste et l'équité de genre dans l'accès à la formation continue et dans les métiers de la santé.
- o Promouvoir et appuyer la mise en place d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et en donnant accès à des services de santé de qualité à toute la population, en particulier les plus vulnérables.
- o Renforcement des capacités organisationnelles et de bonne gouvernance des acteurs institutionnels et prestataires de soins, notamment dans le sens de l'organisation - réaction à une crise ayant un impact sur la santé (lien avec le nexus aide humanitaire), de transparence, lutte contre la corruption, d'un financement durable, soutenable et équitable de la qualité des soins de santé
- o Appui à l'équité de genre en santé ainsi qu'à l'empowerment des personnes discriminées par le genre, dans le respect de la « charte genre » des ONG Belges
- o Éducation et sensibilisation de la population en matière de santé, de justice sociale sanitaire, d'équité de genre et de respect de l'environnement.
- o Appui à la communauté, aux organisations locales engagées en santé et aux initiatives locales d'autonomisation de la population, de renforcement de la résilience communautaire en cas de crise sanitaire et d'amélioration de la santé, en particulier pour les femmes, les enfants et les personnes vulnérables.
- o Actions sur les déterminants ayant un impact sur la santé, notamment en lien avec le travail décent, la sécurité alimentaire (agriculture « propre » ou adaptée aux besoins de la

- population), l'hygiène, la santé vétérinaire et l'environnement (« one health », « planetary health », changement climatique et pollutions terre, eau, air).
- Échanges, participations et apprentissages communs au sein de réseaux et plateformes nationales (Hub Santé, PHRDC, FABAC Santé, etc.) et internationales (Medicus Mundi International, Be-Cause Health, People's Health Mouvement, etc.) actives en matière de santé.
- Gestion des savoirs : capitalisation, appui aux institutions de recherche/éducation en santé, recherche-action et actions de plaidoyer en santé.

Résultats attendus et baselines:

Nous visons à améliorer la disponibilité, la qualité, l'accessibilité et l'acceptation des services de santé pour toutes et tous, en particulier les personnes vulnérables, les femmes et les enfants. La construction des résultats attendus se base sur le modèle du district sanitaire des soins de santé primaires (Alma-Ata/Astana) et du modèle de l'OMS sur la couverture de santé universelle. Tout d'abord, en améliorant la gouvernance du système, les services de santé seront plus efficaces, plus transparents et plus redevables. En deuxième lieu, en renforçant l'offre de soins, les services de santé seront plus adéquats, les médicaments et consommables seront disponibles et la qualité, l'intégration et la continuité des soins seront améliorées. Troisièmement, en appuyant la demande de soins, les services de santé seront plus acceptés, plus accessibles et leur utilisation répondra mieux aux besoins de la population. Enfin, par un appui au développement de la gestion des connaissances et des apprentissages communs, la qualité du système et des services de santé sera améliorée. Les explications de ces axes se retrouvent détaillées dans notre théorie du changement et dans la typologie d'activités. Ainsi, nous estimons que les résultats attendus sont attribuables à l'outcome.

Au niveau de l'outcome, les indicateurs identifiés permettent de mesurer le niveau d'acceptation, disponibilité qualité et accessibilité des services de santé. Nous mesurons donc le taux d'utilisation des services curatifs, le taux d'accouchements professionnellement assistés et la proportion des enfants pris en charge pour des soins spécialisés. Pour les deux premiers indicateurs, les baselines et le suivi se fait au niveau du système national d'information sanitaire de la RDC (SNIS) et dont le suivi se fera de la manière la plus désagrégée possible, jusqu'au niveau de la zone de santé. En effet, la base line et les cibles sont présentées sur base de la moyenne de toutes les zones de santé appuyées. Les données désagrégées par zone de santé pour les baselines et les cibles sont suivies par les systèmes de M&E des ACNG et sont disponibles. Le troisième indicateur se collecte par le programme, comme source primaire d'information, encadré par la PHRDC. Ceci permettra un suivi par les ACNG et leur utilisation lors des évaluations externes.

Le programme dispose également de 19 indicateurs pour suivre les 4 résultats attendus. Ces indicateurs sont listés et décrits dans un autre volet du programme et combinent les sources d'information primaires et secondaires. Lorsque l'information est disponible, la désagrégation est faite par sexe.

Au niveau de la gouvernance, les indicateurs retenus visent à mesurer directement les avancées du programme en matière de disponibilité des médicaments de qualité (Ind 1.1 et 1.2), le taux de réussite des plaidoyers pédiatriques auprès des autorités (Ind. 1.3), le suivi du PAO/plan de développement des hopitaux (Ind 1.4). Les baselines de ces indicateurs ainsi que leur collecte et leur suivi se fera par le système national d'information sanitaire de la RDC (Ind. 1.1 - pour certaines molécules) et/ou par une collecte propre par le programme (Ind 1.1, 1.2, 1.3, 1.4), et seront disponibles pour les rapports d'auto-évaluation annuels et les évaluations externes.

Au niveau de l'offre, les indicateurs mesurent la disponibilité de la PMA (Ind 2.1), la disponibilité des transports d'urgence (Ind 2.2), le suivi des renforcements de capacités du personnel (Ind 2.3), la mortalité intra-hospitalière (Ind 2.4), la disponibilité de la PCA dans les services appuyés (Ind 2.5), la bonne utilisation du matériel biomédical (Ind. 2.6), la performance des services pédiatriques (Ind. 2.7) et les compétences du centre neuro-psychiatrique (Ind. 2.8). Les baselines de ces indicateurs ainsi que leur collecte et leur suivi se fera une collecte propre au programme, et seront disponibles pour les rapports d'auto-évaluation annuels et les évaluations externes.

Au niveau de la demande, nous comptons mesurer la fonctionnalité des Comités de Santé (Ind 3.1), le taux de pénétration de la Musakis (Ind 3.2), la continuité de l'utilisation de la tarification forfaitaire (Ind 3.3), l'utilisation des méthodes contraceptives modernes (Ind 3.4), la prise en charge d'enfants hors-zone par les structures appuyées (Ind 3.5), le taux de référence à l'HGR (Ind 3.6). Les baselines de ces indicateurs ainsi que leur collecte et leur suivi se fera par le système national d'information sanitaire de la RDC (Ind. 3.4 et Ind. 3.6) et/ou par une collecte propre par le programme (Ind 3.1, 3.2, 3.3 et 3.5), et seront disponibles pour les rapports d'auto-évaluation annuels et les évaluations externes.

Finalement, concernant la gestion de connaissances, nous suivons le nombre d'expériences documentées et partagées (Ind 4.1) et le nombre d'événements de gestion et partage de connaissance organisés (Ind 4.2). Les baselines de ces indicateurs ainsi que leur collecte et leur suivi se fera une collecte propre au programme, et seront disponibles pour les rapports d'auto-évaluation annuels et les évaluations externes. Nous pourrions ainsi mesurer notre avancée sur cet output commun à plusieurs organisations.

Ces indicateurs donneront un bon aperçu de l'évolution de la gouvernance, de l'offre et de la demande du système de santé ainsi que la gestion de connaissances dans la période du programme. Memisa et CDEB ont obtenu la certification des capacités en évaluation par le Service de l'Evaluation Spéciale.

Groupes marginalisés

Les résultats seront désagrégés et suivi en interne en fonction de la zone de santé et du sexe, permettant un suivi de la mise en œuvre et ainsi veiller à éviter de creuser les inégalités, notamment à travers la répartition des résultats attendus au niveau des différents groupes selon le principe de « leave no one behind ».

Description of Efficiency

L'efficacité est envisagée lors de convergences géographiques, par l'organisation d'activités communes et par le partage de certains coûts de fonctionnement comme le partage du bureau à Kinshasa, missions conjointes, les EGC communs, les audits et les évaluations externes. Le présent programme utilise au maximum les expertises locales. Leur stabilité et proximité améliorent les coûts liés au turn-over du personnel ainsi qu'aux coûts d'expatriations éventuelles.

En accord avec la politique Memisa d'expatriation, l'ACNG compte sur des coopérateurs internationaux pour certains postes clés, notamment le chef de mission à la représentation nationale et un expert logistique pour la gestion des achats de matériel/réhabilitations selon les standards internationaux.

Memisa

Memisa a fait le choix d'appui le système de santé périphérique de manière systémique, plutôt que verticalement, dans le cadre d'Alma-Ata/Astana, afin de couvrir de manière efficace la majorité des besoins en matière de santé, sans se focaliser sur une/des problèmes de santé spécifiques ou spécialisés. Nous avons optés pour l'alignement sur le cadre national, les 6 piliers de l'OMS, la déclaration de Paris, et les approches de la cible santé CSC RDC.

L'allocation des ressources pour le R1 est estimée à 25% du budget et concerne principalement l'appui aux ECZ et la disponibilité de médicaments de qualité. Pour le R2, il est estimé à 65% du budget. Il s'agit principalement d'assurer la disponibilité de PMA et PCA de qualité, afin de s'aligner à la stratégie nationale de la RDC sans disperser les ressources allouées. Le R3 est estimé à 5%. Il s'agit ici d'améliorer l'accès aux soins de santé et leur acceptation. Le R4 est estimé à 5% pour la participation aux espaces de gestion de connaissances au niveau national et international, afin d'assurer la qualité, l'harmonisation des actions et la recherche d'efficacité

CDEB

Les points importants d'efficacité de la CDEB se déclinent autour de trois points principaux:

- La CDEB applique une stratégie partenariale forte, et ne dispose pas de représentation locale. Le partenaire local, CHIRPA Asbl, partage les bureaux avec ULB-Coopération, avec une mutualisation des moyens de fonctionnement et de compétences complémentaires;
- La CDEB ne mobilise, à la demande du partenaire, des ressources ou compétences internationales que lorsqu'elles ne sont pas encore disponibles localement, avec une stratégie d'autonomisation;
- Le coût-salaire des volontaires-personnels de santé mobilisés dans le cadre des coopérations médicales internationales n'est pas valorisé dans le budget en apport de fonds propres. Ceci représente une économie de coût de 225.000€

MSV

Le R1 représente 6% du budget. Il s'agit du coût de l'équipe qui collabore avec les BDOM pour la supervision formative des HGR et implique les DPS dans les activités (atelier et évaluation TRC). 87 % des CO sont alloués au R2, sur base des besoins exprimés par les HGR. Pour l'efficacité, MSV a opté pour : l'utilisation d'instruments locaux et numériques (échange entre pairs, stages et experts locaux), achat local, transport international maritime et aérien à tarif réduit (par ex contrat Brussels Airlines) et le recours à des collaborations lorsqu'une expertise spécifique est nécessaire. MSV utilise l'expertise de bénévoles belges, qui contribue aussi à des résultats de qualité à moindre coût par une complémentarité de regard, mise en réseau et échange international avec les experts locaux et le personnel renforcé. Cette expertise internationale est valorisée en partie et selon le tarif de l'expertise locale. MSV évolue vers une structure en réseau décentralisée pour se rapprocher du contexte local, renforcer l'ownership, l'ancrage et la confiance (en lien avec R1, R2 et R3). R4 utilise 5% des CO pour dynamiser le réseau d'experts et les ACNG afin de contribuer à R1 et R2 par le partage et la gestion de connaissances.

Description of the expected Impact

La TdC aborde l'impact pour les **détenteurs de droits** (demande, gouvernance et gestion de connaissances). Notre action et celle de nos partenaires (notamment fonds d'équité, caisses de solidarité, tarification forfaitaire), augmentera l'accès aux services de santé, particulièrement les femmes, les enfants et ceux souffrant d'une maladie mentale. Ils seront mieux outillés pour identifier leurs besoins, connaître et faire respecter leurs droits. Enfin, ils participeront activement aux organes de gestion du système de santé, tels que les comités de santé et de gestion. L'augmentation de la prise de conscience et l'organisation croissante des détenteurs de droits dues à la transformation du système de santé et aux répercussions politiques induites contribuent de manière importante à la transformation démocratique des sociétés, comme l'a démontré à maintes reprises l'histoire universelle.

La TdC aborde l'impact pour les **porteurs d'obligations** (offre, gouvernance et gestion de connaissances). Notre action leur permettra de tenir leurs obligations et de respecter les droits des détenteurs de droits et améliorera la disponibilité et de la qualité de services de santé. Les centres de santé et les hôpitaux seront à même de fournir les services des différents paquets d'activités, chacun selon son niveau dans la pyramide sanitaire. L'organisation du système de santé sera efficace et efficiente, en diminuant par exemple les cas de rupture de stock des médicaments et consommables. Enfin, l'amplification de la mise en réseau des FOSA par les renforcements en ressources essentielles, les coopérations médicales (échanges entre prestataires) et leur participation aux travaux en EGC, leur permet de se renforcer en tant que secteur (plaidoyers plus organisés et plus forts auprès des décideurs) et de se "défragmenter" en stimulant le circuit de référence. Cela a un impact sur la motivation, la durabilité et la qualité du personnel et par conséquent sur le bien-être de la population

Description of Sustainability

L'intervention s'appuie sur les résultats du programme précédent pour assurer la durabilité :

Durabilité technique : le renforcement des capacités des personnels de santé et de management est l'axe principal de l'intervention, accompagné par un investissement en matériel et équipements approprié. Les partenaires sont renforcés pour accompagner et organiser les interventions et pour multiplier les expériences dans leur structure ou organisation. Les effets de ces formations sont amplifiés par les coopérations médicales entre structures sanitaires (partages des apprentissages, transferts de savoirs, formation de formateurs). Le renforcement des capacités se fait autant que possible par des experts locaux, pour une meilleure continuité dans les formations. La coopération et travail en réseau des équipes locales avec MSV, Memisa et CDEB, les experts locaux et les associations professionnelles, les institutions de recherche académique est favorisé. Cela améliore la fidélisation du personnel, l'impact et la durabilité des compétences acquises.

Durabilité financière : Toute activité introduite est accompagnée par une étude de coût de fonctionnement. En plus des exigences d'utilisation rationnelle des ressources par les structures sanitaires, des systèmes de tarification accessibles sont développés afin de garantir la meilleure utilisation possible des services. La gratuité des soins restera exceptionnelle, les coûts des soins des patients indigents devront être pris en charge par des mécanismes de solidarité exogènes (fonds d'indigents, d'équité, de solidarité). Nous ferons attention aux équilibres financiers des formations sanitaires dans notre appui à la gouvernance. Enfin, l'appropriation des investissements (réhabilitations/équipements) fait partie intégrante de notre appui à l'offre de soins.

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 revendiquer leurs droits à la santé. Nos partenaires font le plaidoyer politique et font partie des mouvements sociétaux pour une plus grande solidarité, une plus large appropriation communautaire de l'organisation des soins et une plus grande redevabilité des prestataires.

Durabilité écologique : Une attention explicite sera donnée aux initiatives locales durables et de protection de l'environnement. Une sensibilisation spécifique sur ces aspects accompagnera la stimulation des initiatives locales. Une attention particulière sera portée aux initiatives d'assainissement du cadre de vie (gestion des eaux usées, hygiène de l'eau, utilisation des latrines, hygiène des mains,...), à l'assainissement au niveau des structures sanitaires, à la gestion de déchets, aux achats locaux, à des choix technologiques innovants et "plus propres", et en organisant des formations avec des experts locaux et par l'échange entre les structures sanitaires (propagation de bonnes pratiques).

Durabilité institutionnelle : La collaboration de H4A avec leurs partenaires devient inutile dès lors qu'il est capable d'assumer pleinement son rôle dans et pour le système de santé national. La stratégie de partenariat des 3 ACNG fait un point d'attention au renforcement des partenaires pour une durabilité institutionnelle de ceux-ci. Le point de départ de toute stratégie de désengagement éventuelle sera d'accroître la durabilité institutionnelle et cela à divers niveaux : depuis les organisations communautaires via les centres de santé et les hôpitaux de référence jusqu'aux soins spécialisés (notamment pour les enfants vulnérables et les malades mentaux). Ceci est travaillé dans H4A. En RDC avec un état fragile et une population très pauvre, le but est de participer au processus de structuration et responsabilisation de l'état - aux niveaux locaux, intermédiaires et centraux - à travers le renforcement des acteurs locaux de santé et la création d'alliances stratégiques.

Description of the Partnership Strategy

Les partenaires des 3 ACNG ont participé activement dans le développement de la TdC malgré la situation sanitaire COVID19, grâce à l'outil digital. Les 3 organisations ont leur propre politique de partenariat conformément à la description des agréments 2016-2026. Le nombre de partenaires est adapté à la mise en œuvre de la stratégie d'intervention d'une façon cohérente, à 3 niveaux : la cohérence stratégique, la convergence géographique et la cohérence thématique. **La cohérence stratégique** découle de la complémentarité stratégique et opérationnelle des 3 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, tandis que CDEB se concentre sur les soins spécialisés dans le troisième niveau de référence. Les ACNG poursuivent une **convergence géographique** dans plusieurs zones de santé. Les 3 ACNG se trouvent à Kinshasa. Memisa et MSV travaillent dans les provinces du Kwango, Kwilu, Sankuru et Sud-Kivu, soit dans des ZS distinctes, soit en mettant en œuvre une action complémentaire dans la même ZS. Les partenaires des 3 organisations sont tous actifs dans le secteur de santé assurant la **cohérence thématique**. Nos ACNG recherchent une bonne collaboration avec/entre leurs partenaires locaux, en dialogue ouvert, sur base d'égalité et responsabilité partagée. Tous contribuent aux approches du CSC ensemble avec les autres ACNG belges impliqués dans le CSC RDC et d'autres parties prenantes. Les partenaires sont actifs dans les plateformes d'échange pour créer des opportunités d'apprentissage, planification stratégique, et collaboration effective, afin de renforcer la vision de droit à la santé pour tous. Les trois ACNG sont conscientes des relations de pouvoir asymétriques qui peuvent exister avec les partenaires. Elles suivent les trajets "décolonisation de la coopération", développement des réflexions sur le "framing" et entretiennent des échanges bienveillants et authentiques avec leurs partenaires sur ces concepts.

MSV établit des partenariats avec les hôpitaux de référence (HGR) sur base de la méthodologie du TRC, pour que l'HGR joue son rôle envers la population afin de rendre les services et les soins de santé hospitaliers de qualité, continus, durables, axés patient et droit. Le point de départ et cœur du processus de partenariat est l'expression des besoins par l'HGR sur les compétences médico-techniques et organisationnelles du personnel, mettant davantage le processus dans les mains du partenaire. Le TRC s'inscrit dans le PAO de l'HGR et décrit les services choisis, les actions que MSV va mener, mais aussi les initiatives que le partenaire prendra lui-même. Les autres acteurs de l'HGR, les autorités locales et la population participent (in)directement dans la définition du TRC afin d'avoir une vue d'ensemble de toutes les activités. A la fin du trajet, une stratégie de désengagement est élaborée ensemble pour la durabilité des acquis. MSV développe aussi des partenariats avec des OSC pour soutenir le TRC de l'HGR ainsi qu'avec des HGR déjà renforcés et agissant en centre de formation. L'HGR sera renforcé aussi pour assumer son rôle avec l'ECZS envers les CS via e.a la supervision formation et la participation du personnel des CS dans les renforcements pertinents.

Les partenaires de **Memisa** sont des OSC à but non lucratif et à finalité sociale. Memisa utilise un screening organisationnel initial, répété tous les deux ans, appelé outil « partnerscan ». 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. La stratégie de partenariat de Memisa tend à appuyer et renforcer l'autonomie de ses partenaires membres de la société civile. Ils sont appuyés pour leur capacité à coordonner et superviser les appuis aux ZS, à s'impliquer dans les concertations et à mener le plaidoyer envers les décideurs. Dans les provinces appuyées par Memisa où il n'y a pas de BDOM partenaire, le bureau de Memisa (BAT) joue ce rôle vis-à-vis des ECZ. Les BDOM/BAT favorisent également les espaces de dialogue social entre porteurs d'obligation et détenteurs de droits afin d'augmenter la transparence des décisions et la prise en compte des besoins de la population. Le partenaire Action d'Espoir dans la province du Sud-Kivu, mobilise la communauté autour de leurs droits en matière de santé et fait le plaidoyer pour la prise en compte de leurs besoins afin d'améliorer la qualité de l'offre. DREAM, à Kinshasa, est appuyé notamment dans les stratégies de e-learning.

Le partenaire est « Chirurgie Pédiatrique en Afrique », ou « CHIRPA-ASBL » La stratégie de partenariat de **CDEB** est très centralisée (un seul partenaire, qui prend en charge les activités de la VP de Kinshasa et du Haut-Katanga, via implantation d'une petite antenne locale partagée avec Caritas) et inclusive de la diversité des acteurs. Le Conseil d'administration de Chirpa Asbl inclut des acteurs OSC de l'offre et de la demande, un représentant du secteur académique (faculté de médecine de l'Unikin), et trois représentants du secteur privé, qui font le lien avec les entreprises disposant de RSE (fonds de solidarité) ou mettent à disposition des compétences/ressources spécifiques. Les décisions programmatiques sont prises conjointement au sein d'un espace de rencontre stratégique CDEB/Chirpa Asbl, de manière équilibrée et respectueuse des missions de chacun. L'équipe de coordination de CHIRPA Asbl bénéficie mobilise des ressources externes estimées nécessaires par elle pour mener à bien les activités, dont celles de la CDEB pour les appuis médico-techniques ou de gestion. Elle est responsable de la redevabilité complète de la partie "CDEB" du H4A.

Description of Synergies

Plaformes internationales

Memisa, Médecins Sans Vacances et CDEB 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 :
 - Présidence et Membre du comité de pilotage de Be-Cause Health (MEMISA)

- Actif dans plusieurs groupes de travail (Memisa , MSV et CDEB)

- Membre du réseau international des ONG médicales MMI (Medicus Mundi International Network) (MEMISA et MSV)
- 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)

Espaces et plateformes nationales: Au niveau de la RDC Memisa, MSV et CDEB participent au Fabac Santé, Forum des Acteurs belges en concertation avec l'Ambabel.

Le Hub Santé est un espace de rencontre, d'analyse stratégique et d'opportunités opérationnelles – notamment de synergies, de capitalisation, d'échanges et de diffusion des expériences et de renforcement mutuel de capacités entre les ACNG belges engagées dans le CSC RDC Santé et leurs partenaires et collaborations techniques concernés par le droit à la santé et à des services de santé de qualité en RDC. Le Hub Santé RDC est hébergé par Memisa. Memisa et MSV sont membres fondateurs du Hub. Le HUB santé est basé à Kinshasa et s'organise tant dans le cadre formel de réunions thématiques — et de production de livrables communs — qu'à travers des échanges informels entre les membres. Le Hub Santé anime la mise en œuvre de la dynamique de gestion des connaissances de la cible Santé du CSC RDC et fait le lien avec les autres CSC thématiques, comme le CSC recherche. Dans le programme 2022/2026, les échanges au sein de différents groupes de travail thématiques continueront à alimenter les réflexions et chantiers collectifs (notamment sur la question structurelle du financement des systèmes de santé). Les différentes expériences, outils, référentiels produits par le/s groupes de travail seront édités, publiés et diffusés par le Hub à travers différents canaux. Il est notamment prévu d'inclure un espace « digitalisation » au sein duquel toutes les informations et initiatives sur l'utilisation des nouvelles technologies en lien avec la santé en RDC seront rassemblées afin de créer plus de cohérence, d'efficacité et de pertinence. Le Hub Santé est financé par ses membres et est constitué d'un secrétariat, sous la forme d'un coordinateur responsable de l'animation et de la gestion de la structure ainsi que du plaidoyer, de la visibilité des GT et des résultats communs de leurs membres ainsi que de la capitalisation des informations pertinentes en matière d'actualité sur la santé en RDC.

Fracarita: MSV interviendra en synergie avec **Fracarita Belgium** et LC en santé mentale au Sud-Kivu en vue d'améliorer le système de santé pour une meilleure prise-en-charge des personnes souffrant de troubles mentaux. Les trois organisations travailleront dans la complémentarité, dans le sens où ensemble elles couvrent tous les niveaux du système de santé.

IMT: Les 3 ONGs parties du programme H4A ont signé un memorandum of understanding (MoU) avec **L'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers** afin de rechercher la complémentarité pour un gain en cohérence, synergie, efficacité et en efficacité de interventions menées dans le renforcement des systèmes de santé pour améliorer la qualité et la disponibilité des soins pour le bien-être des populations vulnérables dans toutes les pays d'intervention d'un ou plusieurs des acteurs du programme. Les synergies/complémentarités peuvent varier dans différents endroits et peuvent prendre différentes formes et différents niveaux de collaboration existent. Les Parties cherchent des situations « gagnant-gagnant », dans lesquelles elles constituent des ensembles qui sont supérieurs à la somme de leurs parties. Cette recherche peut aboutir à des collaborations entre toutes les Parties ou certaines d'entre elles.

Action Damien: AD et Memisa se sont engagés depuis 2020 d'organiser la prise en charge de la comorbidité TB-Diabète. Ceci pour améliorer le dépistage et la prise en charge de ces deux pathologies dans les populations cibles. Cette activité a commencé au Kwilu. Les prestataires des unités de diabète ont été formés, le dépistage systématique de la TB chez les diabétiques et celui du diabète chez les tuberculeux est organisé, et la supervision de ces prestataires ainsi que les réunions trimestrielles de monitoring sont effectuées. Memisa est en charge d'organiser les unités de diabète en dotant en matériels nécessaires (tests diagnostic, médicaments et autres intrants), tandis qu'AD fournit tous les intrants nécessaires pour le dépistage et la prise en charge de la TB (matériel de laboratoire, médicaments spécifiques, ...). Les deux partenaires financent conjointement les formations des prestataires à hauteur de 50%-50%. Des activités complémentaires ont également été mises place avec AD dans la prise en charge des patients atteints de TB pharmacorésistante (TB-PR). En effet, ces patients ont besoin d'effectuer une série d'examen afin de faire le suivi des fonctions rénale, hépatique et cardiaque vu la toxicité potentielle des médicaments utilisés. Grâce à l'appui de Memisa (qui améliore le plateau technique des HGR et met en place le fonds d'équité pour les indigents), les patients TB-PR effectuent ces examens gratuitement. Nous comptons étendre la collaboration dans les autres provinces communes comme le Haut Uélé. La responsabilité de Memisa est de rendre disponible le fond d'équité pour couvrir les examens de suivi biologique des patients TB-PR. Tandis qu'AD assure la prise en charge médicale (avec des médicaments spécifiques) de ces patients et met en place les mesures de contrôle de l'infection pour éviter la contamination du personnel.

Autres synergies et complémentarités :

- Plateforme hospitalière : outcome commun avec UNI4COOP, partenaire stratégique pour la recherche-action, les partages d'apprentissages médico-techniques, les appuis en gouvernance clinique notamment;
- ULB-Coopération, via l'outcome commun partagé avec la CDEB;
- Dynamo International: ACNG soutenant les OSC d'encadrement et d'accueil d'enfants marginalisés (enfants des rues), avec laquelle CDEB va collaborer dans le cadre d'organisation de consultations pédiatriques sociales afin de (ré-) inclure ces enfants dans les circuits de soins, en faisant jouer le fonds de solidarité pour les éventuelles couvertures de soins (VP Kinshasa);
- Caritas Haut-Katanga: prend en charge tous les coûts d'organisation locaux (recrutement des patients, factures de l'hôpital, accueil et revalidation des patients) liés aux missions d'orthopédie réalisées annuellement à Kilwa par la CDEB (zone de santé et région très démunie, encore en proie à beaucoup d'insécurité)
- ENABEL : les synergies avec ENABEL sont décrites dans la partie sur le bonus d'allocations aux subsides et dans la note de panorama des synergies développée avec ENABEL (en annexe au niveau du programme).
- Ordre de Malte : nous collaborons avec l'ordre de malte principalement pour la logistique de l'intervention.
- Louvain Coopération: recherche commune prévue avec Memisa sur la stratégie des pairs éducateurs dans la prise en charge et l'accompagnement du diabète

Description of how individual or collective recommendations and lessons are to be taken into account

Dans l'écriture du programme quinquennal actuel 2022-2026, les leçons apprises ainsi que **les recommandations des évaluations externes** ont été suivantes ont été prise en compte :

Médicaments disponibles et de qualité : c'est une préoccupation majeure de toutes les équipes cadres de zones appuyées. Un indicateur permettra de suivre la disponibilité et gestion des MEG au niveau de formations sanitaires.

Améliorer l'appropriation de la TdC : La réadoption de la TdC actuelle a été obtenue suivant un processus participatif bottom-up des acteurs de terrain malgré la situation sanitaire. Les trois OSC ont organisé des sessions de travail par visioconférence avec les partenaires et parties prenantes.

Appropriation des équipements médicaux et l'importance de la maintenance préventive : un grand point d'attention dans les zones de santé appuyées. Le programme se focalisera sur ces aspects afin d'améliorer la durabilité et l'efficacité de l'intervention. Des synergies avec ENABEL et HUMATEM seront recherchées sur base de l'expérience du programme en cours.

Complexité : Les évaluations externes ont également montré que le programme est très complexe et difficile à mesurer dans son entièreté. Si bien la volonté d'améliorer le système de santé de manière systémique, et non verticale, reste notre mission principale, la concentration de notre intervention au niveau géographique et/ou thématique améliore la qualité des actions, et donc leur impact et durabilité. C'est un travail entrepris depuis 2014 et qui porte ses fruits dans le programme 2017-2021, et nous continuons dans ce sens pour le programme 2022-2026.

Leçons apprises de programmes d'autres organisations : Nous avons beaucoup appris en échangeant avec les programmes AgriCongo et Plateforme Hospitalière. Ces échanges ont débouché dans la proposition d'un output commun à plusieurs organisations sur la gestion de connaissances et les apprentissages communs, qui se trouve maintenant tant dans notre TOC que dans le cadre logique. Si bien la gestion de connaissances et la capitalisation des actions ont toujours été présentes dans nos interventions et vu comme une responsabilité des ACNG, le fait de la retrouver de manière spécifique, comme output et comme condition de réussite de l'intervention, remet cette responsabilité à une place plus appropriée. Le rôle joué par le Hub Santé augmentera également dans le suivi du CSC Santé, en particulier monitoring des programmes, des synergies et collaborations.

Recommandations/leçons apprises à travers le CSC, les DS et les trajets d'apprentissage : L'intégration du genre et de l'environnement font partie des plus grands apprentissages de ces espaces. Durant le programme 2014-2016, ces axes transversaux étaient traités exactement de cette façon : de manière transversale. Lors des différents DS et trajets d'apprentissage du programme 2017-2021, nous avons commencé à développer des actions spécifiques, notamment en genre, à travers des ateliers « Body & Rights » et des actions sur l'empowerment des femmes. Pour l'environnement, nous avons créé un outil d'intégration environnementale pour nos actions, en adaptant les outils disponibles (OIE, Klimos) à notre réalité.

Elargissement du consortium : CDEB a intégré le consortium notamment sur base des leçons apprises du précédent programme, qui d'une part a démontré les effets positifs et amplificateurs avec des ACNG disposant de ressources complémentaires et d'un savoir-faire en santé publique lui permettant de mieux intégrer ses actions spécifiques dans un tout cohérent, et qui d'autre part a aussi démontré ses limites sur les réponses à apporter à la demande: le trajet de soins complet de l'enfant était très insuffisamment pris en considération, notamment sur les dispositions *préventives* des soins spécialisés (éviter des complications), mais aussi dans ses dimensions *palliatives* proposant un mieux-être et parfois une déstigmatisation sociale.

Mandatory annexes classified by outcome

Title of the annex	Type of document	File
--------------------	------------------	------

Ensuite, les activités sont contextualisées en fonction de la situation dans la province d'intervention, de la présence d'autres PTF (BM, etc.) pour répondre aux mieux aux besoins, en prenant comme point de départ les plans de développement des ZS et des HGR et en alignement avec la politique nationale. Les dépenses sont parfois engagées à partir de BxIs ce qui explique la présence de frais de bureau au niveau du siège, mais ceux-ci sont exclusivement locaux, payés depuis la Belgique.

Les ressources humaines 23% (3.839.015 €) aussi bien pour les partenaires que les bureaux locaux les équipes sont constituées d'un coordinateur médical et de personnel administratif et financier qui en plus du suivi et de la mise en œuvre, jouent tous un rôle d'appui aux FOSA dans leurs domaines de compétences respectifs.

Contacts

Contact details for the outcome's ANGC reference person in Belgium

Name :	Felipe SERE
Telephone :	+32 2 4541546
Email :	Felipe.sere@memisa.be

Contact details for the outcome's ANGC reference person or their representative in the field

Organization :	MEMISA
Name :	Jean Clovis Kalobu
Telephone :	+243 81 512 54 30
Email :	jean_clovis.kalobu@memisa-rdc.org

Mandatory annexes classified by outcome

File

List of partnerships/cooperative for the outcome

List of partnerships for the outcome

Acronym BDOM Kisantu

Full name Bureau Diocésain des Œuvres Médicales Kisantu

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
140000	140000	140000	140000	140000	700000

Acronym BDOM Bunia

Full name Bureau Diocésain des Œuvres Médicales Bunia

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
140000	140000	140000	140000	140000	700000

Acronym BDOM Popokabaka

Full name Bureau Diocésain des Œuvres Médicales du Diocèse de Popokabaka

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
145000	30000	22500	0	0	197500

Acronym BDOM Tshumbe

Full name Bureau Diocésain d'œuvre Médical de Tshumbe

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
140000	140000	140000	140000	140000	700000

Acronym DREAM RDC

Full name Disease Relief through Excellent and Advanced Means

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
225000	225000	225000	225000	225000	1125000

Acronym ADE

Full name Action d'espoir

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
89000	89000	89000	89000	89000	445000

Acronym BDOM Isiro

Full name Bureau Diocésain d'œuvre Médical d'Isiro

Budget available

Title of the annex	Type of document	File
Projet de convention de partenariat hôpital MSV-HGR Kasongo Lunda	Partnership Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/PROJET~1.DOC
Projet de convention de partenariat hôpital MSV - Hôpital Saint Joseph	Partnership Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/PROJET~2.DOC
Projet de convention de partenariat hôpital MSV - HGR Popokabaka	Partnership Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/PROJET~3.DOC
Projet de convention de partenariat hôpital MSV - HGR Katako Kombe	Partnership Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/PRE568~1.DOC
Projet de convention de partenariat hôpital MSV - HGR Kalembé Lembe	Partnership Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/PROJET~4.DOC
Projet de convention de partenariat hôpital MSV - HGR IME Kimpese	Partnership Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/PRCD2A~1.DOC
Projet de convention de partenariat hôpital MSV - HGR Gombe Matadi	Partnership Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/PR9EF0~1.DOC
Projet de convention de partenariat hôpital MSV - Centre SOSAME	Partnership Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Projet%20de%20convention%20de%20partenariat%20h%C3%B4pital%20MSV%20E2%80%93%20Centre%20SOSAME.docx
Projet de convention de partenariat hôpital MSV - HGR Ciriri	Partnership Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Projet%20de%20convention%20de%20partenariat%20h%C3%B4pital%20MSV%20E2%80%93%20HGR%20Ciriri.docx
Projet de convention de partenariat hôpital MSV - HGR Kamina Nyangezi	Partnership Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Projet%20de%20convention%20de%20partenariat%20h%C3%B4pital%20MSV%20E2%80%93%20HGR%20Kamina%20Nyangezi.docx
Projet de convention de partenariat hôpital MSV - HGR Monvu	Partnership Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Projet%20de%20convention%20de%20partenariat%20h%C3%B4pital%20MSV%20E2%80%93%20HGR%20Monvu.docx
Projet de convention de partenariat hôpital MSV - HGR Mubumbano	Partnership Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Projet%20de%20convention%20de%20partenariat%20h%C3%B4pital%20MSV%20E2%80%93%20HGR%20Mubumbano.docx
Projet de convention de partenariat hôpital MSV - HGR Nyantende	Partnership Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Projet%20de%20convention%20de%20partenariat%20h%C3%B4pital%20MSV%20E2%80%93%20HGR%20Nyantende.docx
Projet de convention de partenariat hôpital MSV - HGR Walungu	Partnership Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Projet%20de%20convention%20de%20partenariat%20h%C3%B4pital%20MSV%20E2%80%93%20HGR%20Walungu.docx
Fiches signalétiques partenaires RDC Ouest et Central MSV	Fact sheet per partner	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Fiches%20signal%C3%A9tiques%20partenaires%20RDC%20Ouest%20et%20Central%20MSV.pdf
Fiches signalétiques partenaires RDC Est MSV	Fact sheet per partner	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Fiches%20signal%C3%A9tiques%20partenaires%20RDC%20Est%20MSV.pdf
fiches signalétiques collaboration RDC ouest et central MSV	Fact sheet per collaboration	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Fiche%20signal%C3%A9tique%20Collaboration%20RDC%20Ouest%20et%20Central%20MSV.pdf
Fiche signalétique collaboration RDC Est MSV	Fact sheet per collaboration	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Fiche%20signal%C3%A9tique%20Collaboration%20RDC%20Est%20MSV.pdf
Projet de convention de collaboration - BDOM Kisantu	Collaboration Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/PROJET~4.PDF
Projet de convention de collaboration - BDOM Popokabaka	Collaboration Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/PROJET~2.PDF
Projet de convention de collaboration - BDOM Tshumbe	Collaboration Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/PROJET~3.PDF
Projet de convention de collaboration - Humatem	Collaboration Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/PR48E0~1.PDF
Projet de convention de collaboration - ICT4 DEV	Collaboration Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/PRF772~1.PDF
Projet de convention de collaboration - IYAD	Collaboration Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/PROJET~1.PDF
Projet de convention de collaboration - PHRDC	Collaboration Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/PR0AD5~1.PDF
Projet de convention de collaboration - MSV Fracarita	Collaboration Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Projet%20de%20convention%20de%20collaboration%20MSV%20Fracarita%20RDC-Burundi.docx
Projet convention synergie RDC Est MSV-LC-FB	Other	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Projet%20convention%20synergie%20RDC%20Est%20MSV-LC-FB.pdf

List of partnerships/cooperative for the outcome

List of partnerships for the outcome

Acronym HSJ

Full name Hôpital Saint Joseph

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	0	0	0	0

Acronym HGR Kalembe Lembe

Full name Hôpital pédiatrique de Kalembe Lembe

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	0	0	0	0

Acronym HGR IME Kimpese

Full name Hôpital général de référence IME Kimpese

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	0	0	0	0

Acronym HGR Gombe Matadi

Full name Hôpital général de référence de Gombe Matadi

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	0	0	0	0

Acronym HGR Popokabaka

Full name Hôpital général de référence de Popokabaka

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	0	0	0	0

Acronym HGR Kasongo Lunda

Full name Hôpital général de référence de Kasongo Lunda

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	0	0	0	0

Acronym HGR Katako Kombe

Full name Hôpital général de référence de Katako Kombe

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	0	0	0	0

Acronym BDOM Bukavu

Full name Bureau Diocésain des Œuvres Médicales Bukavu

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
7500	7225	7957	8175	8475	39832

Acronym HGR de Nyantende

Full name Hôpital Générale de Référence de Nyantende

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	0	0	0	0

Acronym HGR de Nyangezi

Full name Hôpital Générale de Référence Saint Martin de Kamina à Nyangezi

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	0	0	0	0

Acronym HGR de Monvu

Full name Hôpital Générale de Référence de Monvu

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	0	0	0	0

Acronym HGR de Mubumbano

Full name Hôpital Générale de Référence de Mubumbano

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	0	0	0	0

Acronym HGR de Walungu

Full name Hôpital général de référence FSki de Walungu

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	0	0	0	0

Acronym CNP Sosame

Full name Centre Neuropsychiatrique de Sosame

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	0	0	0	0

Acronym HGR de Ciriri

Full name Hôpital général de référence dr Rau de Ciriri

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	0	0	0	0

List of cooperative partnerships for the outcome

Acronym BDOM Kisantu

Full name Bureau Diocésain des Œuvres Médicales / Diocèse de Kisantu

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
5000	5150	5305	5464	5628	26546

Acronym BDOM Tshumbe

Full name Bureau Diocésain des Œuvres Médicales de Tshumbe

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	5150	5305	5464	5628	21566

Acronym BDOM Popokabaka

Full name Bureau Diocésain des Œuvres Médicales de Popokabaka

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	7957	8195	8441	24594

Acronym IYAD

Full name International Youth association for Development

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
32000	32960	21218	0	0	86178

Acronym Humatem

Full name Humatem

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
25000	25750	26523	0	0	77273

Acronym PH-RDC

Full name La Plateforme Hospitalière de la République Démocratique du Congo

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	8034	0	0	0	0

Acronym ICT4 Development

List of partnerships/cooperative for the outcome**List of partnerships for the outcome**

Acronym CHIRPA Asbl

Full name Chirurgie Pédiatrique en Afrique Asbl

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
195.896€	135.091€	135.091€	10.000€	10.000€	486.077€

List of cooperative partnerships for the outcome

Acronym CA

Full name Caritas Autriche

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
/	/	/	/	/	/

Acronym DI

Full name /

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
/	/	/	/	/	/

Acronym KD

Full name Kinshasa Digital

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
/	/	/	/	/	/

Acronym ULBC

Full name ULB Coopération

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
/	/	/	/	/	/

Santé pour tous et toutes au Bénin - JJOHO BOUANDOBOU AKPAANI

Contacts

Contact details for the outcome's ANGC reference person in Belgium

Name :	Felipe SERE
Telephone :	+32 2 4541546
Email :	felipe.sere@memisa.be

Contact details for the outcome's ANGC reference person or their representative in the field

Organization :	MEMISA
Name :	Frank DE PAEPE
Telephone :	+32 473592201/ +229 94343333
Email :	Frank.de.paepe@memisa.be

Author information

Lead NGO/Owner :	MEMISA
Name of accredited actor	Memisa België

General

Title of the outcome - French or English (mandatory) :	Santé pour tous et toutes au Bénin - JJOHO BOUANDOBOU AKPAANI		
IATI activity identifier :	BE-BCE_KBO-0435563751-Prg2022-3-BJ		
Outcome start date :	01-01-2022		
Outcome end date :	31-12-2026		
Country of intervention :	Benin		
Region :	South of Sahara, regional		
Sector :	12220 - Health - Basic health care	Budget share :	40%
Sector :	12281 - Health - Health personnel development	Budget share :	20%
Sector :	13030 - Reproductive Health & rights - Family planning	Budget share :	5%
Sector :	15150 - Government & Civil Society - Democratic participation and civil society	Budget share :	5%
Sector :	12110 - Health - Health policy and administrative management	Budget share :	10%
Sector :	12181 - Health - Medical education/training	Budget share :	10%
Sector :	12191 - Health - Medical services	Budget share :	10%

Other CSOs/IAs involved

SO

Strategic target involved

2. Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvo...

o BENIN

■

Description :	2. Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge, à travers l'amélioration de la qualité, la disponibilité et l'accessibilité des soins de santé pour tous, avec une attention particulière aux enfants, aux femmes, aux personnes âgées et en situation de handicap.
Thematic/geographical :	GEOGRAPHIC JSF

Approches or sub-targets concerned

L'intervention #H4A au Bénin contribue directement à la réalisation du cible stratégique 2 du CSC Bénin (domaine santé), plus particulièrement dans les approches 2A (Memisa), 2B, 2C, 2D, 2F, 2H (Memisa, MSV, CDEB), 2E (MSV), 2G, 2I (Memisa, MSV) et 2J (MSV, CDEB), décrites dans le CSC.

2A : Contribuer au renforcement des capacités institutionnelles, organisationnelles et techniques des pouvoirs publics et des services déconcentrés et décentralisés en matière de santé et apporter un soutien aux couples des acteurs OSC (non lucratifs) dans le secteur de la santé afin d'améliorer la gouvernance du secteur.

2B : Avec des organisations locales, participer à des actions de plaidoyer pour le développement d'un système de soins de santé de qualité plus performant et accessible à tous (notamment au niveau de l'assurance maladie universelle, de la couverture en ressources humaines et infrastructures sanitaires ou encore du recours aux TIC (e-Health)).

2C : Contribuer à l'amélioration de la couverture en infrastructures, équipements sanitaires et intrants (y compris l'approvisionnement en sang) ainsi que l'environnement technique et sanitaire des hôpitaux, dans le respect de l'environnement.

2D : Contribuer à l'amélioration de la qualité des soins de santé par le renforcement des compétences des ressources humaines en santé.

2E : Fournir des soins (y compris des soins de santé sexuelle et procréative) et assurer la protection, la prise en charge, l'accompagnement psycho-social et la ré-intégration, notamment pour les groupes vulnérables comme les femmes, les jeunes et les enfants.

2F : Contribuer au renforcement des capacités de sensibilisation (promotion de bonnes pratiques), de suivi et de prise en charge en matière de santé, de premiers secours et de nutrition des acteurs communautaires pertinents (relais communautaires, volontaires, etc.).

2G : Contribuer au renforcement de la participation des OSC et des communautés (notamment les femmes) et leurs capacités à influencer les centres de décision et à favoriser l'émergence de structures issues des besoins, de la culture et des valeurs des populations, en vue d'une meilleure accessibilité et durabilité des services.

2H : Mener des actions de sensibilisation relatives à divers problèmes de santé, à la nutrition et aux mécanismes de solidarité et d'équité, auprès des communautés (notamment les femmes).

2F : Contribuer au renforcement du dialogue et la collaboration (i) entre les différentes parties prenantes du secteur de la santé à tous les échelons de la pyramide sanitaire et (ii) entre le secteur de la santé et les autres secteurs/disciplines ayant un impact sur la santé des populations, notamment dans le cadre de l'approche One Health.

2J : Appuyer les actions de réduction des risques liés aux catastrophes et événements dangereux ainsi que les actions de prévention et contrôle des infections dans les structures sanitaires.

Geographic location of the outcome's intervention zone

Cotonou

Lat/Long :	6.370293, 2.391236
------------	--------------------

Parakou commune

Lat/Long :	9.35, 2.616667
------------	----------------

Savalou

Lat/Long :	7.9297324, 1.9780951
------------	----------------------

Porto-Novo

Lat/Long :	6.49646, 2.60359
------------	------------------

Bembereke

Lat/Long :	10.2242175, 2.6675063
------------	-----------------------

Tanguieta

Lat/Long :	10.6300983, 1.2706288
------------	-----------------------

Bassila

Lat/Long :	9.0064850017971, 1.6637847892027
------------	----------------------------------

Nikki

Lat/Long :	9.9344844272386, 3.2163765499129
------------	----------------------------------

Dassa-Zoumé

Lat/Long :	7.784811523806, 2.198902499796
------------	--------------------------------

Outcome summary

Description of the outcome

L'outcome vise à améliorer la qualité, la disponibilité et l'accessibilité des soins de santé au plus grand nombre de personnes, en agissant sur le renforcement des acteurs du système de santé, en veillant à inclure et faire participer les populations plus vulnérables ou marginalisées. Ce programme s'articule autour de quatre axes stratégiques principaux :

Promouvoir la bonne gouvernance : renforcer l'autonomie des OSC et des autorités sanitaires dans leur rôle de leadership et supervision, en favorisant une concertation multi-acteurs (offre, demande, gouvernance) ; documenter les changements introduits en adoptant une méthode rigoureuse de gestion des connaissances et les faire remonter aux niveaux décisionnels, afin d'influencer les politiques nationales ou internationales.

Améliorer l'offre : renforcer les structures sanitaires pour qu'elles puissent assumer leurs rôles et proposer les PMA (CS) et les PCA (Hôpitaux de référence) correspondant à leur mandat dans la pyramide sanitaire et veiller à la bonne référence, en renforçant durablement la qualité, la disponibilité et la gestion des ressources essentielles techniques, financières, humaines.

Appuyer la demande : afin de stimuler les circuits de référence et d'améliorer les accessibilités financière, géographique ou socio-culturelle, promouvoir la structuration et l'implication des acteurs de la demande, appuyer le plaidoyer politique et les mouvements sociétaux pour la défense des droits des patients et pour une plus grande solidarité.

Améliorer la gestion des connaissances et les apprentissages communs en santé : le programme se construit comme une recherche action à laquelle participent tous les acteurs du système santé, dont les produits sont destinés à être capitalisés et exploités à des fins de plaidoyer et à constituer des référentiels partagés.

Ce programme met un accent particulier sur les aspects de la durabilité écologique, d'équité de genre en santé et de la digitalisation.

Wording of the outcome

En 2026, le système de santé est plus intégré, inclusif, performant, résilient et pérenne, bénéficie d'une meilleure gouvernance basée sur le droit humain à la santé, et est capable de satisfaire davantage les besoins de santé de la population couverte par l'intervention, par la disponibilité des services offrant des soins de qualité, globaux, intégrés et continus accessibles à tou.te.s, et en particulier aux plus vulnérables et marginalisés.

Target groups

Les porteurs d'obligation, les détenteurs de droits et les espaces qui les réunissent.

Les porteurs d'obligation sont les autorités décentralisées, les structures publiques, les OSC partenaires, les structures privées non-lucratives et lucratives (moins ciblées).

Les détenteurs de droits sont composés de groupes représentatifs des usagers de soins, comme les OSC engagées en santé (PNUSS, ABPF), et des groupes organisés de femmes et de jeunes, ou de patients atteints d'une maladie spécifique.

Sensitive and confidential information

SO

Categorization: Sustainable Development Goals

SDG :	Goal 3. Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages	SDT :	Achieve universal health coverage, including financial risk protection, access to quality essential health-care services and access to safe, effective, quality and affordable essential medicines and vaccines for all
SDG :	Goal 5. Achieve gender equality and empower all women and girls	SDT :	Ensure universal access to sexual and reproductive health and reproductive rights as agreed in accordance with the Programme of Action of the International Conference on Population and Development and the Beijing Platform for Action and the outcome documents of their review conferences

Markers & Tags

1. Gender Equality :	2
2. Aid to Environment :	1
3. Participatory Development / Good Governance :	2
4. Trade development :	0
5. Biodiversity :	0
6. Climat Change - Mitigation :	1
7. Climat Change - Adaptation :	1
8. Desertification :	0
9. RMNCH - Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health :	2

10. HIV / AIDS :	1
11. Children's Rights :	2
12. Disability :	1
13. Nutrition :	1

1. D4D - Better use of big data :	Yes
2. D4D - Digital for inclusive society :	Yes
3. D4D - Digital for inclusive and sustainable economic growth :	No
4. Private Sector Development :	Yes
5. Health - Sexual and reproductive health :	Yes
6. Health - Quality medicines :	Yes
7. Health - Health financing and Universal Health Coverage :	Yes
8. Refugees :	Yes
9. Covid-19 :	Yes

Categorization: Positioning with regard to the objectives of Belgian Development Cooperation, described in its strategy papers

Agriculture and Food Security

L'outcome Bénin du programme #H4A apporte une contribution positive au thème de la nutrition, qui a été inclus dans la note stratégique agriculture et sécurité alimentaire de la coopération belge comme l'un des trois thèmes primordiaux. Cela se fera de plusieurs manières : il est attendu que les partenaires locaux établissent des collaborations interprofessionnelles avec d'autres secteurs apparentés à la santé, l'agriculture, la gestion de l'environnement. L'agriculture durable et la sécurité alimentaire sont en outre cruciales pour la réalisation des ODD 1 « Pas de pauvreté » et ODD 3 « Bonne santé et bien-être ». Le programme favorisera la mise en réseau des partenaires locaux avec d'autres acteurs qui opèrent dans l'agriculture concernant des aspects de sécurité alimentaire, qualité de l'alimentation, la (ma)nutrition. Les hôpitaux partenaires de référence poursuivront également une politique d'achat de nourriture pour les patients (qualité, hygiène).

Pour que la population puisse bénéficier des soins en temps utile, le programme appuie également des initiatives communautaires pour la protection des plus pauvres, pour l'hygiène et l'assainissement ou encore pour des solutions locales de prise en charge des enfants malnutris. Les rôles et responsabilités de chaque partie sont définis et la communauté porte la mise en œuvre de l'action. A travers l'approche intégrée et transversale du programme #H4A, les espaces de gestion de connaissances prévus dans le CSC Bénin et le rôle des structures sanitaires nous comptons participer aux réflexions et échanges relatifs au concept de One Health.

Education

Le programme H4A s'inscrit dans l'objectif de la note stratégique de la coopération belge sur l'éducation concernant la concentration de l'appui de la coopération belge sur, entre autres, l'enseignement technique et professionnel dans le cadre de la formation continue. Le programme veut contribuer à la poursuite de la professionnalisation du secteur de la santé de différentes manières :

- Investir dans le développement des ressources humaines pour la santé à travers le renforcement du personnel médical, paramédical, technique, administratif et de gestion, basé sur les politiques et stratégies nationales de santé et en concertation/impliquant les autorités sanitaires.
- Les partenaires locaux collaboreront avec les autorités d'éducation (dont l'université de Parakou, l'IFSIO, l'ESK et l'université d'Abomey-Calavi) et des centres de recherche afin de pouvoir (i) offrir des stages pour les apprenants ou étudiants, (ii) contribuer à l'amélioration des données d'études, (iii) prévoir des formations continues du personnel des hôpitaux, du recrutement et formation des experts et de la certification des formations.

Un lien fort existe à ce sujet avec la CS5 du CSC et le CSC "Enseignement supérieur et recherche au service du Développement durable", notamment via les partenariats et collaborations avec le CERRHUD, l'IMT et les CHU/universités participant aux coopérations médicales (études).

L'échange de connaissances et d'expériences avec et entre les autres ANG qui participent au CSC Bénin dans le domaine de l'éducation permettra également de s'assurer que le programme H4A renforce ce thème dans ses activités.

Les coopérations inter-hospitalières sont également envisagées dans ce sens : les capacités d'accueil des pôles de compétences (principalement l'hôpital de Tanguéta) seront renforcées afin que les prestataires de soins des hôpitaux périphériques et intermédiaires, ainsi que les étudiants puissent s'y former.

Children's rights

L'outcome Bénin du programme H4A œuvre pour que les enfants et les mères aient accès à des soins de santé de qualité, avec une spécificité croissante par l'intégration de la CDEB, dont les stratégies découlent directement des ART. 23 et 24 de la CIDE

En termes de protection des enfants, H4A plaide auprès des autorités et partenaires et sensibilise la communauté contre la stigmatisation, discrimination et pratiques nocives envers les enfants. Le programme agit sur les accès financiers en encourageant des initiatives génératrices de revenus communautaires permettant de couvrir le coût de certains soins, et appuie les mutuelles pour renforcer le statut socio-économique des enfants et des femmes afin de réduire leur vulnérabilité. Des fonds de solidarité dédiés existent également, incluant dans leur gestion des (parents d') enfants (témoignages directs).

Le programme appuie les CS et les hôpitaux en équipements et en formation continue afin d'améliorer la disponibilité et la qualité des prestations pour les enfants (y compris la prévention de la transmission VIH/SIDA de la mère à l'enfant). Les services pédiatriques des pôles de compétences hospitaliers font également l'objet de renforcements de capacités spécifiques, et l'approche centrée patient est privilégiée dans la formation des prestataires, afin d'assurer le droit des enfants à disposer d'informations appropriées sur leur santé, la santé sexuelle et reproductive et sur leurs droits. Des plaidoyers pédiatriques directs au niveau central sont également entrepris, afin d'agir sur les politiques de recrutement des personnels qualifiés, et sur le financement d'unités de soins spécialisés inexistantes.

Enfin, nous œuvrons à donner la parole aux enfants dans les structures sanitaires via l'approche soins centré patient, pour qu'ils puissent exprimer leur opinion et participer aux décisions et services qui les concernent (patient-partenaire).

Development education

Dans le cadre de l'outcome d'éducation à la citoyenneté mondiale et solidaire, mis en œuvre en Belgique, L'outcome du programme "Health4All" au Bénin pourra donner des bases solides sur lesquelles pourra s'appuyer le programme ECMS, afin d'aborder des thématiques pertinentes sur des réalités actuelles et non uniquement théoriques. Par l'éducation à la citoyenneté mondiale et solidaire, les ACNG H4A entendent soutenir les mobilisations citoyennes, individuelles et collectives en faveur d'un accès mondial équitable à des soins de santé de qualité pour tous et toutes.

Les personnels de santé belges participant aux activités de coopérations médicales internationales assurent, à leur retour de missions, un rôle important pour l'ECMS : ils relaient des informations très concrètes en Belgique, en plus du rôle d'ambassadeur ou de porteur de plaidoyers auprès de certaines institutions pourvoyeuses de ressources externes (ARES, notamment: certains volontaires sont référents pour les financements académiques destinés notamment à la réalisation d'études de santé publique).

Enfin, en sus des études menées au sein de comités scientifiques belgo-bénois, ils maintiennent le contact avec leurs homologues béninois pour échanger sur des approches thérapeutiques à distance.

Environment and climate change

Le programme s'aligne sur plusieurs objectifs de la note stratégique. Il s'aligne directement au point 4.1.3 de la note stratégique ainsi qu'à la cohérence des politiques.

Cela se traduit d'une part au niveau opérationnel, notamment au niveau des pratiques de tri et destruction différenciée des déchets médicaux et non médicaux par les structures sanitaires appuyées, et d'autre part dans les options de gestion du programme proprement dit concernant notamment les déplacements : les émissions de CO2 des voyages internationaux sont compensées via les dispositifs existants de rachat d'empreinte carbone. Les voyages internationaux seront strictement circonscrits à la nécessité de mobilisation de compétence internationale non-existante dans le pays, notamment lors des coopérations médicales. Memisa dispose par ailleurs d'un label «CO2 Logic».

Par ailleurs, lors des constructions ou réhabilitations de structures sanitaires, les choix techniques écologiques seront privilégiés dans les cahiers des charges, tels que, par exemple l'utilisation de systèmes de récolte d'eau de pluie, l'installation de panneaux solaires... tant pour des raisons environnementales que pour faciliter l'accès à l'eau et à l'électricité. Une attention particulière sera également portée à l'évacuation des eaux usées et des déchets afin d'éviter la contamination des eaux et des sols.

Afin de limiter l'impact du transport de biens, lorsque c'est possible, le programme favorisera les achats locaux avec une fonctionnalité durable puisqu'une part importante des activités est dédiée à la maintenance (préventive et curative) des équipements médicaux pour éviter les gaspillages (pannes et/ou équipement inutilisable de manière trop précoce).

Un accompagnement des partenaires et structures sanitaires afin qu'ils mènent des campagnes de prévention et sensibilisation de la population sur l'environnement tant dans les sphères privées que publiques.

Gender

La stratégie contribue directement à la deuxième priorité de la DGD, santé et droits sexuels et reproductifs et à la quatrième priorité de la DGD sur la lutte contre les violences basées sur le genre.

Concernant la SSR, les obstacles relatifs au genre 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 violences basées sur le genre, dont les violences sexuelles, sont un sujet récurrent des campagnes de sensibilisation communautaire réalisées par ABPF.

En sus de ces deux priorités spécifiques, le target principal de l'ODD3 auquel le programme entend contribuer est la réduction de la mortalité maternelle et néonatale : dans ce cadre, il faut s'assurer que l'accès aux soins de santé des femmes et des hommes soit équitable. De manière évidente, l'équilibre est nécessaire car les femmes ont des besoins différenciés par rapport aux hommes et peuvent être confrontées à des risques de santé différents auxquels il faut pouvoir répondre, mais aussi pour générer un effet positif de réduction des inégalités en matière de santé, qui sont également dues à des facteurs sociaux. La question du "genre" peut également se traduire sur la représentativité et le traitement des personnels de santé : un système de veille sur les discriminations est mis en place, et des modules spécifiques de sensibilisation sont dispensés aux niveaux intermédiaire et périphérique pour une analyse genre des politiques et de la planification/gestion des ressources humaines, dans le cadre de la gestion des carrières et les conditions de travail. Enfin, lorsque l'information est disponible, les indicateurs utilisés sont également genre spécifique. H4A entend mener une action "gender mainstreaming" au niveau des données sexo-spécifiques patients dans les services bénéficiant de ses appuis, et faire le lien avec le SNIGS

Migration

Le thème de la migration est indirectement lié au thème de la santé. La note politique de la ministre de coopération au développement Kitir (novembre 2020) indique que la migration crée une pression supplémentaire sur les États qui ont déjà des difficultés à fournir des services de base, car 85 % des réfugiés sont accueillis dans des pays en développement. Cette situation ne diffère pas dans les pays où le programme H4A est mis en œuvre. Il est donc de la plus haute importance d'investir dans le système de santé de ces pays, comme le fait le programme H4A, afin de renforcer les soins de santé en tant que service de base en termes d'offre, de qualité et d'accessibilité aux groupes de population les plus vulnérables.

Il faut noter ici de manière plus spécifique que la situation sécuritaire des pays frontaliers au nord du Bénin, tout particulièrement au Burkina-Faso, génère des mouvements de population augmentant le volume des patients issus de la sous-région vers l'Hôpital Saint Jean de Dieu de Tangueta (HSJD), qui en accueille déjà une part importante (explosion démographique de la ville, avec une diversité forte de la population, suite aux migrations liées à l'activité de l'hôpital). Son rôle dans la sous-région est crucial à cet égard. Cette situation est appelée à s'amplifier selon plusieurs observateurs nationaux et toucher d'autres structures sanitaires du pays.

Digitalization - Digital for Development D4D

Le Programme s'aligne à deux des trois objectifs de la note sur la Numérisation.

Meilleure utilisation des mégadonnées

Le suivi du SNIS basé sur DHIS2 au Bénin permet d'enregistrer, de cartographier et d'évaluer les actions du programme. Utilisé par les systèmes nationaux d'information de santé publique, il engendre la compatibilité, la comparabilité (validité/fiabilité) ainsi que l'unité et la qualité des données de santé publique tant aux niveaux nationaux qu'au niveau international. Les données ouvertes : Les données susmentionnées sont rendues publiques.

Le numérique pour des sociétés inclusives

Inclusion démocratique : Les données de santé publique susmentionnées permettent le droit des citoyens grâce à la documentation et le maintien de statistiques sur les soins leur ayant été apportés.

Inclusion financière et économique : L'outcome du programme "Health4All" au Bénin favorise la numérisation par un accent particulier sur la digitalisation des outils bancaires (internet) et financiers (Cloud), permettant un cercle vertueux de productivité accrue et un gain de temps et d'argent de par le monde. Simultanément, l'amélioration et l'apprentissage constants en émanant renforcent le savoir-faire financier et économique de tous les intervenants.

Égalité d'accès à des services de base de qualité : L'outcome du programme "Health4All" au Bénin promeut l'informatisation de la gestion des stocks de médicaments, améliorant la disponibilité en médicaments et l'utilisation du « blend learning » lors des renforcements de capacités. Renforcées par le SNIS, la cartographie et la gestion numérisée de nos actions favorisent une mobilisation des ressources plus pertinente tout en assurant leur qualité.

Health

L'outcome s'aligne sur tous les objectifs des notes politiques sur le droit à la santé et aux soins de santé, sur la Covid19, la SDSR ainsi qu'à l'addendum sur la couverture universelle des soins de santé.

Nous avons une approche multisectorielle : à travers notre appui à la demande, nous agissons sur les déterminants sociaux de la santé. Nous avons également une approche sectorielle, à travers les voies de l'offre et de la gouvernance, nous renforçons le système de santé de manière systémique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Nous partageons également l'analyse sur les défis du secteur santé, autour desquels nous avons construit notre action : (1) la carence en ressources humaines et le maintien en poste, (2) faible qualité et utilisation limités des services, (3) disponibilité des produits pharmaceutiques et (4) continuité des soins. Notre action sur ces quatre défis se retrouve clairement dans la TOC de l'outcome.

À propos de la note SDSR, l'outcome se construit sur les mêmes principes de base, à savoir l'approche des droits humains, l'approche globale et positive de la sexualité et procréation et au droit à la santé et aux soins de santé pour tous et toutes. Nous oeuvrons pour l'intégration des soins de santé sexuelle et reproductive dans les soins de santé généraux et pour la lutte contre les violences sexuelles. Nous utilisons notamment l'outil e-learning Body&Rights développé par Be-Cause Health. Nous appuyons aussi l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle.

Au niveau de la couverture santé universelle (CSU), nous sommes alignés sur l'addendum et aux cadres conceptuels de l'OMS. Nous agissons avec nos partenaires sur les fonctions suivantes : mobilisation de moyens, pooling des ressources, définition du paquet de services, et promotion des tarifications forfaitaires. Concernant la COVID19, nous appuyons la résilience organisationnelle et communautaire pour améliorer la prise en charge préventive et curative.

Private sector

L'outcome du programme "Health4All" au Bénin est un programme du renforcement du système de santé. Il veut promouvoir les acteurs de l'économie sociale, et l'intégration des différents acteurs dans ce système, même s'il n'a pas pour vocation ou ambition de contribuer au développement du secteur marchand ou de faire la promotion des Petites et Moyennes Entreprises. Celles-ci sont néanmoins incluses, lorsque c'est possible et pertinent, dans certaines solutions intégrées profitables aux intérêts publics ou à l'objectif social du programme: plusieurs structures privées béninoises (incubateurs, laboratoires dans le secteur des technologies de la santé notamment), bénéficiaires entre autres du programme "Choose Africa", soutenu par le gouvernement ou encore l'AFD, proposent des appuis à des acteurs privés non-lucratifs (dont des start-ups) développant des expertises, technologies ou outils innovants en santé (exemple: prothèses 3D pour les enfants,...). Un lien est fait à ce sujet avec la CS6 du CSC-Bénin.

Le programme soutient le renforcement des capacités organisationnelles, en particulier pour la conception, mise en œuvre et suivi des stratégies dans le domaine de la santé y compris la conception et le développement d'un système de sécurité sociale qui pourrait agréer des acteurs de santé 'conventionnés'.

Les entreprises disposant d'une politique RSE sont également sensibilisées et prennent part à l'alimentation financière des fonds d'équité et de solidarité Elles participent de la sorte également aux réflexions autour de la CSU.

Sur l'énergie, dans le contexte des infrastructures de base, le programme appui les projets des autorités publiques ou du secteur privé (à but non lucratif) dans le cadre de l'utilisation d'énergies renouvelables.

Le programme ne soutient d'aucune manière les activités reprises dans la liste d'exclusion adoptée par l'European Development Finance Institutions.

Subsidy bonus allocation: priority themes and strategic priorities**Human rights-based approach**

Valeur C : La mobilisation sociale et politique cherche à garantir le droit à la santé. Le travail avec les partenaires et autres parties prenantes détermine les rôles sociétaux, en particulier celle des détenteurs de droits et des porteurs d'obligations, afin de contribuer au bon fonctionnement du système par le biais du dialogue social. Le plaidoyer a plus de poids si la mobilisation est importante. Ce droit fondamental est incarné par l'article 25 de la DUDH, et dans les articles 24 et 25 de la CIDE, et s'inscrit dans le cadre des ODD, en particulier ODD 3.8. Conformément à la vision de l'initiative « UHC2030 », le programme se concentre également sur le principe «leave no one behind» selon lequel l'approche fondée sur les droits de l'homme est associée à un engagement en faveur de l'égalité des chances et de la non-discrimination. Ce droit à la santé fonde toutes les activités de Memisa, MSV et CDEB, qu'elles relèvent des services de santé, du plaidoyer ou de l'accompagnement du changement social. La pertinence de l'accent qui est mis sur l'accès universel à des soins de santé de base de qualité ne se limite pas à une « approche des droits », mais positionne également la pertinence de la santé comme une condition préalable au développement économique en général.

Au Bénin, Memisa s'est engagée, en synergie avec Enabel, dans un partenariat avec la PNUSS, qui a comme mission la défense des droits des utilisateurs de services de santé.

Enfin, et ce de manière transversale, les outils et méthodes partagés par les 3 ACNG (Trajet de Renforcement de Capacités et Projets Qualité Hospitaliers, sensibilisations communautaires axées "droits et devoirs", espaces de concertations favorisant la rencontre directe, la redevabilité, la reconnaissance) ont tous été conçus, au sein d'espaces de rencontres stratégiques avec les partenaires, afin de rencontrer les objectifs du MEET: Meaningful participation, Empowerment, Equality and Transparency.

Decent and sustainable work

Valeur C : L'outcome Bénin du programme #H4A contribue activement à la réalisation des différents piliers du travail décent dans différents domaines.

Pilier protection sociale : L'intervention veut promouvoir la structuration de la demande en renforçant les organisations de la société civile et en appuyant l'autonomisation (empowerment)

des communautés, définie comme le processus par lequel les personnes défavorisées collaborent afin de faire face aux défis et d'accroître le contrôle des événements qui déterminent leur vie. De cette façon, l'outcome contribue de manière proactive à l'augmentation de la protection sociale des groupes cibles les plus vulnérables. L'AMCES également intervient dans la protection sociale en santé.

Pilier droit du travail : Par ailleurs, l'outcome vise également à renforcer les structures de santé (hôpitaux partenaires, centres de santé spécialisés, centres de santé) : en répondant aux besoins d'organisation, de matériel, d'équipement et de formation du personnel médical, technique et administratif, le programme H4 contribue aussi directement à l'amélioration des conditions de travail des structures de santé concernées et donc aussi au travail décent des professionnels dans le secteur de la santé.

Dialogue social : AMCES représente le secteur sanitaire privé non-lucratif vis-à-vis du Ministère du Travail et a sa propre CCT. Elle fait la promotion de l'intégration opérationnelle continue des acteurs privés à intérêt public dans le système de soins de santé, en tant que hôpitaux de zone, hôpitaux secondaires, centres de santé ou maternités. Elle fait le plaidoyer pour que les formations sanitaires intégrées puissent continuer à compter sur l'appui de l'Etat et participer aux concertations autour de l'implémentation de mécanismes de subvention étatique (à travers l'ANSS ou autre).

Le partenaire ABPF mène le combat contre le travail non-rémunéré des enfants (esclavage domestique des filles).

Gender

Valeur C : La stratégie de mise en œuvre contribue directement à la deuxième priorité de la DGD, santé et droits sexuels et reproductifs et à la quatrième priorité de la DGD sur la lutte contre les violences basées sur le genre.

L'une des priorités de l'outcome est la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Il veut amplifier les sensibilisations sur le fait que les femmes ont des besoins différenciés par rapport aux hommes, et peuvent être confrontées à des risques de santé différents nécessitant des savoirs et savoirs-faires spécifiques. Par ailleurs, outre les différences biologiques, ces inégalités d'accès en matière de santé sont également dues à des facteurs sociaux.

Ainsi, la réduction des inégalités de genre, au regard de l'impact que celles-ci entraînent sur la santé des individus, constitue une condition de réussite de l'intervention. L'accès à une bonne santé reproductive et sexuelle permet un empowerment social et économique.

L'outcome renforce les capacités 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 genre spécifique.

Les obstacles relatifs au genre par rapport à la santé sexuelle et reproductive sont ceux liés à la demande inexistante ou incomplète, du fait de la persistance de modèles culturels et normes sociales et ceux liés aux systèmes de santé (offre insuffisante et de mauvaise qualité et le manque de continuité des soins et d'intégration des services).

Les violences basées sur le genre, dont les violences sexuelles, sont une réalité partout dans le pays. Le programme prévoit de mettre un accent sur la sensibilisation à la qualité de la relation soignant-soigné, dans une approche centrée patient-e, la prévention des violences envers les patients, le respect de l'anonymat et de l'intimité (vie privée).

Environment

Valeur C : Un outil d'intégration environnemental spécifique (version adaptée de l'outil KLIMOS et l'OIE de Louvain Coopération) a été développé et testé afin de faire une analyse de l'impact potentiel de l'environnement et du climat sur l'intervention, et vice versa, elle dispose d'un plan d'action pour neutraliser les éventuels effets négatifs et elle prend également des mesures ciblées ayant un impact positif sur l'environnement et le climat.

Dans toutes les interventions, il est prévu d'adopter une attitude proactive pour la protection du milieu lié aux interventions comme les formations sur la gestion des déchets biomédicaux, les formations sur la maintenance préventive et corrective et sur l'utilisation adéquate du matériel, les installations des ressources d'énergie durables, l'achat de matériel adapté aux conditions locales, l'achat local des consommables et médicaments de qualité, la réduction ou compensation de l'empreinte carbone du transport.

L'outcome contribue à la réduction des déchets biomédicaux par l'appui à la maintenance préventive et corrective. En effet, les groupes de travail de l'OMS ont constaté que 70 % des équipements médicaux disponibles dans les pays en développement sont inutilisés.

Les déchets mal conçus, mal gérés ou mal entretenus 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, cancérigènes 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.

Common outcome within a common programme

Valeur C : L'outcome commun est le résultat d'une approche programmatique intégrée à 4 voies (voir ToC), avec une cohérence interne forte. Les apports des différentes parties se renforcent mutuellement. Bien que les trois ONG partenaires aient leurs propres priorités, elles ont en commun de travailler de manière complètement intégrée pour améliorer le système de soins de santé. Pour MSV, le focus et point d'entrée dans le système de santé national est l'hôpital de référence, considéré comme un réel acteur de changement. Memisa vise le renforcement des structures de santé locales pour améliorer la qualité et la disponibilité des soins, tout en travaillant avec les communautés locales sur la solidarité, le droit à la santé et l'accès financier aux soins. Partant des hôpitaux spécialisés, CDEB renforce le système de santé pour donner à chaque enfant les mêmes droits, les mêmes chances de survie et de développement.

Les 3 ANG travaillent de manière très complémentaire. Memisa renforce la société civile pour l'exercice des droits des individus et améliorer l'accès aux soins de santé (voie de la demande).

En même temps, les structures de santé à différents niveaux sont renforcées et soutenues par les 3 ANCG afin d'augmenter la disponibilité et la qualité des soins (voie de l'offre), aussi bien les structures proches de la population que les hôpitaux de référence et spécialisés. Le système de référence-contre-référence favorise la cohérence interne. On cherche également à améliorer la cohérence du système en collaborant avec les services de santé gouvernementaux, là aussi à différents niveaux (local, intermédiaire et central/national). Il s'agit de la voie qui promeut la gouvernance de la santé au Bénin (voie de la gouvernance). La gestion des connaissances (quatrième voie) est un volet transversal qui vise à renforcer les connaissances et l'expertise au Bénin entre Memisa, CDEB, MSV, leurs partenaires directs et stratégiques ainsi que les groupes-cibles.

Common outcome between distinct programmes

Valeur B : Au moins un des résultats (outputs) est commun avec d'autres programmes, tant au Bénin que dans d'autres pays. Il s'agit de l'output sur la gestion de connaissances et apprentissages communs, notamment en Afrique de l'Ouest, permettant une meilleure efficacité et recherche de la qualité entre programmes de pays voisins. Nous pensons notamment à Viva Salud, Action Damien ou encore Dynamo International. Un lien fort est fait à ce sujet avec la partie synergies et complémentarités du CSC Bénin, très complète, et proposant déjà une série de thématiques retenues pour les apprentissages collectifs. De plus, l'outcome met un accent très important sur les collaborations académiques, via le partenariat avec le CERRHUD, appuyé aussi par l'INT Anvers, les liens avec les Établissements d'Enseignement Supérieur au Bénin et en Belgique (lien entre universités et écoles supérieures, en collaboration avec l'ARES) permettant entre autres la rigueur scientifique qu'il convient d'adopter pour les "contenants" des référentiels (outils, méthodes, modules d'apprentissages, études,...) qui seront produits dans les Espaces collectifs de Gestion des Connaissances (l'AMCES, le CSC, les groupes de pairs et associations savantes, des plateformes de savoirs nationales et internationales).

Areas of complementarity and synergy with the intervention of ENABEL

Valeur C : Il existe une complémentarité et synergie avec les activités d'Enabel, fruit de l'analyse préalable de ses interventions dans le cadre du programme H4A, y compris l'outcome au Bénin. Les articulations sont décrites et les collaborations et synergies prévues à différents niveaux : le partage d'information, l'organisation conjointe d'activités (ateliers, formations, etc.), des actions complémentaires, le partage de moyens (économie d'échelle) et l'action en synergie (action conjointe) dans plusieurs domaines tels que : digitalisation de la santé, amélioration des soins de santé maternelle et néonatale, partages d'apprentissages pédiatriques, partage d'informations et apprentissage au sein des plateformes comme la Plateforme Hospitalière, Because Health, association pour des campagnes de sensibilisation et de plaidoyer formation et renforcement en maintenance du matériel biomédical.

On veut améliorer la prise en charge des MNT les plus courantes, comme le diabète, l'hypertension et les maladies respiratoires chroniques, prévoir un appui aux initiatives et activités menant vers une meilleure prise en charge organisée (même digitalisée) des MNT par les structures sanitaires. Des échanges avec Enabel seront utiles à ce sujet.

Memisa s'est engagé dans un partenariat avec la Plateforme Nationale des Utilisateurs des Services de Santé (PNUSS), mise en place avec l'appui d'Enabel. Memisa et Enabel se complèteront dans l'appui à la PNUSS, Enabel continuera son appui technique et institutionnel et Memisa appuiera des activités complémentaires de la PNUSS dans plusieurs zones sanitaires additionnelles. Dans le département des collines, une collaboration se prépare sur le renforcement en maintenance biomédicale, des complémentarités dans l'investissement en équipement et l'amélioration des soins de santé maternelle et néonatale dans ce département (programme EQUITE).

Description of the outcome, results and strategy

Description of the expected results

Formulation of outcome or result :	Outcome: Le système de santé est plus intégré, inclusif, performant, résilient et pérenne, bénéficie d'une meilleure gouvernance basée sur le droit humain à la santé, et est capable de satisfaire davantage les besoins de santé de la population couverte par l'intervention, par la disponibilité des services offrant des soins de qualité, globaux, intégrés et continus accessibles à tou.te.s, et en particulier aux plus vulnérables et marginalisés.
Indicator title :	Ind. A: Ratio de mortalité périnatale parmi les accouchements dans les structures appuyées
Indicator description :	((Décès d'enfants < 7] + morts-nés) * 1000) / Naissances vivantes par an
Baseline :	25/1000NV

#Health4All

Target Year 3 – 31/12/2024 :	22,5/1000NV
Target Year 5 – 31/12/2026 :	20/1000NV

Formulation of outcome or result :	Outcome: Le système de santé est plus intégré, inclusif, performant, résilient et pérenne, bénéficie d'une meilleure gouvernance basée sur le droit humain à la santé, et est capable de satisfaire davantage les besoins de santé de la population couverte par l'intervention, par la disponibilité des services offrant des soins de qualité, globaux, intégrés et continus accessibles à tou.te.s, et en particulier aux plus vulnérables et marginalisés.
Indicator title :	Ind. B: % d'utilisation des services de santé appuyés (désagrégé par sexe)
Indicator description :	(Nouvelles consultations par personne par an du sexe M-F / Population hommes-femmes) * 100%
Baseline :	M 53% ; F 53%
Target Year 3 – 31/12/2024 :	M 60% ; F 60 %
Target Year 5 – 31/12/2026 :	M 65% ; F 65%

Formulation of outcome or result :	Outcome: Le système de santé est plus intégré, inclusif, performant, résilient et pérenne, bénéficie d'une meilleure gouvernance basée sur le droit humain à la santé, et est capable de satisfaire davantage les besoins de santé de la population couverte par l'intervention, par la disponibilité des services offrant des soins de qualité, globaux, intégrés et continus accessibles à tou.te.s, et en particulier aux plus vulnérables et marginalisés.
Indicator title :	Ind. C: Taux de décès intra-hospitalier dans les services appuyés <24 H - (désagrégé par sexe)
Indicator description :	(nombre de décès intra-hospitalier <24 H (désagrégé par sexe) dans l'année/ nombre de patient.e.s admis.es) * 100%
Baseline :	M 2% ; F 2%
Target Year 3 – 31/12/2024 :	M 1,8% ; F 1,8%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	M 1,5% ; F 1,5%

Formulation of outcome or result :	R1: La gouvernance améliorée du secteur de santé permet de gérer de manière plus transparente les ressources et les données de la santé, par une prise de décision plus participative impliquant la société civile pour le plaidoyer et davantage basée sur l'évidence, prenant en compte les besoins de santé de l'ensemble de la population dans la poursuite du droit à la santé.
Indicator title :	Ind. 1.1: Proportion de comités de santé des ZS, de comités de gestion des CS et conseils d'administration des HZ fonctionnels dans les ZS appuyées
Indicator description :	Indicateurs composites de fonctionnalité des COSA, COGES et CA selon plusieurs critères désagrégés par sexe.
Baseline :	25%
Target Year 3 – 31/12/2024 :	60%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	85%

Formulation of outcome or result :	R1: La gouvernance améliorée du secteur de santé permet de gérer de manière plus transparente les ressources et les données de la santé, par une prise de décision plus participative impliquant la société civile pour le plaidoyer et davantage basée sur l'évidence, prenant en compte les besoins de santé de l'ensemble de la population dans la poursuite du droit à la santé.
Indicator title :	Ind 1.2: Taux de complétude des rapports SNIGS
Indicator description :	Taux de complétude des rapports SNIGS dans les ZS appuyées dans l'année- rapports attendus de tous les acteurs de santé/rapports reçus
Baseline :	20%
Target Year 3 – 31/12/2024 :	50%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	85%

Formulation of outcome or result :	R1: La gouvernance améliorée du secteur de santé permet de gérer de manière plus transparente les ressources et les données de la santé, par une prise de décision plus participative impliquant la société civile pour le plaidoyer et davantage basée sur l'évidence, prenant en compte les besoins de santé de l'ensemble de la population dans la poursuite du droit à la santé.
Indicator title :	Ind. 1.3: Proportion d'initiatives de plaidoyers en faveur de l'atteinte de l'outcome abouties par ou via AMCES
Indicator description :	Nombre d'initiatives abouties / nombre planifié dans l'année
Baseline :	ND
Target Year 3 – 31/12/2024 :	50%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	75%

Formulation of outcome or result :	R1: La gouvernance améliorée du secteur de santé permet de gérer de manière plus transparente les ressources et les données de la santé, par une prise de décision plus participative impliquant la société civile pour le plaidoyer et davantage basée sur l'évidence, prenant en compte les besoins de santé de l'ensemble de la population dans la poursuite du droit à la santé.
Indicator title :	Ind. 1.4: Proportion des entités appuyées ayant un Plan Stratégique actualisé et utilisé
Indicator description :	Nombre de plans stratégiques actualisés et utilisés dans l'année / nombre d'entités
Baseline :	15%
Target Year 3 – 31/12/2024 :	50%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	75%

Formulation of outcome or result :	R2: Les structures et prestataires de santé appuyés disposent de meilleures capacités médicotéchniques, organisationnelles et institutionnelles pour être proactifs, responsables et appréciés par les utilisateurs et à leur écoute, capables d'assurer des services de qualité, efficaces, accessibles et acceptables, et des soins globaux, continus et intégrés.
Indicator title :	Ind 2.1: Taux d'accouchements assistés par personnel qualifié dans les ZS appuyées
Indicator description :	(Nombre d'accouchements assistés / nombre d'accouchements attendus dans l'année) * 100%
Baseline :	90%
Target Year 3 – 31/12/2024 :	92%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	95%

Formulation of outcome or result :	R2: Les structures et prestataires de santé appuyés disposent de meilleures capacités médicotéchniques, organisationnelles et institutionnelles pour être proactifs, responsables et appréciés par les utilisateurs et à leur écoute, capables d'assurer des services de qualité, efficaces, accessibles et acceptables, et des soins globaux, continus et intégrés.
Indicator title :	Ind. 2.2: % de dépistage des cas d'hypertension et diabète dans les ZS appuyées
Indicator description :	(Nombre de personnes dépistées pour hypertension et diabète (désagrégé par sexe) / nombre attendus dans l'année) * 100%
Baseline :	M 55% ; F 55%
Target Year 3 – 31/12/2024 :	M 60% ; F 60 %
Target Year 5 – 31/12/2026 :	M 65% ; F 65%

#Health4All

Formulation of outcome or result :	R2: Les structures et prestataires de santé appuyés disposent de meilleures capacités médicotéchniques, organisationnelles et institutionnelles pour être proactifs, responsables et appréciés par les utilisateurs et à leur écoute, capables d'assurer des services de qualité, efficaces, accessibles et acceptables, et des soins globaux, continus et intégrés.
Indicator title :	Ind. 2.3: % d'utilisation des méthodes contraceptives modernes dans les ZS appuyées
Indicator description :	(Nombre d'utilisatrices (nouvelles + anciennes) de toutes méthodes modernes / Nombre de femmes en âge de procréer - grossesses attendues dans l'année) * 100%
Baseline :	12%
Target Year 3 - 31/12/2024 :	15%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	18%

Formulation of outcome or result :	R2: Les structures et prestataires de santé appuyés disposent de meilleures capacités médicotéchniques, organisationnelles et institutionnelles pour être proactifs, responsables et appréciés par les utilisateurs et à leur écoute, capables d'assurer des services de qualité, efficaces, accessibles et acceptables, et des soins globaux, continus et intégrés.
Indicator title :	Ind. 2.4: % d'infection du site opératoire (désagrégé par sexe) dans les structures appuyées
Indicator description :	(Nombre de patient.e.s (M-F) avec suite opératoire suppurante / Nombre de patient.e.s (M-F) opéré.e.s dans l'année) * 100%
Baseline :	M 2,6% ; F 2,6%
Target Year 3 - 31/12/2024 :	M 2,3 % ; F 2,3%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	M 2% ; F 2%

Formulation of outcome or result :	R2: Les structures et prestataires de santé appuyés disposent de meilleures capacités médicotéchniques, organisationnelles et institutionnelles pour être proactifs, responsables et appréciés par les utilisateurs et à leur écoute, capables d'assurer des services de qualité, efficaces, accessibles et acceptables, et des soins globaux, continus et intégrés.
Indicator title :	Ind 2.5: Evolution du score de performance des services de pédiatrie appuyés
Indicator description :	Indicateur composite mesurant, sur une échelle de 1 à 5, 1. les compétences des PS (50%: savoir, savoir-faire, savoir-être avec l'approche patient-partenaire), 2. la sécurité technique et sanitaire (30%), 3. la qualité d'accueil du patient/disponibilité organisationnelle (20%)
Baseline :	0
Target Year 3 - 31/12/2024 :	+5%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	+15%

Formulation of outcome or result :	R2: Les structures et prestataires de santé appuyés disposent de meilleures capacités médicotéchniques, organisationnelles et institutionnelles pour être proactifs, responsables et appréciés par les utilisateurs et à leur écoute, capables d'assurer des services de qualité, efficaces, accessibles et acceptables, et des soins globaux, continus et intégrés.
Indicator title :	Ind. 2.6: Proportion des HZ appuyés qui rapportent un progrès (de min 50%) des Marqueurs de Progrès (MDP) par rapport à l'application des compétences médicales/médico-techniques et organisationnelles
Indicator description :	Proportion des HZ appuyés qui rapportent un progrès (de min 50%) des Marqueurs de Progrès (MDP) par rapport à l'application des compétences médicales/médico-techniques et organisationnelles
Baseline :	3/5
Target Year 3 - 31/12/2024 :	4/5
Target Year 5 - 31/12/2026 :	5/5

Formulation of outcome or result :	R2: Les structures et prestataires de santé appuyés disposent de meilleures capacités médicotéchniques, organisationnelles et institutionnelles pour être proactifs, responsables et appréciés par les utilisateurs et à leur écoute, capables d'assurer des services de qualité, efficaces, accessibles et acceptables, et des soins globaux, continus et intégrés.
Indicator title :	Ind. 2.7: Pourcentage du matériel biomédical acheté non amorti qui est fonctionnel et en utilisation dans des services appuyés disposant d'un plan de maintenance
Indicator description :	Pourcentage du matériel biomédical acheté non amorti qui est fonctionnel et en utilisation dans des services appuyés disposant d'un plan de maintenance dans l'année
Baseline :	82%
Target Year 3 - 31/12/2024 :	85%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	90%

Formulation of outcome or result :	R3: La population est mieux organisée et participe davantage à tous les niveaux pour la résolution de ses problèmes et le bien-être de tous, en lien avec des initiatives favorisant une meilleure accessibilité aux services et une meilleure continuité des soins.
Indicator title :	Ind. 3.1: Taux de décès maternel intra-hospitalier <24H dans les HZ appuyés
Indicator description :	Taux de décès maternel intra-hospitalier <24H dans les HZ appuyés - (Nombre de décès maternels intra-hospitaliers <24H * 100.000) / Naissances vivantes dans l'année
Baseline :	0,7%
Target Year 3 - 31/12/2024 :	0,6%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	0,5%

Formulation of outcome or result :	R3: La population est mieux organisée et participe davantage à tous les niveaux pour la résolution de ses problèmes et le bien-être de tous, en lien avec des initiatives favorisant une meilleure accessibilité aux services et une meilleure continuité des soins.
Indicator title :	Ind. 3.2: Qualité des soins et services dans les centres éloignés et enclavés appuyés
Indicator description :	Indicateur composite renseigné après évaluation qualité annuel
Baseline :	80%
Target Year 3 - 31/12/2024 :	85%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	90%

Formulation of outcome or result :	R3: La population est mieux organisée et participe davantage à tous les niveaux pour la résolution de ses problèmes et le bien-être de tous, en lien avec des initiatives favorisant une meilleure accessibilité aux services et une meilleure continuité des soins.
Indicator title :	Ind. 3.3: Taux de malades reçus en référence dans les HZ appuyés
Indicator description :	Nombre de malades hospitalisés reçus en référence / nombre de malades hospitalisés reçus dans l'année * 100%
Baseline :	15%
Target Year 3 - 31/12/2024 :	17%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	20%

Formulation of outcome or result :	R3: La population est mieux organisée et participe davantage à tous les niveaux pour la résolution de ses problèmes et le bien-être de tous, en lien avec des initiatives favorisant une meilleure accessibilité aux services et une meilleure continuité des soins.
Indicator title :	Ind. 3.4: Ancrage communautaire de la PNUSS dans chaque village des ZS couvertes
Indicator description :	Pourcentage des individus ayant une bonne connaissance de la PNUSS et de son rôle pour la communauté dans l'année
Baseline :	0
Target Year 3 – 31/12/2024 :	25%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	50%

Formulation of outcome or result :	R3: La population est mieux organisée et participe davantage à tous les niveaux pour la résolution de ses problèmes et le bien-être de tous, en lien avec des initiatives favorisant une meilleure accessibilité aux services et une meilleure continuité des soins.
Indicator title :	Ind. 3.5: Évolution de la proportion des enfants hors-zone pris en charge par les SS bénéficiaires principales CDEB, se situant au sommet du circuit de référencement pour les pathologies spécifiques
Indicator description :	Évolution de la proportion des enfants hors-zone pris en charge par les SS bénéficiaires principales CDEB, se situant au sommet du circuit de référencement pour les pathologies spécifiques (approche verticale sur les pathologies orthopédiques) ciblées par le programme. Le narratif des indicateurs précisera également la proportion d'enfants hors-provinces. Calcul: nombre d'enfants HZ divisé par le nombre d'enfants total PEC dans les structures
Baseline :	0
Target Year 3 – 31/12/2024 :	+5%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	+15%

Formulation of outcome or result :	R4: Les acteurs de santé identifient et analysent les problèmes tenaces et y apportent des solutions efficaces par la recherche-action et participent à des Espaces collectifs de Gestion des Connaissances (EGC), permettant de créer et stimuler des synergies, ainsi que de produire plusieurs référentiels qui seront utiles et exploitables pour l'atteinte de l'outcome.
Indicator title :	Ind. 4.1: Proportion (désagrégé par sexe) de personnel de santé (managers et prestataires de soins) formées avec réussite sur des thématiques spécifiques
Indicator description :	Nombre (désagrégé par sexe) de personnel de santé (managers et prestataires de soins) formées avec réussite sur des thématiques spécifiques/nombre de personnes ciblées dans l'année
Baseline :	0
Target Year 3 – 31/12/2024 :	0,75
Target Year 5 – 31/12/2026 :	1

Formulation of outcome or result :	R4: Les acteurs de santé identifient et analysent les problèmes tenaces et y apportent des solutions efficaces par la recherche-action et participent à des Espaces collectifs de Gestion des Connaissances (EGC), permettant de créer et stimuler des synergies, ainsi que de produire plusieurs référentiels qui seront utiles et exploitables pour l'atteinte de l'outcome.
Indicator title :	Ind 4.2: Proportion (désagrégé par sexe) de personnes capables d'élaborer des agendas de production de connaissance opérationnels et d'en disséminer les résultats de manière autonome
Indicator description :	Nombre (désagrégé par sexe) de personnes capables d'élaborer des agendas de production de connaissance opérationnels et d'en disséminer les résultats de manière autonome/nombre de personnes formées dans l'année
Baseline :	0
Target Year 3 – 31/12/2024 :	0,5
Target Year 5 – 31/12/2026 :	0,75

Formulation of outcome or result :	R4: Les acteurs de santé identifient et analysent les problèmes tenaces et y apportent des solutions efficaces par la recherche-action et participent à des Espaces collectifs de Gestion des Connaissances (EGC), permettant de créer et stimuler des synergies, ainsi que de produire plusieurs référentiels qui seront utiles et exploitables pour l'atteinte de l'outcome.
Indicator title :	Ind. 4.3: Nombre d'expériences et/ou de référentiels utiles à l'atteinte de l'outcome documentés et partagés, cumulés
Indicator description :	Nombre d'expériences et/ou de référentiels utiles à l'atteinte de l'outcome documentés et partagés, cumulés
Baseline :	0
Target Year 3 – 31/12/2024 :	9
Target Year 5 – 31/12/2026 :	15

Formulation of outcome or result :	R4: Les acteurs de santé identifient et analysent les problèmes tenaces et y apportent des solutions efficaces par la recherche-action et participent à des Espaces collectifs de Gestion des Connaissances (EGC), permettant de créer et stimuler des synergies, ainsi que de produire plusieurs référentiels qui seront utiles et exploitables pour l'atteinte de l'outcome.
Indicator title :	Ind. 4.4: Nombre de recherches action identifiées, conclues et publiées, cumulées
Indicator description :	Nombre de recherches action identifiées, conclues et publiées, cumulées
Baseline :	0
Target Year 3 – 31/12/2024 :	2
Target Year 5 – 31/12/2026 :	4

Activities, targets groups and beneficiaries

Classification of activities

Activités liées à la TdC. les activités ont toutes un effet sur la recherche-action du R4:

- Renforcement de capacités des EEZS, DDS, ABRP, ABPF et AMCES, dans leurs compétences de gestion, accompagnement, production de plans stratégiques et coordination des acteurs santé, ou encore dans leur fonction de pourvoyeurs de ressources essentielles (RE) dont les médicaments, les équipements et les qualifications - R1, avec effets dans le R2;
- Stimulation du fonctionnement de cadres de concertation « triple regard » de l'offre, la demande et la gouvernance - R1 avec effet sur le R2 et le R3;
- Appuis à la gouvernance clinique auprès des hôpitaux appuyés par MSV et CDEB, avec des outils "MEET" (TRC de MSV/PQ de CDEB): consolidation des outils et méthodes au travers de l'AMCES - R1 et R2;
- Renforcement des infrastructures et équipements des structures sanitaires, et de leurs pratiques d'hygiène et PCI - R2;
- Apprentissages et coopérations médicales inter-hospitalières nationales et internationales, visant le renforcement de compétences des prestataires de soins, la création durable de réseaux de pairs et un meilleur référencement des structures entre elles - R2 avec effet sur R3;
- Amélioration de la disponibilité organisationnelle (à l'aide d'outils NTIC notamment) et des soins orientés patient - R2 et R3;
- Stimulation de la référence via facilitations financières (fonds d'équité, de solidarité) et sociales spécifiques - R3;
- Sensibilisation communautaire sur les droits et devoirs des personnes en santé, et collaborations avec des OSC et prestataires sociaux représentatifs des usagers - R3;
- Liens entre les acteurs du secteur santé et le secteur académique, pour refaire le lien entre l'offre pédagogique et les besoins professionnels, et pour encadrer les recherche-action et travaux en EGC - R4;
- Formations en recherches opérationnelle et mise à disposition d'outils (dont NTIC) et méthodes aux acteurs de terrain impliqués dans les recherche-action - R4

Target group(s)

Les porteurs d'obligation, les détenteurs de droits et les espaces qui les réunissent.

Les porteurs d'obligation sont les autorités décentralisées, les structures publiques, les OSC partenaires, les structures privées non-lucratives et lucratives (moins ciblées).

Les détenteurs de droits sont composés de groupes représentatifs des usagers de soins, comme les OSC engagées en santé (PNUSS, ABPF), et des groupes organisés de femmes et de jeunes, ou de patients atteints d'une maladie spécifique.

Beneficiaries

Les populations vivant dans les zones sanitaires d'intervention, soit 2.526.574 habitants, dont un tiers connaît une pauvreté monétaire, composés de 1.242.856 hommes (49,2%) et 1.283.718 femmes (50,8%), et en particulier :

- les femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans) soit 636.649 femmes ;
- les enfants de moins de 5 ans soit 392.418 enfants dont 200.441 garçons et 191.977 filles
- les indigents soit 202.126 personnes (8% de la population), dont 99.428 hommes et 102.698 femmes.

Title of the reference annex :	#H4A - Bénin - TOC
Title of the reference annex :	Annexe Analyse des risques Bénin

Description of tasks among associate ANGCs

La gestion de l'outcome commun est assurée par le cadre de concertation suivant :

- o Les directions de Memisa, MSV et CDEB, qui feront le point périodiquement — au moins une fois par an — sur l'application de la présente convention et sur l'état d'avancement, les résultats et la pertinence de la collaboration.
- o Un comité de pilotage (CP), constitué des management teams des 3 organisations, se réunit de manière trimestrielle
- o Des groupes de travail par pays (GT), constitués des responsables du suivi opérationnel de chaque organisation. Réunions sont au moins trimestrielles, mais peuvent se dérouler plus souvent selon les besoins.

La répartition technique de la mise en œuvre est présentée dans la TOC, où un schéma décrit le champ d'action de chaque organisation dans la pyramide sanitaire. Lors de tâches communes aux différentes ANGC, comme l'organisation des évaluations externes ou la consolidation des rapports, les membres des groupes de travail se répartiront le travail tout en maintenant la communication saine au sein du groupe.

A travers les différents axes d'intervention, Memisa, MSV et CDEB appuient les détenteurs de droits au niveau de la demande de services de santé, les porteurs d'obligations au niveau de l'offre de services de santé, et l'espace de gouvernance à travers les autorités sanitaires intermédiaires et périphériques. Memisa concentre son appui au niveau communautaire, à travers différentes initiatives d'autonomisation des populations, mais aussi au niveau des centres de santé et hôpitaux afin d'assurer que les porteurs d'obligations sont à même de fournir des services de santé de qualité aux détenteurs de droits. MSV et CDEB concentrent leurs interventions dans le renforcement de capacités du personnel et la gouvernance clinique des hôpitaux de référence, renforcent le plateau technique et favorisent la maintenance biomédicale et la gestion des déchets.

Description of the Relevance

Le Programme H4A s'inscrit dans les **ODD**, en particulier l'ODD 3 (bonne santé et bien-être), avec une attention particulière aux aspects liés au genre, notamment à travers l'appui à la santé reproductive et maternelle (ODD 5). Pour faire progresser les indicateurs de santé il adresse le défi de l'amélioration de la qualité de l'offre de soins. Le renforcement des ressources humaines en santé ainsi que de la gouvernance du secteur de la santé sont des éléments cruciaux. Il améliore l'accessibilité financière des soins en renforçant la gouvernance participative dans le secteur et en appuyant un système de prise en charge des plus pauvres par un fonds d'équité en attendant la mise en place d'une assurance maladie performante et inclusive. Le programme travaille sur l'acceptabilité et l'accessibilité des soins, en adoptant une approche communautaire et en mettant l'accent sur l'autonomisation des populations à la base. Le programme contribue à une meilleure couverture en infrastructures au niveau périphérique et intermédiaire, et renforce la résilience du système de santé face à des épidémies ou pandémies telles que le Covid-19.

Le programme H4A répond aux objectifs énoncés par la politique nationale de santé du Bénin, s'adapte totalement aux grandes orientations stratégiques du Plan national de développement de la santé (PNDS) 2018-2022. Il intervient sur base d'une analyse du contexte, une identification des acteurs de santé et des besoins de soins de santé et tient compte des politiques et des systèmes de santé au Bénin. Le programme s'intègre aux six piliers du **PNDS 2018-2022** comme suit entre parenthèses :

1. Développement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de la santé (R1)
2. Prestation de service et l'amélioration de la qualité des soins (R2)
3. Valorisation des ressources humaines en santé (R2)
4. Développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé (R2)
5. Amélioration du système d'information sanitaire et promotion de la recherche en santé (R4)
6. Amélioration du mécanisme de financement pour une meilleure couverture universelle en santé (R3)

Le programme H4A s'inscrit dans les domaines indicatifs d'appui de la Coopération Belge et cadre avec le programme bilatéral d' **Enabel** au Bénin, dont l'accès aux soins de santé constitue une priorité à travers le programme **P@SRIS**, qui œuvre à la reconnaissance des droits sexuels et reproductifs, et renforce le développement de services adéquats pour accéder à ces droits, et le projet **EQUITE**, financé par l'AFD, qui renforce la qualité des soins obstétricaux et la lutte contre les maladies non transmissibles, consolide les RH, et appuie la gouvernance du système de santé.

L'intervention H4A au Bénin contribue directement à la réalisation du cible stratégique 2 du **CSC Bénin** (domaine santé), plus particulièrement dans les approches 2A (Memisa), 2B, 2C, 2D, 2F, 2H (Memisa, MSV, CDEB), 2E (MSV), 2G, 2I (Memisa, MSV) et 2J (MSV, CDEB), décrites dans le CSC, l'identification des acteurs pertinents en matière de développement et la description de la société civile locale, les autorités décentralisées, les institutions publiques et leurs principaux partenaires.

L'outcome de l'intervention H4A dérive directement du changement ultime de la **TdC**: le premier étant placé dans la sphère de contrôle, le deuxième à la lisière de la sphère d'intérêt. Ce qui signifie que sa réalisation en 2026 implique également l'accomplissement très probable du changement ultime de la TdC d'ici là.

L'intégration du **genre** dans le programme se fait au niveau de l'outcome ainsi que des résultats. Au niveau de l'outcome, l'utilisation des services médicaux (indicateur 2) et le taux de décès intra-hospitalier dans les services appuyés (indicateur 3) seront suivis de manière désagrégée (H/F). Au niveau des résultats, le résultat 2 qui est axé sur le renforcement organisationnel, institutionnel et médicotechnique inclut 3 indicateurs liés au genre : indicateur 2 (taux de dépistage des cas d'hypertension et diabète dans les ZS appuyées, désagrégé par sexe), indicateur 3 (taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes dans les ZS appuyées) et indicateur 4 (taux d'infection du site opératoire désagrégé par sexe) dans les structures appuyées. Le résultat 3 qui est axé sur le renforcement de l'organisation de la population tient compte des différences genre dans la stratégie. Dans la pratique, l'intervention de H4A tient compte des différences du genre dans la mise en œuvre du programme avec tous les groupes cibles et s'efforce d'atteindre l'équité entre les sexes autant que possible. Les indicateurs des résultats sont générés là où c'est pertinent.

En matière d'**environnement**, les interventions suivantes contribuent à réduire les effets négatifs de certaines activités : (i) accompagner la gestion de déchets biomédicaux par l'amélioration des infrastructures et les propositions d'idée innovante pour leur gestion, mais également former à la gestion des déchets biomédicaux, (ii) améliorer la capacité des services de maintenance (maintenance et utilisation d'équipements) pour une gestion durable du matériel, (iii) quand nécessaire, envoyer du matériel adapté aux conditions locales avec réduction de l'empreinte carbone du transport, (iv) mettre en œuvre le plan d'investissement d'appui technique durable, (v) effectuer des achats locaux des consommables/médicaments pour une gestion durable des consommables et médicaments, et (vi) initier l'installation de ressources d'énergie durables (possiblement dans une collaboration avec le secteur privé).

Le Programme, étant partiellement une **continuité**, va continuer à ajouter de la valeur au système de santé béninois. Il prend en compte les recommandations des évaluations antérieures et leçons apprises et s'attaque ainsi aux vrais problèmes soulevés par les indicateurs sanitaires. Memisa va ainsi s'engager dans de nouveaux partenariats avec l'ABPF, la PNUSS (en synergie avec Enabel) et le CERRHUD (en synergie avec l'IMT-Anvers), pour remédier à certaines faiblesses constatées en matière de vision santé publique et santé de reproduction et conflit d'intérêts en matière de défense des droits des patients.

L'approche santé publique dans l'intervention H4A s'appuie sur les expériences antérieures des 3 ANGC au Bénin. Celle-ci intègre dans la globalité le système sanitaire périphérique, départemental et national. Il faut renforcer les collaborations systématiques avec les autorités sanitaires, renforcer la résilience des hôpitaux en collaboration avec les autorités sanitaires, améliorer la prise en charge (diagnostic, traitement et suivi) des patients porteurs de maladies non-transmissibles, contribuer à réduire la résistance microbienne aux antibiotiques, mettre en réseau les hôpitaux, renforcer l'implication des associations des patients, et investir dans le scaling-up pour pouvoir atteindre l'outcome et ainsi le changement ultime de la TdC.

Le programme répond aux stratégies et aspirations du partenaire AMCES. Ainsi pour renforcer le réseau une extension des interventions est prévue vers les Hôpitaux La Croix de Zinvié et Bon

Samaritain de Porto-Novo. Les deux hôpitaux jouent un rôle très important en matière de soins accessibles en pédiatrie et gynécologie pour les populations des grandes villes du sud du Bénin (les capitales administratives et économiques et leurs 'cités dortoirs').

L'appui à la demande, c'est-à-dire à l'exercice du droit à la santé, l'amélioration de de l'accessibilité économique et géographique aux services de santé des plus vulnérables, est la meilleure expression du niveau d'équité de la politique de santé et peut se mesurer par l'augmentation de la fréquentation de la population des indigents aux soins de santé, par l'évaluation de la satisfaction de ces groupes de population et la vérification de la bonne application des fonds d'équité (**Leave no one behind**).

Description of Coherence

Cohérence interne

Le lien entre les 4 voies dans lesquelles différents acteurs travaillent simultanément à différents niveaux des soins de santé assurent une grande cohérence interne. CDEB, Memisa et MSV travaillent de manière très complémentaire. Memisa renforce la demande au niveau de la communauté, pour améliorer l'accès aux soins en tant que droit des individus à la santé. Les structures de santé aux différents niveaux sont renforcées par les 3 ACNG afin d'augmenter la disponibilité et la qualité des soins (offre) : aussi bien les structures proches de la population (CS) que les hôpitaux de référence. Enfin, une cohérence interne spécifique réside dans la qualité des soins pédiatriques qui est renforcée de manière complémentaire par les 3 organisations, chacune dans son domaine, du 1° contact jusqu'à l'hôpital spécialisé si nécessaire. Renforcer ensemble le système de référence-contre-référence entre les différents niveaux du système, chacun avec son focus propre, favorise aussi la cohérence interne. On cherche aussi à améliorer le système de santé dans son ensemble en collaborant avec les services de santé gouvernementaux, là aussi aux différents niveaux (local, intermédiaire et central). Il s'agit d'une voie qui promeut la gouvernance entière des soins de santé. Le 4° volet est un volet transversal qui vise à renforcer les connaissances et l'expertise entre Memisa, CDEB, MSV et leurs partenaires et les groupes-cible.

La cohérence interne est encore renforcée par la coopération avec d'autres acteurs (proposant des compétences claires en lien avec la mission du programme) : (i) au Bénin avec, entre autres, une association coupole d'hôpitaux privés à but non-lucratif (AMCES), l'association béninoise pour la promotion de la famille (ABPF), des ONG locales, des institutions de recherche (CERRHUD), les associations professionnelles et (ii) au niveau international avec des acteurs tels que IMT, Enabel, la Croix Rouge Vlaanderen.

Le fait que l'outcome est dérivé du changement ultime de la TdC et a été formulé en ligne avec le CDU dans la TdC en fait aussi un facteur majeur de cohérence interne vu que les interventions sont basées sur les changements voulus par les parties prenantes.

Cohérence externe

Les rencontres régulières de CDEB, Memisa et MSV au Bénin et en Belgique avec les autres ANG et d'autres acteurs participant au CSC Bénin assureront la cohérence externe. En échangeant des expériences sur les différents thèmes abordés dans le CSC Bénin (santé mais aussi assainissement, eau, sécurité alimentaire, éducation, droits humains, travail décent, ...). De même, des échanges réguliers sur des thèmes spécifiques avec les membres des CSC thématiques pertinents renforceront la cohérence externe du programme et les institutions de recherche dans le cadre du résultat 4 (voir également dans le CSC Bénin : p.79 lien santé et CSC Travail Décent pour par ex.la solidarité mutuelle ; p. 85-88 lien santé et CSC HES4SD).

La cohérence et la complémentarité avec la coopération gouvernementale (Enabel) sont évidentes. Les stratégies d'interventions sont très 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 décentralisées, là où l'Enabel intervient plutôt au niveau central et intermédiaire.

Les partenaires locaux (AMCES, ABPF, ...) participent aux échanges départementaux et nationaux sectoriels et intersectoriels. Ils sont membres de différents organes de concertation et assurent ainsi la cohérence externe du programme.

La CDEB inscrit les actions pédiatriques du H4A dans le cadre d'une collaboration avec la Chaîne de l'Espoir France, agissant pour le même objectif dans le sens d'une complémentarité technique et régionale (cfr synergies). Des actions concernant les apprentissages, plaidoyers pédiatriques ou encore coopérations médicales des pôles de compétences vers les hôpitaux périphériques sont réalisées conjointement.

Description of Effectiveness

La TdC décrit les phases de changement nécessaires pour améliorer la qualité des soins de santé et permettre l'accès au plus grand nombre. Les premières phases de changement correspondent avec les résultats du cadre logique. Il y a 4 outcomes intermédiaires correspondant aux voies du changement de renforcement de la gouvernance, de l'offre, de la demande et de la gestion des connaissances. L'outcome final correspond avec l'objectif spécifique du cadre logique. L'impact recherché des interventions de Memisa, MSV et CDEB est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé et le bien-être de la population et surtout des plus vulnérables.

Outcome réaliste et réalisable

La pertinence des activités envisagées permet de répondre aux besoins ressentis par les populations. Ces dernières contribuent à l'atteinte des résultats attendus. Memisa, MSV et CDEB sont actives au Bénin depuis plusieurs années et ont établi une relation de confiance tant avec des organisations locales qu'avec les autorités sanitaires. Elles travaillent tant avec la société civile (AMCES, ABPF, PNUSS, etc.) qu'avec les autorités (DDS, EEZS), utilisant des outils et méthodes d'appui éprouvés. Cette relation, établie sous les principes de la déclaration de Paris, nous permet d'appuyer les niveaux périphériques et intermédiaires de la pyramide sanitaire, ce qui rend l'outcome du programme « Health4All » au Bénin réaliste et réalisable, à travers les différents outputs identifiés. Memisa a reçu des lettres de félicitations de la part de la DDS et du ministère de la santé (les lettres sont dans les annexes), soulignant l'efficacité du travail réalisé et l'alignement à la stratégie nationale en matière de santé.

Résultats attendus attribuables à l'outcome

Nous visons à améliorer la disponibilité, la qualité et l'accessibilité des services de santé pour toutes et tous, en particulier les personnes en situation d'indigence, les femmes et les enfants. La construction des résultats attendus se base sur le modèle du district sanitaire des soins de santé primaires (Alma-Ata/Astana) et du modèle de l'OMS sur la couverture de santé universelle. Tout d'abord, en améliorant la gouvernance du système, les services de santé seront plus efficaces, plus transparents et plus redevables. En deuxième lieu, en renforçant l'offre de soins, les services de santé seront plus adéquats, les médicaments et consommables seront disponibles et la qualité, l'intégration et la continuité des soins seront améliorées. Troisièmement, en appuyant la demande de soins, les services de santé seront plus accessibles et leur utilisation répondra mieux aux besoins de la population. Enfin, par un appui au développement de la gestion des connaissances et des apprentissages communs, la qualité du système et des services de santé sera améliorée. Les explications de ces axes se retrouvent détaillées dans notre théorie du changement et dans la typologie d'activités. Ainsi, nous estimons que les résultats attendus sont attribuables à l'outcome.

Baselines

Les baselines du cadre logique proviennent du système national d'information sanitaire et autres bases de données (rapport de mise en œuvre du programme en cours). Chaque voie principale (offre, demande, gouvernance et gestion de connaissances/apprentissages communs) est traduite par des résultats attendus (output) au niveau du cadre logique, avec des indicateurs associés illustrant les différents chemins de changement identifiés qui contribuent à chaque voie principale. Le changement ultime sera suivi avec des indicateurs au niveau de l'objectif spécifique. Les indicateurs seront suivis de manière semestrielle. La théorie du changement en elle-même sera évaluée à deux reprises au cours du programme par des évaluations externes : une première fois lors d'une évaluation intermédiaire et une seconde fois lors d'une évaluation finale. Ces évaluations permettront aussi de réaliser une analyse d'impact social sur le programme. Memisa a obtenu la certification des capacités en évaluation par le Service de l'Evaluation Spéciale.

Groupes marginalisés

L'action comporte un volet d'appui aux personnes en situation d'indigence, et porte une attention particulière aux femmes et enfants. Une intervention différenciée selon les besoins des différents groupes permettra d'appliquer les principes de « leave no one behind » en réduisant les inégalités. A travers la défense des droits des patients (PNUSS), notre action se focalise sur les groupes marginalisés de manière directe. Cela concerne toute genre de marginalisation ou discrimination, qu'elle soit liée à la classe sociale, à l'identité de genre, au sexe, à l'âge, à la religion, aux différences cultures, à l'ethnie, à l'état de santé ou à l'orientation sexuelle.

Approches communes identifiées au CSC Bénin

Notre stratégie d'intervention au Bénin est en lien avec le CSC Bénin et les approches communes proposées pour atteindre la cible stratégique 2. Le tableau ci-dessous indique à quelle approche commune les résultats du cadre logique contribuent et résume l'opérationnalisation de chaque résultat par Memisa, MSV et CDEB.

Opérationnalisation des approches communes de la cible stratégique 2

CSC Bénin, Cible stratégique 2 : Contribuer à l'atteinte de l'ODD 3 de la manière suivante : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge, à travers l'amélioration de la qualité, la disponibilité et l'accessibilité des soins de santé pour tous, avec une attention particulière aux enfants, aux femmes, aux personnes âgées et en situation de handicap.

Approche CS 2	Résultat Programme commun	SDG Target Code	Opérationnalisation - Interventions Memisa-MSV-CDEB
2A	R1, R2, R4	3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.6, 3.7, 3c	Renforcement du leadership local ; Renforcement organisationnel des structures cibles ; Appui à l'analyse et à la planification opérationnelle pour permettre aux responsables et aux structures cibles de jouer pleinement leurs rôles dans le système de santé ; Renforcement de la capacité organisationnelle et opérationnelle de l'AMCES, couple des acteurs de santé non lucratifs.
2B	R1, R4	3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.6, 3.7, 3.8, 3c	Participation aux plateformes d'échange et de réseautage via nos partenaires locaux AMCES, ABPF et PNUSS ; Recherche opérationnelle, études et enquêtes, documentation des changements introduits pour capitaliser les expériences et influencer le niveau décisionnel ensemble avec le partenaire CERRHUD.
2C	R2	3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.6, 3.7, 3c	Réhabilitation et assainissement des infrastructures de santé ; Fourniture d'équipements médicotecniques adéquats et adaptés.
2D	R2	3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.6, 3.7, 3c	Renforcement des compétences médicotecniques du personnel des structures sanitaires, par appui aux formations, stages, coaching pour une meilleure qualité des soins.
2E	R1, R3	3c, 3.4, 3.7	Appui au plaidoyer politique et aux mouvements sociétaux via les partenaires locaux pour une plus grande solidarité ; Contribution à l'application et au financement de différents mécanismes de protection sociale en santé (les fonds d'équité, les systèmes de paiement forfaitaire subventionné...)
2F	R3	3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.6, 3.7	Renforcement des capacités des relais communautaires en matière de sensibilisation, d'organisation, de suivi et de prise en charge en matière de santé.
2G	R3	3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.6, 3.7	Appui au partenaire local (PNUSS) menant le plaidoyer pour que les structures de santé répondent aux besoins des populations, et pour une meilleure accessibilité et durabilité des services ; Appui aux initiatives locales et communautaires pour améliorer l'accessibilité et l'acceptabilité des services.
2H	R1, R2, R3	3.4	Appui aux activités d'information, éducation et communication de l'ABPF en matière de SDRS envers les femmes, les jeunes, les familles.
2I	R1, R4	3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.6, 3.7, 3c	Renforcement des mécanismes de concertation multi-acteurs et d'intégration des programmes verticaux dans le cadre de l'approche One Health.
2J	R2	3d	Appui à la résilience face aux épidémies et catastrophes ; appui aux mesures d'hygiène et de prévention des infections nosocomiales.

Description of Efficiency

1. Efficience des budgets de Memisa, MSV et CDEB

Le budget des coûts opérationnels de **Memisa** pour le Bénin est détaillé en annexe. L'appui à la gouvernance prend environ 22 %. Les partenaires sont très présents dans les instances de concertation. L'appui à l'offre représente 47%. Au Borgou il s'agit de consolider les acquis. Le seul grand investissement en infrastructures est prévu à l'Hôpital Bon Samaritain de Porto Novo. En appui à la demande (26 %), la PNUSS fera la gestion des plaintes et des études de satisfaction des clients. En appui à la gestion de la connaissance (5 %) CERRHUD interviendra en matière d'analyse, de recherche action et d'études de qualité, de capitalisation et de documentation.

Le budget des actions de **MSV** au Bénin, détaillé en annexe, se concentre sur l'axe de l'amélioration de l'Offre de soins tout en contribuant aux 3 autres axes. Les activités de renforcement des compétences représentent 60 % du coût opérationnel. MSV prévoit aussi un appui en consommables et médicaments et des investissements en équipement. A part des missions de volontaires et des formations régionales, MSV appuie des instruments locaux, comme l'échange entre partenaires et des missions par experts locaux. Le contrat avec Brussels Airlines offre des conditions avantageuses sur les tarifs, les frais de bagages et les services offerts.

CDEB mutualise des ressources avec MSV dans le cadre des appuis en gouvernance clinique, avec les outils "MEET" (TRC/PQ) consolidés, avec partage des compétences sur les deux outils. Des actions conjointes sont menées par CDEB avec CDEF, qui dispose également d'expertises externes pointues sur base de volontariat, notamment pour les coopérations médicales.

2. Synergies (logistiques) entre Memisa, MSV et CDEB

La synergie et complémentarité entre les trois organisations a des effets positifs sur plusieurs aspects du programme au Bénin. Au département du Borgou les appuis de Memisa, MSV et CDEB vers la DDS, les EEZS et les structures sanitaires seront complémentaires faisant ainsi un ensemble-cible cohérent tout en appuyant un groupe représentatif des membres de l'AMCES et en dégageant une efficience supplémentaire grâce à cette convergence géographique.

L'appui conjoint et concerté de Memisa, MSV et CDEB à l'AMCES en tant que plateforme hospitalière permet de mutualiser les moyens. AMCES propose un espace large de partage des apprentissages pour tous les acteurs santé.

Memisa, MSV et CDEB organiseront en synergie des activités comme des ateliers, formations et revues, collaboreront en maintenance et échange d'expertise et organiseront des évaluations externes communes.

Les interventions de la PNUSS et de CERRHUD alimenteront des échanges et ateliers communs des partenaires.

3. Représentation et emploi d'expatriés

Comme la mise en œuvre des interventions de Memisa et CDEB au Bénin est basée sur le partenariat avec AMCES et/ou d'autres OSC locales, aucun expatrié n'est prévu. Memisa est enregistrée au Bénin et y est représentée sur base volontaire, sans frais de personnel.

MSV ne prévoit pas l'envoi d'expatriés au Bénin. MSV financera l'installation d'un bureau local, en grande partie sur ses fonds propres, qui fera le suivi du programme et permettra une intégration sous-régionale. MSV a valorisé le travail des volontaires dans le budget.

Les expertises internationales médico-techniques mobilisées par **CDEB** dans le cadre des coopérations médicales ou des études menées en collaboration avec les institutions académiques sont fournies par des experts volontaires, mobilisés que lorsque la compétence locale n'existe pas encore (le coût-salaire non valorisé représenterait 210.000€).

Description of the expected Impact

La TdC aborde l'impact pour les **détenteurs de droits** (demande, gouvernance et gestion de connaissances). Notre action et celle de nos partenaires (notamment fonds d'équité, caisses de solidarité, tarification forfaitaire), augmentera l'accès aux services de santé, particulièrement les femmes, les enfants et les plus vulnérables d'entre eux. Ils seront mieux outillés pour identifier leurs besoins, connaître et faire respecter leurs droits. Enfin, ils participeront activement aux organes de gestion du système de santé, tels que les comités de santé et de gestion. L'augmentation de la prise de conscience et l'organisation croissante des détenteurs de droits dues à la transformation du système de santé et aux répercussions politiques induites contribuent de manière importante à la transformation démocratique des sociétés, comme l'a démontré à maintes reprises l'histoire universelle.

La TdC aborde l'impact pour les **porteurs d'obligations** (offre, gouvernance et gestion de connaissances). Notre action permettra aux porteurs d'obligations de tenir leurs obligations et de respecter les droits des détenteurs de droits et améliorera la disponibilité et de la qualité de services de santé. Les centres de santé et les hôpitaux seront à même de fournir les services des différents paquets d'activités, chacun selon son niveau dans la pyramide sanitaire. Le système de santé sera efficace et efficient et offrira une meilleure continuité des soins. L'amplification de la mise en réseau des structures sanitaires par les renforcements en ressources essentielles, les coopérations médicales (échanges entre prestataires) et leur participation aux travaux en ECG

(dont AMCES), leur permet de se renforcer en tant que secteur (plaidoyers plus organisés et plus forts auprès des décideurs) et de se "défragmenter" en stimulant le circuit de référence. Cela a un impact sur la motivation, la durabilité et la qualité du personnel et par conséquent sur le bien-être de la population.

Description of Sustainability

Durabilité technique : le renforcement des capacités des personnels de santé et de management est l'axe principal de l'intervention, accompagné par un investissement en matériel et équipements approprié. Les partenaires sont renforcés pour accompagner et organiser les interventions et pour multiplier les expériences dans leur structure ou organisation. Les effets de ces formations sont amplifiés par les coopérations médicales entre structures sanitaires (partages des apprentissages, transferts de savoirs, formation de formateurs). Le renforcement des capacités se fait autant que possible par des experts locaux, pour une meilleure continuité dans les formations. La coopération et travail en réseau des équipes locales avec MSV, Memisa et CDEB, les experts locaux et les associations professionnelles, les institutions de recherche académique, avec CERRHUD et AMCES est favorisé. Cela améliore la fidélisation du personnel, l'impact et la durabilité des compétences acquises.

Durabilité financière : Toute activité introduite est accompagnée par une étude de coût de fonctionnement. En plus des exigences d'utilisation rationnelle des ressources par les structures sanitaires, des systèmes de tarification accessibles sont développés afin de garantir la meilleure utilisation possible des services. La gratuité des soins restera exceptionnelle, les coûts des soins des patients indigents devront être pris en charge par des mécanismes de solidarité exogènes (fonds d'indigents, d'équité, de solidarité).

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 revendiquer leurs droits à la santé. Nos partenaires font le plaidoyer politique et font partie des mouvements sociétaux pour une plus grande solidarité, une plus large appropriation communautaire de l'organisation des soins et une plus grande redevabilité des prestataires.

Durabilité écologique : Une attention explicite sera donnée aux initiatives locales durables et de protection de l'environnement. Une sensibilisation spécifique sur ces aspects accompagnera la stimulation des initiatives locales. Une attention particulière sera portée aux initiatives d'assainissement du cadre de vie (gestion des eaux usées, hygiène de l'eau, utilisation des latrines, hygiène des mains,...), à l'assainissement au niveau des structures sanitaires, à la gestion de déchets, aux achats locaux, à des choix technologiques innovants et "plus propres", et en organisant des formations avec des experts locaux et par l'échange entre les structures sanitaires (propagation de bonnes pratiques).

La durabilité institutionnelle : Les partenaires locaux du programme, et notamment AMCES en tant que plateforme hospitalier, seront renforcés en capacités lors de la mise en œuvre du programme ils pourront ensuite mieux continuer à jouer leur rôle au sein de la société civile au Bénin. AMCES, qui existe depuis 1985, a un rôle essentiel en coordination, plaidoyer et défense des intervenants privés non lucratifs et des droits des populations desservies par eux.

Le programme favorise l'autonomisation du partenaire commun AMCES, selon sa stratégie de désengagement. AMCES est encouragée à diversifier les sources de financement et de se faire connaître comme prestataire auprès de divers PTF. Le renforcement de son équipe administrative et technique, doit élargir ses compétences au service des membres de l'association, qui sont les premiers garants de la durabilité de l'association. Ces appuis stratégiques sont à mettre en place dès le début du programme.

Pour ce qui concerne les structures sanitaires appuyées, afin renforcer leur durabilité, le programme participe au processus de structuration et responsabilisation de l'état - aux niveaux locaux, intermédiaires et centraux - à travers le renforcement des acteurs locaux de santé et la création d'alliances stratégiques.

Comments on description of sustainability

Submitted by DCEO-MaartenY on Wed, 10/27/2021 - 16:45

Stratégie de désengagement

Nous lisons que "Le programme favorise l'autonomisation du partenaire commun AMCES, selon sa stratégie de désengagement". Cette stratégie existe-t-elle sur papier, et pourriez-vous nous fournir un peu davantage d'explications à ce sujet ? Merci.

Submitted by CDEB-KVHB on Wed, 11/03/2021 - 08:57

Stratégie de désengagement #H4A - AMCES: réponse

Document de référence principal :

« Renforcement Mutuel AMCES, MEMISA, Médecins Sans Vacances, Chaîne de l'Espoir Belgique - Appui aux Établissements de Soins Non-Lucratifs au Bénin », annexé à l'outcome #H4A Bénin. Extraits utiles retenus pour la réponse :

« (...) AMCES bénéficie en tant que partenaire local béninois d'un renforcement de ses capacités dans sa fonction de coupole, pour animer le réseau des hôpitaux et centres médicaux privés à but social au Bénin, pour maintenir les contacts et entretenir la concertation avec le gouvernement, les partenaires et les bailleurs. La collaboration des partenaires belges avec AMCES vise à favoriser une autonomie grandissante par le transfert des moyens, des compétences et des responsabilités. Les partenaires agissent en complémentarité par rapport à l'objectif de la présente convention (...)

(...) Le partenaire local béninois sera renforcé en capacités lors de la mise en œuvre du programme et pourra ensuite mieux continuer à jouer son rôle d'organisme faitière faisant partie de la société civile au Bénin, avec une spécialité en coordination, plaidoyer et défense des droits pour les intervenants privés non lucratifs ou publics partageant la même mission sociale dans le secteur de la santé au Bénin et pour les populations desservies par eux (...)

(...) Annexe 1 de la convention : un document fixant les missions, rôles, responsabilités et tâches des partenaires dans le cadre de l'appui proposé aux établissements de soins non-lucratifs béninois (...)

Réponse:

Non, pas encore de document de référence achevé sur la stratégie de désengagement : il est en cours de construction entre les quatre acteurs, et les éléments d'explication ci-dessous en fixent déjà certains principes.

La stratégie de désengagement envisagée vise 1. une consolidation de l'autonomie de fonctionnement de l'AMCES dans sa mission fondatrice (ressources endogènes) ; 2. une diversification de la provenance des ressources externes (ou exogènes), lui permettant de sécuriser l'intégrité et la continuité des activités liées à sa mission étendue, issue de sa stratégie.

Pour rappel, l'Association des œuvres Médicales privées Confessionnelles associatives Et Sociales (AMCES) au Bénin a été créée le 15 mars 1985 et compte à ce jour 19 structures sanitaires-membres (principalement des hôpitaux). La contribution de ces structures sanitaires combinée à la recette de certaines activités génératrices de revenus (facilités d'hébergement entre autres) lui permettent d'assurer une **couverture de fonctionnement autonome** à hauteur de 25M FCFA/an (près de 40k€), pour assurer sa mission de base : la coordination des activités de ses membres.

La stratégie de désengagement dont il est fait mention dans le programme est liée à une **double dynamique de progression** de l'AMCES, dans ses rôles :

1. d'acteur de mise en œuvre de programmes santé dans le pays, proposant un réseau d'hôpitaux et disposant de ressources et compétences internes larges permettant des collaborations avec une série d'institutions telles que les bailleurs de fonds internationaux, les ACNG et OSC nationales et internationales, les autorités sanitaires du pays,...
2. de coupole/plateforme/fédération représentative d'hôpitaux à objectif social, ou non-lucratif, auxquels elle propose des services et desquels elle défend les intérêts (période sensible de réformes politiques en santé depuis 2018).

Cette double approche a été traduite par la co-construction, entre les ACNG #H4A et l'AMCES, de deux conventions distinctes : l'une fixant les modalités des renforcements et apports mutuels liés à la mise en œuvre du programme, l'autre appuyant les activités liées à l'amplification de sa mission de fédération dans le pays (cfr document de référence supra).

L'AMCES fixe annuellement ses stratégies en Assemblée Générale (AG), en suit le cheminement via son Conseil d'Administration (CA) et en exécute les aspects opérationnels via son Bureau Exécutif de Coordination (BEC). À ce jour, elles sont largement inspirées par ses collaborations avec ses partenaires historiques que sont la Conférence Épiscopale italienne d'une part, et les ACNG Memisa et Médecins Sans Vacances (MSV), avec l'arrivée de la Chaîne de l'Espoir Belgique (CDEB) pour le programme 2022-2026, d'autre part.

La rédaction du premier document de référence fixant les modalités de la stratégie de renforcement / désengagement (annexe 1 de la convention) sera finalisée lors des rencontres stratégiques qui auront lieu entre les acteurs #H4A et l'AMCES aux mois de novembre et décembre 2021, pour signature au démarrage du programme en 2022. Les grandes lignes qui ont déjà été produites et retenues à la suite des échanges sur le sujet lors des six derniers mois sont les suivantes :

- o précision de la vision/mission/stratégie de l'AMCES, avec une projection sur 5 années, et de son rôle/positionnement dans le contexte particulier des réformes santé au Bénin : **partages avec l'expérience de la construction stratégique de la « Plateforme Hospitalière de la R.D.Congo (PHRDC) » soutenue par la CDEB (et ULB-Coopération) depuis 8 ans ;**
- o « interne » AMCES : exercice de type FFOM / **Trajet de Renforcement de Capacités (TRC, outil éprouvé de MSV)** permettant de fixer une référence opérationnelle complète visant à « désexternaliser » graduellement une série de ressources techniques, de compétences et/ou financières . Il s'agit ici par exemple des activités de coopérations médicales encadrées par l'AMCES (shift de l'international vers le national), ou encore de la diversification des « expertises » AMCES facilitant l'élargissement des collaborations avec d'autres Partenaires Techniques et Financiers (PTF) (réduction de la dépendance aux seuls financements #H4A) ;

- « externe » AMCES : amplification des liens et des synergies avec les réseaux hospitaliers publics (Ministère de la Santé) et privés « lucratifs » (ACPB – Association des Cliniques Privées du Bénin) pour mutualiser les appuis au secteur, élargir les partages d'expérience/savoir-faire, renforcer les actions de plaidoyer du secteur hospitalier dans son ensemble, proposer des participations plus unies et cohérentes dans le cadre des travaux de l'ARCH (*synergie identifiée avec Solidarité Mondiale/Mutualités Chrétiennes proposant un appui actuellement à l'ACPB*)....

Le cap espéré à 5 ans par les ACNG #H4A à ce stade serait : de définir, ou « calquer » un volet entier du programme 2027-2031 sur une stratégie complète construite par les membres de l'AMCES ; observer une diversification de collaborations de l'AMCES avec si possible trois PTF supplémentaires ; participer à des travaux prenant place dans un espace de rencontre fonctionnel entre les trois coupes ou « représentations » hospitalières sur des sujets enrichis par des recherche-action communes notamment.

Description of the Partnership Strategy

Implication des partenaires

Dans ce nouveau programme, le partenaire de mise en œuvre commun de Memisa et CDEB est l'AMCES. Les autres partenaires de Memisa sont l'ABPF, le CERRHUD et la PNUSS. Ils ont des activités très complémentaires et ces collaborations ouvrent plusieurs possibilités de synergie (Enabel, IMT Anvers, ...).

MSV collabore avec deux types de partenaires, d'une part les 5 hôpitaux de référence appuyés et d'autre part l'OSC AMCES, en tant que plateforme des hôpitaux privés non-lucratifs du Bénin. Memisa, MSV et CDEB ont établi une convention de partenariat avec l'AMCES pour un renforcement mutuel institutionnel.

Les 3 ANG belges veulent être actifs dans les plateformes d'échange et de réseautage au Bénin via les partenaires locaux pour créer des opportunités d'apprentissage, de concertation, de planification stratégique, et de collaboration effective avec tous les acteurs sur le terrain, afin de mieux participer à la mission d'amélioration de l'efficacité de l'aide et de renforcer la vision de droit à la santé pour tous.

Les partenaires des 3 ANG ont été impliqués dans le développement du CSC Bénin, et dans l'élaboration de la TdC et de l'outcome du nouveau programme, en participant à des ateliers et des concertations par téléconférence sur les changements et les résultats souhaités.

Gestion des partenariats

Les trois organisations ont leur propre politique de sélection et de gestion des partenaires. Voir Dossier d'Agrément ONG 2017-2026 : p.20-22 pour Memisa, p.18-21 pour MSV et p.xx pour CEDEB.

Le choix et le nombre de partenaires sont adaptés à la stratégie d'intervention et découle de la complémentarité stratégique, géographique et thématique des interventions de Memisa, CDEB et MSV. 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, tandis que CDEB se concentre davantage sur les soins spécialisés dans le troisième niveau.

Memisa, CDEB et MSV partagent des principes directifs par rapport à la gestion des partenariats. Les 3 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. Dans le CSC Bénin, une série d'approches ont été formulées autour du cible stratégique Santé. Memisa, CDEB et MSV contribuent à l'ensemble des 10 approches stratégiques de la CS Santé, en collaboration avec leurs partenaires locaux, les autres ANG belges impliqués dans le CSC Bénin et d'autres parties prenantes locales et internationales.

Partenaires et Groupe cible

Le point d'entrée de MSV dans le système local de santé reste l'hôpital de zone (HZ). Il sera renforcé pour qu'il puisse bien jouer son rôle dans le système et améliorer la qualité des soins offerts à la population, principalement par la bonne référence. Le point de départ du partenariat avec l'HZ sont les besoins qu'il exprime et le niveau de compétences du personnel médico-technique requis pour sa mission. L'approche est fondée sur les droits, part des besoins des populations et des hôpitaux et renforce le plaidoyer vers les décideurs politiques. La collaboration avec l'AMCES s'inscrit dans une stratégie de soutien et renforcement d'OSC pour renforcer la concertation et le plaidoyer envers les décideurs.

Les stratégies de partenariat de Memisa et CDEB tendent à appuyer des organisations de la société civile actives dans le secteur de la santé. Memisa et CDEB confient la mise en œuvre de leur programme au Bénin à l'AMCES, Memisa en plus en partie à l'ABPF. Leurs coordinations sont appuyées sur le plan organisationnel et fonctionnel et dans leur capacité à gérer des projets, à créer des réseaux, à s'impliquer dans les concertations, à mener le plaidoyer et leur capacité de sensibilisation, de mobilisation des leaders locaux et d'éducation. En outre, Memisa s'est engagé dans un partenariat avec la PNUSS, défenseuse des droits à la santé, qui a créé un système de gestion des plaintes et de formulation des recommandations à l'endroit de l'offre. Cela a induit une amélioration de la qualité des soins, une plus grande redevabilité des prestataires et une amorce d'autonomisation des communautés. Memisa a également conclu un partenariat avec le CERRHUD pour l'appui scientifique en santé publique et système de santé aux autres partenaires, ainsi qu'aux bénéficiaires du programme.

Renforcement des capacités et durabilité

Les partenaires locaux de Memisa et CDEB seront renforcés en capacités lors de la mise en œuvre du programme et pourront ensuite mieux continuer à jouer leur rôle au sein de la société civile au Bénin, notamment en coordination, plaidoyer et défense des droits pour les intervenants privés non lucratifs ou publics partageant la même mission sociale dans le secteur de la santé au Bénin et pour les populations desservies par eux.

Les partenaires de MSV bénéficient au cours des interventions complémentaires de Memisa, MSV et CDEB d'un renforcement de leurs capacités gestionnaires et médico-techniques. La collaboration vise à favoriser une autonomie grandissante des partenaires par le transfert de moyens, de compétences et de responsabilités.

Les modalités selon lesquelles Memisa, MSV et CDEB prévoient l'appropriation locale et la durabilité des activités initiées en commun sont les suivantes :

- le renforcement de l'encadrement et de la gouvernance participative locale ;
- le renforcement de l'expertise technique par des formations, des stages et échanges ;
- la mise en réseau, l'échange de bonnes pratiques et l'apprentissage commun ;
- le renforcement des capacités de gestion des hôpitaux ;
- le renforcement de la dynamique et l'empowerment communautaire.

Description of Synergies

Des synergies opérationnelles sont prévues entre le programme H4A et l'IMT, Enabel, la Rode Kruis Vlaanderen, Dynamo International, Handicap International et la Chaîne de l'Espoir France au Bénin (Voir les MOU et Conventions de collaboration)

Avec l'institut de Médecine Tropicale (IMT)

Une synergie et une complémentaire sont envisagés sur le domaine de la prévention de la résistance aux antibiotiques avec une plus-value certaine sur l'expertise en formation et en recherche sur ce domaine. Les 3 volets importants de cette synergie pour MSV sont le renforcement de capacité en hygiène des soins du personnel des structures de santé appuyées ; le renforcement de leur laboratoire pour l'identification des germes et un renforcement du personnel médical pour la prescription des antibiotiques.

Une synergie est prévue autour du CERRHUD qui continuera de bénéficier d'un appui technique-scientifique et financier de l'IMT et qui sera complémentarément appuyé par Memisa pour des interventions en appui scientifique, formation, renforcement de capacités auprès des bénéficiaires du programme et des autres partenaires du programme en matière d'analyse, de planification, de recherche et de documentation.

Avec Enabel

une synergie a été initiée avec MSV sur le renforcement en maintenance biomédicale et l'amélioration des soins de santé maternelle et néonatale dans le département des Collines par des complémentarités en matière d'appui technique, de formation et investissement en équipement. La valeur ajoutée se trouve dans les capacités de financement et la mise en échelle des interventions.

Une synergie est prévue avec Memisa autour de l'appui à la PNUSS. Enabel en a appuyé techniquement et financièrement la création et les investissements initiaux. Enabel continuera son appui technique et Memisa aidera la PNUSS à étendre ses activités vers de nouvelles zones d'intervention.

Avec CDEB il y aura collaboration et partage des apprentissages médico-techniques, notamment au département des collines autour du programme EQUITE d'Enabel.

Avec Rode Kruis Vlaanderen

Une synergie est prévue avec la Rode Kruis Vlaanderen (CRB-FL) via la Croix rouge Béninoise dans le volet des Premiers Secours. CRB-FL prévoit la formation en Premiers Secours de base des chauffeurs des ambulances des 5 hôpitaux de zone appuyés par MSV, et ce pour minimum 17 personnes. Les 2 organisations s'accordent pour partager les frais de formation entre Croix-Rouge (frais des formateurs, matériel, certificats, etc.) et MSV (frais de restauration, logement et déplacement des participants, etc.). Dans un second temps, un recyclage ou une formation sur le module plus spécifique « Sécurité Routière » pourront également être envisagés. Par ailleurs, dans le cadre du volet Sang de l'intervention de CRB-FL, des formations, ou au minimum des sensibilisations au don de sang volontaire pourront être organisées par la Croix-Rouge au niveau des zones d'interventions et des hôpitaux appuyés par MSV.

Avec la Chaîne de l'Espoir France

CDEB et CDEF réalisent conjointement des activités visant 1. d'une part à renforcer l'offre de soins sur la prise en charge de pathologies nécessitant des soins spécialisés, avec une complémentarité sur les disciplines (CDEB : orthopédie, ORL ; CDEF : grands brûlés, brûlures caustiques de l'œsophage) et sur les bassins géographiques d'intervention (CDEB: Nord-centre; CDEF: Sud-centre), et 2. d'autre part à appuyer les enseignements pédiatriques multi-disciplinaires liés aux épisodes chirurgicaux, en collaboration avec l'Université d'Abomey-Calavi. Un point d'attention important est à nouveau porté sur la prise en charge de la douleur, avec l'intégration indispensable des enseignements d'anesthésie-réanimation dans le programme. Une collaboration forte est également envisagée par les deux CDE avec MSV dans le cadre des apprentissages en maintenance biotechnique. Certaines missions itinérantes de coopérations médicales nationales seront également réalisées et organisées par la CDEF (parties sud et centrales du pays, avec priorité sur les structures sanitaires H4A).

Avec Dynamo International

CDEB sera en synergie avec DI autour des consultations sociales pédiatriques qui seront organisées et réalisées par les équipes médicales du CNHU, afin de stimuler l'inclusion des enfants très démunis et marginalisés (enfants des rues) dans le circuit de soins. Elles prendront place dans les structures d'accueil appuyées par DI, ou au sein de structures sanitaires participant à ce programme social (départements Littoral, Atlantique et Ouémé). Les OSC soutenues par DI prendront part à la gestion et aux réflexions menées au sein d'un comité "Fonds de Solidarité" regroupant les acteurs de l'offre (services sociaux et médicaux des hôpitaux), demande (OSC DI et H4A) et gouvernance (équipes de management des hôpitaux, si possible représentants de l'ANPS). Ceci prend place dans le cadre de l'initiative **PKIO du CSC-Bénin (droits de l'enfant)**.

Autres synergies

Les appuis du programme H4A au partenaire AMCES, et au sein des hôpitaux de Boko et Papané au département du Borgou se font en synergie avec la Fondation Hubi et Vinciane (qui apporte un appui annuel de 25.000 € au réseau AMCES, et du même montant aux deux HZ des ZS de Parakou-N'dali et Tchaourou).

Comments on description of synergies

Submitted by DGEO-MaartenY on Wed, 10/27/2021 - 16:45

Synergies Enabel

Les complémentarités et synergies possibles avec les interventions d'Enabel sont décrites dans ce chapitre. Existe-t-il déjà des accords concrets avec Enabel concernant une collaboration dans les années à venir ?

Submitted by CDEB-KVHB on Wed, 11/03/2021 - 09:04

Synergies et accords Enabel - programme et acteurs #H4A: réponse

Document de référence principal :

« Panorama Synergies - ENABEL - #H4A », annexé dans la partie principale du programme #H4A

Ce document, reprenant les principales synergies et complémentarités entre les acteurs du #H4A et Enabel dans 7 pays différents, dont le Bénin, a été construit et rédigé comme un MoU. Il vise le rapprochement institutionnel des parties dans la mouvance du « Team Belgique », et permet de créer un cadre flexible d'identification et mise en œuvre plus systématique de synergies et complémentarités.

Il est apparu qu'Enabel n'est juridiquement et administrativement pas en mesure de signer un MoU avec des ACNG. Une lettre d'intention signée par le Directeur Général d'Enabel, sur base du document rebaptisé « panorama », permet néanmoins d'avoir une assise formelle suffisamment solide pour citer des synergies confirmées dans les programmes communs.

Réponse :

Oui, les accords concrets déjà signés ou qui seront signés au démarrage/en cours de programme figurent tous dans le document énoncé ci-haut, à l'exception de l'appui à la PNUSS (voir ci-bas), qui a été formalisé autrement, et sera intégré dans le document « panorama synergies » sous forme d'avenant.

Le document présente les synergies et complémentarités principales autour des programmes [P@SRIS](#) et EQUITE conduits par Enabel au Bénin (voir la partie « pertinence » du programme), essentiellement autour de l'amélioration de l'offre et de la demande :

1. Les synergies et collaborations déjà établies (poursuite de l'existant et/ou conventions spécifiques déjà signées) :
 - o MSV/Enabel (offre) - poursuite de la synergie sur le renforcement en maintenance biomédicale et l'amélioration des soins de santé maternelle et néonatale dans le département des Collines par des complémentarités en matière d'appui technique, de formation et investissement en équipement. La valeur-ajoutée de cette synergie se situe dans l'amplification des capacités de financement et la mise en échelle des interventions ;
 - o Memisa/Enabel (demande) - appui conjoint à la Plateforme Nationale des Utilisateurs des Services de Santé (<https://open.enabel.be/fr/BEN/2078/834/u/la-plateforme-nationale-des-utilisateurs-des-services-de-sant-pnuss-est-ne.html>) dans le cadre du programme [P@SRIS](#): la PNUSS a bénéficié de l'appui de d'Enabel depuis sa création. Lors des réunions préparatoires PNUSS-Enabel-Memisa pour le programme 2022-2026, il a été convenu qu'Enabel continue son appui institutionnel à la PNUSS et que Memisa appuie son extension dans ses zones d'intervention, principalement dans les zones sanitaires de Parakou/ N'Dali (PN) et de Porto Novo/ Aguégoués/ Sèmè-Podji (PAS) - Cf. La convention de partenariat avec la PNUSS et le courriel fixant la collaboration entre Enabel (Dr Somassé, Manager santé publique & Memisa du 30.06.2021 (non-annexé au programme, envoyé à la demande)
2. Les synergies et collaborations dont les contours ont été définis, et dont les modalités seront précisées dès le retour sur les financements de la DGD :
 - o CDEB/Enabel : une complémentarité a été identifiée entre le volet d'appui aux soins de santé pédiatriques de la CDEB et le programme EQUITE mis en œuvre par Enabel. Ceci notamment dans le cadre de partages 1. d'apprentissages professionnels aux personnels de santé pédiatriques du CHD Borgou à Parakou et d'autres hôpitaux du département des collines (e.a. hôpital pédiatrique de Sokponta) et 2. d'enseignements académiques pour les étudiants en médecine et soins infirmiers de l'université de Parakou et de l'IFSIO (soutenue par Enabel et l'AFD) ;
 - o MSV/Enabel (à croiser avec CDEB sur les aspects pédiatriques énoncés ci-haut) : complément de collaboration, dans la lignée de ce qui est évoqué dans les synergies déjà établies, sur la construction d'une démarche qualité « SONU » (Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence - programme EQUITE) à l'échelle du département des collines. Les experts thématiques de Enabel (SONU-MNT et IE) et le médecin conseiller de MSV ont à ce stade élaboré une note descriptive des aspects plus opérationnels de la synergie à déployer, qui a été validée par les directions.

Les conventions signées seront communiquées à la DGD dans le mois suivant la signature.

Les échanges et collaborations ayant trait aux axes plus transversaux de la gouvernance ou de la gestion des connaissances (études ou recherche-action partagées) s'effectueront davantage au sein d'espaces collectifs tels que le CSC.

Description of how individual or collective recommendations and lessons are to be taken into account

Leçons apprises de la mise en œuvre : Nous avons de très bonnes expériences de mise en œuvre avec les partenaires actuels, grâce à la mise en place d'outils d'analyse interne tels que le « partnerscan » et les auto-évaluations de la collaboration. Les partenaires sont légitimes dans leurs actions d'appui au système de santé et son renforcés selon leurs besoins.

Recommandations des évaluations externes et leçons apprises : Les évaluations externes ont montré que le programme est très complexe et difficile à cerner dans son entièreté. Si bien la volonté d'améliorer le système de santé de manière systémique, et non verticale, reste notre mission principale, la cohérence et complémentarité de nos interventions au niveau géographique et thématique améliore la qualité des actions, et donc leur impact et durabilité. C'est un travail entrepris depuis 2014 qui porte ses fruits dans le programme 2017-2021, et nous

continuons dans ce sens pour le programme 2022-2026, notamment via l'inclusion de la CDEB, très active au Nord du pays (Hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguieta : pôle de compétences en chirurgie, dont pédiatrique, et de soins spécialisés de niveau de 2e référence). Lors des travaux participatifs de contextualisation des TdC, le résumé des leçons apprises et recommandations reçues au cours du programme 2017-2021 a servi comme document de base. Le rajout de nouveaux partenaires permettra de pallier à certains limites ou faiblesses constatés : l'ABPF pour les SDSR, la PNUSS pour la défense du droit à la santé, le CERRHUD pour l'appui scientifique en santé publique et la documentation.

Leçons apprises de programmes d'autres organisations : Nous avons beaucoup appris en échangeant avec les programmes d'autres organisations lors des forums annuels des ACNG et lors d'autres occasions. Ces échanges ont débouché dans la proposition d'un output commun à plusieurs organisations sur la gestion de connaissances et les apprentissages communs, qui se trouve maintenant tant dans notre TOC que dans le cadre logique. Quand bien même la gestion de connaissances et la capitalisation des actions ont toujours été présentes dans nos interventions et vu comme une responsabilité des ACNG, le fait de la retrouver de manière spécifique, comme output et comme condition de réussite de l'intervention, remet cette responsabilité à une place plus appropriée.

Recommandations/leçons apprises à travers le CSC, les DS et les trajets d'apprentissage : L'intégration du genre et de l'environnement font partie des plus grands apprentissages de ces espaces. Lors des différents DS et trajets d'apprentissage du programme 2017-2021, nous avons commencé à développer des actions spécifiques, notamment en genre, à travers des ateliers «Body & Rights» et des actions spécifiques sur l'empowerment des femmes. Pour l'environnement, nous avons créé un outil d'intégration environnementale pour nos actions, en adaptant les outils disponibles (OIE, Klimos) à notre réalité. Une participation active à l'initiative PKIO du CSC Bénin sera également d'actualité autour des droits de l'enfant (LNOB).

Dans ces espaces nous avons également retenu la leçon de mieux documenter nos actions et d'améliorer la recherche de synergies/complémentarités. Cela se traduit par un output commun sur la gestion de connaissances/apprentissages communs ainsi que par des échanges régionaux prévus en Afrique de l'Ouest.

Mandatory annexes classified by outcome

Title of the annex	Type of document	File
Annexe Analyse des risques Bénin	Analysis of risks associated with the outcome	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Annexe%20Analyse%20des%20Risques%20B%3%A9nin%20-%20v.3.docx
Annexe Fiche signalétique par partenaire Memisa	Fact sheet per partner	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Annexe%20Fiche%20signal%20C%3%A9tique%20par%20partenaire%20Memisa.docx
Annexe Fiche signalétique par partenaire MSV	Fact sheet per partner	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Annexe%20Fiche%20signal%20C%3%A9tique%20par%20partenaire%20MSV.docx
Annexe Fiche signalétique par partenaire CDEB	Fact sheet per partner	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Annexe%20Fiche%20signal%20C%3%A9tique%20par%20partenaire%20CDEB.docx
Convention MO entre AMCES et MEMISA-CDEB	Partnership Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Convention%20MO%20entre%20AMCES%20et%20MEMISA-CDEB%20v.2021.07.19.doc
Convention RM entre AMCES et MEMISA-MSV-CDEB	Partnership Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Convention%20RM%20entre%20AMCES%20et%20MEMISA-MSV-CDEB%20VF%2011072021.doc
Convention RM et MO entre ABPF et MEMISA	Partnership Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2022-10/convention%20de%20part%20C%3%A9nariat%20Memisa%20-%20ABPF%20SIGNEE.pdf
Convention RM et MO entre PNUSS et MEMISA	Partnership Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Convention%20RM%20et%20MO%20entre%20PNUSS%20et%20MEMISA%20VF%2011072021.doc
Convention RM et MO entre CERRHUD et MEMISA	Partnership Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2022-10/Convention%20Partenariat%20CERRHUD-Memisa_sign%20C%3%A9.pdf
#H4A - Bénin - TOC	Theory of Change associated with the outcome	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/%23H4A%20-%20B%3%A9nin%20-%20TOC_1.pdf
Liste Acronymes #H4A - Bénin	Other	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Liste%20Acronymes%20%23H4A%20-%20B%3%A9nin.docx
Schéma TOC Bénin	Other	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Memisa_21_009_sch%20C%3%A9ma_BEN_01a.pdf
Lettre de remerciement et de félicitations DDS Borgou - MEMISA	Other	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Lettre%20de%20remerciement%20et%20de%20f%20C%3%A9llicitations%20DDS%20Borgou%2011062021.pdf
Lettre Ministre de la Santé du Bénin - Memisa	Other	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Lettre%20Ministre%20de%20la%20Sant%20C%3%A9.pdf
Convention partenariat signée AMCES-MEMISA	Partnership Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2022-10/CONVENTION%20PARTENARIAT%20SIGNEE%20AMCES%20PROGRAMME%2022%20A%2026.pdf

Outcome budget

T4 - Operational costs

HEADINGS	2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL

TOTAL OPERATIONAL COSTS FOR THE OUTCOME	2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL

Description

Le budget opérationnel de Memisa au Bénin s'élève à 2.850.000 € pour la période de 5 années. Il s'agit d'une intervention commune avec MSV et CDEB concentrée principalement sur deux zones sanitaires du département du Borgou, et en synergie avec Enabel sur un hôpital en région péri-urbaine à Abomey-Calavi et un hôpital en milieu urbain à Porto Novo.

Memisa est enregistrée et représentée au Bénin, sans vouloir y installer sa propre équipe. Le suivi de la mise en œuvre par les partenaires locaux est assuré par un responsable projet (RP) au siège de Memisa, appuyé par un conseiller médical.

Memisa prévoit un montant de 2.635.880 € pour les interventions de quatre partenaires de mise en œuvre : AMCES (70 %, dont 2/3 à attribuer au Borgou) en tant que faitière des hôpitaux privés à but non-lucratif, ABPF (11 %) en tant que spécialiste en santé et droits reproductifs, PNUSS (9 %) en tant que défenseur des droits des patients et CERRHUD (10 %) qui est une ONG para-universitaire spécialisée en recherche et appui en système de santé et santé publique.

Le budget est réparti entre les 4 axes d'intervention : 22% pour l'appui à la gouvernance du système de soins de santé, 47 % pour l'appui à l'amélioration de l'offre de soins, 26 % pour l'appui et l'organisation de la demande, 5 % pour l'appui à la gestion de la connaissance et à la capitalisation.

Les investissements (27%) pour l'achat de véhicules, du matériel médicotechnique pour les structures sanitaires, l'appui à la finition du bloc pédiatrie/gynécologie de l'Hôpital Bon Samaritain et à des travaux de réhabilitation et assainissement au Borgou. 55 % du budget est dédié aux activités spécifiques des partenaires locaux et à l'accompagnement des bénéficiaires, dont les formations et les fonds d'équité. Le personnel 18% des coûts opérationnels, répartis entre partenaires et siège de Memisa. Les appuis en coûts de personnel et de bureau des coordinations des partenaires locaux font environ 10% de leurs budgets respectifs.

(revalidations), avec une approche médicale mais aussi sociale;

Les salaires du siège ne sont plus inclus dans les coûts opérationnels (couverts par les fonds propres): les 18.000€ de coût de personnel repris dans le budget sont des primes de coordination et des primes scientifiques versées à la direction du bénéficiaire principal, l'Hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguiéta, qui les redistribue dans le cadre des activités liées au R.1 (gouvernance) et R.4 (gestion des connaissances).

Par résultat, le budget est ventilé comme suit (proportionnalité sensiblement maintenue par rapport au précédent budget): R1=10%; R2=70%, R3=5% et R4= 15%, dont 20% en investissement, 69% en fonctionnement et 11% en personnel.

L'essentiel des synergies indiquées dans le programme sont maintenues et financées à la fois par le financement DGD et par les fonds propres CDE Belgique ou CDE France.

Le pilotage de la mise en œuvre devra hélas se faire du siège au lieu de transiter via l'AMCES, avec une collaboration directe avec le bénéficiaire principal (avances de trésorerie directement gérées par la direction de l'hôpital)

Contacts

Contact details for the outcome's ANGC reference person in Belgium

Name :	Marianne Le Marchand
Telephone :	+32 2 764 20 60
Email :	marianne.lemarchand@chaine-espoir.be

Contact details for the outcome's ANGC reference person or their representative in the field

Organization :	AMCES
Name :	Béatrice RADJI
Telephone :	+229 95 42 3617
Email :	rabededo@yahoo.fr

Mandatory annexes classified by outcome

Title of the annex	Type of document	File
Lettre d'intention de collaboration signée CDEB - Handicap International	Collaboration Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Lettre%20d%27intention_Collaboration%20HI-Chaine%20de%20l%27Espoir_BE_06.2021_0.pdf
#H4A - Bénin cartographie et budget volet CDEB	Budget	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/%23H4A%20-%20B%C3%A9nin%20cartographie%20et%20budget%20volet%20CDEB.pdf
#H4A Bénin - Fiche signalétique des collaborations CDEB	Fact sheet per collaboration	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/%23H4A%20B%C3%A9nin%20-%20Fiche%20signal%C3%A9tique%20des%20collaborations%20CDEB.docx
#H4A Bénin - draft Convention CDEB-CDEF	Collaboration Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/%23H4A%20B%C3%A9nin%20-%20draft%20Convention%20CDEB-CDEF.docx
#H4A Bénin - draft Convention de Collaboration CDEB-DI	Collaboration Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/%23H4A%20B%C3%A9nin%20-%20draft%20Convention%20de%20Collaboration%20CDEB%20-DI.docx
#H4A Bénin - Fiche signalétique partenaire CDEB	Fact sheet per partner	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/%23H4A%20B%C3%A9nin%20-%20Fiche%20signal%C3%A9tique%20partenaire%20CDEB.docx
#H4A-Bénin Budget revu CDEB 2022-2026	Budget	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2022-03/%23H4A-B%C3%A9nin%20CDEB%202022-2026%20revu.xlsx

List of partnerships/cooperative for the outcome

List of partnerships for the outcome

Acronym AMCES

Full name Association des œuvres Médicales privées Confessionnelles Et Sociales

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
23500€	15000€	5000€			50.000€

List of cooperative partnerships for the outcome

Acronym HI

Full name Handicap International

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
/	/	/	/	/	/

Acronym DI

Full name Dynamo International

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
/	/	/	/	/	/

Acronym CDEF

Full name Chaîne de l'Espoir France

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	0	0	0	0

Acronym HZ de Savalou -Bantè

Full name Hôpital de Zone de Savalou-Bantè

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	0	0	0	0

Acronym HZ de Dassa-Glazoué

Full name Hôpital de Zone de Dassa-Glazoué

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	0	0	0	0

*List of cooperative partnerships for the outcome***Budget available**

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL

Les professionnel.le.s de la santé en Belgique joignent leurs forces au profit de la « santé pour tous et toutes».

Contacts

Contact details for the outcome's ANGC reference person in Belgium

Name :	Hilde Buttiens
Telephone :	+32 2 4541754
Email :	hilde.buttiens@memisa.be

Contact details for the outcome's ANGC reference person or their representative in the field

Organization :	Memisa-Belgique
Name :	Hilde Buttiens
Telephone :	+32 2 4541754
Email :	hilde.buttiens@memisa.be

Author information

Lead NGO/Owner :	MEMISA
Name of accredited actor	Memisa België

General

Title of the outcome – French or English (mandatory) :	Les professionnel.le.s de la santé en Belgique joignent leurs forces au profit de la « santé pour tous et toutes».		
Title of the outcome – Dutch/Spanish (optional) :	Gezondheidsprofessionals in België bundelen hun krachten voor “ gezondheidszorg voor iedereen”.		
IATI activity identifier :	BE-BCE_KBO-0435563751-prg2022-5-BE		
Outcome start date :	01-01-2022		
Outcome end date :	31-12-2026		
Country of intervention :	Belgium		
Region :	Europe, regional		
Sector :	99820 - Promotion of development awareness (non-sector allocable)	Budget share :	100%

Other CSOs/IAs involved

Médecins du Monde (Programme distinct avec outcome commun)

Strategic target involved

2. Interventions vers les publics de première et de deux...

- BELGIQUE / BELGIË

Description :	2. Interventions vers les publics de première et de deuxième ligne / Interventies naar de doelgroepen op de eerste en de tweede lijn
Thematic/geographical :	GEOGRAPHIC JSF

3. Plaidoyer / Beleidsbeïnvloeding

- BELGIQUE / BELGIË

Description :	3. Plaidoyer / Beleidsbeïnvloeding
Thematic/geographical :	GEOGRAPHIC JSF

4. Genre / Gender

- BELGIQUE / BELGIË

Description :	4. Genre / Gender
Thematic/geographical :	GEOGRAPHIC JSF

5. Environnement / Milieu

- BELGIQUE / BELGIË

Description :	5. Environnement / Milieu
Thematic/geographical :	GEOGRAPHIC JSF

6. Diversité et décolonisation / Diversiteit en dekolon...

- BELGIQUE / BELGIË

Description :	6. Diversité et décolonisation / Diversiteit en dekolonisatie
Thematic/geographical :	GEOGRAPHIC JSF

Approaches or sub-targets concerned

B.1 Mener des actions de sensibilisation, de formation et de mobilisation pour un monde juste, durable, solidaire et inclusif

B.2 Renforcer un réseau de volontaires actif pour un monde juste, durable, solidaire et inclusif.

B.3 Sensibiliser et mobiliser des acteurs intermédiaires pour qu'ils puissent contribuer à un monde juste, durable, solidaire et inclusif

B.5 Renforcer l'expertise et l'échange de pratiques des ACNG dans leur travail de mobilisation, information et renforcement de capacités vers les populations vivant en Belgique, les volontaires, les acteurs intermédiaires et les jeunes.

C.1 Renforcer la reconnaissance de l'expertise des ACNG par les responsables politiques, les acteurs étatiques, le secteur privé et les médias

C.2 Conclure, renforcer et influencer des alliances sur des thèmes pertinents pour un monde juste, durable, solidaire et inclusif.

D.2 Renforcer en interne l'intégration transversale de l'approche genre (gendermainstreaming) dans les stratégies et pratiques des ACNG en Belgique et une culture institutionnelle d'égalité des sexes via la parité dans les instances, des formations du personnel, politique de ressources humaines... (interventions possibles : voir les 8 points de la Charte Genre, ex. attention pour une répartition équilibrée des sexes parmi les participants aux activités, ...)

E.2 Renforcer en interne les actions spécifiques en faveur de la transition écologique dans les stratégies et pratiques des ACNG en Belgique et la culture institutionnelle en faveur de la transition écologique (interventions possibles : charte, politiques internes, réunions, formations....)

F.2 Renforcer une culture institutionnelle valorisant la diversité et l'approche transversale anti-raciste et décoloniale (interventions possibles: accompagnements d'organismes publics, plans diversité, chartes de communication, la politique de ressources humaines, dispositifs de sélection, formations en interne, politiques de ressources humaines, collaborations avec les associations diasporiques ...) afin de parvenir à un changement systémique.

Geographic location of the outcome's intervention zone

Heilig Hart Ziekenhuis Lier - solidair ziekenhuis Memisa

Lat/Long :	51.132457, 4.564393
------------	---------------------

AZ Sint-Lucas Gent - solidair ziekenhuis Memisa

Lat/Long :	51.061894, 3.721294
------------	---------------------

AZ Delta - solidair ziekenhuis Memisa

Lat/Long :	50.953793, 3.123311
------------	---------------------

Sint-Franciscusziekenhuis Heusden-Zolder - solidair ziekenhuis Memisa

Lat/Long :	51.046825, 5.315232
------------	---------------------

Sint-Vincentiusziekenhuis Deinze - solidair ziekenhuis Memisa

Lat/Long :	50.986218, 3.527659
------------	---------------------

AZ Sint-Lucas Brugge - solidair ziekenhuis Memisa

Lat/Long :	51.185148, 3.248716
------------	---------------------

AZ Sint-Maarten Mechelen - solidair ziekenhuis Memisa

Lat/Long :	51.051407, 4.475881
------------	---------------------

AZ Nikolaas Sint-Niklaas - solidair ziekenhuis Memisa

Lat/Long :	51.161529, 4.149363
------------	---------------------

Ziekenhuis Oost-Limburg - solidair ziekenhuis Memisa

Lat/Long :	50.957294, 5.517415
------------	---------------------

AZ Turnhout - solidair ziekenhuis Memisa

Lat/Long :	51.334836, 4.92137
------------	--------------------

Groupe Santé CHC Liège - hôpital solidaire Memisa

Lat/Long :	50.691151, 5.243506
------------	---------------------

AZ Maria Middelaes Gent - solidair ziekenhuis Memisa

Lat/Long :	51.026944, 3.700658
------------	---------------------

CHR Verviers - hôpital solidaire Memisa

Lat/Long :	50.583209, 5.859454
------------	---------------------

Ziekenhuizen met vrijwilligers MSV provincie Vlaams-Brabant

Lat/Long :	50.879202, 4.7011675
------------	----------------------

Ziekenhuizen met vrijwilligers MSV in provincie Antwerpen

Lat/Long :	51.2211097, 4.3997081
------------	-----------------------

Ziekenhuizen met vrijwilligers MSV in provincie Oost-Vlaanderen

Lat/Long :	51.0538286, 3.7250121
------------	-----------------------

Ziekenhuizen met vrijwilligers MSV in provincie West-Vlaanderen

Lat/Long :	51.2085526, 3.226772
------------	----------------------

Ziekenhuizen met vrijwilligers MSV in provincie Limburg

Lat/Long :	50.9303735, 5.3378043
------------	-----------------------

Hôpitaux avec volontaires MSV - province de Hainaut

Lat/Long :	50.4504585, 3.95421481
------------	------------------------

Ziekenhuizen met vrijwilligers MSV - Hoofdstedelijk Gewest Brussel

Lat/Long :	50.8465573, 4.351697
------------	----------------------

Hôpitaux avec volontaires MSV - province de Liège

Lat/Long :	50.6451381, 5.5734203
------------	-----------------------

Hôpitaux avec volontaires MSV - province de Luxembourg

Lat/Long :	49.6834601, 5.8167711
------------	-----------------------

Hôpitaux avec volontaires MSV - province de Namur

Lat/Long :	50.4665284, 4.8661892
------------	-----------------------

Hôpitaux avec volontaires MSV - province du Brabant wallon

Lat/Long :	50.7162425, 4.60845
------------	---------------------

Site MdM Namur

Lat/Long :	50.4665284, 4.8661892
------------	-----------------------

Site MdM Bruxelles

Lat/Long :	50.8465573, 4.351697
------------	----------------------

Afdeling MdM Oostende

Lat/Long :	51.2258565, 2.919496
------------	----------------------

Site MdM La Louvière

Lat/Long :	50.479461669922, 4.1854658126831
------------	----------------------------------

Afdeling MdM Antwerpen

Lat/Long :	51.2211097, 4.3997081
------------	-----------------------

Outcome summary

Description of the outcome

Les compétences du mouvement de Memisa, Médecins Sans Vacances (MSV) et Médecins du Monde (MdM) (les volontaires/ambassadeurs, les hôpitaux solidaires, les experts locaux, les équipes salariées, nos partenaires locaux) sont renforcées pour informer, sensibiliser et mobiliser notre public-cible de professionnel.le.s de la santé (en formation), en vue d'influencer les décideurs politiques à différents niveaux concernant l'accès global à des soins de santé de qualité.

Le trajet d'ambassadeurs renforce les compétences des volontaires qui souhaitent devenir des réels agents de changement social. Ils augmentent leur compréhension des causes structurelles des inégalités, de l'interdépendance 'Nord/Sud' et des pistes de solutions durables dans une approche systémique de la santé et apprennent des techniques de sensibilisation et de mobilisation. A l'aide d'une boîte à outils, ils sensibilisent et mobilisent les professionnel.le.s de la santé et motivent d'autres volontaires à devenir des ambassadeurs. Par cet effet multiplicateur, ils contribuent à augmenter l'assise sociétale et à faire pression sur les décideurs.

Les professionnel.le.s de la santé (en formation), touchés par ces messages, acquièrent une meilleure compréhension de la thématique et sont prêts à se mobiliser pour la solidarité internationale.

Les 3 ACNG avec leur mouvement, déploient leur expertise dans les plateformes d'acteurs en santé et/ou développement durable et outillent les décideurs à tous les niveaux pour qu'ils puissent prendre des positions en faveur de l'accès mondial à des soins de qualité pour toutes et tous.

Les partenaires du Sud global et les organisations de la diaspora contribuent aux thématiques de sensibilisation et de formation, ainsi qu'aux dossiers de plaidoyer.

L'outcome Belgique se place dans le cadre du programme commun #Health4All de Memisa, MSV et Chaîne de l'Espoir Belgique, et du programme MdM (outcome commun).

Wording of the outcome

En Belgique, les professionnel.le.s de la santé augmentent l'assise sociétale et influencent, ensemble avec notre mouvement, les décideurs politiques sur des efforts ciblés et durables en vue d'un accès aux soins de santé de qualité pour toutes et tous.

Target groups

Notre mouvement : les volontaires/ambassadeurs, les hôpitaux solidaires, les experts locaux, les équipes salariées, nos partenaires locaux)

Les professionnel.le.s de la santé (en formation)

Les associations professionnelles de la santé

Certaines entreprises du secteur privé de la santé

Les patients et visiteurs des hôpitaux solidaires

Des décideurs politiques à tous les niveaux

Des plateformes d'acteurs en santé et/ou développement durable

Médias locaux, régionaux et nationaux

Sensitive and confidential information

NA

Categorization: Sustainable Development Goals

SDG :	Goal 3. Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages	SDT :	Achieve universal health coverage, including financial risk protection, access to quality essential health-care services and access to safe, effective, quality and affordable essential medicines and vaccines for all
SDG :	Goal 5. Achieve gender equality and empower all women and girls	SDT :	Ensure universal access to sexual and reproductive health and reproductive rights as agreed in accordance with the Programme of Action of the International Conference on Population and Development and the Beijing Platform for Action and the outcome documents of their review conferences
SDG :	Goal 2. End hunger, achieve food security and improved nutrition and promote sustainable agriculture	SDT :	By 2030, end all forms of malnutrition, including achieving, by 2025, the internationally agreed targets on stunting and wasting in children under 5 years of age, and address the nutritional needs of adolescent girls, pregnant and lactating women and older persons
SDG :	Goal 6. Ensure availability and sustainable management of water and sanitation for all	SDT :	Support and strengthen the participation of local communities in improving water and sanitation management

Markers & Tags

1. Gender Equality :	2
2. Aid to Environment :	2
3. Participatory Development / Good Governance :	1
4. Trade development :	0
5. Biodiversity :	0
6. Climat Change - Mitigation :	0
7. Climat Change - Adaptation :	0
8. Desertification :	0
9. RMNCH - Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health :	2
10. HIV / AIDS :	0
11. Children's Rights :	1
12. Disability :	0
13. Nutrition :	0

1. D4D - Better use of big data :	No
2. D4D - Digital for inclusive society :	Yes
3. D4D - Digital for inclusive and sustainable economic growth :	No

4. Private Sector Development :	No
5. Health - Sexual and reproductive health :	Yes
6. Health - Quality medicines :	Yes
7. Health - Health financing and Universal Health Coverage :	Yes
8. Refugees :	No
9. Covid-19 :	Yes

Categorization: Positioning with regard to the objectives of Belgian Development Cooperation, described in its strategy papers

Children's rights

L'outcome du programme Belgique vise à influencer les décideurs politiques belges pour qu'ils prennent des décisions en faveur de l'accès à des soins de qualité pour tous et toutes. Nous accordons une attention particulière aux droits à la santé des groupes vulnérables, notamment aux femmes et aux enfants et adolescent.e.s. Dans le programme « Sud » nous intégrons des interventions sur les trois volets : Protection, Prestation et Participation. Dans la protection nous plaçons auprès des autorités et partenaires et sensibilisons la communauté contre la stigmatisation, discrimination et pratiques nocives envers les enfants et adolescent.e.s. En termes de prestations, nous visons à la disponibilité et la qualité des soins pour les enfants et leurs mamans. Au niveau de la participation nous œuvrons à donner la parole aux enfants et adolescent.e.s pour qu'ils puissent exprimer leur opinion et participer aux décisions sur les soins qui les concernent. Les enfants et les adolescent.e.s ne sont pas un groupe cible de notre programme Belgique qui vise la première et deuxième ligne et le plaidoyer. Par contre dans nos actions de sensibilisation et de plaidoyer les droits à la santé des enfants sont intégrés. Entre autres via les témoignages du terrain nous cherchons à donner la parole aux enfants et aux adolescent.e.s.

Development education

Dans le cadre de l'outcome d'éducation à la citoyenneté mondiale et solidaire, le programme s'inscrit pleinement dans l'objectif de la coopération belge au développement. Par l'éducation à la citoyenneté mondiale et solidaire, nos trois organisations veulent soutenir les mobilisations citoyennes, individuelles et collectives, des groupes cibles en faveur d'un accès mondial équitable à des soins de santé de qualité pour tous et toutes. Notre stratégie d'intervention s'aligne aux 3 priorités :

1. Le trajet d'ambassadeur renforce les compétences des volontaires qui souhaitent devenir de réels acteurs de changement social, en devenant des CRACS (Citoyens Responsables, Actifs, Critiques et Solidaires). Les ambassadeurs auront un double effet multiplicateur : en interne, en mobilisant les autres volontaires à s'investir comme ambassadeurs et en externe, en informant et sensibilisant les groupes cibles sur l'accès aux soins de santé de qualité de toutes et tous. En tant que pairs du groupe cible, leurs messages seront mieux écoutés et leur appel à l'action sera plus facilement soutenu. Les hôpitaux solidaires ont également un effet multiplicateur par le réseau auquel ils appartiennent. Notre mouvement vise à sensibiliser et outiller un deuxième groupe multiplicateur, des décideurs politiques à tous les niveaux, à travers des plateformes, des cartes blanches dans les médias et des rapports.
2. L'outcome s'inscrit dans plusieurs ODD (3, 5, 13, 17). De cette manière, nous efforçons d'intégrer les thèmes transversaux genre, environnement et décolonisation dans nos actions.
3. L'outcome est commun à nos 3 organisations, un choix délibéré basé sur notre complémentarité et les opportunités de synergie que cette collaboration nous offre. En plus, nous unissons nos forces avec d'autres acteurs au sein des plateformes. Nous collaborons avec la diaspora pour les formations et dossiers de plaidoyer.

Environment and climate change

L'impact mondial du changement climatique et de la détérioration de l'environnement sur la santé et l'accès aux services de soins devient de plus en plus clair.

Notre programme « Sud » comme Belgique s'aligne avec plusieurs objectifs de la note stratégique, de manière spécifique et directe au point 4.1.3 de la note stratégique ainsi qu'à la cohérence des politiques.

Dans le programme « Sud » nous appuyons les activités suivantes :

- * Le tri différencié des déchets médicaux et non médicaux dans les structures sanitaires ;
- * La compensation des émissions de CO2 de nos voyages internationaux ;
- * Lors des constructions ou réhabilitations de centres de santé/hôpitaux, des systèmes de récolte d'eau de pluie et des panneaux solaires seront installés ;
- * L'évacuation des eaux usées et des déchets afin d'éviter la contamination des eaux et des sols ;
- * La favorisation des achats locaux ou de l'envoi par transport maritime en cas d'achats internationaux ;
- * L'achat des équipements médicaux adaptés et à la maintenance (préventive et curative) desdits équipements pour éviter les déchets ;

Dans le programme Belgique MSV et Memisa intègrent le thème de la protection de l'environnement dans les messages de sensibilisation, p.e. sur les choix durables pour le matériel médical et l'infrastructure. Le programme Belgique portera également les revendications, les analyses et les recommandations issues du programme One Health de MdM qui lie la santé humaine, animale et l'environnement.

Gender

Notre programme « Sud » comme Belgique vise à contribuer à réduire les inégalités de genre par la promotion de la santé et droits sexuels et reproductifs et la lutte contre les violences basées sur le genre, notamment le droit des femmes à disposer de leur corps, à décider librement d'avoir ou non des enfants, à en choisir librement le nombre et à avoir accès aux soins par rapport à leur problème spécifique de santé.

Memisa, MSV et Médecins du Monde sont signataires de la charte Genre et leurs actions suivront la double approche : transversale et spécifique.

Dans le programme « Sud » une attention particulière sera donnée à :

- * la promotion des méthodes de contraception modernes à travers une amélioration de l'offre de services (formation des prestataires, disponibilité des intrants de planning familial) et en réduisant les barrières géographiques, financières et socioculturelles liées à la demande (sensibilisation des communautés, proximité des services, accessibilité financière aux services) ;
- * l'accès à un suivi prénatal et aux soins postnatals, dépistage des infections sexuellement transmissibles et prise en charge des fistules ;
- * outiller le personnel des centres de santé pour prodiguer des services de santé aux victimes de violences basées sur le genre.

Dans le programme Belgique ces actions du programme « Sud » seront traduites en messages d'information et en actions de sensibilisation, de mobilisation et de plaidoyer. Pour toutes nos interventions en Belgique (formations pour volontaires, trajet pour ambassadeurs, campagnes, ..) nous veillerons au « gender mainstreaming » à la fois dans le choix des thèmes et dans la reconnaissance et la suppression des éventuels obstacles à la participation aux activités.

Health

L'outcome s'aligne aux objectifs des notes politiques sur le droit à la santé et aux soins de santé, les SDSR, la COVID19 ainsi qu'à l'addendum sur la couverture universelle des soins de santé. Sur la note politique « Le droit à la santé et aux soins de santé », nous nous alignons aux différentes approches. A travers une autre approche sectorielle, nous renforçons le système de santé de manière systémique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

À propos de la note politique que la SDSR, notre programme se construit sur les mêmes principes de base, à savoir l'approche des droits humains, l'approche globale et positive de la sexualité/procréation et au droit à la santé et aux soins de santé pour tous et toutes.

Au niveau de la couverture santé universelle, nous appuyons différentes initiatives ou mécanismes de subvention de soins et de mutualisation de risques et application d'une tarification forfaitaire pour améliorer l'accès à des services de qualité. Un accent est également mis sur l'amélioration de paquet de soins correspondant aux besoins sanitaires de la population. Sur la COVID19, nous appuyons la résilience organisationnelle et communautaire pour assurer la prise en charge préventive et curative. Au niveau des cadres de référence en matière de santé, parmi nos moteurs se trouvent les déclarations d'Alma Ata/Astana sur les soins de santé primaires, les objectifs de développement durable (3 et 5) et la déclaration de Paris.

Dans le programme Belgique toutes les actions d'information, de sensibilisation, de mobilisation et de plaidoyer sont construites avec l'objectif d'augmenter l'assise sociétale et d'outiller de d'influencer les décideurs politiques sur des efforts ciblés et durables en vue d'un accès aux soins de santé de qualité pour toutes et tous.

Subsidy bonus allocation: priority themes and strategic priorities

Human rights-based approach

Valeur C : La mise en œuvre de notre outcome, au travers de la mobilisation sociale et politique, a pour but de rendre effectif et de garantir le droit à la santé de toutes et tous. Ce n'est qu'en mobilisant un soutien encore plus large à notre cause que nous pourrions continuer à convaincre les décideurs, leurs électeurs et les acteurs de la santé et du développement qu'il est dans l'intérêt de tous d'investir dans l'accès aux soins pour tous. Ce droit fondamental est incarné par l'article 25 de la déclaration universelle des droits de l'homme et s'inscrit dans le cadre des objectifs de développement durable (ODD), en particulier ODD 3.8. Conformément à la vision de l'initiative "UHC2030", nous nous concentrons également sur le principe "leave no one behind" selon lequel l'approche fondée sur les droits de l'homme est associée à un engagement en faveur de l'égalité des chances et de la non-discrimination. Ce droit à la santé fonde toutes les activités de Memisa et Médecins Sans Vacances, qu'elles relèvent du soin, du plaidoyer ou de l'accompagnement du changement social. La pertinence de l'accent que nous mettons sur l'accès universel à des soins de santé de base de qualité ne se limite pas à une "approche des droits", mais positionne également la pertinence de la santé comme une condition préalable au développement économique en général.

Decent and sustainable work

Valeur B: Les volontaires qui s'engagent dans le programme de soins de santé de Memisa/MSV le font avec un contrat de volontariat : un accord entre le volontaire et l'organisation garantit que les deux parties ont des droits et des obligations qui les protègent contre d'éventuelles formes d'abus (par exemple, la loi sur la protection de la vie privée GDPR est incluse pour protéger la vie privée du volontaire) et leur donne la possibilité de défendre leurs droits. Comme les volontaires Memisa travaillent pour le droit d'accès aux soins de santé au sein des hôpitaux solidaires, les valeurs de liberté, d'égalité, de sécurité d'un travail digne sont hautement valorisées. L'amélioration des conditions de travail des professionnel.le.s de santé en Belgique comme dans les pays partenaires est un thème de sensibilisation du mouvement.

En outre, le mandat de MSV et Memisa d'assurer une couverture sanitaire universelle et de défendre le droit à la santé et les différents projets comportant des volets de soutien psychosocial, d'empowerment et de plaidoyer visent à redonner au public cible dans son environnement social afin de se sentir en position de réclamer ses droits élémentaires, plus en particulier quant à la protection sociale.

Gender

Valeur B: Memisa et MSV accordent une grande importance au cinquième objectif de développement durable (ODD). Cet objectif confirme notre engagement à garantir l'accès à des soins de santé de qualité pour toutes et tous, indépendamment du sexe.

Les campagnes ainsi que les activités de sensibilisation et de mobilisation sont liées aux inégalités hommes/femmes. Les thématiques suivantes sont abordées lors de sessions de formation, de conférences et de séminaires : les violences basées sur le genre, la santé et droits sexuels et reproductifs et l'approche basée sur les droits humains au niveau de l'offre, de la demande et de l'accès aux soins de santé.

Sur base du principe "leave no one behind", nos interventions visent à contribuer à la réduction de l'inégalité entre les sexes, y compris la réflexion transversale où le genre est lié aux facteurs sociaux et culturels qui contribuent à l'inégalité. Lors de l'élaboration du trajet d'ambassadeurs, nous veillerons à reconnaître et, si possible, à supprimer les éventuels obstacles à la participation au trajet liés au genre et/ou des facteurs liés. A cet effet, nous visons à inclure davantage un groupe diversifié de femmes dans les processus décisionnels entourant la définition du parcours. Ce trajet se concentrera également sur le renforcement des capacités d'émancipation telles que la prise de positions de leadership, la défense de l'égalité et de la justice, et l'engagement avec les décideurs politiques à différents niveaux.

Le plaidoyer porté par Memisa/MSV et leurs partenaires contribue à réduire ces inégalités et à agir directement sur les sources des discriminations.

Dans les publications, les services de communication s'efforcent de pratiquer une écriture inclusive en matière de genre et d'éviter les stéréotypes.

Plusieurs indicateurs par rapport à nos groupes cibles (volontaires, ambassadeurs et professionnel.le.s de la santé) sont générés.

Environment

Valeur B: L'impact spécifique du programme Belgique sur l'environnement n'a pas été analysé. Cependant, nous croyons en un impact positif via les sensibilisations et plaidoyers qui sont prévus. En effet, notre programme portera, entre autres, les revendications, les analyses et les recommandations issues du programme One Health de MdM qui lie la santé et l'environnement. Nous sensibiliserons notre publique cible sur les effets des changements climatiques sur les systèmes et structures de santé et plus en particulier sur (l'accès à) la santé des groupes vulnérables comme les femmes et les enfants. Une source d'inspiration est le chapitre 4 de l'étude sur « Development Education and Awareness Raising », réalisée par Sandra Oliveira et al. Dans le programme Belgique on prévoit de faire du plaidoyer auprès des décideurs politiques et de la sensibilisation des professionnel.le.s de la santé : diffusion des rapports, conférences. Dans le cadre du programme 'Sud' MSV et Memisa prennent des mesures ciblées ayant un impact positif sur l'environnement/le climat ; notamment en termes d'énergies renouvelables dans les constructions, la gestion des déchets biomédicaux, les achats locaux de matériel biomédical ou de compensation de l'empreinte carbone de l'action. Dans le cadre du programme Belgique, nous veillerons à informer et sensibiliser nos publics-cibles à cette thématique.

L'expertise spécifique de MSV sur des choix réfléchis en termes d'infrastructure et de matériel biomédical et les défis liés aux dons d'équipement biomédicaux sera également exploitée dans le nouveau programme.

Nous prendrons également en considération l'impact environnemental de nos actions avec un équilibre bien réfléchi entre formations en présentiel et par visio-conférence.

En ce qui concerne les publications, nous cherchons un meilleur équilibre entre le papier et le numérique et entre nos propres publications et les publications collectives ou les articles dans des publications existantes.

Common outcome within a common programme

Valeur C : Memisa et MSV soumettent un programme commun avec un outcome commun tant pour les actions 'Sud' (tripartite avec Chaîne de l'Espoir, #Health4All) que pour le programme Belgique. Cela rend pleinement justice à la complémentarité entre Memisa et MSV et à la synergie entre le programme 'Sud' et le programme Belgique. La coopération très intensive que Memisa et MSV ont mis en place pour le programme 2017-2021 a démontré la plus-value d'une approche intégrée.

- Complémentarité stratégique :

Dans les pays 'Sud' Memisa et MSV travaillent de manière complémentaire dans les systèmes de santé. Cette complémentarité pour les pays 'Sud' est étendue dans nos actions dans le cadre d'ECMS et le plaidoyer en Belgique.

- Complémentarité thématique :

Une position commune et coordonnée autour la thématique 'Santé pour tous' et donc une plus grande rôle et valeur ajoutée dans des plateformes (Be-cause Health, PASS, ...) et auprès des décideurs politiques

- Complémentarité d'expertise :

En termes de sensibilisation, de campagne, de renforcement des volontaires et de réseautage.

- Complémentarité géographique :

La complémentarité géographique est une condition préalable pour mener des actions en synergie. En Belgique le réseau des hôpitaux solidaires et la présence des volontaires de terrain dans les hôpitaux et associations professionnelles belges nous permettent de toucher une grande partie des professionnel.le.s de la santé en Belgique avec nos actions, et nous garantissent une représentation beaucoup plus importante.

- Contexte économique :

Facilitation des économies d'échelle et le partage des coûts grâce au développement conjoint des formations pour les volontaires, l'élaboration d'un trajet d'ambassadeurs commun et une boîte à outils (matériel de comm., y compris des campagnes) commun.

- Contexte inspirant :

Une pollinisation croisée mutuelle entre les groupes de volontaires des 2 organisations et leur participation à un mouvement plus large et commun.

Common outcome between distinct programmes

Valeur C: Médecins du Monde, Memisa et Médecins Sans Vacances proposons un outcome commun pour le programme Belgique. Cette décision est basée sur une cohérence interne forte : 1) Nous partageons la même vision, celle de vivre dans un monde où le droit à la santé est effectif via la mise en place d'une couverture santé universelle et le renforcement des systèmes de santé ; 2) Nos trois organisations travaillent avec des volontaires provenant du secteur de la santé en Belgique; 3) Nous avons des zones d'interventions communes (RDC, Benin,...); 4) Il y a une complémentarité géographique au niveau de la Belgique qui nous permettra d'atteindre des professionnel.le.s de la santé et des médias au Sud comme au Nord du pays; 5) Les 3 organisations ont une complémentarité en termes d'expertise de sensibilisation, de campagne, de mobilisation, de renforcement des volontaires, de réseautage, de plaidoyer, .. ce qui est bénéfique pour l'efficacité du programme Belgique.

La TOC, ainsi que l'outcome et les résultats ont été élaborée en étroite collaboration avec les trois organisations et aussi, des sessions en ligne ont été organisées avec les volontaires des trois organisations afin que l'ils ont pu être impliqué le plus que possible en tant que groupe-cible et bénéficiaires de ce programme. La distinction entre organisations se situe au niveau des targets des indicateurs, propres à chacune et au niveau de certaines activités. Nous nous renforçons mutuellement sur les différents volets du programme et augmentons notre impact lors des campagnes communes de sensibilisation et de plaidoyer. Le trajet d'ambassadeurs est développé et géré en synergie et réunira des volontaires des trois organisations.

Areas of complementarity and synergy with the intervention of ENABEL

Valeur A: La stratégie de mise en œuvre de Memisa et MSV ne fait pas référence à celle d'Enabel. Après échange avec Enabel (Kruit), nous identifions une importante complémentarité au niveau des cibles stratégiques : Enabel visant le milieu scolaire et Memisa, MSV et MdM, la première et deuxième ligne.

Description of the outcome, results and strategy

Description of the expected results

Formulation of outcome or result :	Outcome: En Belgique, les professionnel.le.s de la santé renforcent l'assise sociétale et influencent, ensemble avec notre mouvement, les décideurs politiques sur des efforts ciblés et durables en vue d'un accès aux soins de santé de qualité pour toutes et tous.
Indicator title :	Ind. 0.1 Augmentation du score d'index de citoyenneté mondiale des professionnel.le.s de la santé et de volontaires
Indicator description :	Augmentation du score moyen d'index de citoyenneté mondiale des professionnel.le.s de la santé et des volontaires. Ce score est généré. Utilisation de l'enquête développée et testée par la DGD en 2016, dont nous avons retenu par catégorie les questions dont le lien direct avec la citoyenneté mondiale était le plus fort. Pour définir le baseline, l'enquête a été envoyée à un hôpital solidaire et aux volontaires des 3 ACNG. En année 3 et 5, l'enquête sera envoyée à tous les hôpitaux solidaires.
Baseline :	Professionnel.le.s de la santé: 29.1% (femmes: 31%; hommes: 24%); Volontaires: 50.6% (femmes: 53%; hommes: 47%)
Target Year 3 – 31/12/2024 :	Professionnel.le.s de la santé: baseline + 10%; Volontaires: baseline + 15%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	Professionnel.le.s de la santé: baseline + 15%; Volontaires: baseline + 25%

Formulation of outcome or result :	Outcome: En Belgique, les professionnel.le.s de la santé renforcent l'assise sociétale et influencent, ensemble avec notre mouvement, les décideurs politiques sur des efforts ciblés et durables en vue d'un accès aux soins de santé de qualité pour toutes et tous.
Indicator title :	Ind. 0.2 Le nombre de dossiers de plaidoyer établis en partenariat avec des professionnel.le.s de la santé augmente
Indicator description :	Augmentation du nombre cumulatif de notes, de rapports et de recommandations à destination des décideurs politiques, établis en partenariat avec des professionnel.le.s de la santé.
Baseline :	2
Target Year 3 – 31/12/2024 :	6
Target Year 5 – 31/12/2026 :	10

Formulation of outcome or result :	Résultat 1: Notre mouvement, et plus spécifiquement, nos ambassadeurs sont renforcés dans leurs capacités de sensibilisation et mobilisation sur des efforts ciblés et durables en vue d'un accès aux soins de santé de qualité pour toutes et tous.
Indicator title :	Ind. 1.1 Le pourcentage de volontaires engagés dans le trajet d'ambassadeurs qui complètent le trajet avec succès dans une période de 2 ans
Indicator description :	Nombre de volontaires engagés dans le trajet qui complètent avec succès le trajet dans une période de 2 ans/nombre total de volontaires engagés dans le trajet du même groupe * 100. Cet indicateur sera généré. Critères de succès : <ul style="list-style-type: none"> • Participation à 80% des activités de formation • Auto-évaluation du niveau de compétences de mobilisation de ≥ 3 sur une échelle de 4 • Mène ses propres actions de sensibilisation/mobilisation (au moins 2) • Partage de cette expérience dans le groupe des ambassadeurs
Baseline :	0%
Target Year 3 – 31/12/2024 :	75%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	75%

Formulation of outcome or result :	Résultat 1: Notre mouvement, et plus spécifiquement, nos ambassadeurs sont renforcés dans leurs capacités de sensibilisation et mobilisation sur des efforts ciblés et durables en vue d'un accès aux soins de santé de qualité pour toutes et tous.
Indicator title :	Ind. 1.2 Pourcentage de personnes du mouvement ayant suivi une formation qui ont renforcé leurs capacités.
Indicator description :	Nombre de participants qui atteignent un score de $\geq 4/5$ pour les indices 1 et 2/ tous les participants * 100 Nombre de participants qui atteignent un score de $\geq 3/5$ pour les indices 3 et 4/ tous les participants * 100 Cet indicateur sera généré. Indices (Échelle de 1 à 5): 1)Je me sens renforcé.e 2)Je peux transposer mes connaissances ou compétences acquises dans mon travail 3)Je suis capable de diffuser mes acquis dans mon entourage 4)Je suis intéressé.e de poursuivre l'apprentissage
Baseline :	42% ont atteint un score de $\geq 4/5$ pour les indices 1 et 2 ; 0% ont atteint un score de $\geq 3/5$ pour les indices 3 et 4
Target Year 3 – 31/12/2024 :	55% ont atteint un score de $\geq 4/5$ pour les indices 1 et 2 ; 20% ont atteint un score de $\geq 3/5$ pour les indices 3 et 4
Target Year 5 – 31/12/2026 :	75% ont atteint un score de $\geq 4/5$ pour les indices 1 et 2 ; 40% ont atteint un score de $\geq 3/5$ pour les indices 3 et 4

Formulation of outcome or result :	Résultat 2: Les professionnel.le.s de la santé sont informé.e.s, sensibilisé.e.s et mobilisé.e.s par notre mouvement, sur des efforts ciblés et durables en vue d'un accès aux soins de santé de qualité pour toutes et tous.
Indicator title :	Ind. 2.1 Nombre d'actions d'information, de sensibilisation et de mobilisation qui ont été réalisées par les acteurs de notre mouvement
Indicator description :	Le nombre cumulatif d'actions d'information, de sensibilisation et de mobilisation menées par nos volontaires, ambassadeurs et hôpitaux solidaires. Une base de données qui intègrent l'information sur qui, quoi, comment et quand nourrit cet indicateur.
Baseline :	10
Target Year 3 – 31/12/2024 :	25
Target Year 5 – 31/12/2026 :	45

Formulation of outcome or result :	Résultat 2: Les professionnel.le.s de la santé sont informé.e.s, sensibilisé.e.s et mobilisé.e.s par notre mouvement, sur des efforts ciblés et durables en vue d'un accès aux soins de santé de qualité pour toutes et tous.
Indicator title :	Ind. 2.2 Score de portée et impact des initiatives de notre mouvement pour atteindre une diversité de professionnel.le.s de la santé
Indicator description :	Score moyen basé sur le poids de nos activités en fonction de leur type (information/sensibilisation/mobilisation), leur diffusion (nombre de catégories de professionnels de la santé atteint) et l'atteinte du public (nombre de personnes atteintes). Les différents indices sont pondérés en fonction de leur importance dans le calcul final de l'indicateur puis multiplié entre eux : Poids (/15), diffusion (/10), Atteinte (/5). L'indicateur final représente la moyenne des scores de chaque activité.
Baseline :	Score moyen de 20/activité
Target Year 3 – 31/12/2024 :	Score moyen d'au moins 25/activité
Target Year 5 – 31/12/2026 :	Score moyen d'au moins 27/activité

#Health4All

Formulation of outcome or result :	Résultat 3: Les décideurs politiques à tous les niveaux sont sensibilisés et outillés par notre mouvement et par les plateformes, auxquelles nous participons, pour prendre position en faveur des efforts ciblés et durables en vue d'un accès aux soins de santé de qualité pour toutes et tous.
Indicator title :	Ind. 3.1 Consolidation de la contribution du mouvement à la dynamique et à la force des plateformes dans le plaidoyer
Indicator description :	Le score de chaque organisation est mesuré sur base de 3 paramètres pondérés : - Lien entre la plateforme et l'outcome du programme Belgique des 3 ACNG (échelle de 1 à 5) - Taille de la plateforme (échelle de 1 à 6) - Notre niveau d'implication spécifique dans la plateforme (échelle de 1 à 5) Pour calculer l'indicateur du programme commun on prend la moyenne des scores pondérés des ACNG. Nous souhaitons dans ce programme consolider notre contribution aux différentes plateformes.
Baseline :	30%
Target Year 3 – 31/12/2024 :	30%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	30%

Formulation of outcome or result :	Résultat 3: Les décideurs politiques à tous les niveaux sont sensibilisés et outillés par notre mouvement et par les plateformes, auxquelles nous participons, pour prendre position en faveur des efforts ciblés et durables en vue d'un accès aux soins de santé de qualité pour toutes et tous.
Indicator title :	Ind. 3.2 Niveau de réalisation des marqueurs de progrès concernant l'implication des décideurs politiques
Indicator description :	Le niveau d'implication des décideurs politiques mesuré pas les marqueurs de progrès (MdP) augmente. MdP : Expect to see : le nombre de décideurs politiques qui nous répondent/réagissent par position/texte/message Like to see : le nombre de décideurs politiques qui mettent la thématique à l'agenda/changent leurs discours/rennent en débat avec nous/avec d'autres décideurs politiques Love to see : le nombre de décideurs politiques mettent en place des actions concrètes en faveur de la CSU
Baseline :	Expect to see : 0; Like to see : 0; Love to see : 0
Target Year 3 – 31/12/2024 :	Expect to see : 2; Like to see : 0; Love to see : 0
Target Year 5 – 31/12/2026 :	Expect to see : 3; Like to see : 1; Love to see : 0

Activities, targets groups and beneficiaries

Classification of activities

Résultat 1 :

Formations et conférences à destination de notre mouvement afin d'augmenter sa connaissance et sa compréhension des causes structurelles et de l'interdépendance « Nord/Sud ».

Elaboration d'un trajet de renforcement des capacités des ambassadeurs.

Production d'une boîte à outils de communication en vue de faciliter la tâche des ambassadeurs.

Création d'un groupe de travail ambassadeurs et accompagnement personnalisé des ambassadeurs : contact renforcé entre les ambassadeurs et l'organisation qui travaillent main dans la main pour sensibiliser les professionnel.le.s de la santé, contact renforcé également avec nos partenaires du Sud global.

Mise en commun via une plateforme digitale pour faciliter la communication entre les groupes de travail et les associations professionnelles de santé belges et du Sud global.

Résultat 2 :

Développer 2 à 3 campagnes de sensibilisation sous le thème « santé pour tous » en collaboration avec nos partenaires.

Diffusion de cartes blanches dans les médias. Les médias en lien avec les professionnel.le.s de la santé seront privilégiés.

Informers et sensibiliser nos publics cibles, notamment les hôpitaux belges et quelques entreprises du secteur privé sur les choix réfléchis des (dons de) matériel biomédical (MSV)

Participation en tant qu'orateur à des congrès ou à des journées internationales des formations (para)médicales.

Organisation des voyages d'immersion pour les professionnel.le.s de la santé des hôpitaux solidaires, y compris la préparation et des actions liées aux voyages d'immersion (Memisa)

Échanges sur les soins de santé respectueux à la diversité en Belgique (à développer avec IYAD et l'asbl Afromedica) (MSV)

Résultat 3 :

Soutien des plateformes et partage et diffusion de notre expertise.

Envoi de rapports aux décideurs politiques en vue de les outiller pour qu'ils puissent se positionner en faveur de la couverture santé universelle.

Target group(s)

1.000 volontaires (dont 50 ambassadeurs), 420 hommes et 580 femmes

100.000 professionnel.le.s de la santé: 78% femmes et 22% hommes

13 hôpitaux solidaires belges (environ 60 sites de soins)

Les professionnel.le.s de la santé en formation: 200, 70% femmes et 30% hommes

Les associations professionnelles de la santé: 15

Entreprises du secteur privé de la santé: 10

Décideurs politiques à tous les niveaux: 30

Plateformes d'acteurs en santé et/ou développement durable: 35

Médias: 20

Beneficiaries

1.000 volontaires (dont 50 ambassadeurs), 420 hommes et 580 femmes

100.000 professionnel.le.s de la santé: 78% femmes et 22% hommes

14 (réseau d') hôpitaux solidaires belges qui couvrent ensemble environ 60 sites de soins, leur personnel ainsi que leurs patients et visiteurs.

Title of the reference annex :	#H4A - België - Théorie du changement
Title of the reference annex :	#H4A - België - Analyse des risques
Target group(s) – Location of the intervention: Belgium only :	Volunteers/affiliates/unpaid staff Professionals in the context of their work National and international platforms Diasporas Political decision-makers Higher education Media stakeholders CSO and institutional actors Private sector

Description of tasks among associate ANGCs

Description des tâches entre Memisa, Médecins Sans Vacances (MSV) et Médecins du Monde (MdM) pour les principales activités par résultat:

Renforcement des capacités de notre mouvement, en mettant l'accent sur un trajet intensif pour les ambassadeurs.

Élaboration et mise en œuvre conjointes par les 3 ACNG :

- 1) Les volontaires des 3 ACNG ont la possibilité de participer à un trajet commun d'ambassadeurs. Chaque organisation prendra le lead dans leur champ d'expertise pour identifier les formateurs
- 2) Mise en place et pilotage d'un groupe de travail conjoint d'ambassadeurs
- 3) Développement d'une boîte à outils commune contenant des supports de communication (dépliants, présentations PowerPoint, courtes vidéos, etc.)

Informier, sensibiliser et mobiliser les professionnel.le.s de santé

En travaillant ensemble de manière complémentaire, les 3 ACNG atteignent les professionnel.le.s de la santé belges par différents canaux. Notamment : les professionnel.le.s de la santé dans les hôpitaux solidaires pour Memisa, les associations professionnelles et les autres hôpitaux belges pour MSV et MdM et les étudiants dans le domaine de la santé pour MdM principalement.

Développement de campagnes conjointes visant à sensibiliser les professionnel.le.s de la santé à la solidarité internationale en matière de soins de santé par les canaux qui leur sont accessibles.

Plaidoyer

Deux leviers nous permettront d'influencer les décideurs politiques en vue d'un meilleur accès aux soins de santé pour toutes et tous.

- 1) Les trois organisations assumeront leur rôle, à différents niveaux, dans les plateformes. En outre, elles fourniront à ces plateformes l'expertise nécessaire pour qu'elles puissent à leur tour peser dans la prise de décision politique.
- 2) Les trois organisations visent les décideurs politiques clés en exploitant l'expertise de MdM dans ce domaine. Le partage des dossiers élaborés par les différentes organisations contribuera à une meilleure diffusion vers les décideurs politiques.

Description of the Relevance

Le volet « éducation à la citoyenneté mondiale et solidaire (ECMS) » en Belgique fait partie intégrante des ambitions de Memisa et de MSV et s'inscrit dans notre vision d'un accès mondial à des soins de santé de base de qualité pour tous et toutes. L'appui aux initiatives au « Sud » va de pair avec une éducation au développement ciblée en Belgique.

L'outcome de **notre programme commun se positionne** autour des 5 principes de la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et s'inscrit dans les déclarations d'Alma-Ata/Astana sur les soins de santé primaires et la couverture santé universelle. Avec les chartes que nous avons signées (genre, médicaments) et l'agenda 2030 pour le développement durable, elles constituent le cadre général de référence pour notre plaidoyer auprès des décideurs politiques.

Pour ce qui concerne l'ECMS, nous nous alignons au Consensus européen pour le développement sur le rôle de la sensibilisation et de l'éducation au développement ainsi qu'aux priorités de la note stratégique belge (voir B7)). Plus en particulier, 1) nous voulons renforcer le dialogue entre professionnel.le.s de santé belges et les collègues des pays du Sud. Afin d'arriver à un impact durable de nos activités, nous abordons des préoccupations touchant à des expériences partagées au "Nord" et au "Sud". Les partenaires et les experts en santé et leurs associations du Sud global sont impliqués dans l'orientation des messages de sensibilisation et contribuent aux dossiers de plaidoyer. 2) Nous nous efforçons de travailler en partenariat avec d'autres organisations de la société civile, des institutions académiques, et des mouvements sociaux qui surgissent. 3) Par la collaboration avec la diaspora, nous nous ouvrons explicitement à une multitude d'opinions et de perspectives différentes, afin de briser les clichés et préjugés concernant "l'aide", "le développement" et "le Sud".

Le programme **s'aligne sur deux cibles stratégiques** dans le cadre stratégique commun (CSC) Belgique. Ces cibles sont : les interventions vers des acteurs de 1^{ère} et 2^{ème} ligne et le plaidoyer. Il intègre également les thématiques transversales : genre, environnement et décolonisation.

Par le 1er et 2ème résultat de notre programme, nous contribuons à la cible stratégique de la 1ère et 2ème ligne qui identifie les volontaires, les acteurs intermédiaires et les populations vivant en Belgique comme sous-cibles. Le premier groupe, les volontaires, constituent notre base sociale, ils sont des acteurs clés pour nos activités de sensibilisation et mobilisation. Le renforcement de leurs capacités permettra d'atteindre les deux autres groupes cibles : 1) les professionnel.le.s de la santé et les directions des hôpitaux (solidaires), les associations professionnelles et certaines entreprises privées de la santé. 2) le public de visiteurs et patients des hôpitaux solidaires. Ainsi nous augmenterons l'assise sociale pour la solidarité internationale et la pression sur les décideurs afin qu'ils prennent position en faveur d'un accès mondial à des soins de santé de qualité pour tous et toutes.

Le troisième résultat vise à contribuer à la cible stratégique 'plaidoyer'. MdM prend le lead dans les actions directes de plaidoyer. MSV et Memisa renforcent ce plaidoyer par le partage des rapports MdM au sein de leur réseau. Ensemble avec notre mouvement, nous mettrons à profit notre expertise dans les plateformes (PASS, Be-cause Health, groupe plaidoyer 11.11.11, Klimaatcoalitie, MMI etc) et partagerons notre vision et messages clés dans les médias. Les partenaires du Sud global et la diaspora au travers de notre collaboration avec IYAD seront impliqués dans la définition des thèmes de plaidoyer.

Le LNOB est fondamentalement ancré dans le message "accès à des soins de santé de qualité pour TOUS" et est au cœur de nos sensibilisations et formations.

La lutte contre les inégalités de **genre** et les violences basées sur le genre occupera une place importante dans nos messages. Notre mouvement sera davantage renforcé sur ces thématiques. Ensemble avec MdM et sur base de l'expérience spécifique de chacune des organisations, un plaidoyer sera mené. Ainsi, la contribution à la réduction des inégalités de genre par la sensibilisation et le plaidoyer, au regard de l'impact que celles-ci entraînent sur la santé des individus, constitue une condition de réussite de l'intervention.

En ce qui concerne le trajet d'ambassadeurs, nous veillerons à ce qu'il soit sensible au genre et qu'il prévoit un accompagnement des ambassadeurs dans ce domaine mais cela n'apparaîtra pas dans l'indicateur même du résultat 1. Par contre, le premier indicateur de l'outcome qui mesure le score d'index de citoyenneté mondiale auprès des professionnel.le.s de la santé et des volontaires, est désagrégé par sexe.

MSV et Memisa intègrent le thème de la **protection de l'environnement** dans les messages de sensibilisation, p.e. sur les choix durables pour le matériel médical et l'infrastructure. Le programme portera également les revendications, les analyses et les recommandations issues du programme One Health de MdM qui lie la santé humaine, animale et l'environnement, ainsi que la sensibilisation autour des effets du changement climatique sur les systèmes et structures de santé.

D'autres éléments qui contribuent à la pertinence de l'outcome sont :

- Un cadre structuré et inspirant qui permet de maximiser le potentiel des volontaires
- L'expérience de terrain riche et diverse des 3 organisations, ainsi que l'implication des partenaires du Sud global nous donnent un droit de parole supplémentaire
- De meilleures compétences de nos volontaires se traduisent par un déploiement plus efficace, qualitatif et effectif, une plus grande satisfaction et des responsabilités supplémentaires. Cela rend le mouvement plus attractif pour les professionnel.le.s de la santé et hôpitaux qui souhaitent s'engager socialement
- La collaboration avec IYAD contribuera à la pertinence de nos actions et ouvrira l'horizon des publics cibles atteints par nos messages

En ce qui concerne les **approches pédagogiques** pour les groupes cibles, nous identifions 3 innovations quant au programme précédent :

L'approche pédagogique du trajet d'ambassadeurs utilisera des démarches éducatives diverses :

- La formation théorique suivie d'une discussion avec le formateur afin de s'approprier le contenu et d'approfondir la compréhension de la matière
- Les sessions pratiques sur des techniques de communication et de sensibilisation
- L'échange d'expériences entre ambassadeurs
- L'accompagnement et suivi rapproché des ambassadeurs par les responsables du programme Belgique
- La mise en réseau des ambassadeurs des trois organisations
- L'élaboration d'une boîte à outils (communication) qui facilitera le travail des ambassadeurs

En ce qui concerne les volontaires et les hôpitaux solidaires belges, notre accompagnement visera à relier les connaissances des uns et des autres et à échanger au sein du réseau les expériences de sensibilisation et de mobilisation pour un renforcement mutuel. L'identification actuelle très forte des hôpitaux solidaires et volontaires par rapport à leur propre partenariat/jumelage s'élargira ainsi progressivement à la lutte pour un objectif commun. Des partenariats thématiques entre un réseau belge d'hôpitaux avec un réseau de zones de santé

appuyés au Sud contribueront à cette évolution.

Afin de susciter la participation des volontaires et des hôpitaux solidaires belges à nos actions, il est essentiel de veiller à leur motivation. Pour cela, nous proposons des méthodes participatives et de co-création des futures actions. Plusieurs aspects sont pris en compte : des actions qui ont de la valeur (équilibre entre intérêt, utilité, importance et coût) et du sens pour eux ; qu'ils sont en mesure de réaliser ; qui correspondent à leur réalité ; actions qui sont réalistes en vue de leur situation ; action autonome tout en étant réalisé au sein d'un groupe.

Description of Coherence

Cohérence interne

La volet ECMS fait partie intégrante des ambitions du programme commun de Memisa et de MSV et s'inscrit dans notre vision d'un accès mondial à des soins de santé de base de qualité pour tous et toutes. L'implication des partenaires et experts en santé et leurs associations du Sud global dans le renforcement de notre mouvement, l'orientation des messages de sensibilisation et les thématiques de plaidoyer, contribuera à la cohérence interne.

Nous considérerons entre autres les thématiques suivantes pour nos dossiers de plaidoyer comme pour les formations communes : Systèmes de santé locaux - Couverture santé universelle - Santé & Décolonisation - Santé & Genre - Santé & environnement - Santé & droits en santé sexuelle et reproductive - Interculturalité. MDM mettra en évidence des thèmes complémentaires : la santé en situation de crises, de conflits et de migration, One Health.

Memisa et MSV veulent investir dans la consolidation et le renforcement de leurs propres bases sociales, et les intégrer dans un mouvement puissant de volontaires, de leurs associations professionnelles et d'hôpitaux solidaires sous le titre "santé pour tous", qui, outre MSV et Memisa, regroupe également les volontaires de MDM. Après l'évaluation à mi-parcours de janvier 2020, nous avons conclu que l'intégration complète des réseaux distincts existants n'était pas souhaitable. Le volet Hôpitaux solidaires sera à nouveau mis en œuvre par Memisa dans ce programme, ceci dans le but de maintenir une division claire des rôles entre MSV et Memisa. Les deux organisations maintiennent une forte coopération au niveau institutionnel et organisationnel. En outre il y a plusieurs volontaires qui sont actifs chez MSV et chez Memisa. La fertilisation croisée des volontaires entre les deux réseaux est encouragée.

L'organisation du réseau MSV se traduit par différents groupes de travail composés par des volontaires de terrain et des experts locaux organisés selon différents disciplines et intérêts. Les volontaires assumeront un ou plusieurs de ces 4 rôles : 'Coaching', 'Adapting', 'Mobilising' et 'Connecting'. La présence des experts locaux dans le groupe de travail d'ambassadeurs (Memisa-MSV-MDM) apportera une plus-value dans les échanges et dans la conception des messages de nos campagnes de sensibilisation.

Les hôpitaux solidaires et les volontaires joueront un rôle clé dans les actions de sensibilisation de notre mouvement. Les directions des hôpitaux solidaires existants peuvent ainsi sensibiliser les directions d'autres hôpitaux belges avec lesquels ils ont fusionnés, à s'impliquer dans le réseau de solidarité. Les volontaires de MSV (et de Chaîne de l'espoir) assureront également une porte d'entrée dans d'autres hôpitaux belges et dans les associations professionnelles où ils sont actifs avec le but d'atteindre le plus de professionnel.le.s de la santé possible.

Cohérence externe

Ce programme est cohérent avec le travail que font les autres ACNG en Belgique, dont une majorité se concentre sur le milieu scolaire comme cible. Parmi ceux qui visent des interventions vers les publics de première et deuxième ligne, nous avons une valeur ajoutée en mettant les projecteurs sur le renforcement du système de santé, sa résilience face aux crises et sur le droit à la santé.

Avec les autres acteurs de l'ECMS, nous avançons dans la même direction, en défendant des thématiques différentes et complémentaires qui sont le reflet de nos spécificités et des enjeux de société. C'est comme cela, que nous construisons une citoyenneté mondiale et solidaire.

En tant que membres de nombreuses plateformes nationales (telles que la PASS, le CNCND-11.11.11, 11.11.11, Be-cause Health, BeGender et des plateformes d'acteurs belges actifs dans les soins de santé) et internationales (MMI, MakeMothersMatter, QUAMED, HealthWorkers4All ...), Memisa et MSV ont acquis une expertise et une notoriété qui leur permet d'influencer des acteurs importants.

Description of Effectiveness

Lors de la conception de ce nouveau programme, nous avons adopté les principes de "ciblage", d'"union des forces" et de "concentration des efforts". Ces principes continueront d'être appliqués lors de la mise en œuvre et de la gestion stratégique et opérationnelle du programme.

Nous sommes inspirés par les résultats de deux études : celle menée par Perrine Ledan en 2018 sur les stratégies de mobilisation citoyenne des ONG belges et l'analyse des programmes "Development Education and Awareness Raising (DEAR)", réalisée par Sandra Oliveira and Harm-Jan Fricke et publiée en janvier 2021. Surtout le chapitre 3 qui parle des approches pour motiver des citoyens à s'engager nous inspira dans le travail avec les professionnels de la santé.

Outcome et résultats attendus réalistes et réalisables

Nous pouvons compter sur un vaste réseau de volontaires et un réseau solide d'hôpitaux solidaires que nous continuerons davantage à outiller et stimuler pour passer à l'action : l'information (le public de patients et visiteurs des hôpitaux), la sensibilisation et la mobilisation (le groupe cible principal des professionnel.le.s de la santé, y compris les étudiants).

L'expérience des programmes précédents a démontré à quel point nos volontaires sont engagés. Avec notre trajet d'ambassadeurs, nous répondons au désir d'un groupe de volontaires de jouer un rôle plus actif dans le changement social.

Le choix du groupe cible principal – les professionnel.le.s de la santé – est basé sur 2 considérations qui contribuent au caractère réaliste et réalisable de notre outcome: ils sont proches de nos messages et facile à atteindre par nos volontaires.

De plus, la collaboration étroite, la complémentarité (en termes d'expertise, d'alliances et de couverture du territoire belge) et le renforcement mutuel entre nos 3 organisations, sont d'autres éléments clés.

L'implication des partenaires du Sud global dans le programme Belgique a augmenté lors de la pandémie de Coronavirus et a montré à quel point ils peuvent jouer un rôle. La collaboration avec IYAD, qui a démarré dans les projets « Sud » et s'étend maintenant au programme Belgique, représente une autre opportunité pour réaliser l'outcome et ses résultats.

Résultats attendus attribuables à l'outcome

Par notre outcome, nous visons à améliorer l'assise sociétale pour la solidarité internationale auprès des professionnel.le.s de la santé afin qu'ils puissent, ensemble avec notre mouvement, influencer les décideurs politiques. Pour que notre groupe cible principal de professionnel.le.s de la santé se mobilise et exerce une pression sur les décideurs, leurs collègues, volontaires/ambassadeurs, doivent être en mesure de les toucher par leurs messages et de les sensibiliser aux inégalités d'accès aux soins et de les convaincre des pistes de solutions alternatives. Pour mener des actions de mobilisation efficaces, notre mouvement et plus en particulier nos ambassadeurs ont besoins d'être renforcés non seulement au niveau du contenu des messages mais également en termes de compétences de communication. Une boîte à outils appuie leurs actions. Des campagnes renforcent le message. Nous réunissons les forces avec d'autres acteurs au sein des plateformes afin de pouvoir outiller les décideurs politiques. Nous cherchons également à les influencer par des messages dans les médias, ou encore par des actions politiques directes (MDM). Ainsi, nous estimons que les résultats attendus sont attribuables à l'outcome.

Baselines des indicateurs

Au niveau des indicateurs, ils ont été revus afin qu'ils reflètent mieux la réalité et mesurent d'avantage notre impact. Plusieurs indicateurs sont générés. Aussi, nous avons veillé à faciliter l'encodage du reporting. Une base de données a été créé à cet effet. Elle sera utilisée par chacune des organisations et permettra la mise en commun en année 3 et 5. Elle sera une source importante à exploiter lors de l'évaluation intermédiaire et finale. Le suivi du programme sera accompagné par le chargé de monitoring et évaluation (MEAL) de MDM, ce qui assure un recueil de données plus efficace et une meilleure évaluation de l'atteinte des résultats.

L'indicateur 0.1 au niveau de l'outcome est basé sur les éléments les plus pertinents du baromètre ECMS de 2016. Elle veut mesurer l'impact de nos actions de sensibilisation et de mobilisation auprès des groupes cibles principaux, les professionnel.le.s de la santé et les volontaires. Le baseline a été défini sur base des réponses de professionnel.le.s de la santé d'un hôpital solidaire (St Jan Brugge) et des volontaires de nos 3 organisations. En 2022, 2024 et 2026 l'enquête sera envoyée au personnel de tous les hôpitaux solidaires.

L'indicateur 0.2 et 3.2 reflètent principalement les actions de plaidoyer de MDM.

Les indicateurs 1.2 et 3.1 correspondent aux anciens indicateurs. Le baseline est défini sur base des résultats de 2020.

Le trajet d'ambassadeurs sera une nouveauté dans le programme 2022-2026. Le baseline de l'indicateur 1.1 est donc mis à 0. De même pour l'indicateur 2.1 qui mesure les activités d'information, de sensibilisation et de mobilisation menées par les ambassadeurs et par le mouvement. Les actions des ambassadeurs auront plus de poids que celles de nos organisations.

L'indicateur 2.2 est un indicateur composé qui veut mettre en évidence non seulement le nombre de personnes atteintes mais également la diversité des groupes cibles atteints par nos activités avec un poids différencié selon le type d'activités. Le baseline du score moyen par activité a été calculé sur base des activités menées en 2020.

CSC - opérationnalisation des approches communes

L'outcome s'inscrit dans le CSC Belgique, plus en particulier dans les cibles stratégiques 2 et 3, c'est-à-dire les interventions vers des acteurs de 1^{ère} et 2^{ème} ligne et le plaidoyer et contribue aux approches suivantes dans la mise en œuvre du programme:

Domaine d'intervention de 1^{ère} et 2^{ème} ligne :

B1 : Mener des actions de sensibilisation, de formation et de mobilisation pour un monde juste, durable, solidaire & inclusif. (Population vivant en Belgique)

Cette ambition se réalise à travers les 3 résultats envisagés : commençant par le mouvement de Memisa et MSV (et de MdM) dans son ensemble, en ciblant son noyau dur d'ambassadeurs et s'élargissant via des groupes cibles spécifiques, à savoir, les professionnel.le.s de la santé, en ce inclus, les étudiants, au public belge en général, et plus spécifiquement les patients et visiteurs des hôpitaux solidaires.

B2 : Renforcer notre réseau de volontaires actifs pour un monde juste, durable, solidaire et inclusif. (Volontaires)

Le résultat 1 du programme correspond entièrement à cette sous-cible ; avec l'organisation partenaire, MdM, nous souhaitons continuer à renforcer notre mouvement autour des connaissances liées au droit à la santé et à l'accès aux soins de santé de qualité pour toutes et tous. De plus, lors de ce programme, sur base des recommandations de l'évaluation à mi-parcours, nous allons travailler plus spécifiquement et profondément avec un groupe d'ambassadeur (voir la ToC).

B3 : Sensibiliser et mobiliser des acteurs intermédiaires pour qu'ils puissent contribuer à un monde juste, durable, solidaire et inclusif. (professionnel.le.s dans le cadre de leur travail)

Idem que pour la cible B1. Le programme nous servira à sensibiliser et mobiliser les professionnel.le.s de la santé en Belgique. Ils sont des acteurs incontournables pour l'amélioration de l'accès aux soins de santé et représentent un poids considérable pour le lobby politique que nous menons en faveur de l'application de la couverture santé universelle. Pour ce faire, nos volontaires-ambassadeurs assumeront leur rôle multiplicateur dans leurs propres réseaux de professionnel.le.s.

B5 : Renforcer l'expertise et l'échange de pratique des ACNG dans leur travail de mobilisation, information et renforcement des capacités vers les populations vivant en Belgique, les volontaires, les acteurs intermédiaires et les jeunes.

En participant aux différents groupes de travail et activités organisées, Memisa et MSV contribuent à cette cible au travers de la mise à profit des leçons issues des expériences de terrain, en synergie avec celles d'autres acteurs impliqués, pour l'ECMS en Belgique et pour le plaidoyer relatif au droit à la santé et la couverture universelle de santé.

Domaine d'intervention du plaidoyer :

C1 : Renforcer la reconnaissance de l'expertise des ACNG par les responsables politiques, les acteurs étatiques, le secteur privé et les médias .

Notre partenaire MdM jouit d'une bonne réputation sur le plan du plaidoyer. De par leurs interventions en Belgique, leur récolte de données, mobilisation et rapports « evidence based », ils sont reconnus par de nombreux responsables politiques compétents en matière de santé comme un interlocuteur privilégié. Memisa et MSV feront seulement leurs premiers pas dans ce domaine. Nous relierons les rapports faits par notre partenaire et nous développerons nos propres premiers documents de plaidoyer sur des thématiques complémentaires issues de nos expertises spécifiques. Il est pertinent également de maintenir une présence dans les médias des deux côtés du pays. La synergie avec MdM, ayant un meilleur ancrage à Bruxelles et dans certaines provinces en Wallonie, nous aide à y parvenir.

C2 : Conclure, renforcer et influencer des alliances sur des thèmes pertinents pour un monde juste, durable, solidaire et inclusif .

Outre leur partenariat avec MdM, Memisa et MSV s'engagent activement dans de multiples alliances et plateformes pertinentes pour l'outcome du programme. Les efforts de Memisa et MSV dans ce cadre se concentrent sur la mise à profit des opportunités qui se présentent pour contribuer aux synergies des acteurs et pour utiliser le levier de cette plus grande échelle pour être plus effectif dans les grandes campagnes et dans le lobbying.

Au niveau des cibles transversales :

Sur le genre (D2), l'approche transversale du genre était et reste une des priorités de MSV et Memisa. Le trajet d'ambassadeurs et les messages de sensibilisation et de plaidoyer accorderont une attention particulière aux besoins spécifiques liés au genre ainsi qu'aux causes et obstacles structurels à l'accès à des soins de qualité pour les femmes et les jeunes. Dans toutes les publications, les services de communication des deux organisations s'efforcent de pratiquer une écriture inclusive en matière de genre et d'éviter les stéréotypes.

L'environnement (E2) est une thématique qui nous touche également beaucoup. MSV et Memisa prennent des mesures ciblées ayant un impact positif sur l'environnement/le climat pour les programmes « Sud » ; notamment en termes d'énergies renouvelables dans les constructions, la gestion des déchets biomédicaux, les achats locaux ou de compensation de l'empreinte carbone de l'action. Dans le cadre du programme Belgique, nous veillerons à informer et sensibiliser nos publics-cibles à cette thématique. L'expertise spécifique de MSV sur les choix durables (des dons) d'équipement sera exploitée dans le nouveau programme. Nous prendrons également en considération l'impact environnemental de nos actions avec un équilibre bien réfléchi entre formations en présentiel et par visio-conférence. Dans les messages/rapports/publications une priorité sera donnée aux versions électroniques/messages en lignes.

Sur la décolonisation et la diversité (F2) : de par les publics que nous rencontrons sur nos différents projets de terrain, nous avons une attention particulière pour cette approche anti-raciste et décoloniale. Notre mouvement sera formé et sensibilisé. Grâce à la collaboration avec IYAD et son réseau de diaspora, nous pouvons profiter d'un point de vue plus divers sur nos activités. Nous allons nous faire accompagner par ces organisations de la diaspora pour contribuer à corriger ces déséquilibres et injustices.

Description of Efficiency

1. Efficacité suite aux synergies de Memisa et MSV, et de MdM

L'approche de coopération étroite entre nos trois organisations MSV, Memisa et MdM et la complémentarité géographique permet de profiter des économies d'échelle au niveau des initiatives d'information, de sensibilisation et de mobilisation de notre groupe cible. Mais aussi au niveau du renforcement des compétences de notre mouvement, nous partageons nos expertises et mettons à disposition nos contenus. Quant à l'appui aux plateformes et groupes de travail, nous assurons une répartition selon nos spécificités et veillons à passer l'information entre nous par la suite. Au niveau des actions de plaidoyer directes, MdM prendra le lead. Le partage de dossiers de plaidoyer contribue à leur diffusion plus large.

2. Efficacité du budget de Memisa et MSV

La budgétisation est basée sur l'expérience des programmes précédents, ce qui rends optimal les estimations des coûts.

Résultat 1. Renforcement du mouvement, plus en particulier des ambassadeurs.

Budget Memisa : € 165.833 (35.8%) ; Budget MSV : € 112.722 (41%)

Ce budget sera utilisé pour la formation et l'encadrement des volontaires, plus en particulier du groupe d'ambassadeurs et pour la mise à disposition d'une boîte à outils.

Ensemble, nous mettrons en place un « trajet d'ambassadeurs » permettant aux volontaires de mutualiser leurs connaissances, à ne pas perdre cette vision d'acteurs du changement et à leur permettre de la déployer.

Memisa assure, dans le cadre du volet Hôpital pour Hôpital, la préparation et l'orientation des volontaires qui partent en mission d'immersion et appuie leurs actions de sensibilisation à leur retour du terrain. La facilitation des échanges d'expériences et de bonnes pratiques entre groupes de travail d'hôpitaux solidaires est également prévue.

MSV assure la facilitation des échanges d'expériences et de bonnes pratiques entre groupes de travail et les associations professionnelles belges et du Sud global au travers une plateforme digitale.

L'appui à IYAD se trouve également à ce niveau pour leur contribution au renforcement du mouvement.

Résultat 2. La sensibilisation et mobilisation des professionnel.le.s de la santé.

Budget Memisa: € 163.333 (35.3%) ; Budget MSV: € 87.959 (32%)

Ce budget servira à soutenir les activités d'information, de sensibilisation et de mobilisation du mouvement et des ambassadeurs.

Du point de vue « financier », le recours à des ressources humaines « volontaires » permet de réaliser un ensemble important d'initiatives avec un budget limité. Evidemment, même si nous ne devons pas les payer, nous veillons toujours à une mise à profit efficiente de cet apport de ressources humaines volontaires. Le programme de renforcement de compétences et l'encadrement des volontaires sont essentiels à cet égard (R1).

Nous avons décidé de diminuer le nombre de campagnes communes afin de maximiser l'impact des campagnes que nous souhaitons mener envers notre public cible. Celles-ci seront également plus en lien avec l'actualité et l'agenda politique. Le budget dégagé est utilisé pour le développement d'un éventail d'outils de communication et de sensibilisation pour soutenir les actions des ambassadeurs.

Résultat 3. Développement d'expertise, création d'alliances et plaidoyer.

Budget Memisa : € 125.833 (27%) ; Budget MSV: € 74.692 (27%)

Ce budget représente le renforcement et l'appui aux plateformes (ea PASS) ainsi que l'appui aux activités de plaidoyer.

3. Synergies de type organisationnel et logistique

- En termes de ressources humaines les ACNG mettent à profit de l'outcome commun les capacités suivantes :

MdM : MEAL

Memisa : le service de communication

MSV : la conseillère santé publique et le coach réseau MSV

- Les salles de réunion des trois organisations sont librement disponibles.
- Memisa, MSV et MdM organiseront ensemble l'évaluation externe intermédiaire et finale.

Description of the expected Impact

Notre outcome a pour but de participer à la réalisation du changement ultime attendu en 2026. En effet, nous sommes convaincu.e.s que, si notre mouvement parvient à sensibiliser et mobiliser une grande partie des professionnel.le.s de la santé, l'assise sociétale en faveur de l'accès aux soins de santé de qualité pour toutes et tous sera beaucoup plus grande, aura plus de poids et permettra d'influencer durablement les décideurs politiques (notre outcome). Et en étant influencés par cette large base sociale, les décideurs politiques prendront en compte nos recommandations, renforceront la solidarité internationale et mettront à l'agenda l'amélioration d'un accès mondial aux soins de qualité pour toutes et tous par des efforts ciblés et durables (notre changement ultime).

L'accès mondial à des soins de santé de qualité et la mise en place d'une couverture santé universelle passent forcément par un changement de comportement de nos décideurs politiques, c'est pourquoi, au travers de notre programme, nous voulons mieux outiller et sensibiliser les décideurs politiques (R3).

Pour influencer les décideurs politiques, il faut que la société civile (le plus grand nombre) joue un rôle de lobby et mette la pression sur ces décideurs. Au travers d'actions de mobilisation, notamment pour attirer l'attention des décideurs. C'est pourquoi, nous voulons, avec notre mouvement, sensibiliser et mobiliser le plus grand nombre de professionnel.le.s de la santé.

Pour atteindre les professionnel.le.s de la santé et les décideurs politiques, il va de soi que les médias, traditionnels et sociaux seront nos alliés. C'est pourquoi, nous mènerons des grandes campagnes d'information et de sensibilisation vers notre groupe cible principal ainsi que vers le public de patients et visiteurs des hôpitaux solidaires (R2).

Description of Sustainability

L'attention pour la durabilité est déjà très explicite dans la formulation des résultats du programme. Les messages que nous communiquons et les recommandations / politiques que nous propageons seront chaque fois testés sous l'angle de la durabilité. Nous voulons contribuer à des solutions durables pour concrétiser le droit à la santé pour tous, à travers des améliorations progressives, concrètes et tangibles.

De plus, la stratégie d'intervention qui s'appuie sur les ambassadeurs, dont les connaissances et compétences ont été développées, est durable. Ces compétences restent utiles dans la durée pour les actions futures auprès des professionnel.le.s de la santé.

Nous réunissons nos forces et maximisons notre complémentarité pour la mise en place du trajet d'ambassadeurs. Ce trajet renforcera les ambassadeurs tant au niveau du contenu relatif à la santé qu'au niveau des techniques de communication et sensibilisation. Ainsi nous amènerons nos ambassadeurs au niveau le plus élevé - niveau 5 de « multiplier/owner » selon la pyramide d'engagement de Gideon Rosenblatt - ce qui assurera la durabilité de cette action. Par ailleurs les ambassadeurs sont des paires de notre groupe cible principal- les professionnel.le.s de la santé. Comme indiqué dans la publication de Rosenblatt, des relations deviennent de plus en plus essentielles à la réussite des actions de sensibilisation et de mobilisation.

Nous attachons beaucoup d'importance à créer, par nos actions, un réseau de professionnel.le.s de la santé informé et sensibilisé qui permettra la durabilité de notre message et aura un impact sur les décideurs politiques de par le poids qu'ils représentent. (Voir la TOC)

Afin de nous assurer que nos actions de renforcement de capacité sont qualitatives et durables, nous veillerons à évaluer chaque activité.

Le souci de durabilité implique aussi la prise de conscience que le « droit à la santé » ne coule pas de source. La communauté internationale (en ce qui nous concerne, en commençant par la communauté belge) doit prendre conscience que des efforts continus sont et resteront nécessaires. Il est question donc de continuer à s'investir pour maintenir l'assise sociétale et politique pour de tels efforts. D'où l'intérêt à renforcer notre mouvement et créer des alliances durables qui puissent (au moins en grande partie) s'appuyer sur des dynamiques internes de motivation, de maintien et d'extension.

Description of the Partnership Strategy

De manière générale, Memisa et MSV fondent leur stratégie d'intervention sur le partenariat.

Forts de l'expérience des 5 dernières années, MdM, MSV et Memisa contribueront ensemble à la réalisation des 3 résultats. Tout en gardant nos spécificités propres, nous travaillerons de manière rapprochée et intégrée sur le renforcement des capacités de notre mouvement et veillerons à profiter de l'expertise des uns et des autres. Par exemple, MdM sera leader au niveau du plaidoyer, MSV a une large expertise de collaboration et renforcement mutuel de capacités entre experts en santé et leurs associations de Belgique et dans le Sud global et Memisa avec son large réseau d'hôpitaux solidaires et une expérience certaine quant à la sensibilisation de ce type de public.

Ayant de plus en plus de zones d'interventions communes, les synergies développées en Belgique entre les 3 partenaires de l'outcome commun pourront également être utiles au « Sud ».

Afin de respecter la définition du glossaire et notre compréhension des différents termes, nous avons inclus MdM dans la partie collaboration/synergie avec des acteurs belges de la coopération, même s'il s'agit également d'un partenariat.

Le réseau des hôpitaux solidaires

Le volet "Hôpital pour Hôpital" (HPH) de Memisa, créé des liens entre des hôpitaux solidaires belges et le programme Memisa au « Sud ». Il existe des liens de longue durée entre certains hôpitaux belges et une zone de santé en RD du Congo. Pour d'autres nouveaux partenariats des liens plutôt thématiques sont envisagés. Ce type de partenariat entre « Nord et Sud » vise l'échange et l'apprentissage mutuel entre professionnel.le.s de santé belges et du Sud. Grâce aux échanges, les hôpitaux solidaires et leurs volontaires se rendent bien compte des global inégalités dans l'accès aux soins de qualité. Le réseau HpH devient ainsi partenaire clé de Memisa pour la diffusion des messages de sensibilisation.

Lorsque les visiteurs ou patients sont confrontés à devoir se rendre à l'hôpital, ou pour les collaborateurs dans le cadre de leur travail, ils ont l'occasion de se rendre compte de l'importance de l'accès aux soins de santé. C'est pourquoi nous saisissons ce moment pour informer et sensibiliser aux inégalités qui existent et aux droits de chaque être humain de bénéficier d'un accès à des soins de qualité selon ses besoins.

Au cours des dernières années, les hôpitaux belges se sont de plus en plus regroupés changeant alors le paysage médical belge. Cette évolution est une opportunité de développer et d'élargir le réseau d'hôpitaux solidaires autour d'une thématique commune : la solidarité internationale et plus spécifiquement l'accès aux soins de qualité pour toutes et tous. Cette nouvelle dynamique nous permettra d'autre part de renforcer les échanges entre les volontaires et d'intégrer les expériences respectives. Créant ainsi un réseau solidaire de volontaires actifs constituant le noyau des futures activités de mobilisation et d'information (selon un mode de co-création) au sein du programme Belgique.

Sur le plan organisationnel, les hôpitaux belges bénéficient également du réseau HpH. Ils s'efforcent de fournir des soins accessibles et abordables dans leur propre contexte. Ils sont des acteurs sociaux qui aspirent à renforcer la solidarité et le soutien au sein de la communauté. A travers leur participation au réseau solidaire de Memisa, ils s'engagent en faveur d'un accès universel à des soins de santé de qualité, aussi dans les pays du « Sud », et donnent une dimension plus large à leur mission en faveur des soins de santé.

MSV de son côté compte mettre en place des partenariats avec des associations professionnelles en santé dans lesquelles leurs volontaires sont actifs. Ils auront un effet multiplicateur dans le partage des messages de sensibilisation et dans la suscitation de l'engagement des décideurs politiques.

Description of Synergies

L'outcome Belgique se place dans le cadre du programme commun #Health4All de Memisa, MSV et Chaîne de l'Espoir Belgique, et du programme MdM (programme distinct, outcome commun).

Synergie entre Memisa/MSV et MdM

La coopération entre MdM, Memisa et MSV restera étroite et cela pour l'entièreté du programme. La synergie entre nos trois organisations a déjà fait ses preuves par le passé (dépassant même le cadre du programme lors de la pandémie COVID-19) et se poursuit : notamment autour de la conception de ce nouveau programme : la ToC et le Cadre Logique qui sont en grande partie communs en témoignent.

Des synergies apparaîtront dans différents domaines :

- un processus d'apprentissage réciproque continu
- la constitution et l'accompagnement d'un groupe d'ambassadeurs commun
- des économies d'échelle pour le développement de compétences des volontaires
- la constitution d'une communauté plus grande, dynamique et enthousiasmante de volontaires
- une perméabilité et un enrichissement réciproque entre les volontaires des 3 organisations et leur participation dans un réseau solidaire commun
- des synergies et économies d'échelle pour la préparation et la réalisation commune de campagnes d'information/sensibilisation et des initiatives de plaidoyer
- une très bonne couverture de la Belgique en mettant à profit la complémentarité de la présence / couverture géographique actuelle des trois organisations
- la mise à profit de la complémentarité des réseaux d'appui des trois organisations afin d'obtenir une grande résonance des initiatives communes
- une voix concertée et une influence commune plus grande dans des forums plus larges
- des mécanismes de poursuite des résultats en fonction des spécificités de chaque organisation.

Synergie Memisa/MSV et Plate-forme d'Action Santé & Solidarité (PASS)

PASS est une plate-forme de syndicats, de mutuelles de santé, d'ONG et des représentants d'universités qui luttent pour une politique de santé progressiste et égalitaire en Belgique, en Europe et dans le monde. Ses objectifs spécifiques sont : 1) Faire des analyses critiques de la politique de santé, y compris les déterminants politiques et sociaux de la santé ; 2) Informer, sensibiliser et mobiliser la population et les professionnel.le.s de la santé sur les conséquences de la politique néolibérale sur la santé, y compris sur l'ensemble des mesures de protection sociale et des services publics ; 3) Apporter des changements concrets sur le terrain en proposant des alternatives, en influençant les décideurs politiques et en agissant. Les actions de la Journée d'action européenne contre la commercialisation des soins de santé (7 avril) en sont un exemple. Depuis son lancement en 2016, le réseau a été élargi avec des acteurs nationaux et européens, et il a été décidé de renforcer cette initiative et de la faire grandir chaque année.

Dans le cadre de leurs activités de plaidoyer, MSV et Memisa appuient la plateforme d'Action Santé et Solidarité (PASS). Ils mettent à profit leur expertise et contribuent financièrement à son fonctionnement.

Memisa est un membre actif du groupe de travail (GT) sur les déterminants internationaux de la santé (GT co-géré par Be-cause Health). MSV vise à devenir membre.

Dans son travail politique, le GT se concentre sur trois thèmes : 1) la réalisation du droit à la santé dans le monde, en lien avec l'approche basée sur les droits humains, y compris la poursuite de la couverture sanitaire universelle ; 2) les mécanismes de financement des systèmes de santé et le renforcement des systèmes de protection sociale ; 3) la décolonisation de la coopération médicale au développement.

Synergie Memisa/MSV et International Youth Association for Development (IYAD)

La mission principale de l'asbl IYAD est d'intégrer des soins palliatifs dans les systèmes de santé existants en RD du Congo. Cette mission exige de faire de la sensibilisation tant en RD du Congo qu'en Belgique. En tant que professionnel.le.s de santé issus de la diaspora, ils connaissent les deux systèmes de santé (RD du Congo et Belgique) mieux que quiconque. Nous ferons appel à l'expertise de IYAD pour l'élaboration des formations et sur le système de santé en RDC et la trajectoire de soins des patients. Ils contribueront au débat sur la décolonisation des soins de santé. IYAD sera impliqué dans le développement des campagnes de sensibilisation et la définition des thèmes de plaidoyer et ils contribueront au contenu des dossiers.

Avec nos actions d'information, de sensibilisation et de mobilisation, nous souhaitons donner au maximum la parole aux personnes concernées par le message et véhiculer une vision d'empowerment. Par le biais de IYAD nous comptons toucher un public plus divers, actif dans le secteur de la santé et créer des ponts avec notre public 'traditionnel'.

Synergie avec Chaîne de l'Espoir Belgique (CDE)

CDE Belgique est partenaire du programme commun en RD du Congo et au Bénin. Pour le programme Belgique de MSV, MdM et Memisa, CDE est un partenaire stratégique dans l'ECMS. Les volontaires-experts CDE seront invités à participer aux formations et ateliers organisés par MSV/MdM/Memisa. Par le biais du réseau CDE de volontaires et d'hôpitaux belges, les messages d'information et de sensibilisation atteindront d'autres professionnel.le.s de la santé. Cela permettra donc une couverture plus large du programme.

Synergie avec d'autres acteurs

Memisa et MSV, ensemble avec MdM, utilisent leur complémentarité pour contribuer activement aux forums plus larges, en se concentrant sur les aspects où ils offrent le plus de valeur ajoutée. Les trois organisations assumeront leur rôle, à différents niveaux, dans ces plateformes. En outre, elles fourniront à ces plateformes l'expertise nécessaire pour qu'elles puissent à leur tour peser dans la prise de décision politique et surtout que tous ensemble, nous ayons plus de poids dans la balance.

En outre, nous participons au 'ledenoverleg' campagne et communication de 11.11.11 et contribuons activement aux initiatives de 11.11.11/ CNCD-11.11.11 promouvant les Objectifs du Développement Durable. Ce faisant, nous nous concentrons sur l'ODD 3 et plaçons nos messages et recommandations politiques explicitement dans ce cadre.

Au niveau de la plateforme Be-Cause Health, nous sommes membres actifs de plusieurs groupes de travail : Qualité des médicaments, Santé sexuelle et reproductive, Santé mentale et Déterminants internationaux de la santé, ea. Memisa préside actuellement la plateforme.

Nous voyons plusieurs organisations auxquelles nous pouvons faire appel pour mettre en avant le LNOB et le genre, comme les organisations à but non lucratif Ella (genre et ethnicité),

TOTAL OPERATIONAL COSTS FOR THE OUTCOME	2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL

Description

Le budget se trouve dans les annexes au niveau du programme, dans le document XLS unique, comme indiqué. Le budget de Memisa pour cinq ans est de 462 500 €:

- 44% (205 000 €) pour les coûts de fonctionnement, répartis entre le renforcement des capacités des volontaires (trajet d'ambassadeurs et certaines formations générales), la préparation et l'orientation avant, pendant et après les voyages d'immersion pour les volontaires des hôpitaux solidaires et les conférences pour les professionnels de la santé (et étudiant.e.s). En outre, une partie du budget est affectée à la conception et mise en œuvre d'activités d'information et de sensibilisation (boîtes à outils pour ambassadeurs et campagnes), et d'activités de lobbying. Trois mille euros sont destinés à la collaboration avec PASS (2000 €) et avec IYAD (1000 €).

- 54% (250.000 €) pour les frais de personnel des 2 collaborateurs (70% et 30% FTE) qui mettent en œuvre le programme Belgique. Ils relèvent du département Projets et du service de Communication. Ils accompagnent les hôpitaux solidaires et leurs groupes de travail dans leurs activités éducatives. Memisa met à disposition du programme Belgique une expertise médicale de santé publique pour l'accompagnement technique des directions des hôpitaux solidaires belges et en appui technique aux activités d'information et de sensibilisation en santé et droits sexuels et reproductifs.

- Moins de 2% (7 500 €) du budget est prévu pour des investissements tels qu'un ordinateur et du petit matériel de bureau pour permettre la mise en œuvre des activités. Il est à noter que le programme utilise l'infrastructure générale des bureaux de Memisa, de sorte que les coûts supplémentaires d'infrastructure restent hors du budget du programme.

Une partie de ce budget est dépensée pour des activités qui relèvent des "soins de santé pour tous", le réseau fédérateur de MSV, MdM et Memisa. Pour les activités communes, les coûts sont répartis entre les trois organisations selon des clés de répartition convenues d'un commun accord.

Contacts**Contact details for the outcome's ANGC reference person in Belgium**

Name :	Hilde Buttiens
Telephone :	+32 2 4541754
Email :	hilde.buttiens@memisa.be

Contact details for the outcome's ANGC reference person or their representative in the field

Organization :	Memisa-Belgique
Name :	Hilde Buttiens
Telephone :	+32 2 4541754
Email :	hilde.buttiens@memisa.be

Mandatory annexes classified by outcome

File

List of partnerships/cooperative for the outcome**List of partnerships for the outcome**

Acronym HpH

Full name Hôpitaux solidaires

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0 euro					

List of cooperative partnerships for the outcome

Acronym IYAD

Full name International Youth Association for Development

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
1.000 euro	5.000 euro				

Acronym PASS

Full name Plateforme d'Action Santé et Solidarité

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
2.000 euro	10.000 euro				

Outcome budget**T4 - Operational costs**

HEADINGS	2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL

TOTAL OPERATIONAL COSTS FOR THE OUTCOME	2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL

Description

Le budget de MSV pour 5 ans est de 275.373 €:

- 30% (83.789€) pour les coûts de fonctionnement, répartis entre le renforcement des capacités des volontaires (trajet d'ambassadeurs et certaines formations générales), les conférences pour les professionnel.le.s de la santé (et étudiant.e.s). En outre, une partie du budget est affectée à la conception et mise en œuvre d'activités d'information et de sensibilisation (boîtes à outils pour ambassadeurs et campagnes), et d'activités de lobbying. 2000 € sont destinés à la collaboration avec PASS et avec IYAD.
- 67% (183.620 €) pour une partie des frais de personnel de 3 collaborateurs qui mettent en œuvre le programme Belgique. Il s'agit d'une responsable communication, de la conseillère santé publique et du responsable réseau. Ils accompagnent les volontaires dans leurs activités éducatives, dans les échanges entre pairs pour le renforcement de capacité mutuelles, contribuent à l'élaboration de matériel de communication (e.a. boîte à outils et campagnes) et mettent à disposition du programme Belgique leur expertise médicale de santé publique pour l'appui technique aux activités d'information et de sensibilisation en santé. MSV met à disposition son expertise sur les choix durables de matériel médical et d'infrastructure ainsi que le soutien du département communication dans l'élaboration du matériel de communication / des campagnes.
- 3% (7.964 €) du budget est prévu pour contribuer à la création d'une plateforme digitale qui facilitera l'interaction entre les groupes de travail et les associations professionnelles de santé belges et du Sud global.

Une partie de ce budget est dépensée pour des activités qui relèvent des "soins de santé pour tous", le réseau fédérateur de MSV, MdM et Memisa. Pour les activités communes, les coûts sont répartis entre les trois organisations selon des clés de répartition convenues d'un commun accord.

Contacts**Contact details for the outcome's ANGC reference person in Belgium**

Name :	Isabelle Wolff
Telephone :	+32 15 400 888
Email :	isabelle.wolff@msv.be

Contact details for the outcome's ANGC reference person or their representative in the field

Organization :	Médecins Sans Vacances
Name :	Anne-Sophie Bruylants
Telephone :	+32 15 400 888
Email :	anne-sophie.bruylants@azv.be

Mandatory annexes classified by outcome

Title of the annex	Type of document	File
Projet de convention de collaboration Memisa-MSV-IYAD	Collaboration Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Projet%20de%20convention%20de%20collaboration%20MSV-Memisa-IYAD.docx
Projet de convention de collaboration Memisa-MSV-PASS	Collaboration Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Projet%20de%20convention%20de%20collaboration%20MSV-Memisa-PASS.doc
Fiche signalétique collaboration avec IYAD	Fact sheet per collaboration	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Fiche%20signal%C3%A9tique%20collaboration%20IYAD.docx
Fiche signalétique collaboration avec PASS	Fact sheet per collaboration	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Fiche%20signal%C3%A9tique%20collaboration%20PASS.docx

List of partnerships/cooperative for the outcome**List of partnerships for the outcome****Budget available**

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL

List of cooperative partnerships for the outcome

Acronym IYAD

Full name International Youth Association for Development

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
1.000 €	1.000 €	1.000 €	1.000 €	1.000 €	5.000 €

Acronym PASS

Full name Plateforme d'Action Santé et Solidarité

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
1.000 €	1.000 €	1.000 €	1.000 €	1.000 €	5.000 €

Projet de renforcement de la société civile dans le système de santé en Mauritanie

Contacts

Contact details for the outcome's ANGC reference person in Belgium

Name :	Hilde Buttiëns
Telephone :	+32 2 4541754
Email :	hilde.buttiens@memisa.be

Contact details for the outcome's ANGC reference person or their representative in the field

Organization :	APSDN – Association pour la Promotion de la Santé Dar Naïm (pour Memisa: à recruter)
Name :	Fatimata Diop Oumar
Telephone :	+222 46 58 59 41
Email :	famadiop2008@yahoo.fr

Author information

Lead NGO/Owner :	MEMISA
Name of accredited actor	Memisa België

General

Title of the outcome – French or English (mandatory) :	Projet de renforcement de la société civile dans le système de santé en Mauritanie		
IATI activity identifier :	BE-BCE_KBO-0435563751-prg2022-6-MR		
Outcome start date :	01-01-2022		
Outcome end date :	31-12-2026		
Country of intervention :	Mauritania		
Region :	Western Africa, regional		
Sector :	12220 - Health - Basic health care	Budget share :	31%
Sector :	12230 - Health - Basic health infrastructure	Budget share :	31%
Sector :	12281 - Health - Health personnel development	Budget share :	26%
Sector :	13020 - Reproductive Health & rights - Reproductive health care	Budget share :	13%

Other CSOs/IAs involved

Non (mais MoU avec IMT Anvers pour le suivi scientifique, et collaboration prévu avec Enabel sur un financement complémentaire EU - voir collaborations)

Geographic location of the outcome's intervention zone

Dar Naïm

Lat/Long :	18.114247595616, -15.958458515004
------------	-----------------------------------

Sebkha

Lat/Long :	18.085572135884, -16.016533495904
------------	-----------------------------------

Bababé

Lat/Long :	16.346146456091, -13.951520838028
------------	-----------------------------------

Boghé

Lat/Long :	16.611590842751, -14.280188210339
------------	-----------------------------------

Aleg

Lat/Long :	17.058589323021, -13.913926927627
------------	-----------------------------------

Outcome summary

Description of the outcome

L'intervention vise à ce que la population, femmes et hommes à tout âge, dispose des services de santé de qualité. En collaboration étroite avec Enabel qui assure l'appui au Ministère de Santé et le développement d'une assurance maladie et avec l'IMT Anvers qui assure le suivi scientifique, l'action de Memisa se focalise sur le renforcement des structures de santé et de leur personnel dans 5 districts sanitaires. Dans 2 districts à Nouakchott, un modèle de centre de santé urbain offrant des soins intégrés et multidisciplinaires sera développé, ensemble avec la société civile locale.

Les champs d'action consistent principalement en:

- Renforcer la qualité du paquet de soins de santé primaires offert (Postes et centres de santé)
- Renforcer les approches concernant la santé mentale, les maladies non transmissibles et les soins 'techniques' tels que les soins dentaires et ophtalmologiques
- Appuyer la normalisation des infrastructures et équipements par niveau de soins et par population couverte
- Renforcer les compétences théoriques et pratiques du personnel de santé, spécifiquement sur la santé sexuelle et reproductive
- Assurer le même accès et les mêmes droits aux soins de santé pour toute personne indépendamment du genre
- Appuyer l'assurance maladie volontaire dans ses efforts de mobilisation sociale au niveau des communes et auprès des patients individuels
- Renforcer les capacités managériales des équipes cadres de districts
- Promouvoir des applications digitales dans l'organisation des soins

Le partenaire de la société civile de Memisa (APSDN – Association pour la Promotion de la Santé Dar Naïm) sera accompagné pour devenir financièrement et techniquement autonome à la fin du programme, avec sous sa responsabilité la gestion des centres de santé urbains privés à finalité publique, intégrés dans le système de santé local. L'APSDN sera membre de l'équipe cadre afin de maintenir le partenariat entre les formations sanitaires privées, contractées, et le Ministère.

Wording of the outcome

Améliorer et rendre plus équitable l'accès aux soins de santé de qualité en ligne avec les objectifs du Plan national de développement Sanitaire et de la Stratégie nationale de protection

sociale, pour la population des 5 districts sanitaires ciblés, et spécifiquement pour les personnes les plus vulnérables. Le programme se focalise sur l'amélioration de l'offre de soins en intégrant la société civile locale dans l'organisation de la couverture sanitaire publique.

Target groups

la population cible des districts sanitaires concernées par l'action : la population de Sebkha, Dar Naïm (Nouakchott) et de Bababé, Boghé et Aleg (Aleg)
 le personnel sanitaire du district sanitaire de Sebkha, Dar Naïm, Bababé, Boghé et Aleg
 les autorités sanitaires décentralisées: Médecins chef et équipes cadres des 5 districts concernés, DRAS des 3 régions concernées.
 le partenaire de la société civile, l'Association pour la promotion de la Santé Dar Naïm (APSDN)

Sensitive and confidential information

pas d'objet

Categorization: Sustainable Development Goals

SDG :	Goal 3. Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages	SDT :	Achieve universal health coverage, including financial risk protection, access to quality essential health-care services and access to safe, effective, quality and affordable essential medicines and vaccines for all
SDG :	Goal 5. Achieve gender equality and empower all women and girls	SDT :	Ensure universal access to sexual and reproductive health and reproductive rights as agreed in accordance with the Programme of Action of the International Conference on Population and Development and the Beijing Platform for Action and the outcome documents of their review conferences

Markers & Tags

1. Gender Equality :	2
2. Aid to Environment :	1
3. Participatory Development / Good Governance :	2
4. Trade development :	0
5. Biodiversity :	0
6. Climat Change - Mitigation :	0
7. Climat Change - Adaptation :	0
8. Desertification :	0
9. RMNCH - Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health :	2
10. HIV / AIDS :	1
11. Children's Rights :	1
12. Disability :	0
13. Nutrition :	0

1. D4D - Better use of big data :	No
2. D4D - Digital for inclusive society :	Yes
3. D4D - Digital for inclusive and sustainable economic growth :	No
4. Private Sector Development :	Yes
5. Health - Sexual and reproductive health :	Yes
6. Health - Quality medicines :	Yes
7. Health - Health financing and Universal Health Coverage :	Yes
8. Refugees :	No
9. Covid-19 :	Yes

Categorization: Positioning with regard to the objectives of Belgian Development Cooperation, described in its strategy papers

Children's rights

L'outcome du programme « Health4All » en Mauritanie s'aligne aux objectifs de la note stratégique portant sur le droit des enfants, en particulier dans le secteur de la santé, dans lequel le programme développe son intervention, en s'attachant particulièrement aux enfants et aux mères. Nous œuvrons pour que les enfants aient accès à des soins de santé de qualité. Premièrement, en termes de protection nous avons pour mission de protéger les enfants, cela inclu le plaidoyer afin d'encourager les autorités et partenaires de veiller à que les enfants soient protégés contre la stigmatisation, discrimination et pratiques nocives envers les enfants. À travers l'appui à l'assurance maladie volontaire, nous appuyons un système de protection sociale qui protège l'accès financier à la santé des enfants de chaque ménage. Deuxièmement, en termes de prestations nous œuvrons pour garantir aux enfants l'accès aux services de santé. Nous appuyons les centres et postes de santé en équipements et en renforcement de capacités (formation continue) afin d'améliorer la disponibilité et la qualité des services de santé pour les enfants, et ainsi contribuer à la diminution des taux de mortalité infantile et maternelle ; ainsi qu'à la prévention de la transmission VIH/SIDA de la mère à l'enfant. L'approche centrée sur le patient est privilégiée dans la formation continue des prestataires, afin d'assurer le droit des enfants à disposer d'informations appropriées sur leur santé, leur santé sexuelle et reproductive et sur leurs droits en matière de santé. Enfin, sur la participation, nous œuvrons à donner la parole aux enfants. Cela encourage à garantir le droit des enfants à exprimer leur opinion en matière de santé et, de manière générale, à garantir leur liberté d'expression et libre-examen.

Environment and climate change

Notre programme s'aligne à plusieurs objectifs de la note stratégique. Nous avons développé un outil d'intégration environnementale adapté à notre action qui nous permettra de mettre en œuvre cet alignement sur la protection des eaux, terres et air, ainsi que le changement climatique. Nous nous alignons directement au point 4.1.3 de la note stratégique ainsi qu'à la cohérence des politiques. Nous appuyons bien entendu le tri différencié des déchets médicaux et non médicaux dans les structures sanitaires, mais notre action ne s'arrête pas là. En effet, notre programme veille à rester cohérent dans ses politiques en faveur du développement. Nous compensons les émissions de CO2 de nos voyages internationaux et avons un label « CO2 Logic ». Lors des constructions ou réhabilitations de centres de santé, des systèmes de récolte d'eau de pluie et des panneaux solaires seront installés, tant pour des raisons environnementales que pour faciliter l'accès à l'eau et à l'électricité. Nous portons également une attention particulière à l'évacuation des eaux usées et des déchets afin d'éviter la contamination des eaux et des sols. Afin de limiter l'impact du transport de biens, lorsque c'est possible, nous favorisons les achats locaux. Nous porterons une attention particulière à la maintenance (préventive et curative) des équipements médicaux pour éviter les déchets. Un accompagnement du partenaire et des structures sanitaires est organisé afin qu'ils mènent des campagnes de prévention et sensibilisation de la population sur l'environnement tant dans les sphères privées que publiques.

Gender

Le projet proposé contribue directement et spécifiquement sur une des priorités de la DGD, notamment la santé et droits sexuels et reproductifs, avec la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale et le droit à la contraception. Non seulement le projet agira sur l'organisation de ces soins et leur qualité spécifiquement (p.ex. création de maternités de quartier en ville), mais il interviendra également sur la gestion des consommables (eg. la disponibilité des contraceptifs jusqu'aux points de distribution, la transfusion sanguine). Le projet aura également une attention particulière pour la prévention et la réparation des fistules obstétricales, liées à des accouchements problématiques négligés. Ces femmes, souvent exclues de leur environnement social à cause du stigma autour de cette condition, peuvent ainsi regagner leur dignité et leur vie sociale. L'adhésion obligatoirement en famille (pas individuel) à l'AMV, protégera les femmes (et leurs enfants) parce qu'elles bénéficieront ainsi inévitablement autant de l'assurance que les hommes.

L'AMV permettra également aux femmes de se comporter de façon plus autonome, puisqu'elles dépendront beaucoup moins de la volonté de leurs maris pour accéder aux soins et à la contraception.

L'accès à une bonne santé reproductive et sexuelle permet un empowerment social et économique des femmes. L'utilisation de la contraception est un indicateur retenu par le projet, démontrant qu'un résultat spécifique est lié à la défense des droits des femmes.

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 lors des consultations et traitements.

Digitalization - Digital for Development D4D

Le Programme s'aligne aux trois objectifs de la note sur la Numérisation, et spécifiquement sur :

La meilleure utilisation des mégadonnées

Les mégadonnées : alignement au DHIS2 utilisé par le système national d'information sanitaire (SNIS) qui permet d'enregistrer, de cartographier et d'évaluer les actions. Le DHIS2 engendre la compatibilité, la comparabilité (validité/fiabilité) ainsi que l'unité et la qualité des données de santé publique tant aux niveaux national qu'international.

Les données ouvertes : Les données susmentionnées sont rendues publiques.

Le numérique pour des sociétés inclusives

Inclusion démocratique : Les données de santé publique susmentionnées permettent des statistiques qui renforcent le droit des citoyens grâce à la documentation et le maintien de statistiques sur les soins leur ayant été apportés.

Inclusion financière et économique : Memisa favorise la numérisation par un accent particulier sur la digitalisation des outils bancaires (internet) et financiers (Cloud), permettant un cercle vertueux de productivité accrue et un gain de temps et d'argent de par le monde. Simultanément, l'amélioration et l'apprentissage constants en émanant renforcent le savoir-faire financier et économique de tous les intervenants.

Égalité d'accès à des services de base de qualité : Memisa promeut l'informatisation de la gestion des stocks de médicaments, améliorant la disponibilité en médicaments. Renforcées par le DHIS2 susmentionné, la cartographie et la gestion numérisée de nos actions favorisent une mobilisation des ressources plus pertinente tout en assurant leur qualité.

L'APSDN utilise le logiciel SAGE non seulement pour la gestion de la comptabilité mais également pour la gestion des ressources humaines et de la pharmacie.

Health

L'intervention s'aligne à tous les objectifs de la note politique sur le droit à la santé et aux soins de santé, addendum sur la couverture universelle et à la note politique sur SRHR.

Les différentes approches de la note politique « Le droit à la santé et aux soins de santé » sont considérées dans notre approche sectorielle : à travers les voies de l'offre et de la gouvernance, nous renforçons le système de santé de manière systémique à différents niveaux de la pyramide sanitaire et pour différents groupes d'acteurs (autorités sanitaires publiques et organisations de la société civile). Nous partageons également l'analyse sur les défis du système de soins de santé, autour desquels nous avons construit notre action : (1) la qualité des ressources humaines en santé (2) faible qualité et utilisation limitées des services, (3) disponibilité des produits pharmaceutiques et (4) Sous-estimation de l'impact d'importantes maladies.

À propos de la note politique sur SRHR, notre programme se construit sur les mêmes principes de base, à savoir l'approche des droits humains, l'approche globale et positive de la sexualité/procréation et le droit à la santé et aux soins de santé pour tous et toutes. À travers nos actions, nous outillons et travaillons en collaboration avec nos partenaires et groupes-cibles à l'intégration des soins de santé sexuelle et reproductive dans les soins de santé généraux et dans la lutte contre les violences sexuelles.

Au niveau de la couverture santé universelle (CSU), nous agissons surtout sur l'amélioration de la disponibilité et de la qualité de l'offre de soin, ce qui appuie directement le développement de l'assurance maladie volontaire subsidiée, qui fait partie de la stratégie nationale de CSU, appuyée par Enabel (accompagner la construction d'un paquet de services couverts par la CSU qui corresponde aux besoins sanitaires de la population). Ainsi, ensemble avec Enabel et l'IMT, nous agissons sur les trois axes de la CSU.

Private sector

Le programme Health4All de Memisa-MSV-CDEB est un programme du renforcement du système public de santé. Il n'a pas pour vocation ou ambition de contribuer au développement du secteur privé ou de faire la promotion des Petites et Moyennes Entreprises.

Toutefois, dans le secteur de santé, plusieurs acteurs (publics, privés à but lucratif et privés à but non-lucratif) interagissent en permanence. Il est donc pertinent de souligner que le programme s'aligne bien à la priorité opérationnelle de renforcement des capacités institutionnelles publiques et aux priorités sectorielles sur l'énergie.

Sur le renforcement des capacités institutionnelles publiques, le programme soutient le renforcement des capacités organisationnelles, en particulier pour la conception, mise en œuvre et suivi des stratégies de développement dans le domaine de la santé ; où plusieurs acteurs privés (à but lucratif et à but non lucratif) interagissent. Le programme en Mauritanie soutient spécifiquement l'intégration de la société civile dans le système de santé locale pour qu'elle puisse jouer son rôle dans l'amélioration de l'offre de services de santé.

Sur l'énergie, dans le contexte des infrastructures de base, le programme appuie les projets des autorités publiques ou du secteur privé (à but non lucratif) dans le cadre de l'utilisation d'énergies renouvelables.

Nous ne soutenons d'aucune manière les activités reprises dans la liste d'exclusion adoptée par l'European Development Finance Institutions.

Subsidy bonus allocation: priority themes and strategic priorities

Human rights-based approach

Valeur C :

L'accès financier et géographique aux soins de santé de qualité est un droit humain, qui dans le cadre de la crise COVID est revenu réellement de nouveau sous l'attention du monde de l'aide internationale. Ce droit fondamental est incarné par l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme et s'inscrit dans le cadre des objectifs de développement durable (ODD), en particulier ODD 3.8. Le projet est formulé exactement sur cette voie avec comme objectif spécifique l'accès aux soins de qualité.

Avec un appui à la politique nationale et le renforcement des capacités des acteurs étatiques dans les zones d'intervention et au niveau central à travers la capitalisation des expériences, Memisa renforcera le rôle protecteur de l'Etat vis-à-vis de sa population.

Avec l'appui à la société civile et un appui à la contractualisation entre l'Etat et la société civile, Memisa renforcera la position de la société civile qui intervient dans la santé. La société civile recevra plus de subsides de la part du Ministère de la Santé en échange pour un paquet de soins plus complet et surtout financièrement viable.

Conformément à la vision de l'initiative « UHC2030 », nous nous concentrons également sur le principe « leave no one behind » selon lequel l'approche fondée sur les droits de l'homme est associée à un engagement en faveur de l'égalité des chances et de la non-discrimination. Avec la collaboration entre les formations sanitaires de l'APSDN avec l'Assurance Maladie Volontaire (AMV) et avec l'intégration d'un fonds d'équité créé par Memisa/ APSDN dans un fonds plus puissant étatique, Memisa contribuera sensiblement à la protection financière de la population la plus pauvre, contre les dépenses catastrophiques liées à la maladie.

Ces trois facteurs synergétiques démontrent comment ce projet s'inscrit véritablement dans une approche basée sur les droits humains.

Decent and sustainable work

Valeur C : Le projet travaille directement sur le 'travail décent et durable y compris la protection sociale', puisque le projet appuiera la politique nationale dans sa mise en œuvre d'une protection sociale en santé pour les plus pauvres. Pour permettre aux plus pauvres d'adhérer à l'AMV, les cotisations seront subventionnées par l'Etat de 2/3 pour l'ensemble de la population du secteur informel et pour ceux qui n'arrivent même pas à adhérer sous ces conditions, l'Etat a créé un fonds d'équité qui subventionnera à 100% la cotisation de cette couche de la population.

Memisa aidera à la mise en œuvre pratique de cette politique et participera dans un dialogue politique coordonné avec d'autres PTF (UE, BM, Société civile) avec le Ministère de la Santé.

Comme témoin de terrain privilégié, le rôle de Memisa sera important. En pratique, la mise en œuvre de cette politique est loin d'être évident, et l'accompagnement technique sur le terrain par Memisa permettra aux différentes parties prenantes d'apprendre au fur et à mesure.

Gender

Valeur C : Le projet proposé contribue directement et spécifiquement sur une des priorités de la DGD, notamment la santé et droits sexuels et reproductifs, avec la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale et le droit à la contraception. Non seulement le projet agira sur l'organisation de ces soins et leur qualité spécifiquement (p.ex. création de maternités de quartier en ville), mais il interviendra également sur la gestion des consommables (eg. la disponibilité des contraceptifs jusqu'aux points de distribution, la transfusion sanguine).

Le projet aura également une attention particulière pour la prévention et la réparation des fistules obstétricales, liées à des accouchements problématiques négligés. Ces femmes, souvent exclues de leur environnement social à cause du stigma autour de cette condition, peuvent ainsi regagner leur dignité et leur vie sociale.

L'adhésion obligatoirement en famille (pas individuel) à l'AMV, protégera les femmes (et leurs enfants) parce qu'elles bénéficieront ainsi inévitablement autant de l'assurance que les hommes. L'AMV permettra également aux femmes de se comporter de façon plus autonome, puisqu'elles dépendront beaucoup moins de la volonté de leurs maris pour accéder aux soins et à la contraception.

L'accès à une bonne santé reproductive et sexuelle permet un empowerment social et économique des femmes. L'utilisation de la contraception est un indicateur retenu par le projet, démontrant qu'un résultat spécifique est lié à la défense des droits des femmes.

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 lors des consultations et traitements.

Environment

Valeur C : MEMISA a développé et testé un outil d'intégration environnemental spécifique afin de faire une analyse de l'impact potentiel de l'environnement et du climat sur l'intervention, et vice versa, elle dispose d'un plan d'action pour neutraliser les éventuels effets négatifs et elle prend également des mesures ciblées ayant un impact positif sur l'environnement/le climat ; notamment en termes d'énergies renouvelables dans les constructions, les achats locaux ou de compensation de l'empreinte carbone de l'action.

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 l'état critique du parc d'équipements médicaux compromettant l'efficacité de la prise en charge des patients, leur faisant courir un risque en termes de sécurité, pouvant même mener à leur décès. Parmi les causes majeures et bien connues de cette situation, on note un manque de maintenance préventive et un manque de maintenance corrective.

Dans l'intervention en Mauritanie nous prévoyons une attitude proactive pour la protection du milieu lié aux interventions, avec entre autres des :

- Formations sur la gestion des déchets biomédicaux
- Sensibilisations à la préservation de l'environnement et à la qualité du milieu de vie
- Formations sur la maintenance et l'utilisation d'équipement
- Introduire un système de maintenance préventive
- Installations des ressources d'énergie durables
- Envois du matériel adapté aux conditions locales + réduction de l'empreinte carbone du transport
- Achats locaux des consommables/médicaments

Common outcome within a common programme

valeur A

Common outcome between distinct programmes

Valeur A

Il n'y a pas d'autres ACNG ni d'AI qui introduisent un programme pour financement auprès de la DGD.

Par contre, l'action proposée sera complémentaire et se fera en synergie avec l'IMT d'Anvers (et Enabel) avec un financement UE.

Areas of complementarity and synergy with the intervention of ENABEL

Valeur C : l'outcome est directement complémentaire avec les activités d'Enabel. Le projet proposé s'intègre parfaitement dans la dynamique d'un projet de l'UE (AI-PASS2) exécuté par Enabel. (voir également en document annex la Notification de la DGD à Enabel pour le Contrat tiers PASS2 Mauritanie).

Enabel contractualisera Memisa par rapport au résultat 2 de cette intervention, s'agissant du renforcement de la qualité des soins dans les zones d'intervention. Memisa et le projet AI-PASS2 auront les mêmes zones d'intervention et l'expert international de Memisa, s'intégrera fonctionnellement dans l'équipe des experts AI-PASS2. En plus, l'IMT d'Anvers encadrera scientifiquement, sur financement AI-PASS2, l'ensemble des efforts Memisa - AI-PASS2. L'apprentissage mutuel, y compris avec les partenaires nationaux, sera autant plus riche et l'AI-PASS2 permettra d'intégrer les expériences de Memisa dans un dialogue technico-politique au plus haut niveau. L'AMV, la contractualisation entre Etat et la société civile, la politique sanitaire en milieu urbain, les centres de santé urbains comme modèle des soins de santé primaires et la gestion des médicaments et consommables seront tous des sujets de recherche-action, guidés par l'IMT.

Cette approche permet de réaliser plusieurs synergies à la fois :

- Augmentation des ressources pour assurer la qualité des soins, ressources financières comme humaines.
- Une richesse intellectuelle exceptionnelle, en réunissant les experts de santé publique de l'IMT avec celui de Memisa et les 5 experts internationaux du projet AI-PASS2.
- Le renforcement des capacités au niveau des prestataires de soins et les ECM, réalisé par Memisa sera complété par un appui aux autorités sanitaires régionales (les DRAS) et nationales (Ministère de la santé). Ainsi le niveau opérationnel et la niveau politique sanitaire seront renforcés simultanément pour plus de pérennité des acquis opérationnels.

Description of the outcome, results and strategy**Description of the expected results**

Formulation of outcome or result :	outcome: Améliorer et rendre plus équitable l'accès aux soins de santé de qualité en ligne avec les objectifs du Plan national de développement Sanitaire et de la Stratégie nationale de protection sociale, pour la population des 5 districts sanitaires ciblés, et spécifiquement pour les personnes les plus vulnérables. Le programme se focalise sur l'amélioration de l'offre de soins en intégrant la société civile locale dans la couverture sanitaire publique.
Indicator title :	Taux d'utilisation de la consultation curative, par Moughataa (genre spécifique)
Indicator description :	nombre de consultations curatives par habitant par an - par Moughataa ciblé baseline: Taux moyenne des 5 régions concernées (le taux par CSM n'est pas disponible au SNIS)
Baseline :	0,4
Target Year 3 - 31/12/2024 :	+ 20%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	+ 40%

Formulation of outcome or result :	outcome: Améliorer et rendre plus équitable l'accès aux soins de santé de qualité en ligne avec les objectifs du Plan national de développement Sanitaire et de la Stratégie nationale de protection sociale, pour la population des 5 districts sanitaires ciblés, et spécifiquement pour les personnes les plus vulnérables. Le programme se focalise sur l'amélioration de l'offre de soins en intégrant la société civile locale dans la couverture sanitaire publique.
Indicator title :	Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié en milieu de soins
Indicator description :	nombre d'accouchements assistés par un personnel qualifié dans un centre ou poste de santé divisée par le nombre total de naissances déclarées
Baseline :	66,2% (Taux national 2019 - Données 2020 non disponibles données régionales 2019 : Sebkhla était un centre de référence de Nkc, la situation ayant changé, les données ne sont plus applicables)
Target Year 3 - 31/12/2024 :	73%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	82%

Formulation of outcome or result :	outcome: Améliorer et rendre plus équitable l'accès aux soins de santé de qualité en ligne avec les objectifs du Plan national de développement Sanitaire et de la Stratégie nationale de protection sociale, pour la population des 5 districts sanitaires ciblés, et spécifiquement pour les personnes les plus vulnérables. Le programme se focalise sur l'amélioration de l'offre de soins en intégrant la société civile locale dans la couverture sanitaire publique.
Indicator title :	Taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes
Indicator description :	nouvelles utilisatrices de méthode contraceptive divisé par le nombre prévu de femmes en age de procréer baseline: Nouvelle utilisatrice (1ère visite dans l'année) en 2019 (Nouvelles utilisatrices sur Cible attendue)
Baseline :	12%
Target Year 3 - 31/12/2024 :	15%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	20%

Formulation of outcome or result :	Résultat 1: Les services de soins de santé primaires de qualité sont disponibles selon les normes du Ministère de Santé, au milieu urbain comme au milieu rural.
Indicator title :	proportion de FOSA des districts ciblées avec PMA complet par rapport aux normes sanitaires
Indicator description :	nombre de PS et CS des districts ciblées avec PMA complet par rapport aux normes sanitaires (liste à définir) divisé par nombre total de PS et CS ciblés
Baseline :	0%
Target Year 3 – 31/12/2024 :	50%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	75%

Formulation of outcome or result :	Résultat 1: Les services de soins de santé primaires de qualité sont disponibles selon les normes du Ministère de Santé, au milieu urbain comme au milieu rural.
Indicator title :	Proportion des prestataires de soins des CS et PS de 5 Moughataas ciblées ayant suivi une formation théorique et pratique, genre spécifique
Indicator description :	nombre des prestataires de soins des CS et PS de 5 Moughataas ciblées ayant suivi une formation théorique et pratique, genre spécifique, divisé par le nombre total du personnel des 5 Moughataas
Baseline :	0%
Target Year 3 – 31/12/2024 :	50%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	80%

Formulation of outcome or result :	Résultat 1: Les services de soins de santé primaires de qualité sont disponibles selon les normes du Ministère de Santé, au milieu urbain comme au milieu rural.
Indicator title :	Proportion d'Accouchements Assistés par un personnel qualifié avec 4 CPN (continuité)
Indicator description :	nombre d'Accouchements Assistés par un personnel qualifié avec 4 CPN divisé par le nombre total d'accouchements assistés
Baseline :	24%
Target Year 3 – 31/12/2024 :	40%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	45%

Formulation of outcome or result :	Résultat 1: Les services de soins de santé primaires de qualité sont disponibles selon les normes du Ministère de Santé, au milieu urbain comme au milieu rural.
Indicator title :	La gestion des MEG est conforme dans les FOSA
Indicator description :	nombre de FOSA avec outils de gestion disponibles et bien tenus divisé par nombre total de FOSA ciblé
Baseline :	0%
Target Year 3 – 31/12/2024 :	40%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	70%

Formulation of outcome or result :	Résultat 2: Un modèle de centre de santé urbain polyvalent est proposé au Ministère
Indicator title :	Nombre de centres de santé urbains livrant le paquet de soins de santé primaires complets selon les normes de la réforme en matière santé urbaine
Indicator description :	Nombre de centres de santé urbains livrant le paquet de soins de santé primaires complets selon les normes de la réforme en matière santé urbaine
Baseline :	0
Target Year 3 – 31/12/2024 :	3
Target Year 5 – 31/12/2026 :	6

Formulation of outcome or result :	Résultat 2: Un modèle de centre de santé urbain polyvalent est proposé au Ministère
Indicator title :	Documentation du développement d'un modèle de centre de santé urbain polyvalent
Indicator description :	Un document scientifique qui décrit les différents étapes du développement d'un CS urbain
Baseline :	0
Target Year 3 – 31/12/2024 :	1
Target Year 5 – 31/12/2026 :	1

Formulation of outcome or result :	Résultat 2: Un modèle de centre de santé urbain polyvalent est proposé au Ministère
Indicator title :	proportion de subventions externes nécessaires afin de maintenir le centre de santé urbain de l'APSDN financièrement viable
Indicator description :	budget du CS provenant des subsides externes divisé par budget total du CS (chiffre d'affaires)
Baseline :	60%
Target Year 3 – 31/12/2024 :	30%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	0%

Formulation of outcome or result :	Résultat 2: Un modèle de centre de santé urbain polyvalent est proposé au Ministère
Indicator title :	Nombre de patients avec MNT pris en charge dans les Moughataas ciblées
Indicator description :	nombre de malades diagnostiquées dans les 3 catégories suivantes divisé par le nombre attendu dans la population (SNIS) HTA diagnostiquées Diabète diagnostiqués Troubles mentaux diagnostiqués (baseline: Non réalisé en 1ère ligne. Une étude réalisée à NKC en 2005 montre que 35% de la population enquêtée (891 personnes) présentent au moins un trouble psychique)
Baseline :	HTA: 0,75% DM: 0,93% TM: 0
Target Year 3 – 31/12/2024 :	HTA: +30% DM: +30% TM: 10%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	HTA: +50% DM: +50% TM: 20%

Formulation of outcome or result :	Résultat 3: L'accès financier aux structures de santé primaires est facilité pour toute la population et la population est protégée contre les dépenses catastrophiques à travers l'adhésion à l'assurance maladie volontaire
Indicator title :	Taux d'adhésion à l'assurance maladie volontaire dans les zones d'intervention
Indicator description :	nombre de patients inscrites à l'assurance maladie divisé par nombre de la population cible (par moughataa)
Baseline :	0%
Target Year 3 – 31/12/2024 :	30%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	40%

Formulation of outcome or result :	Résultat 3: L'accès financier aux structures de santé primaires est facilité pour toute la population et la population est protégée contre les dépenses catastrophiques à travers l'adhésion à l'assurance maladie volontaire
Indicator title :	Fréquentation des structures de santé par les bénéficiaires de l'assurance maladie volontaire vis-à-vis les non-bénéficiaires
Indicator description :	nombre de patients en consultation dans les PS et CS inscrites à l'AMV divisé par nombre total de patients en consultation
Baseline :	1
Target Year 3 - 31/12/2024 :	1,5
Target Year 5 - 31/12/2026 :	2

Formulation of outcome or result :	Résultat 4: Le leadership local au niveau périphérique permet d'organiser les Soins de Santé Primaires de façon efficiente et efficace pour la population
Indicator title :	Taux de réalisation de supervisions intégrées effectuées par l'ECM dans les zones d'intervention
Indicator description :	nombre de supervisions intégrées effectuées par l'ECM dans les zones d'intervention divisé par le nombre attendu (rapport de supervisions)
Baseline :	70%
Target Year 3 - 31/12/2024 :	80%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	90%

Formulation of outcome or result :	Résultat 4: Le leadership local au niveau périphérique permet d'organiser les Soins de Santé Primaires de façon efficiente et efficace pour la population
Indicator title :	Taux de réalisation de l'analyse mensuelle des statistiques sanitaires et ripostes si nécessaires faites par l'ECM
Indicator description :	nombre d'analyse mensuelle des statistiques sanitaires (et ripostes si nécessaires) faites par l'ECM divisé par 12 mois (et par nombre de crises sanitaires, le cas échéant)
Baseline :	50%
Target Year 3 - 31/12/2024 :	70%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	90%

Activities, targets groups and beneficiaries

Classification of activities

- Renforcer la disponibilité et la qualité du paquet de soins offert au niveau des soins de santé primaires (Postes et centres de santé)
- Réhabilitation/extension et équipement d'un centre de santé urbain et développement d'un modèle de centre de santé urbain
- Renforcer les capacités de gestion des services des responsables des postes et Centres de santé
- Renforcer les capacités cliniques du personnel de soins dans les zones d'intervention à travers des formations et stages pratiques concernant des normes et protocoles cliniques ;
- Développer le modèle de contractualisation d'une structure privée à but non-lucratif avec l'état, intégrée dans le système de santé local, à l'aide des 2 centres de santé de l'APSDN.
- Renforcer les approches par rapport à la santé mentale, les maladies non-transmissibles et les soins 'techniques' tels que les soins bucco-dentaires et ophtalmologiques.
- Appuyer la normalisation des infrastructures et équipements par niveau de soins et par population couverte (Livrer des équipements manquants ; Introduire un système de maintenance préventive)
- Promouvoir des applications digitales dans l'organisation des soins
- Appuyer l'assurance maladie volontaire à travers la contractualisation avec les FOSA et dans ses efforts de promotion et mobilisation sociale au niveau communal et auprès des patients individuels
- Renforcer les capacités managériales des Equipes cadres de districts (Moughataas)
- Accompagner l'APSDN dans le processus de l'autonomisation
- Développer des projets pilotes à l'intérieur du centre urbain (eg. soins à domicile pour des cas aigus) afin de pouvoir évaluer la faisabilité, la durabilité, le cout, l'appropriation , ...

Target group(s)

le personnel des Circonscriptions sanitaires des Moughataas (CSM) de Sebkh, Dar Naïm, Bababé, Boghé et Aleg (161 agents en poste et 284 selon les besoins, en moyenne 47% F et 53% M)
 les autorités sanitaires décentralisées: Médecins chef et équipes cadres des 5 CSM concernées (26 agents parmi les agents de santé dont 20 F et 6 M)
 le partenaire de la société civile, (APSDN - 52 agents (29 F et 23 M) dont 42 déjà comptés dans les agents de santé et 10 agents de gestion finance, administration)

Beneficiaries

la population cible des districts sanitaires concernées par l'action: la population de Wilaya Nkc Nord Moughataaa de Dar Naim 185.948 habitants, Wilaya Nkc Ouest Moughataaa de Sebkh 93.263 habitants, Wilaya du Brakna Moughataaa d'Aleg 106.934 habitants , Moughataaa de Boghé 76.100 habitants, Moughataaa de Bababé 39.241
 Les hommes représentent 48,7% de la population et les femmes, 51,3%

Title of the reference annex :	Programme 2022-26 Memisa - OS7 Mauritanie - Théorie de changement
Title of the reference annex :	Programme 2022-26 Memisa - OS7 Mauritanie - Analyse des risques

Description of tasks among associate ANGCs

Les deux autres ONG membre du programme commun (MSV et CDEB) n'ont pas d'interventions en Mauritanie

Description of the Relevance

Memisa vise à ce que « la population des 5 districts sanitaires ciblés, femmes et hommes à tout âge, dispose des services de santé de base de qualité, basés sur une couverture sanitaire rationnelle dans laquelle l'APSDN est intégrée comme acteur privé à but non lucratif ».

Il s'agit ici du droit de la population à avoir accès à des soins de qualité abordables, suffisamment proches de leur résidence.

Le droit à la santé et aux soins de santé de qualité est un droit reconnu internationalement. L'épidémie COVID a sensibilisé le monde entier par rapport à ce droit fondamental. La crise COVID, partout dans le monde, a démontré qu'un système de santé robuste et résilient est la meilleure réponse à des situations de crises telles que les épidémies. Une offre de soins forte et suffisamment décentralisée est la meilleure manière d'absorber des chocs en santé.

Il est reconnu également que l'accès aux services de base pour la population vulnérable, tels que la santé, contribue de façon significative à la lutte contre l'inégalité dans la société. Organiser des services de base publics moyennant une redistribution des biens, venant des impôts et taxes de l'Etat, non seulement diminue l'inégalité dans la société, mais crée aussi plus de crédibilité de l'Etat aux yeux de la population. Ceci contribue à son tour à la sécurité sociale.

La Mauritanie, à travers la présidence et le Ministère de la Santé (MSP) s'est engagée dans des réformes significatives dans le secteur de la santé qui vont parfaitement dans le sens du droit à la santé, la qualité des soins et l'accessibilité financière pour les groupes les plus vulnérables dans la société.

Il s'agit de:

- o Une attention intensifiée pour les soins de santé primaires, renforçant les postes et centres de santé avec une réforme de la politique des RH en santé, une augmentation des budgets d'appui à ces niveaux de soins, une réforme de la politique pharmaceutique et la revue du paquet des SSP. La santé sexuelle et reproductive reçoit une attention particulière avec une stratégie de lutte contre la mortalité maternelle et le renforcement de la planification familiale au centre.
- o Une réforme de la gouvernance du secteur à travers le renforcement des capacités et des mandats des autorités de santé.
- o Une réforme de la politique sanitaire en milieu urbain qui vise à renforcer les SSP en complément des hôpitaux qui actuellement organisent les SSP au sein de leurs établissements, les

rendant ainsi très coûteux et donc inaccessibles à la majorité de la population.

- o Une réforme de la politique sanitaire en milieu urbain en rendant la contractualisation avec la société civile plus efficace et plus efficiente.
- o Une réforme du financement des soins moyennant la création d'une assurance maladie volontaire, subventionnée par l'Etat, pour la population du secteur informel et pour les familles les plus pauvres de la société (familles indigentes).

Ces réformes sont inspirées par les tendances mondiales, mais aussi par l'augmentation des revenus étatiques grâce au secteur minier et le plaidoyer par les PTF dans le secteur de la santé.

Avec ces réformes, le pays se trouve dans une position unique de son histoire. Les PTF jugent uniformément que ces réformes sont pertinentes dans le cadre du droit à la santé et la responsabilité de l'Etat de protéger les citoyens les plus vulnérables.

Memisa s'aligne à cette politique et s'inscrit dans tous les axes principaux de ces réformes. Sa TdC va également dans ce sens.

L'AI-PASS2 (UE) appuie le MSP également dans tous ses aspects stratégiques en matière santé. Ce projet vise un renforcement des capacités institutionnelles au niveau central et régional (DRS) et au niveau des Moughataas. Ce projet renforcera la politique nationale concernant les RH, la politique pharmaceutique, l'appui aux SSP et la création d'une AMV nationale.

Il délègue ses moyens par rapport à l'organisation des SSP entièrement à Memisa et cherche des complémentarités pour d'autres aspects, notamment l'opérationnalisation de l'AMV. L'UE estime que Memisa, avec ses longues années d'expérience dans ces domaines est la mieux placée pour ce genre de réalisations. Le renforcement des capacités des ECM (autorités sanitaires au niveau opérationnel) s'y trouve également.

Cette position unique de Memisa en Mauritanie explique entièrement la TdC et les résultats escomptés.

Le résultat 1 vise de renforcer les SSP dans les zones d'intervention conjointes, 5 Moughataas au total, dont 2 en milieu urbain. Ce résultat préconise l'amélioration de la qualité de l'offre existante, mais aussi d'introduire un paquet supplémentaire de soins. Il s'agit de la décentralisation de l'offre des maladies chroniques, de la santé mentale et des soins 'techniques' tels que les soins bucco-dentaires et ophtalmologiques. Une attention particulière (au moins 25% de l'offre et des investissements) sera donnée aux soins et droits sexuels et reproductifs dans les zones d'intervention. L'APSDN sera active dans les formations cliniques et de gestion et dans l'organisation des lieux de stage.

Le résultat 2 vise la création d'un modèle de centre de santé urbain qui pourra inspirer le MSP dans ses réformes en milieu urbain. Deux aspects seront abordés. Un premier aspect est de créer un CdS, qui offre l'entièreté du paquet de SSP nouvellement défini.

Un deuxième aspect dans R2 concerne la contractualisation par l'Etat des acteurs privés qui veulent s'inscrire dans une logique sociale et publique. L'APSDN comme partenaire principale de Memisa en Mauritanie est très bien placée pour piloter et modéliser cette expérience.

Dans R3, Memisa appuiera la création d'une AMV par rapport à 2 aspects également. Il s'agit en premier lieu de la contractualisation des formations sanitaires (FS) avec l'AMV qui nécessite certaines réformes au niveau de ces FS. Il s'agit notamment de la tarification, qui doit devenir transparente et raisonnable (un tarif qui est en lien avec les coûts réels des soins concernés). Le deuxième aspect concerne la sensibilisation et la mobilisation sociale de la population concernée afin que celle-ci adhère massivement et durablement à l'AMV.

Memisa contribuera à la mobilisation sociale, et donc au renforcement de la société civile et de la voix des plus vulnérables dans la société, concernant l'adhésion à l'AMV. L'AMV a notamment dans son mandat la défense des droits des patients et la protection des utilisateurs/-trices contre des pratiques inacceptables de la part de l'offre de soins. Cette démarche permettra surtout aux femmes dans des situations vulnérables, de garder ou regagner leur dignité quand nécessaire. En plus, elles gagneront en autonomie puisque l'accès aux soins dépendra beaucoup moins de la volonté et des moyens financiers des maris. Elle aura notamment plus d'accès aussi aux contraceptifs.

La société civile sera renforcée également, puisque l'APSDN et d'autres formations sanitaires privées pourront contractualiser avec l'AMV. La voix de la société civile deviendra plus importante et structurante en même temps que leur viabilité financière s'améliore.

L'AMV intégrera un fonds d'indigents, qui financera les soins des plus vulnérables dans la société. Il s'agit souvent de femmes et leurs enfants qui se trouvent dans une situation socio-économique précaire. Memisa a déjà une expérience de plusieurs années avec de telles approches d'assistance sociale. L'initiative de l'Etat permettra de renforcer ce système et sa mise à échelle nationale.

Le R4 vise le renforcement des capacités des ECM, en complément des efforts de l'AI-PASS2 de renforcer les capacités institutionnelles du niveau central (le MSP) et le niveau régional (les DRS). Memisa est bien placée pour ce genre d'appui puisqu'elle sera le moteur des réformes sanitaires à ce niveau de l'organisation des soins.

La pertinence par rapport au genre est élucidée plus en détail sous la rubrique "genre" dans cette proposition.

Description of Coherence

La cohérence interne

La cohérence interne est assurée parce que l'intervention se base clairement sur les soins de santé primaires, dirigés vers les plus pauvres à travers des initiatives de protection sociale (assurance maladie universelle), conforme à la politique de la coopération belge en la matière (le projet s'aligne à tous les objectifs de la note politique sur le droit à la santé et aux soins de santé (ainsi qu'à son addendum sur la couverture universelle des soins de santé) et à la note politique sur la santé et les droits sexuels et reproductifs) et conforme aux valeurs auxquelles Memisa souscrit. Mieux ancrer la place de la société civile dans le secteur, avec un renforcement du dialogue avec les autorités concernées et un renforcement de l'offre et l'accessibilité financière des soins organisés par la société civile, constitue un important facteur structurant la relation de l'Etat avec sa population.

Il y a une parfaite cohérence avec les actions de Memisa dans le passé en Mauritanie. Grâce à la collaboration avec le projet AI-PASS de l'UE, de nouvelles opportunités d'action ont été définies qui permettront à l'APSDN, et en extenso à d'autres initiatives de la société civile, à prendre de l'ampleur dans la société et en relation avec l'Etat.

La cohérence externe

La cohérence externe est assurée pour plusieurs raisons :

Le projet s'inscrit dans la politique nationale avec de nouvelles initiatives de la part du Ministère de la Santé en ce qui concerne, entre autres, l'assurance maladie universelle et le rôle de la société civile dans le système de santé.

Le projet est en grande partie conçu pour être complémentaire et pour permettre la synergie avec le programme AI-PASS de l'UE, exécuté par Enabel. La demande de AI-PASS2 d'agir ensemble et d'exécuter une partie stratégique de leur programme (offre de soins, modélisation de la santé urbaine, clarifier le rôle de la société civile dans le secteur de la santé) démontre l'alignement parfait avec les démarches de l'UE, qui est prête à financer de l'expertise internationale pour accompagner les efforts de Memisa. Le consortium Memisa / APSDN sera intégré dans une équipe d'expertise internationale et nationale fournie par l'AI-PASS2.

La Banque Mondiale intervient dans la santé à travers un Financement Basé sur les Résultats (FBR) dans d'autres régions que celle où intervient Memisa. Le Ministère de la Santé a clairement prononcé sa volonté d'harmoniser les approches de financement du secteur et de l'offre de soins en particulier. Memisa contribuera à ce dialogue. Il en est de même pour l'AFD, qui mène une initiative de 'fonds obstétrical', une sorte d'assurance maladie pour les femmes enceintes et les parturientes. Le Ministère a l'intention d'intégrer cette initiative graduellement dans la nouvelle politique d'assurance maladie universelle, appuyée par l'UE et Memisa.

Memisa est la seule ONG internationale qui essaie de renforcer le secteur de la santé de façon systémique. Quelques autres ONG (Medicus del Mundo, Santé Sud, Manos Unidas...) agissent sur des niches particulières dans le système. Elles ne sont pas contraires aux démarches de Memisa, mais n'ont pas la même ambition générale de contribuer au renforcement du secteur dans sa globalité.

Description of Effectiveness

L'objectif spécifique de la présente proposition vise à 'Améliorer et rendre plus équitable l'accès aux soins de santé de qualité en ligne avec les objectifs du Plan national de développement Sanitaire et de la Stratégie nationale de protection sociale, pour la population des 5 districts sanitaires ciblés, et spécifiquement pour les personnes les plus vulnérables. Le programme se focalise sur l'amélioration de l'offre de soins en intégrant la société civile locale dans la couverture sanitaire publique. Trois axes d'intervention en suivent directement : Offrir les soins de santé primaires, aligné à une politique nationale (R1 et R2), le renforcement de la société civile à l'intérieur du système de soins public (R2) et l'organisation d'une AMV afin de rendre les soins offerts abordables pour la population vulnérable (R3). Le R4, 'le leadership local au niveau périphérique permet d'organiser les SSP de façon efficiente et efficace pour la population', a comme objectif de rendre les acquis plus pérennes en renforçant les acteurs publics principaux et proche de la population qui sont les mieux placés pour les maintenir.

Memisa a une longue expérience de renforcement des soins de santé primaires (soins dans les districts sanitaires) internationalement comme en Mauritanie. Typiquement, elle vise l'accessibilité aux soins de qualité pour les groupes les plus vulnérables, avec un accent particulier sur les femmes et les enfants.

Memisa s'engage dans cette intervention (R1) à appuyer les soins de santé primaires (SPP) dans 5 districts sanitaires ('Moughataas') en milieu urbain comme en milieu rural. À cause d'une politique de santé mauritanienne du passé plutôt axée sur les soins hospitaliers, les déficits de l'offre de SSP sont énormes. Les nouvelles intentions de la part du Ministère de la Santé (MSP) d'investir davantage dans les SSP sont une opportunité pour Memisa pour que les initiatives dans ce domaine soient maintenues. Memisa vise non seulement le paquet de SSP 'classique', mais veut donner une attention particulière aux évolutions épidémiologiques récentes en Afrique, notamment à l'augmentation drastique des maladies non transmissibles (en général chroniques) et à des champs négligés dans le passé un peu partout en Afrique, notamment la santé mentale et les soins techniques tels que les soins bucco-dentaires et les soins ophtalmologiques. Ces maladies et conditions de santé sont très fréquentes partout dans le monde, mais jusqu'à présent sont souvent offertes seulement par des spécialistes. Memisa s'inscrit radicalement dans la démocratisation de ces soins essentiels. Memisa a l'expérience avec ces types de soins dans d'autres pays d'intervention, notamment la RDC, le Bénin, le Burundi et la Guinée. Elle puisera dans cette expérience pour appuyer les centres de santé, y compris le centre de l'APSDN, à offrir ces soins.

En dehors des appuis directs en termes d'investissement en matériel et consommables médicaux et des formations pour les personnels de soins, les centres et postes de santé déjà appuyés par Memisa (identifiés par le projet UE comme centres exemplaires pour le pays) seront renforcés davantage et serviront comme lieux de stage pour l'extension géographique préconisée dans le projet. Ainsi l'expérience du passé servira directement pour améliorer la situation ailleurs.

Le ministère est clairement demandeur d'organiser ces types de soins et les a indiqués dans le nouveau PND5.

La place du centre de santé urbain organisé par l'APSDN jouera un rôle crucial dans l'appui aux SSP (R2) dans le pays. Actuellement, les centres de l'APSDN ne peuvent garantir des soins à la fois de qualité et accessibles financièrement pour la population démunie que grâce à des subsides externes (essentiellement fournis par Memisa). Cette situation rend ces centres vulnérables.

Le MSP est en train de revoir sa politique sanitaire dans le milieu urbain et voudrait y offrir les SSP à travers un réseau de centres de santé intégrés et multidisciplinaires (offre du nouveau paquet décrit plus haut). Le MSP veut améliorer sa contractualisation avec des centres de santé privés (à but non lucratif en premier lieu) afin d'intégrer ces efforts fournis par la société civile dans un système d'offre de soins unique et viable pour sa population. Cette approche devra éviter que les soins de santé publics et offerts par le privé soient en compétition comme c'est le cas actuellement, mais réellement complémentaires dans un système unique d'offre de soins. Le MSP voudrait mieux comprendre la viabilité financière de ce genre de centres privés, moyennant des subsides par l'Etat (salaires, eau et électricité, maintenance) en échange pour un contrôle sur la qualité des soins offerts. Grâce à ces subsides, des initiatives privées dans le domaine de l'offre de soins deviennent (ou restent) plus démocratiques et indépendantes de subsides externes.

Memisa appuiera les centres de l'APSDN donc pas seulement dans le cadre de R1, mais également dans le cadre de R2 qui est un appui direct à la réalisation de la nouvelle politique sanitaire nationale. Memisa en fera une recherche-action afin de fournir toutes les données, conditions et analyses du contexte au Ministère de la santé pour raffiner sa politique et pour qu'il dispose d'un modèle d'approche qui peut lui servir dans d'autres situations.

Memisa ne réalisera pas les résultats 1 et 2 en isolement, mais travaillera étroitement avec les équipes cadres de Moughataas, les autorités déconcentrées du MSP au niveau opérationnel de l'organisation des soins (R4). Un renforcement de leurs capacités et l'intégration de la société civile dans ces équipes rendront les acquis des R1 et R2 plus pérennes.

Le résultat 3 (R3) vise spécifiquement l'accessibilité financière de la population vulnérable aux SSP à travers la création d'une Assurance Maladie Volontaire (AMV), subventionnée par l'Etat pour la population du secteur informel (système d'assurance contributif) et pour les indigents (fonds d'indigents). Memisa appuiera les efforts de l'Etat et de l'UE (AI-PASS1 et AI-PASS2) à la mise en œuvre de cette nouvelle politique. Grâce à sa présence au niveau des Moughataas, proche de la population, Memisa est bien positionnée pour contribuer à la promotion et à la mobilisation sociale par rapport à la mise en place d'une AMV. Memisa veillera à la bonne articulation entre les services de santé et ses clients (la contractualisation entre les formations sanitaires et l'AMV). Ce résultat agit directement sur les inégalités et protège les familles indigents ('leave no one behind').

En résumé, l'appui aux SSP (R1, R2 et R3), rendu plus efficace et pérenne grâce à la réalisation du R4, contribuera directement à l'objectif spécifique de l'intervention qui est l'accessibilité de la population démunie à des soins de qualité abordables.

Memisa dispose déjà d'une base de données sanitaires des 5 Moughataas, en partie grâce à sa collaboration avec le projet actuel AI-PASS1 dans les mêmes zones d'intervention et grâce au monitoring de routine par le système national d'information sanitaire du MSP (le logiciel national DHIS2) dans les zones d'intervention. Elle prépare actuellement une baseline plus poussée pour le centre de santé urbain de l'APSDN (méthodologiquement appuyée par l'économiste de la santé fournie par AI-PASS1), afin de bien préparer la recherche-action (R2, en relation avec R4) de l'intervention. (voir les indicateurs sous C1 et C2 dans la proposition).

En organisant les SSP de qualité proches de la population vulnérable et en appuyant la politique de l'AMV pour rendre ces soins financièrement accessibles à cette population (y compris à travers l'opérationnalisation du fonds d'indigents financé par l'Etat), la population démunie dans le pays est spécifiquement visée.

En termes de genre, une attention particulière sera donnée aux droits et soins reproductifs et sexuels, avec entre autres un renforcement de l'offre de contraceptifs, la maternité sans risque (voir aussi santé urbaine), la réparation des fistules obstétricales. La prise en charge des fistules non seulement sauve des femmes avec un handicap grave, mais leur redonne également une vie sociale. Les femmes fistuleuses ont un stigma social très important et sont rejetées par leur communauté et leur famille. Pour des raisons techniques, la réparation des fistules ne peut pas être réalisée au niveau des SSP, mais Memisa veillera à ce que la réparation des fistules obstétricales devienne remboursable par l'AMV. L'assurance maladie devrait permettre d'accéder à ces soins hospitaliers. Avec l'organisation de maternités de quartiers en milieu urbain et les investissements dans un système d'évacuation performant en milieu rural (actions faisant partie des SSP - R1 et R2), Memisa contribuera beaucoup à la prévention de ces conditions à travers une prise en charge correcte des accouchements et des mesures précoces en cas de complication obstétricale. Le nombre d'accouchements assistés par un personnel professionnel et l'utilisation de la contraception sont des indicateurs quantitatifs retenus dans le cadre logique, directement lié aux droits des femmes.

Description of Efficiency

Memisa vise à renforcer le système de santé national à travers une réalisation de résultats 'à titre d'exemple'. L'appui aux SSP (R1) et particulièrement aux SSP urbains (R2) serviront donc de modèle pour le MSP afin de renforcer, voire de raffiner, sa politique nationale. Les acquis de l'intervention, positifs comme négatifs, constitueront des opportunités importantes pour le système national de la santé avec un impact possible pour le territoire national, moyennant des investissements de la part de Memisa relativement modestes et à une échelle moindre. Le même mécanisme d'efficience se réalisera pour le R3. Memisa contribuera à la réalisation de la nouvelle politique importante de protection sociale en santé de la part du MSP et permettra d'illustrer comment la politique en vigueur crée effectivement l'accès financier aux SSP pour les groupes les plus vulnérables dans la société.

Dans ces 3 domaines, les investissements relativement modestes, mais très stratégiques permettront donc de réaliser à moyen terme, un impact sur la santé d'une population à l'échelle nationale.

Comme dit plus haut, le budget est réparti entre les 4 axes d'intervention de façon estimative : 15% pour l'appui à la gouvernance, 45% pour l'appui à l'amélioration de l'offre, 35% pour l'appui la demande, 5% pour l'appui à la gestion de la connaissance et à la capitalisation

Le consortium avec l'UE-Enabel (projet AI-PASS2) et l'IMT (suivi scientifique de l'ensemble des efforts) facilitera les résultats escomptés par Memisa et donc l'impact visé à une échelle beaucoup plus large à travers plusieurs mécanismes.

- o Les experts présents dans l'AI-PASS2 faciliteront le dialogue technico-politique afin de capitaliser les expériences et donc d'influencer la politique nationale en santé ;
- o L'AI-PASS2 financera des séminaires de capitalisation au niveau national qui contribueront à ce dialogue politique, mais aussi à la coordination entre PTF, afin de stimuler une collaboration et un alignement politique plus effectifs entre PTF ;
- o L'AI-PASS2 financera également le salaire d'un coopérant international pour Memisa qui devra garantir la capacité de Memisa de mener à bien non seulement les activités, mais surtout la réflexion et l'analyse de capitalisation stratégiquement très importantes ;

- o La délégation entière de l'AI-PASS2 de leur résultat sur l'offre de soins à Memisa renforcera l'efficacité des 2 organisations par une meilleure division de travail particulièrement complémentaire.
- o L'IMT facilitera méthodologiquement le monitoring et l'approche recherche-action de l'intervention, financés par AI-PASS2 et facilitera l'apprentissage du MSP et des écoles de formation technique et la faculté de médecine. Il contribuera ainsi à l'impact national visé à moyen terme.

Des synergies de type « organisationnel et logistique » seront réalisées sur plusieurs plans avec l'AI-PASS2 et l'IMT.

- o Memisa aura accès à l'ensemble de l'équipe d'expertise de l'AI-PASS2 en y intégrant 'son' expert international et en participant aux réunions bimensuelles de coordination de ce projet. Elle n'aurait besoin de consultation externe que très exceptionnellement. L'appui technique fourni par l'IMT contribuera dans le même sens ;
- o Memisa réalisera ses activités de terrain en partie grâce à la présence d'assistants techniques nationaux (ATN) financés par AI-PASS2.
- o Une coordination avec AI-PASS2 permettra de réaliser des missions de terrain conjointement très fréquemment, et de mutualiser les financements de formation et de dialogue ;
- o Une salle de réunion sera partagée avec AI-PASS2, et l'opportunité de partager des bureaux est actuellement sous étude.

Description of the expected Impact

L'intervention de Memisa devrait contribuer au renforcement du système de santé dans le pays entier. Les réalisations locales devront servir comme modèle ou comme expérience basée sur des évidences pour le MSP et la société civile pour ainsi raffiner la politique nationale sur la santé. Une démarche de recherche-action devrait permettre aux différentes parties prenantes d'effectivement capitaliser ces expériences.

Les champs d'expérience avec un potentiel d'impact sur le système plus global sont la modélisation d'un centre de santé urbain, la contractualisation entre le MSP et l'offre de soins privée, la revue de la participation communautaire dans le système de la santé dans un cadre nouveau d'assurance maladie universelle, la dynamique de la contractualisation entre l'AMV nationale et les structures de santé et la digitalisation des centres de santé dans divers champs d'intérêt tels que la gestion financière, la gestion de la pharmacie et les commandes, le système d'information sanitaire.

Un impact sera recherché à l'aide d'ateliers de réflexion, co-organisés par le MSP, AI-PASS2 et Memisa avec participation large d'autres PTF, notamment de la BM et AFD comme principaux bailleurs du secteur de la santé.

Les conséquences pour le système de santé national seront : une meilleure gouvernance et transparence du secteur, une voix et implication plus forte de la société civile dans le système, une meilleure accessibilité à des soins de qualité pour l'ensemble de la population avec des accents particuliers sur les femmes et les enfants et sur les soins et droits sexuels et reproductifs.

Description of Sustainability

La durabilité technique et sociale

La durabilité technique et sociale est en partie garantie à cause d'un alignement ferme sur la politique nationale en matière de santé, grâce à un renforcement des compétences du partenaire local (APSDN, mais aussi les formations sanitaires publiques, les ECM) et grâce au MSP qui a pris des positions de réforme fermes en ce qui concerne l'assurance maladie.

La durabilité financière

Les formations sanitaires de l'APSDN gagneront sûrement en autonomie financière à travers, d'un côté, une contractualisation avec l'assurance maladie et de l'autre côté à travers un contrat de performance avec le MSP. Ces deux types de contractualisation permettront respectivement d'augmenter la viabilité des prestations de soins et une meilleure couverture des coûts récurrents de l'organisation (salaires, eau-électricité, maintenance, ..)

La durabilité institutionnelle

L'alignement avec la politique sanitaire nationale, le renforcement des compétences des responsables nationaux opérationnels (les membres des équipes cadres des Moughataas), complété par un renforcement des capacités des autorités régionales et nationales par Enabel devraient optimiser les chances de pérennisation des acquis au niveau institutionnel.

Les démarches recherche-action qui seront menées conjointement avec Enabel et avec l'IMT permettront un apprentissage plus systématique et donc une appropriation plus profonde des acquis par le Ministère de la santé. L'appui institutionnel par Enabel au niveau central (notamment la direction des ressources humaines) et intermédiaire et l'implication des écoles techniques de santé publique et la faculté de médecine grâce à l'interaction avec IMT avec les institutions d'enseignement en matière de santé, faciliteront la maintenance des nouvelles compétences acquises.

La Durabilité écologique

Une attention particulière sera portée aux initiatives d'assainissement du cadre de vie (gestion des eaux usées, hygiène de l'eau, utilisation des latrines, hygiène des mains,...), à l'assainissement au niveau des structures sanitaires, à la gestion de déchets, aux achats locaux, à des choix technologiques innovants et "plus propres", et en organisant des formations avec des experts locaux et par l'échange entre les structures sanitaires (propagation de bonnes pratiques).

L'intervention implique un renforcement de capacités du partenaire APSDN au niveau technique et au niveau de gestion administrative et financière pour accompagner l'association dans la transition vers l'autonomie institutionnelle comme acteur intégré dans le système de santé publique. À cet effet, deux expertises internationales seront recrutées.

l'APSDN se positionne comme acteur de la société civile qui veut contribuer au développement du système de santé local par le renforcement de l'offre, aussi bien au niveau de la disponibilité qu'au niveau de la qualité (formation continue, sites de stage, modèle des soins intégrés et centrés sur le patient). Les 3 pistes principales à développer pour que l'APSDN puisse être autonome sont:

- Contractualiser avec l'Assurance maladie volontaire par rapport au paquet de soins offerts à la population affiliée
- Contractualiser avec les autorités sanitaires comme acteur privé à but non lucratif qui prévoit l'offre de soins intégrée dans la carte sanitaire. L'état s'engagera idéalement à affecter le personnel et à couvrir d'autres frais comme eau, électricité, formation...
- Développer son expertise en formation continue théorique et pratique du personnel de santé pour pouvoir agir dans la formation du personnel de santé des 5 Moughataas ciblés

Description of the Partnership Strategy

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.

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.

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.

Le partenariat permet le transfert des compétences selon les besoins afin que le partenaire puisse assurer la continuité de l'intervention. Un désengagement total au niveau financier n'est presque jamais possible sans mettre en péril la survie de l'association. Le partenariat avec l'APSDN existe depuis plus de 20 ans. La dépendance de l'APSDN d'un financement externe au pays, rend l'association vulnérable. Un des enjeux importants du projet sous proposition, est notamment de renforcer le partenariat entre l'Etat et l'APSDN pour renforcer le financement institutionnel par le MSP. Ainsi il est à espérer que le partenariat entre Memisa et l'APSDN évoluera d'un partenariat de dépendance financière vers un partenariat politique et technique entre parties plus égales. Les membres de la direction de l'APSDN seront renforcés dans leur capacité managériale et particulièrement en gestion et planification financières. Le personnel soignant sera renforcé dans sa capacité clinique et organisation des soins.

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 pour Memisa en Mauritanie.

La Société civile
ONG locales (ea APSDN, Caritas Mauritanie) et OBC
Structures de santé privées à but non-lucratif
une institution d'intérêt public ou une autorité décentralisée
Ministère de la Santé
Assurance Maladie Volontaire
Autorités sanitaires décentralisées (DRAS, MCM)
Hôpitaux publics
Instituts formation et centres de recherche
un acteur privé
Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (CAMEC)

- Justification du choix des partenaires par rapport à cette analyse.

L'Association pour la Promotion de la Santé à Dar Naïm (APSDN) :

L'APSDN est l'organisation principale de la société civile avec laquelle Memisa collabore en Mauritanie. L'APSDN a été créée par Caritas Mauritanie et est devenue association autonome depuis 2014. Elle est appuyée techniquement et financièrement par Memisa et la DGD depuis plus de 2 décennies déjà. Dans le temps de sa création, le MSP avait demandé à la société civile en général, de contribuer à l'organisation des soins de santé primaires, surtout en milieu urbain. En échange, l'Etat finance l'eau et l'électricité de ces formations sanitaires ainsi qu'un certain nombre de salaires (affectations de personnel de la fonction publique aux établissements).

Memisa garde un bon contact avec Caritas Mauritanie qui continue à 'protéger' l'APSDN aux moments (politiques) difficiles.

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.

- L'implication des partenaires dans l'élaboration des objectifs et/ou du programme.

L'APSDN a développé ses compétences et son leadership au cours 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 mai 2021 lors de la visite terrain du siège, les grandes lignes d'une future intervention ont été tracées ensemble, puis peaufinées et détaillées 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.

Description of Synergies

Il n'y a pas d'autres ACNG belges qui travaillent en Mauritanie et peu d'organisations internationales tout court qui interviennent dans le renforcement du système de santé.

L'intervention est par contre directement complémentaire aux activités d'Enabel et de l'IMT d'Anvers en Mauritanie et la synergie prévue dans la mise en œuvre contribuera directement à l'atteinte des résultats.

Memisa travaillera en consortium avec Enabel et l'IMT Anvers (AI-PASS2 – EU), ce qui grâce à leur complémentarité et leur collaboration permettra de réaliser des synergies autrement exclues.

L'AI-PASS2 se concentrera sur un appui institutionnel au niveau du Ministère de la santé et le niveau intermédiaire (les DRAS) dans des domaines stratégiques de performance du système. Une équipe de 4 experts internationaux sera mise à disposition du Ministère : un médecin santé publique comme coordinateur de l'ensemble, un expert en ressources humaines en santé, un expert en politique et gestion pharmaceutique, un expert économie de la santé et assurance maladie. L'équipe internationale sera complétée par 3 assistants techniques nationaux en santé publique et un expert national en digitalisation.

L'IMT est sous-contractée par AI-PASS2 afin de garantir un suivi scientifique de l'ensemble des initiatives et résultats attendus par AI-PASS2 et Memisa. Ce suivi scientifique se réalisera en partenariat avec les institutions nationales de formations médicale et paramédicale pour stimuler l'appropriation et l'intégration des acquis dans les curriculums de base de ces écoles.

Memisa et l'APSDN en tant qu'acteurs de la société civile et actives dans l'offre et la demande des soins dans les mêmes zones d'intervention que l'AI-PASS2 compléteront le tableau des acteurs qui travailleront structurellement en synergies. L'équipe de Memisa sur place sera renforcée d'un expert international en santé publique, recruté par Memisa mais sous financement AI-PASS2.

Cette constellation de 3 intervenants techniques complémentaires et alignés autour d'une même politique et vision sur le secteur de la santé permettra de fortes synergies, grâce à la dynamique du double ancrage. L'appui au secteur comblera à la fois un appui au niveau institutionnel central et au niveau opérationnel déconcentré afin de stimuler d'un côté la réglementation et l'établissement des normes (dissémination, contrôle du respect d'application, ...) et de l'autre côté, la capitalisation des expériences intéressantes pour feedback structurant aux autorités. Il s'agit là d'une approche 'bottom-up' (Memisa) équilibrée par une approche 'top-down' (AI-PASS2). Ce 'double ancrage' à la fois au niveau central comme au niveau dit opérationnel sème les conditions d'apprentissage basé sur l'évidence. Tout acquis au niveau opérationnel a comme but ultime d'offrir au Ministère des conditions pour faire évoluer sa politique sanitaire et pour faire évoluer le système entier. Des expériences locales qui servent le pays entier. Le rôle de l'IMT est de veiller à la méthodologie de la recherche-action et donc d'aider des acteurs de terrain pour systématiser les expériences et les capitaliser sous une forme scientifique et politiquement digérable pour le Ministère.

Les domaines de synergies ont été abordés au niveau de la description de la pertinence et de l'impact de l'intervention.

Pour mieux réaliser le lien entre les interventions AI-PASS2 et Memisa avec la politique nationale, le Ministère a demandé à l'UE une expertise internationale additionnelle en politique de santé pour joindre son cabinet. Ceci démontre l'importance que le Ministère donne à cette approche et renforcera effectivement le potentiel de synergies entre les partenaires d'intervention.

Synergies organisationnelles et logistiques

Les synergies organisationnelles et logistiques sont reprises sous la rubrique 'Efficience'.

Pour plus de détails voir également l'analyse du contexte et la théorie de changement.

Description of how individual or collective recommendations and lessons are to be taken into account

Memisa a créé avec Caritas Mauritanie des formations sanitaires (FoSa), organisées par la société civile sur demande du Ministère de la santé, il y a maintenant 20 ans. Elle a donné ainsi lieu au renforcement de la société civile dans le secteur de la santé, le renforcement de la qualité des soins avec des FoSa de qualité exemplaires qui ont récemment pu servir de terrains de stage pour la formation du personnel de soins. L'expérience des années passées ainsi que les recommandations des évaluations externes ont démontré que la force de l'intervention repose sur l'organisation exemplaire de l'offre de soins, aussi bien au niveau de l'organisations des soins intégrés et continue, qu'au niveau de la qualité des soins centrés sur le patient. L'intervention proposée prévoit de profiter de ces acquis par une mise à échelle de l'organisation de l'offre de services de 2 à 5 districts sanitaires.

L'expérience sur la protection sociale en santé (la création de 2 mutuelles de santé et un fonds d'équité) servent maintenant comme expérience pilote pour le ministère pour évoluer vers une assurance maladie universelle pour les secteur d'économie informelle (les pauvres) et un fonds d'indigents (pour les plus pauvres).

Name :	APSDN: Fatimata Diop Oumar / Memisa: à communiquer
Telephone :	APSDN: +222 46 58 59 41
Email :	famadiop2008@yahoo.fr

List of partnerships/cooperative for the outcome

List of partnerships for the outcome

Acronym APSDN

Full name Association pour le Promotion de la Santé Dar Naïm

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
315569	269766	97979	39321	39321	761956

List of cooperative partnerships for the outcome

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL

Accès aux soins de santé des vulnérables en Guinée

Contacts

Contact details for the outcome's ANGC reference person in Belgium

Name :	Hilde Buttiens
Telephone :	+32 2 4541754
Email :	hilde.buttiens@memisa.be

Contact details for the outcome's ANGC reference person or their representative in the field

Organization :	Memisa-Belgique
Name :	Norohaingo Andrianaivo
Telephone :	+224 622 931307
Email :	norohaingo.andrianaivo@memisa.be

Author information

Lead NGO/Owner :	MEMISA
Name of accredited actor	Memisa België

General

Title of the outcome – French or English (mandatory) :	La société civile pour le renforcement des systèmes locaux de santé en Guinée		
IATI activity Identifier :	BE-BCE_KBO-0435563751-prg2022-4-GN		
Outcome start date :	01-01-2022		
Outcome end date :	31-12-2026		
Country of intervention :	Guinea		
Region :	Western Africa, regional		
Sector :	12220 - Health - Basic health care	Budget share :	62%
Sector :	13020 - Reproductive Health & rights - Reproductive health care	Budget share :	18%
Sector :	12340 - Health - Promotion of mental health and well-being	Budget share :	20%

Strategic target involved

3. Améliorer l'accessibilité aux soins de santé de q...

- o GUINEE

Description :	3. Améliorer l'accessibilité aux soins de santé de qualité pour tous (prévention, soins curatifs, réadaptation et sensibilisation)
Thematic/geographical :	GEOGRAPHIC JSF

4. Contribuer à l'égalité entre femmes et hommes, en ...

- o GUINEE

Description :	4. Contribuer à l'égalité entre femmes et hommes, en particulier à travers l'amélioration de la participation de toutes les femmes et filles, à leur autonomisation, à la lutte contre les violences dont elles sont victimes
Thematic/geographical :	GEOGRAPHIC JSF

Approaches or sub-targets concerned

Cible stratégique Santé :

- Contribuer à la stratégie nationale de la couverture sanitaire universelle dans un cadre multi-acteur avec une attention particulière pour les femmes/filles ainsi que pour d'autres groupes vulnérables (malades mentaux, PVVIH, professionnelles de sexe, homosexuels, ...), développer les bonnes pratiques pour leur prise en compte et faire le plaidoyer auprès du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale pour augmenter la redevabilité vis-à-vis de ces groupes
- Informier et sensibiliser la population en matière de santé, de justice sociale sanitaire, d'équité de genre et de respect de l'environnement et promouvoir les bonnes pratiques en prévention et prise en charge de certaines maladies (santé mentale, SDRS, tuberculose (TB))
- Appuyer les organisations/associations de la société civile et réseaux locaux engagés en santé et en droits des patients afin qu'ils puissent rendre des services de qualité à leur population cible
- Renforcer les capacités des prestataires de soins pour offrir des soins de qualité, globaux, continus, intégrés, centrés sur le patient, sensibles au genre et dans le respect du principe de ne laisser personne derrière (santé mentale, SDRS, TB, VIH)
- Améliorer la gestion et l'accès à des médicaments et intrants de qualité
- Renforcer la prévention, le diagnostic, la prise en charge et le contrôle des maladies contagieuses (TB, VIH, HPV, Covid-19, ...), promouvoir leur intégration dans le système de santé et participer aux mécanismes de coordination entre les sphères d'urgence et de développement mis en place par les autorités sanitaires
- Renforcer l'infrastructure et l'équipement des structures de santé de façon durable et adapté au contexte avec une attention particulière aux dernières avancées en termes de nouvelles technologies, d'énergies renouvelables, d'adduction d'eau propre et de respect de l'environnement
- Soutenir le processus de décentralisation et promouvoir la coordination entre le niveau central et périphérique, entre le secteur publique et privé et entre les différents acteurs nationaux et internationaux
- Renforcer les capacités organisationnelles (entre autres via la digitalisation) et de bonne gouvernance des autorités sanitaires préfectorales, du secteur associatif en santé, des réseaux professionnels et des responsables des structures sanitaires
- Promouvoir et soutenir les initiatives de recherche opérationnelle et la documentation de bonnes pratiques

Cible stratégique Genre et Inclusion

- Plaidoyer sur les droits des femmes: Renforcer et accompagner les partenaires locaux dans les actions de plaidoyer pour faire valoir les droits à l'égalité femmes/hommes
- Intégration du genre: Renforcer et soutenir les partenaires locaux dans la lutte contre les stéréotypes et la promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes; renforcer l'intégration de la dimension de genre dans tous les projets mis en œuvre, quel que soit le domaine
- Lutte contre les violences: Renforcer les capacités et soutenir les partenaires locaux dans la lutte contre les violences faites aux filles et aux femmes en termes de prévention, changements de mentalités, prise en charge, accès à la justice, lutte contre l'impunité et réintégration des victimes dans leur communauté
- Droits sexuels et reproductifs: Promouvoir l'accès aux droits à la santé sexuelle et reproductive pour tou-te-s

Geographic location of the outcome's intervention zone

Préfecture de la région administrative de Conakry

Lat/Long :	9.517062, -13.67729
------------	---------------------

Préfecture de la région administrative de Labé

Lat/Long :	11.7614835, -12.0118889
------------	-------------------------

Préfecture de la région administrative de Kindia

Lat/Long :	10.1154374, -13.1916883
------------	-------------------------

Préfecture de la région administrative de Mamou

Lat/Long :	10.6619269, -12.1139542
------------	-------------------------

Préfecture de la région administrative de Boké

Lat/Long :	11.3406898, -13.9440724
------------	-------------------------

Outcome summary**Description of the outcome**

L'outcome Guinée de Memisa avec ses partenaires, Fraternité Médicale Guinée (FMG) et la Communauté de Sant'Egidio - Dream, contribue à l'amélioration de l'accès, de la disponibilité et de la qualité des soins de santé primaires par le renforcement de la société civile et des centres de santé publics et privés à but non lucratif, intégrés au système de santé. Une attention particulière est donnée aux groupes vulnérables: adolescent.e.s, femmes en âge de procréer, nouveau-nés, enfants de moins de 5 ans, indigents, personnes vulnérables vivant avec le VIH et/ou atteint par la tuberculose, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, professionnelles du sexe et malades mentaux.

La promotion de la bonne gouvernance passe par le renforcement de capacités de FMG et de 2 réseaux professionnels (ACS, COMEC-GUI), tous acteurs de la société civile. Par la documentation et capitalisation des expériences, nous cherchons à alimenter le niveau décisionnel. L'accompagnement des autorités sanitaires décentralisées les renforce dans l'organisation des soins de santé pour les plus vulnérables, dans la création des espaces de dialogue entre porteurs d'obligation et détenteurs de droits et dans la supervision formative.

L'amélioration de l'offre de soins est basée sur le renforcement de capacités du personnel de santé par la formation sur le tas. Différents acteurs nationaux et internationaux apportent leurs expertises. Un appui en médicaments, équipements et infrastructure complète l'appui aux centres de santé.

L'appui à la demande se réalise par le renforcement de capacités des agents de santé communautaire et des associations de détenteurs de droits. Un mécanisme de solidarité assure l'accès aux soins de santé par les plus vulnérables. Le plaidoyer vise leur prise en compte dans les politiques et stratégies nationales.

L'outcome Guinée se place dans le cadre du programme commun #Health4All de Memisa, Médecins Sans Vacances et Chaîne de l'Espoir Belgique.

Wording of the outcome

Les communautés guinéennes, plus particulièrement les groupes vulnérables (adolescent.e.s, femmes en âge de procréer, nouveau-nés, enfants de moins de 5 ans, indigents, personnes vulnérables vivant avec le VIH et/ou atteintes par la tuberculose, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et professionnelles du sexe, malades mentaux), servis par les centres de santé appuyés, bénéficient d'une offre de soins de santé primaires accessible et de qualité.

Target groups

Les porteurs d'obligation:

- Institutions publiques: 8 Directions Préfectorales de la Santé, 3 Hôpitaux préfectoraux et 9 centres de santé publics et leur personnel
- Neuf (9) centres de santé privés à but non lucratif et leur personnel
- Les organisations de la société civile, interagissant avec les institutions publiques: Fraternité Médicale Guinée et 2 réseaux professionnels

Les détenteurs de droits:

- 12 associations communautaires de base, représentants des bénéficiaires de l'action

Sensitive and confidential information

N/A

Categorization: Sustainable Development Goals

SDG :	Goal 3. Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages	SDT :	By 2030, reduce by one third premature mortality from non-communicable diseases through prevention and treatment and promote mental health and well-being
SDG :	Goal 5. Achieve gender equality and empower all women and girls	SDT :	Ensure universal access to sexual and reproductive health and reproductive rights as agreed in accordance with the Programme of Action of the International Conference on Population and Development and the Beijing Platform for Action and the outcome documents of their review conferences
SDG :	Goal 3. Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages	SDT :	By 2030, end the epidemics of AIDS, tuberculosis, malaria and neglected tropical diseases and combat hepatitis, water-borne diseases and other communicable diseases
SDG :	Goal 16. Promote peaceful and inclusive societies for sustainable development, provide access to justice for all and build effective, accountable and inclusive institutions at all levels	SDT :	By 2030, provide legal identity for all, including birth registration
SDG :	Goal 3. Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages	SDT :	By 2030, end preventable deaths of newborns and children under 5 years of age, with all countries aiming to reduce neonatal mortality to at least as low as 12 per 1,000 live births and under-5 mortality to at least as low as 25 per 1,000 live births

Markers & Tags

1. Gender Equality :	2
2. Aid to Environment :	1
3. Participatory Development / Good Governance :	2
4. Trade development :	0
5. Biodiversity :	0
6. Climat Change - Mitigation :	0
7. Climat Change - Adaptation :	0
8. Desertification :	0
9. RMNCH - Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health :	2
10. HIV / AIDS :	2
11. Children's Rights :	1
12. Disability :	0

13. Nutrition :	1
1. D4D - Better use of big data :	No
2. D4D - Digital for inclusive society :	No
3. D4D - Digital for inclusive and sustainable economic growth :	No
4. Private Sector Development :	No
5. Health - Sexual and reproductive health :	Yes
6. Health - Quality medicines :	Yes
7. Health - Health financing and Universal Health Coverage :	Yes
8. Refugees :	No
9. Covid-19 :	Yes

Categorization: Positioning with regard to the objectives of Belgian Development Cooperation, described in its strategy papers

Education

L'outcome Guinée s'inscrit dans l'objectif de la note stratégique de la coopération belge sur l'éducation concernant la concentration de l'appui de la coopération belge sur, entre autres, l'enseignement technique et professionnel dans le cadre de la formation continue. Le programme veut contribuer à la poursuite de la professionnalisation du secteur de la santé de différentes manières :

- Investir dans le développement des ressources humaines des organisations de la société civile ayant un mandat comme porteurs d'obligations en matière de services en santé (Fraternité Médicale Guinée (FMG), Actions Concertées pour la Santé (ACS), Collège de Médecins Généralistes Communautaires de Guinée (COMEC-GUI))
 - Investir dans le développement du personnel médical, paramédical, technique, administratif et de gestion, des 18 centres de santé/1 hôpital préfectoral appuyés, basé sur les politiques et stratégies nationales de santé et en concertation/impliquant les autorités sanitaires.
 - Les partenaires locaux collaboreront avec les universités nationales/internationales, les programmes nationaux (TB et VIH), l'asbl française Sa.M.O.A (santé mentale) et des centres de recherche afin de pouvoir (i) offrir des stages de qualité pour les apprenants ou étudiants, (ii) contribuer à l'amélioration des données d'études, (iii) prévoir des formations continues du personnel des centres de santé et d'un hôpital préfectoral de la santé et le suivi post-formation par des experts nationaux et internationaux.
- L'échange de connaissances et d'expériences avec et entre partenaires et avec les autres ACNG (Action Damien, Le Monde selon les Femmes) qui participent au CSC Guinée permettra également de s'assurer que le programme renforce ce thème dans ses activités de formation continue.

Children's rights

L'outcome identifie les nouveau-nés, enfants et adolescent.e.s ainsi que leurs mamans comme vulnérables et plusieurs actions visent à soutenir leurs droits et leurs accès à des soins de qualité :

Protection : La communauté de Sant'Egidio/Dream organise depuis 2019 des campagnes d'information afin d'informer les familles sur les procédures pour l'enregistrement des naissances. Elle les sensibilise à l'importance de l'identité légale pour protéger les enfants contre la traite des êtres humains, les mariages précoces, les mauvais traitements et permettre à tous les enfants, et en particulier aux filles, d'étudier, d'être protégés et d'accéder au plein exercice de leurs droits.

Dans le programme 2022-2026, la sensibilisation sera poursuivie dans les plus importants centres d'accouchements à Conakry, dans les écoles et à travers le média. Il est prévu d'installer dans certaines maternités des centres secondaires d'enregistrement des naissances, pour permettre aux familles d'enregistrer les enfants immédiatement après la naissance. De cette façon, les frais supplémentaires pour se rendre au bureau principal sont évités.

La sensibilisation de la communauté sur les droits humains en santé, sur l'égalité des sexes et les lois en vigueur contribuera à la lutte contre les mariages précoces.

Prestations : DREAM assure l'accès aux services de soins et de traitement du VIH. Les actions comprennent le dépistage du VIH chez des femmes enceintes, la thérapie antirétrovirale durable à la maman pour réduire la mortalité maternelle et prévenir la transmission de l'infection à l'enfant, le diagnostic précoce chez tous les enfants exposés. Le centre offrira le diagnostic précoce aux enfants exposés suivis dans les autres structures de santé appuyées par le programme.

Participation : L'appui aux groupements/clubs de jeunes, vise leur renforcement par rapport à leurs droits ainsi que leur participation aux espaces de dialogue sur leurs besoins en santé sexuelle et reproductive.

Environment and climate change

L'outcome en Guinée s'aligne avec plusieurs objectifs de la note stratégique, et de manière spécifique au point 4.1.3.

Nous avons développé un outil d'intégration environnementale adapté à notre action qui nous permettra de mettre en œuvre cet alignement sur la protection des eaux, terres et air, ainsi que le changement climatique.

Une attention particulière est portée au tri différencié des déchets médicaux et non médicaux dans les structures sanitaires appuyées. C'est pourquoi il est envisagé la construction des incinérateurs à utilisation facile et moins polluante dans des centres qui n'en disposent pas. Afin d'assurer la sécurité des patients et visiteurs ainsi que du personnel même 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, sont effectuées auprès des prestataires de soins.

Mais notre action ne s'arrête pas là. En effet, notre programme veille à rester cohérent dans ses politiques en faveur du développement. Nous compensons les émissions de CO2 de nos voyages internationaux et avons un label « CO2 Logic ». Afin de limiter l'impact du transport de biens, nous favorisons les achats locaux. Nous porterons une attention particulière à l'achat des équipements médicaux adaptés et à leur entretien. Lors des réhabilitations de centres de santé, des forages seront installés, pour faciliter l'accès durable à l'eau. Nous portons également une attention particulière à l'évacuation des eaux usées et des déchets afin d'éviter la contamination des eaux et des sols

Dans les activités de sensibilisation des agents de santé communautaire un accent particulier sera porté à l'hygiène du milieu. Dans les appuis aux initiatives génératrices de revenus des associations communautaires de base, une attention explicite sera donnée aux initiatives durables et de protection de l'environnement.

Gender

L'outcome contribue à réduire les inégalités de genre par la promotion de la santé et droits sexuels et reproductifs et la lutte contre les violences basées sur le genre (VBG), notamment le droit des femmes à disposer de leur corps, à décider librement d'avoir ou non des enfants, à en choisir librement le nombre et à avoir accès aux soins par rapport à leur problème spécifique de santé. Les centres de santé constituent la porte d'entrée importante des personnes victimes des VBG.

Les actions suivront la double approche : transversale et spécifique. La dimension genre est intégré dans les 3 axes et plusieurs indicateurs en assurent le suivi:

- Gouvernance : le renforcement des organisations de la société civile en genre, une meilleure documentation et capitalisation d'expériences de lutte contre les inégalités de genre et un plaidoyer multi-acteur auprès des autorités sanitaires pour l'égalité des sexes par rapport à l'accès et la qualité des soins
- Offre de services et de soins: la sensibilisation et le renforcement de capacités organisationnelles, médicales et en communication du personnel des centres de santé appuyés pour une offre de qualité en santé sexuelle et reproductive (suivi prénatal et soins postnataux, Planning Familial, Soins Obstétricaux et Néonataux d'urgences de base, dépistage des infections sexuellement transmissibles), pour un accompagnement psychosocial et médical des victimes des Violences Basées sur le Genre et pour une approche globale du SIDA
- Demande : l'appui à l'information, la sensibilisation et l'éducation de la communauté par le renforcement de capacités des agents de santé communautaire et l'appui aux associations communautaires de base, le dialogue entre personnel de santé et communauté

Il se traduit aussi par un système de veille concernant la représentativité (et l'éventuelle discrimination) des personnels de santé et agents de santé communautaire aux apprentissages.

Health

L'outcome s'aligne aux objectifs des notes politiques sur le droit à la santé et aux soins de santé, les SDRS, la COVID19 ainsi qu'à l'addendum sur la couverture universelle des soins de santé. Sur la note politique « Le droit à la santé et aux soins de santé », nous nous alignons aux différentes approches. Nous œuvrons pour l'égalité homme/femme ainsi que pour l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires pour les plus vulnérables. A travers le renforcement de la société civile, la collaboration avec les autorités sanitaires décentralisées et hôpitaux préfectoraux/régionaux et le renforcement de capacité des centres de santé, nous renforçons le système de santé de manière systémique.

À propos de la note politique que la SDRS, notre programme se construit sur les mêmes principes de base, à savoir l'approche des droits humains, l'approche globale et positive de la sexualité/procréation et au droit à la santé et aux soins de santé pour tous et toutes. Nous travaillons en collaboration avec nos partenaires et groupes-cibles dans l'intégration des SDRS et dans la lutte contre les violences sexuelles. La synergie avec les différents ACNG au sein du CSC est clé à l'atteinte des résultats. Nous utilisons l'outil Body&Rights développé par Be-Cause Health.

Au niveau de la couverture santé universelle, nous appuyons des mécanismes de subvention de soins pour les plus vulnérables et soutenons la Plateforme des Promoteurs de la Protection Sociale en Guinée. Un accent est également mis sur l'amélioration de paquet de soins correspondant aux besoins sanitaires de la population. Sur la COVID19, nous appuyons la résilience organisationnelle et communautaire pour assurer la prise en charge préventive et curative. Au niveau des cadres de référence en matière de santé, parmi nos moteurs se trouvent les

déclarations d'Alma Ata/Astana sur les soins de santé primaires, les objectifs de développement durable (objectifs 3 et 5) et la déclaration de Paris.

Subsidy bonus allocation: priority themes and strategic priorities

Human rights-based approach

Valeur C : La stratégie de mise en œuvre de l'outcome est basée dans son entièreté, tel que cela est largement illustré par la TdC, sur une approche basée sur les droits.

Ce droit fondamental est incarné par l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme et s'inscrit dans le cadre des objectifs de développement durable (ODD), en particulier ODD 3.8. Conformément à la vision de l'initiative « UHC2030 », nous nous concentrons sur le principe « leave no one behind » selon lequel l'approche fondée sur les droits de l'homme est associée à un engagement en faveur de l'égalité des chances et de la non-discrimination. Ce droit à la santé fonde toutes les activités de Memisa et de ses partenaires, qu'elles relèvent des services de santé, du plaidoyer ou de l'accompagnement du changement social. La pertinence de l'accent que nous mettons sur l'accès universel à des soins de santé de base de qualité ne se limite pas à une « approche des droits », mais positionne également la pertinence de la santé comme une condition préalable au développement en général.

La mise en œuvre de l'outcome est basée de façon stratégique sur cette approche, en particulier ceux des personnes vulnérables ou marginalisées, spécifiquement les femmes, les enfants et adolescent.e.s, les indigents, les professionnelles du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes vulnérables vivant avec le VIH et/ou atteint par la tuberculose et les malades mentaux.

Notre point de départ pour l'approche est le travail avec nos partenaires et autres parties prenantes afin de déterminer les rôles sociétaux, en particulier des détenteurs de droits et des porteurs d'obligations dans le système, afin de contribuer au bon fonctionnement et au dialogue social entre les deux groupes.

Cela est par ailleurs illustré par l'identification des voies de changements sur les détenteurs de droits et sur les porteurs d'obligations dans la théorie du changement.

Decent and sustainable work

Valeur C : La stratégie de mise en œuvre intègre de manière structurelle trois des quatre piliers du travail décent :

Étendre la protection sociale : La stratégie d'intervention pour cette composante consiste à l'appui à PPSOGUI, la plateforme des promoteurs de la protection sociale en Guinée. Elle vise à renforcer leur rôle dans le dialogue social ainsi que dans le plaidoyer pour la prise en compte des mutuelles communautaires de santé dans la couverture santé universelle. La complémentarité avec WSM et Essentiel est primordial.

En ce qui concerne l'accès aux soins des plus vulnérables, Memisa/FMG collaborent avec le Fonds National d'Indigence afin d'identifier la stratégie la plus adaptée pour la prise en compte des personnes indigentes dans les mécanismes de solidarité. Memisa/FMG ont des synergies avec Enabel et l'IMT en vue de documenter et de capitaliser les expériences. Des liens informationnels, opérationnels et stratégiques sont créés avec le CSC travail décent afin d'améliorer l'efficacité, l'apprentissage et l'harmonisation des actions.

Promouvoir le Dialogue Social : Les partenaires locaux contribueront aux espaces d'échange entre OSC/AI du CSC à propos des stratégies d'intervention, les défis des partenaires locaux, la gestion des risques, etc. pour pouvoir renforcer la protection sociale et les droits humains des groupes cibles vulnérables dans le domaine de santé.

Garantir les Droits au travail : L'assistance technique Memisa auprès de son partenaire FMG vise à renforcer la bonne gouvernance de l'organisation ce qui inclut des aspects de gestion du personnel. Par ailleurs, le programme vise également à renforcer les structures de santé en répondant aux besoins d'organisation, de matériel, d'équipement et de formation du personnel médical, technique et administratif. L'action contribue donc directement à l'amélioration des conditions de travail des structures de santé concernées et au travail décent des professionnels dans le secteur de la santé.

Gender

Valeur C : L'outcome contribue directement à la deuxième priorité de la DGD, la santé et droits sexuels et reproductifs (SDSR). 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 priorités sont la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, et des violences basées sur le genre. Nous devons nous assurer que l'accès aux soins de santé des femmes et des hommes soit équitable en vue des besoins différenciés, des risques de santé différents et des facteurs sociaux défavorisant. 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. L'intégration de la dimension genre dans ce programme se situe au niveau de 3 axes (gouvernance, offre et demande) et plusieurs indicateurs en assurent le suivi.

L'action prévoit de mettre un accent sur la sensibilisation à la qualité de la relation soignant-soigné, l'approche centrée patient.e, l'accompagnement psycho-social des personnes victimes de violences basées sur le genre, le respect de l'anonymat et de l'intimité. Des formations du personnel soignant à l'intégration du genre, la planification familiale, les soins maternels et néonataux sont prévus, ainsi qu'un appui en matériel et équipement y lié.

L'outcome vise également le renforcement des organisations de la société civile, porteurs d'obligations comme détenteurs de droits, dans ce domaine.

Ainsi, la réduction des inégalités de genre, au regard de l'impact que celles-ci entraînent sur la santé des individus, constitue une condition de réussite de l'intervention.

Environment

Valeur B : Memisa a développé et testé un outil d'intégration environnemental adapté à ses actions afin de faire une analyse de l'impact potentiel de l'environnement et du climat sur l'intervention, et vice versa. Elle prend des mesures ciblées ayant un impact positif sur l'environnement/le climat ; notamment en termes d'achats locaux ou de compensation de l'empreinte carbone de l'action.

Memisa s'investit également dans la protection de l'environnement autour des centres de santé appuyés. 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, cancérigènes 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. Elle a identifié un modèle d'incinérateur bien plus performant et durable grâce à l'appui technique de MSF et construira des incinérateurs dans des centres de santé qui n'en disposent pas. La construction est accompagnée d'une formation sur la bonne gestion et traitement des déchets et l'utilisation et l'entretien corrects de l'incinérateur.

Les agents de santé communautaire sensibilisent la communauté et les associations communautaires de base 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.

Common outcome within a common programme

Valeur C : L'outcome Guinée se place dans le cadre du programme commun #Health4All de Memisa, Médecins Sans Vacances et Chaîne de l'Espoir Belgique. Memisa est le seul acteur du programme commun actif en Guinée.

L'outcome commun est le résultat d'une approche programmatique intégrée à 4 voies (voir TdC #Health4All), avec une cohérence interne forte. Les apports des différentes parties se renforcent mutuellement. Bien que les trois ONG partenaires aient leurs propres priorités, elles ont en commun de travailler de manière intégrée pour améliorer le système de soins de santé. Pour MSV, le focus et point d'entrée dans le système de santé national est l'hôpital de référence. Memisa vise le renforcement des structures de santé locales pour améliorer la qualité et la disponibilité des soins, tout en travaillant avec les communautés locales sur la solidarité, le droit à la santé et l'accès financier aux soins. Partant des hôpitaux spécialisés, CDEB renforce le système de santé pour donner à chaque enfant les mêmes droits, les mêmes chances de survie et de développement.

Memisa renforce la société civile pour l'exercice des droits des individus et l'amélioration de l'accès aux soins de santé (voie de la demande). Les 3 ACNG cherchent également à améliorer la cohérence du système en collaborant avec les autorités sanitaires gouvernementales à différents niveaux (local, intermédiaire et national). Il s'agit de la voie qui promeut la gouvernance de la santé (voie de la gouvernance). La gestion des connaissances (quatrième voie) est un volet transversal qui vise à renforcer les connaissances et l'expertise entre Memisa, CDEB, MSV, leurs partenaires directs et stratégiques ainsi que les groupes-cible.

Areas of complementarity and synergy with the intervention of ENABEL

Valeur C : La rédaction du programme a inclus une analyse préalable des activités ENABEL et une concertation avec les représentations résidentes.

Le programme de renforcement des capacités CAPACITA a identifié l'IMT comme partenaire opérationnel. Memisa avec son partenaire FMG sont partenaires de mise en œuvre de l'IMT. Memisa/FMG et CAPACITA visent l'appui à la stratégie nationale de couverture santé universelle (CSU) par la mise en place d'une synergie dans un cadre multi-acteur.

CAPACITA a été sollicité par les autorités guinéennes pour réaliser une étude sur l'état actuel de mise en œuvre de la stratégie nationale CSU et de sa faisabilité. Les sites d'intervention de FMG/Memisa offrent des opportunités pour réaliser l'étude. Etant donné l'expérience de mise en œuvre des fonds d'indigents, Enabel a fait appel à Memisa/FMG pour l'accompagnement et le renforcement technique du Fonds National d'Indigence. L'assistant technique Memisa ensemble avec le directeur de programmes de FMG, encadreront une visite d'étude au Sénégal au Fonds National d'Indigence, de la Direction Nationale de l'Action Sociale et celle du Bureau Stratégique de Développement du Ministère de la Santé.

La mutualisation d'expertise, des capacités techniques et méthodologiques entre Enabel et Memisa/FMG sera poursuivie sur base des résultats de l'étude, de la visite et de la recherche (réalisée par l'IMT dans le cadre du projet UE de Memisa/FMG).

FMG est partenaire de mise en œuvre du projet She Decides d'Enabel. L'action consiste à renforcer la capacité des agents de changement qui vont répertorier les cas de violence basée sur le genre et d'assurer la prise en charge psychosociale. L'outcome du programme 2022-2026 vise une complémentarité accrue avec le projet She Decides, à la fois par son appui aux centres de santé associatifs, à la fois par sa complémentarité géographique. Des liens informationnels et opérationnels sont prévus.

Description of the outcome, results and strategy

Description of the expected results

Formulation of outcome or result :	Outcome: Les communautés guinéennes, plus particulièrement les groupes vulnérables (adolescent.e.s, femmes en âge de procréer, nouveau-nés, enfants de moins de 5 ans, indigents, personnes vulnérables vivant avec le VIH et/ou atteintes par la tuberculose, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et professionnelles du sexe, malades mentaux), servis par les centres de santé appuyés, bénéficient d'une offre de soins de santé primaires accessible et de qualité.
Indicator title :	Ind. 1.a. Nombre de centres de santé qui maintiennent ou augmentent la fréquentation du service de santé mentale
Indicator description :	Nombre de centres de santé sur le total des 10 appuyés depuis 2017 qui maintiennent ou augmentent la fréquentation de leur service de santé mentale, mesurée sur base du nombre total annuel des premières consultations pour toutes les pathologies neuropsychiatriques et problèmes psychosociaux confondus, et cela par rapport à la fréquentation moyenne de 2019-2021. (genre spécifique)
Baseline :	10
Target Year 3 - 31/12/2024 :	10
Target Year 5 - 31/12/2026 :	10

Formulation of outcome or result :	Outcome: Les communautés guinéennes, plus particulièrement les groupes vulnérables (adolescent.e.s, femmes en âge de procréer, nouveau-nés, enfants de moins de 5 ans, indigents, personnes vulnérables vivant avec le VIH et/ou atteintes par la tuberculose, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et professionnelles du sexe, malades mentaux), servis par les centres de santé appuyés, bénéficient d'une offre de soins de santé primaires accessible et de qualité.
Indicator title :	Ind. 1.b. Nombre de centres de santé qui augmentent de 10% la fréquentation des services de CPN, PF, accouchements assistés, PEV et VBG
Indicator description :	Nombre de centres de santé sur le total des 10 appuyés depuis 2017 qui augmentent de $\geq 10\%$ la fréquentation des services CPN, PF, accouchements assistés, PEV et VBG pris ensemble ($=X$), par rapport à la fréquentation moyenne 2019 - 2021($=Y$) $X \geq Y + 0.1 * Y$ $X =$ l'addition du nombre annuel de/d': -nouveaux utilisateurs de PF -accouchements assistés par un personnel qualifié -femmes ayant bénéficié de 4 CPN -enfants vaccinés -femmes/filles victimes de VBG ayant bénéficiées d'appui psychosocial
Baseline :	0
Target Year 3 - 31/12/2024 :	6
Target Year 5 - 31/12/2026 :	10

Formulation of outcome or result :	Outcome: Les communautés guinéennes, plus particulièrement les groupes vulnérables (adolescent.e.s, femmes en âge de procréer, nouveau-nés, enfants de moins de 5 ans, indigents, personnes vulnérables vivant avec le VIH et/ou atteintes par la tuberculose, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et professionnelles du sexe, malades mentaux), servis par les centres de santé appuyés, bénéficient d'une offre de soins de santé primaires accessible et de qualité.
Indicator title :	Ind. 1.c. Nombre de nouvelles structures de santé appuyées qui améliorent leur fréquentation du service de santé mentale
Indicator description :	Nombre de structures de santé, sur un total de 5, appuyées à partir de 2022, qui accueillent au moins 100 nouveaux cas par an, toutes pathologies neuropsychiatriques et problèmes psychosociaux confondus. (genre spécifique)
Baseline :	0
Target Year 3 - 31/12/2024 :	3
Target Year 5 - 31/12/2026 :	5

Formulation of outcome or result :	Outcome: Les communautés guinéennes, plus particulièrement les groupes vulnérables (adolescent.e.s, femmes en âge de procréer, nouveau-nés, enfants de moins de 5 ans, indigents, personnes vulnérables vivant avec le VIH et/ou atteintes par la tuberculose, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et professionnelles du sexe, malades mentaux), servis par les centres de santé appuyés, bénéficient d'une offre de soins de santé primaires accessible et de qualité.
Indicator title :	Ind. 2 Nombre de centres de santé bénéficiant de mécanisme de solidarité fonctionnels ayant permis l'accès des personnes vulnérables aux centres de santé appuyés
Indicator description :	Nombre cumulatif de centres de santé appuyés qui bénéficient d'un mécanisme de solidarité fonctionnel Le mécanisme est considéré fonctionnel si les personnes vulnérables identifiées au niveau de la communauté ou au niveau des centres de santé appuyés, bénéficient du mécanisme mis en place pour accéder au soins dont ils/elles ont besoins.
Baseline :	0
Target Year 3 - 31/12/2024 :	3
Target Year 5 - 31/12/2026 :	6

Formulation of outcome or result :	Résultat 1 : Fraternité Médicale Guinée (FMG) est renforcée dans son rôle d'acteur clé de changement dans le système de santé guinéen et les 3 réseaux professionnels (ACS, COMEC-GUI et PPSOGUI) renforcent les compétences de leurs membres, documentent leur contribution au système de santé et échangent sur les bonnes pratiques.
Indicator title :	Ind. 3 FMG augmente son score moyen de performance

#Health4All

Indicator description :	<p>FMG augmente son score moyen de performance de l'outil 'partnerscan' de Memisa</p> <p>L'outil 'partnerscan' mesure la performance sur 5 dimensions :</p> <ul style="list-style-type: none"> Performance Administrative Performance opérationnelle Performance financière Performance sur la bonne gouvernance Performance sur le suivi-évaluation <p>FMG s'est fixé des objectifs par dimension pour les années 3 et 5. Le rapportage de l'évolution sera fait sur base de la moyenne des scores de ces 5 dimensions.</p>
Baseline :	62%
Target Year 3 – 31/12/2024 :	88%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	100%

Formulation of outcome or result :	Résultat 1 : Fraternité Médicale Guinée (FMG) est renforcée dans son rôle d'acteur clé de changement dans le système de santé guinéen et les 3 réseaux professionnels (ACS, COMEC-GUI) renforcent les compétences de leurs membres, documentent leur contribution au système de santé et échangent sur les bonnes pratiques.
Indicator title :	Ind. 4 Nombre d'expériences pertinentes documentées et partagées
Indicator description :	<p>Nombre cumulatif d'expériences pertinentes documentées et partagées par FMG et par les 2 réseaux professionnels appuyés</p> <p>Expérience pertinente= liée à la contribution au système de santé, la qualité des soins ou l'accès aux soins de santé ; ou liée à l'encadrement des associations communautaires de base, à l'utilisation du mécanisme de solidarité,...</p> <p>Documentées = rapports, présentations, référentiels et/ou outils, publications</p> <p>Partagées = au sein des réseaux et aux autorités concernées</p>
Baseline :	FMG: 2; Réseaux: 1/réseau
Target Year 3 – 31/12/2024 :	FMG: 4; Réseaux: 2/ réseau
Target Year 5 – 31/12/2026 :	FMG: 7; Réseaux: 3/réseau

Formulation of outcome or result :	Résultat 2 : Les centres de santé publics et privés à but non lucratif appuyés offrent des soins de santé de qualité, plus particulièrement aux groupes vulnérables.
Indicator title :	Ind. 5 Nombre de centres de santé qui améliorent leur score de performance
Indicator description :	<p>Nombre cumulatif de centres de santé (10 CS appuyés depuis 2017 + 2 nouveaux) qui améliorent leur score de performance pour au moins 3 sur 5 compétences collectives (CC). Chaque CC est évaluée sur une échelle de 1 à 4.</p> <p>Les 5 compétences collectives (CC) d'une organisation performante sont 1) s'engager et d'agir, 2) réaliser ses tâches, 3) nouer des relations, 4) s'adapter et se renouveler, 5) maintenir en équilibre la cohérence et la diversité</p>
Baseline :	0
Target Year 3 – 31/12/2024 :	5
Target Year 5 – 31/12/2026 :	8

Formulation of outcome or result :	Résultat 2 : Les centres de santé publics et privés à but non lucratif appuyés offrent des soins de santé de qualité, plus particulièrement aux groupes vulnérables.
Indicator title :	Ind. 6.a. Nombre de centres de santé qui atteignent un score de $\geq 3 / 4$ en santé mentale
Indicator description :	<p>Nombre cumulatif de structures de santé sur un total de 15 qui atteignent un score de $\geq 3 / 4$ pour $\geq 4/5$ domaines du « scorecard » qui mesure la capacité à offrir des soins de santé mentale de qualité</p> <p>Les domaines sont:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personnel de santé formé en diagnostic et traitement des pathologies neuropsychiatriques et autres problèmes psychosociaux - Personnel formé en accompagnement psychosocial - Médicaments disponibles - Discussions de cas - Infrastructure adéquate pour l'accueil des patients
Baseline :	0
Target Year 3 – 31/12/2024 :	8
Target Year 5 – 31/12/2026 :	15

Formulation of outcome or result :	Résultat 2 : Les centres de santé publics et privés à but non lucratif appuyés offrent des soins de santé de qualité, plus particulièrement aux groupes vulnérables.
Indicator title :	Ind. 6.a. Nombre de centres de santé qui atteignent un score de $\geq 3 / 4$ en santé sexuelle et reproductive et VBG
Indicator description :	<p>Nombre cumulatif de centres de santé (total de 14) qui atteignent un score de $\geq 3 / 4$ pour $\geq 4 / 5$ domaines du « scorecard » qui mesure la capacité à offrir des soins en santé sexuelle et reproductive et VBG de qualité</p> <p>Les domaines sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Personnel de santé renforcé en CPN recentrée, PF post-partum, SONU-B <input type="checkbox"/> Personnel formé en DSSR et VBG <input type="checkbox"/> Personnel formé en appui psychosocial de victimes de VBG <input type="checkbox"/> Intrants PF disponibles <input type="checkbox"/> Aménagement des espaces d'écoute, conseil et orientation
Baseline :	0
Target Year 3 – 31/12/2024 :	6
Target Year 5 – 31/12/2026 :	10

Formulation of outcome or result :	Résultat 2 : Les centres de santé publics et privés à but non lucratif appuyés offrent des soins de santé de qualité, plus particulièrement aux groupes vulnérables.
Indicator title :	Ind. 7 Le nombre total de femmes enceintes dépistées et conseillées en VIH
Indicator description :	Le nombre total annuel de femmes enceintes accueillies aux 4 centres Dream et aux centres de santé appuyés par FMG, qui ont été dépistées et conseillées en VIH
Baseline :	9000
Target Year 3 – 31/12/2024 :	12000
Target Year 5 – 31/12/2026 :	12000

Formulation of outcome or result :	Résultat 3 : Les agents de santé communautaires et associations de détenteurs de droits sensibilisent la communauté, accompagnent les personnes vulnérables et leurs familles et font le plaidoyer auprès des leaders et des porteurs d'obligation pour la prise en compte de leurs besoins.
Indicator title :	Ind. 8 Pourcentage d'agents de santé communautaire formés qui réalisent du progrès dans le domaine de la santé mentale et de la SSR/VBG
Indicator description :	Nombre d'ASC sur le total des ASC formés (15) * 100 qui réalisent du progrès quant à leurs activités de sensibilisation de la communauté, d'accompagnement des patient.e.s et de leurs familles, de référence au centre de santé en cas de besoin, d'accompagnement des associations communautaires de base, de complétude d'outils de suivi et rapportage.
Baseline :	SM:10% niveau minimal like to see; SSR/VBG: 10% niveau minimal expect to see
Target Year 3 – 31/12/2024 :	SM:30% niveau minimal like to see; SSR/VBG: 40% niveau minimal expect to see
Target Year 5 – 31/12/2026 :	SM:60% niveau minimal like to see; SSR/VBG: 80% niveau minimal expect to see

Formulation of outcome or result :	Résultat 3 : Les agents de santé communautaires et associations de détenteurs de droits sensibilisent la communauté, accompagnent les personnes vulnérables et leurs familles et font le plaidoyer auprès des leaders et des porteurs d'obligation pour la prise en compte de leurs besoins.
Indicator title :	Ind. 9 Pourcentage d'associations communautaires de base accompagnées qui réalisent du progrès
Indicator description :	Nombre d'associations qui réalisent du progrès au niveau de l'expect, like et love to see/nombre total des associations accompagnées * 100
Baseline :	10% niveau expect to see
Target Year 3 – 31/12/2024 :	40% niveau expect to see; 20% niveau like to see
Target Year 5 – 31/12/2026 :	60% niveau expect to see; 20% niveau like to see; 2% niveau love to see

Formulation of outcome or result :	Résultat 3 : Les agents de santé communautaires et associations de détenteurs de droits sensibilisent la communauté, accompagnent les personnes vulnérables et leurs familles et font le plaidoyer auprès des leaders et des porteurs d'obligation pour la prise en compte de leurs besoins.
------------------------------------	---

Activities, targets groups and beneficiaries

Classification of activities

Résultat 1 : 1) Renforcement OSC : Assistance technique administrative/financière/gouvernance et en Suivi/Évaluation ; Formation en 'genre' ; Appui aux microprojets 'amélioration de la qualité des soins' et à la digitalisation des dossiers médicaux; Appui aux réunions thématiques/techniques ; Recherche opérationnelle/action ; Ateliers nationaux entre réseaux/plateformes et ateliers régionaux entre partenaires de Memisa ; Activités de plaidoyer ; 2) Sensibilisation sur l'importance de l'identité légale ; 3) Accompagnement des équipes cadre de districts

Résultat 2 : Sensibilisation des porteurs d'obligations sur l'égalité des sexes et sur les droits et besoins des groupes vulnérables ; Renforcement des compétences médicotéchniques, organisationnelles et en communication du personnel des centres de santé : stages, échanges entre paires, missions experts internationaux, formations, supervisions formatives, suivi post-formation, mentorat, élaboration/diffusion de référentiels et d'autres outils ; Appui en infrastructure (incinérateurs, forages, réaménagement locaux), en équipement et médicaments ; Formation des formateurs ; Organisation de la référence et contre-référence des malades mentaux

Résultat 3 : Sensibilisation des agents de santé communautaire (ASC), des éducateurs paires, des associations de détenteurs de droits et des leaders sur l'égalité des sexes et sur les droits et besoins des groupes vulnérables ; Formation des ASC sur la prise en charge communautaire, sur les techniques d'information, d'éducation et de communication et sur l'accompagnement des associations ; Encadrement/supervision des ASC ; Appui aux mécanismes de solidarité et aux dynamiques et initiatives communautaires; Counselling PVIH; Alphabétisation de patients ; Sensibilisation de groupes autour du VIH et la stigmatisation ; Accès au dépistage/diagnostic précoce et au PTME ; Appui à l'enregistrement des naissances

Target group(s)

La société civile locale :

- Fraternité Médicale Guinée (FMG)
- 3 réseaux professionnels (COMEC-GUI, ACS, PPSOGUI)
- 12 associations communautaires de base

Les équipes cadres des districts (DPS) : 8

Les structures de santé appuyées dont 10 publiques (9 centres de santé et un hôpital préfectoral) et 9 privées à but non lucratif (centres de santé) et leur personnel : 85 hommes et 151 femmes

15 agents de santé communautaires: 7 femmes et 8 hommes

Beneficiaries

Le projet va couvrir une population totale de 928 046 habitants :

- 378 046 bénéficiaires directs qui vivent dans les zones d'intervention des 19 structures de santé appuyées, dont 74 538 sont des femmes en âge de procréer. Le programme estime toucher chaque année 24 550 autres personnes vulnérables (malades mentaux, personnes vulnérables VIH/TB, homosexuels, professionnelles du sexe, indigents)
- 550 000 bénéficiaires indirects couverts par les membres des ACS et COMEC-GUI

Title of the reference annex :	#H4A - Guinée - Théorie du changement
Title of the reference annex :	#H4A - Guinée - Analyse des risques

Description of tasks among associate ANGCS

Memisa est le seul acteur du programme commun actif en Guinée.

Description of the Relevance

Le programme Memisa/FMG/Dream intervient sur base d'une analyse du contexte, une identification des acteurs de santé et des besoins de soins de santé et tient compte des politiques et des systèmes de santé en Guinée.

L'action s'aligne sur la Politique Nationale de Santé et veut apporter un soutien à la réalisation des 3 objectifs du **Plan National de Développement Sanitaire** (PNDS) 2015-2024 à savoir :

- o Réduire la mortalité et la morbidité liées aux maladies transmissibles, non transmissibles et aux situations d'urgence
- o Améliorer la santé à toutes les étapes de la vie
- o Améliorer la performance du système national de santé

L'outcome, se situant au niveau de la première ligne et de la communauté, s'inscrit spécifiquement dans la **Politique Nationale de Santé Communautaire** de 2017 qui identifie trois objectifs stratégiques :

- Renforcer la gouvernance des institutions locales de santé
- Améliorer la performance du système de santé communautaire
- Contribuer à l'autonomisation des populations vulnérables en particulier les jeunes et les femmes.

En ce qui concerne l'amélioration de l'accès financier, l'outcome s'inscrit dans la **Politique Nationale de Protection Sociale** qui vise à bâtir progressivement un système social, équitable et durable en faveur des couches vulnérables.

L'outcome vise une offre de soins de qualité et accessibles pour plusieurs groupes vulnérables. Parmi eux, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnelles du sexe et les PVIH, les groupes cibles du **Cadre Stratégique National de lutte contre le SIDA** (2018-2022), dont l'action intègre plusieurs interventions prioritaires.

Le programme contribue ainsi aux différents approches de la **Cible stratégique 3** du CSC afin d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé de qualité pour tous (prévention, soins curatifs, réadaptation et sensibilisation).

L'**intégration du genre** dans le programme se fait au niveau de l'outcome ainsi que des trois résultats. Memisa et ses partenaires contribuent de manière transversale et spécifique à la **Cible stratégique 4** du CSC. L'attention portée à la thématique est également reflétée dans le cadre logique, notamment dans les indicateurs de l'outcome et ceux du résultat 2 et 3.

L'outcome s'aligne sur les *politiques nationales et régionales* suivantes :

En janvier 2011, le Ministère Guinéen des affaires sociales, de la promotion féminine et de l'enfance a élaboré une **Politique Nationale Genre (PNG)**. L'outcome proposé contribuera et participera activement à l'atteinte de l'objectif général qui est de promouvoir l'égalité et l'équité entre les hommes et les femmes par la réduction significative et durable de toutes les formes de disparités et de discriminations fondées sur le sexe. Les résultats attendus se cadrent avec l'axe stratégique I de cette PNG et l'objectif stratégique 2 (Assurer aux hommes et aux femmes, ainsi qu'aux filles et garçons, des services de santé de la reproduction de qualité, aptes à réduire, de façon significative, la mortalité maternelle et infantile, la morbidité ainsi que les cancers des systèmes de reproduction.). De plus, elle contribue à la mise en œuvre de l'Axe stratégique II sur le Respect des droits humains et l'élimination des violences. Elle s'aligne également au **Plan d'action de Planning Familial** de 2019 -2023. Au niveau régional, notre action visant l'amélioration des droits et la santé sexuelle et reproductive, s'aligne sur le **plan d'action de Maputo 2016 - 2030** de la Commission de l'Union Africaine. Elle s'inscrit aussi dans la dynamique du **Partenariat de Ouaga** autour de la thématique du planning familial.

Parmi les groupes vulnérables, se trouvent également les **malades mentaux**. Les femmes/filles, victimes des violences, sont plus susceptibles de développer des troubles mentaux et d'autre part, les malades mentaux courent un risque plus élevé de violences. Memisa et son partenaire FMG s'aligne à l' **Updated Comprehensive mental health action plan 2013-2030 de l'OMS** qui intègre depuis peu le volet 'Mental health preparedness and response for public health emergencies'.

Le **thème transversal** de la protection de **l'environnement**, est prise en compte au niveau des structures sanitaires. Il s'agira de veiller à la gestion et au traitement 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. C'est pourquoi, il est envisagé la construction des incinérateurs à utilisation facile et moins polluante dans les centres qui n'en disposent pas. Le personnel sera formé au bon tri et traitement des déchets biomédicaux et à l'entretien des infrastructures.

Dans les activités des agents de santé communautaire, un accent particulier sera également 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.

L'outcome du programme 2022-2026 se situe dans **la continuité du programme actuel** (2017-2021). Le maintien, voir l'approfondissement des activités **se justifie par** :

- Memisa a débuté son partenariat avec FMG en 2017. Le programme actuel a permis d'identifier ensemble les faiblesses et forces de FMG. Depuis septembre 2020, Memisa et FMG mettent en œuvre un projet financé par l'UE avec une assistance technique Memisa en matière d'administration & finances et de santé publique. FMG l'apprécie beaucoup et nous sommes convaincus qu'elle permettra à FMG de jouer davantage son rôle d'acteur clé de changement.
- L'expérience positive du renforcement des plateformes/réseaux, organisations de la société civile justifie l'approfondissement de la dynamique d'échange/apprentissage mutuel (informatisation dossier médical). Elle visera le renforcement de la documentation et de la capitalisation des bonnes pratiques grâce à l'accompagnement par l'assistant technique en santé publique et des microprojets sur la qualité des soins. Les OSC seront également renforcés en genre.
- Le programme actuel renforce 10 centres de santé, plus en particulier dans le domaine de la santé mentale. Dans le programme 2022 -2026, nous consoliderons la prise en charge médicale, renforcerons le volet psychosocial et étendrons l'approche à 4 autres centres de santé publics et un hôpital préfectoral dans la région de Boké. Nous souhaitons dans ce nouveau projet, introduire dans le dispositif un hôpital préfectoral. L'objectif est d'apprécier la continuité des soins, de la référence et contre référence, de la circulation de l'information de bas en haut et de haut en bas (dans le respect de la pyramide sanitaire) entre la première ligne de soins et le premier niveau de référence et enfin d'impliquer les spécialistes du service de psychiatrie dans la formation et le suivi au niveau de l'hôpital de district qui aura en charge de superviser les centres de santé avec les équipes cadre.
- Ce nouveau programme permettra en plus d'intégrer le genre et l'offre de service VBG et de Santé Sexuelle et Reproductive. La collaboration avec les Directions Préfectorales de Santé sera poursuivie et élargie aux domaines de la SSR et de VBG. La collaboration avec les autorités nationales et décentralisées en santé et en protection sociale est la clé de la pertinence. L'implication des hôpitaux est envisagée pour renforcer l'aspect formatif des supervisions.
- En plus du maintien des complémentarités avec Santé Sud (épilepsie), avec Essentiel (appui mutuelles de santé), et avec She decides (référence au CS pour appui psychosocial de VBG).

Le changement ultime à réaliser dans la TdC et l'outcome du programme sont alignés et donc formulés de manière presque identique. Ce qui signifie que la réalisation de l'outcome en 2026 implique également l'accomplissement du changement ultime de la TdC d'ici là dans les zones d'intervention.

Description of Coherence

Particularité de l'outcome : Memisa souhaite poursuivre l'appui à FMG dans le domaine de la santé mentale. Depuis 2000, FMG a développé une expertise dans la prise en charge communautaire des troubles mentaux. Reconnue pour son expertise dans ce domaine, elle a été sollicitée par les autorités sanitaires pour l'accompagnement de la mise en œuvre de cette approche dans des centres de santé publics. Le programme 2017-2021 a permis l'intégration de la santé mentale dans 5 centres de santé publics. Le prochain programme consolidera les acquis et renforcera davantage le volet psychosocial. Elle envisage également l'extension vers 4 centres de santé publics et un hôpital préfectoral. L'intégration de ce dernier permettra de piloter l'assurance de la continuité des soins du niveau communautaire jusqu'au niveau de la première ligne de référence.

Cohérence externe :

L'outcome est **complémentaire aux activités des acteurs suivants** :

En ce qui concerne la cible 'santé' :

- Santé Sud (ONG française) : Santé sud met en œuvre un projet de 3 ans (2019-2022) financé par l'AFD. Le projet consiste à installer 8 médecins dans la région de Labé, Boké, Boffa et Dinguiraye. En plus Santé Sud appuie COMEC-Gui dans son projet associatif (appui à la reconnaissance du métier de médecin généraliste communautaire, organisation des groupes de pairs, dossier médical partage...). FMG est le porteur de ce projet. Le projet FMG-Memisa va intervenir à Boké et soutient le réseau COMEC-Gui. Les deux programmes compléteront cet appui et feront des missions conjointes dans les sites communs.
- Essentiel (ONG française) : ESSENTIEL met en œuvre un projet de 3 ans 2020-2023 financé par l'AFD. Le projet consiste à appuyer la mise en place des mutuelles préfectorales, l'appui à PPSOGUI. FMG est le porteur du volet médical de ce projet en Guinée. ESSENTIEL appuie les systèmes de solidarité, le projet FMG-Memisa-DGD compte mettre en œuvre un fonds de solidarité/indigents/vulnérables. Essentiel peut aider à l'identification des vulnérables et à garantir l'utilisation rationnelle des moyens que FMG-Memisa mettra à disposition, étant donné le chevauchement géographique.
- WSM : WSM renforce, à travers ses partenaires, la Protection Sociale ea par l'appui aux mutuelles de santé et aux organisations solidaires de santé. Memisa appuie d'autres mécanismes de solidarité qui visent l'accès en particulier des groupes vulnérables. WSM appuie la plateforme PPSOGUI, dont FMG est membre et cofondateur.

En ce qui concerne la cible 'genre' :

- Enabel (She decides) : Enabel renforce les capacités de porteurs d'obligation et de détenteurs de droits. Le programme Memisa prévoit le renforcement de ces deux groupes dans des centres de santé et communautés non couverts par She decides. Une attention particulière sera également donnée à l'offre d'un appui psychosocial. Les centres de santé de FMG constituent actuellement les lieux de référence de victimes de VBG.
- Nous veillerons à la complémentarité et la coordination avec des programmes internationaux : FNUAP, AGBEF, CECOJE, Blue Zone, PISCCA, GIZ.
- Il y a également des ONG locales actives dans ce domaine ainsi que le Ministère de la sécurité (AUPROJEM).

Cohérence interne : Le projet de l'UE est un projet de renforcement du système de santé pour assurer la continuité des services et l'accès aux soins des populations vulnérables dans le contexte COVID19. L'action consiste à contribuer à accroître l'accessibilité de la population à des services de santé de qualité et répondre aux besoins spécifiques en matière de santé des populations en situation de crise COVID/post-COVID avec une attention particulière aux plus vulnérables. Cette accessibilité des soins aux plus vulnérables associée à la disponibilité des soins de santé primaire de qualité sont la pierre angulaire de toutes les interventions menées dans le pays, y compris l'actuelle proposition d'intervention.

Description of Effectiveness

Au niveau de la cible santé, le programme contribuera à toutes les approches identifiées dans le CSC Guinée:

Les approches 1, 2 et 3 visent le renforcement de la demande et de la gouvernance afin d'assurer la prise en compte des besoins et droits des groupes vulnérables par le système de santé ainsi que la pleine participation de la communauté. L'action prévoit :

- La mise en place d'un mécanisme de solidarité autour des centres de santé appuyés avec l'implication et la contribution de toutes les parties prenantes afin de créer un système durable. La collaboration avec la Direction Nationale de Fonds Indigents se poursuit.
- Le renforcement des compétences des agents de santé communautaires en techniques IEC, en accompagnement psychosocial des personnes vulnérables et de leur famille et en accompagnement des associations à base communautaire.
- Le renforcement des capacités et l'appui aux associations de détenteurs de droits. Elles développent des plans d'action annuels que Memisa appuie.
- Le centre Dream accompagne les femmes VVIH stigmatisées à reprendre le contrôle sur leur vie et cherche des synergies avec des associations guinéennes engagées dans la promotion d'une culture de droits humains.

Les approches 4 jusque 7 visent le renforcement de l'offre, de sa disponibilité et de sa qualité, et de la gouvernance du système de santé. L'action prévoit :

- Une sensibilisation du personnel de santé aux besoins des groupes vulnérables et à leurs droits en santé forme la base.
- Le renforcement de capacité du personnel des centres de santé passe par un mix d'activités qui se complètent: des discussions de cas encadrées par des experts, des stages dans des centres de santé FMG et dans les hôpitaux, des échanges entre collègues pour la discussion des pratiques et des défis, l'élaboration et la diffusion des référentiels, des échanges par mail/visio-conférence/whatsapp avec les experts, le mentorat et l'accompagnement des maîtres de stages par les universités,... Ce renforcement vise les compétences organisationnelles du chef du centre, les compétences médicotéchniques et en communication du personnel de soins.
- Le suivi et les supervisions formatives par les équipes de directions préfectorales de la santé est la pierre angulaire pour assurer l'application des compétences acquises.
- Nous sommes convaincus qu'une implication des centres de santé dans le suivi des indicateurs du cadre logique contribuera également à renforcer l'apprentissage. A cet effet, nous avons élaboré des indicateurs qui à la fois permettent d'évaluer l'atteinte de nos résultats ainsi que de monitorer ensemble avec le personnel de chaque centre de santé le progrès qu'ils réalisent.
- L'appui en équipement, infrastructure et médicaments est basé sur une analyse des besoins, prend en compte l'environnement et englobe également la formation à la bonne gestion de stock et au bon entretien.

Les approches 8 à 10 visent le renforcement de la bonne gouvernance du système de santé. Notre action se concentrera sur le renforcement des organisations de la société civile, notamment de FMG et des 2 réseaux professionnels(COPEC-GUI, ACS) par

- Une assistance technique de Memisa auprès de FMG visera une capacité organisationnelle accrue de gestion administrative et financière et de suivi/évaluation et apprentissage. Un plan d'action est établi à cet effet sur base d'une analyse commune approfondie. L'assistance technique permettra également le renforcement des liens entre FMG et les ministères de santé et d'action sociale et augmentera en conséquent également la visibilité du programme. La coordination entre le secteur privé et public sera renforcée. FMG apprendra également des expériences d'autres partenaires de Memisa lors des ateliers régionaux.
- Des actions de recherche action réalisées ensemble avec l'IMT et ses partenaires contribueront à nourrir également le dialogue avec les ministères.
- Le renforcement des 2 réseaux de la société civile passera par l'appui à la documentation des bonnes pratiques (assistance technique de Memisa) et de leur contribution au système de santé (digitalisation des données médicales). Pour renforcer la dynamique autour de la qualité des soins au sein de l'ACS et de COPEC-GUI, un système de microprojets sera piloté, suivant l'exemple de la plateforme hospitalière en RDC. L'accompagnement des membres dans l'élaboration et le suivi de ces projets ainsi que la restitution des résultats contribuera aux apprentissages.

Au niveau de la cible genre, le programme contribuera aux approches 1, 3, 4 et 5 Pour les approches 1 et 3, l'action vise la collaboration avec Le Monde selon les Femmes et son partenaire local:

- FMG et des représentants des 2 réseaux appuyés participeront à la formation organisée par M/F afin de renforcer l'intégration dans les projets de la dimension genre et de les soutenir dans la lutte contre les stéréotypes et dans la promotion de l'égalité femme/homme
- Des plaidoyers communs seront réalisés au niveau local et national

Pour les approches 4 et 5, l'action consiste en :

- La sensibilisation de tous les acteurs, porteurs d'obligation et détenteurs de droits aux droits humains, à l'égalité des sexes et aux lois en vigueur
- Afin d'amener les communautés et en particulier les femmes et adolescent.e.s à prendre conscience de leurs droits en matière de SSR et de VBG, nous travaillerons en collaboration avec des organisations œuvrant dans le domaine des droits et d'égalité homme/femme. L'action consiste à rassembler les acteurs qui sont les porteurs d'obligation et les détenteurs de droit dans une plateforme de dialogue concernant les droits sexuels reproductifs et les VBG, pour apprécier leurs connaissances, de comprendre leurs croyances et attitudes, pour leur donner de l'information et discuter sur le changement voulu, discuter et identifier comment ils pourraient contribuer au changement voulu et dénouer les goulots d'étranglement sur la SSR et la VBG. Cette action peut être renforcée par les partages de témoignages et de success stories.
- Le renforcement de compétences du personnel de santé des CS appuyés, vise leurs compétences médicotéchniques. Cependant une attention particulière portera sur les compétences en communication et en accompagnement psychosocial pour une offre de soins centrés sur le patient, victime des VBG ou à la recherche d'une offre de SSR de qualité.
- Le centre Dream (et ses antennes) améliore la qualité de prise en charge du VIH pour les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes et leurs bébés. Ils incluent les conjoints et les autres enfants du foyer.

Les éléments suivants nous ont convaincus que nous pouvons **atteindre l'outcome et les résultats** escomptés :

- La décision stratégique de basculer une partie du budget demandé (à la DGD) de la RDC vers la Guinée.
- La longue et vaste expérience de nos deux partenaires locaux, FMG et Dream, dans les voies de changement de l'offre et de la demande, plus en particulier envers les groupes vulnérables ciblés par l'outcome. La synergie entre les 2 partenaires sera renforcée davantage.
- L'assistance technique de Memisa auprès de FMG, la collaboration avec l'IMT et avec M/F qui permettront de renforcer des volets de compétences qui sont moins bien développés et se feront aussi sentir au niveau des 3 plateformes/réseaux. Comme la TdC le stipule, le bon fonctionnement de la société civile contribue à l'amélioration de la gouvernance du système de santé et la prise en compte des besoins des plus vulnérables.
- Le renforcement des capacités des et la collaboration avec les autorités décentralisées (DPS) pour le suivi et la supervision du personnel des centres de santé appuyés. Le gradient de compétences médicotéchniques est amélioré grâce à l'implication des spécialistes des hôpitaux préfectoraux. La participation active du personnel des CS dans le suivi des indicateurs augmentera l'appropriation de l'action
- L'attention portée à la 'sensibilisation des porteurs d'obligation et de détenteurs de droits autour des droits humains et en santé et sur l'égalité H/F'. La collaboration avec des associations qui œuvrent dans ce domaine complètera l'expertise de nos partenaires. Tout changement individuel de valeurs, attitudes, comportement passe par l'information, la sensibilisation et la prise de conscience qu'on peut faire la différence.

Pour que les communautés aient accès à des soins de qualité (Outcome), la gouvernance du système de santé doit être améliorée (R1), ainsi que la disponibilité et la qualité de l'offre (R2). La population doit connaître ses droits et ses devoirs en santé et être en mesure de les faire respecter (R3).

L'outcome même et les résultats 2 et 3 soulignent l'attention qui est donnée pour que l'offre de soins soit de qualité et accessible en priorité pour les groupes les plus vulnérables. Cela est tout à fait en phase avec la mission des 2 partenaires locaux. Le **principe LNOB** est effectivement considéré le fil conducteur de la stratégie d'intervention du programme.

Cadre Logique - définition des baselines:

L'*indicateur 1* de l'outcome est basé sur les données qui sont collectées mensuellement au niveau des centres de santé. Nous avons identifié des indicateurs communs aux centres de santé associatifs et publics. Le calcul de la moyenne est basé sur l'année 2019 et 2020 afin de mitiger l'éventuel impact de la pandémie Covid-19 sur la fréquentation des services essentiels.

En ce qui concerne l'*indicateur 2*, qui cherche à apprécier dans quel mesure le programme contribue à l'accessibilité financière des soins pour les plus vulnérables, nous avons défini la baseline à 0. Des fonds d'indigents viennent d'être mis en œuvre au niveau des centres de santé dans le cadre du projet UE. L'IMT en collaboration avec son partenaire CEA-PMMT évalueront la stratégie adoptée au cours des mois prochains et le résultat nous guidera dans le prochain programme. Une visite d'étude au Sénégal planifiée au mois de septembre avec financement de CAPACITA, offrira une autre opportunité d'apprentissage. Nous suivrons l'impact sur l'accès des plus vulnérables aux soins de santé.

Pour le résultat 1, *indicateur 3*, la baseline a été défini par l'utilisation de l'outil partnerscan de Memisa, complété par un volet S&E. Les ATs Memisa ont accompagné FMG dans l'exercice.

La baseline de l'*indicateur 4* est basé sur l'exercice de capitalisation réalisé en collaboration avec les 4 organisations de la société civile dans le cadre du programme actuel.

Les *indicateurs* du résultat 2 suivront le nombre de centres de santé qui réaliseront un progrès au cours des 5 ans au niveau organisationnel et médicotéchnique. Cette évolution sera mesurée à l'aide des "scorecards" qui seront remplis ensemble avec le personnel de santé. Les éléments qui constituent les scores mesureront l'effet direct de l'appui ainsi que son appropriation par le personnel et l'effet de la supervision. L'exercice est accompagné par l'équipe de coordination de FMG, soutenu par Memisa. Le baseline, en terme de nombre de CS qui ont progressé, est donc de 0 au début du programme. Le choix de ce type d'indicateurs est basé sur la recommandation de l'évaluation intermédiaire.

Le baseline de l'indicateur 7 est basé sur les activités de dépistage réalisées par Dream en 2020.

Pour le résultat 3, le baseline de l'indicateur 8, qui concerne les agents de santé communautaire, est basé sur l'impact de leur renforcement des projets en cours (DGD et UE).

Le baseline de l'indicateur 9 est 0, étant donné que les associations de parents et amis de malades mentaux viennent d'être créées dans le cadre du projet UE et que la collaboration avec d'autres doit être développées.

Description of Efficiency

Les ressources sollicitées dans le cadre du présent projet seront investies dans le développement des ressources humaines, des structures de soins, des plateformes d'échanges d'acteurs et le renforcement de la société civile et leur collaboration avec le secteur public en République de Guinée.

Le projet va couvrir une population totale de 928 046 habitants, dont 378 046 habitants vivent dans les zones d'intervention des 19 structures de santé appuyées dans 5 régions administratives. Parmi ces derniers, 74 538 sont des femmes en âge de procréer. Le programme touchera chaque année 24 550 autres personnes vulnérables (malades mentaux, PVIH, TB, homosexuels, indigents). Le budget de € 2.114.000 est répartis comme suit :

- o Investissement : € 461.500 soit 21,8 %
- o Fonctionnement : € 968.500 soit 45,8 %
- o Personnel : € 684.000 soit 32,4 %

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 : € 0.48

La répartition du budget sur les 3 résultats se présente comme suit : R1 43%, R2 44% et R3 13%, ce qui reflète la stratégie d'intervention de Memisa : Améliorer la disponibilité, la qualité et l'accès à des soins de santé primaires par le renforcement de capacités des partenaires et acteurs locaux.

De ce fait, le projet envisage de renforcer les capacités des organisations locales à même d'apporter des changements immédiats et durables. Ainsi, FMG disposerait des capacités à influencer positivement le système de santé guinéen et l'apport de la société civile dans le rôle d'appui.

Les 2 réseaux (ACS, COMEC-GUI) professionnels qui encadrent des structures de santé (40 centres de santé et 15 cabinets médicaux communautaires) apporteront des changements durables au niveau des communautés par l'implication de ces dernières dans le développement local.

Les bonnes pratiques issues des interventions de FMG et des 2 réseaux pourront aider le système de santé guinéen à définir des nouvelles stratégies et politiques de santé.

Le choix porté aux organisations de la société civile pour la mise en œuvre de ce projet est fondé sur leurs capacités de mobilisation sociale, leur connaissance du contexte socio-culturel national, leur capacité de développement d'initiatives et de mise en réseau. La capacité de la société civile à impliquer les communautés dans leur développement local est une valeur ajoutée importante pour l'enclavement des activités au niveau communautaire.

Les synergies envisagées dans le cadre du projet contribuent à réduire les coûts de mise en œuvre. Dans la section sur les synergies il est décrit quels coûts seront portés par quel ACNG.

L'utilité des coopérants (Assistants techniques AT) est avérée pour permettre à FMG et par ricochet aux 3 plateformes d'améliorer leurs performances. Une évaluation de base montre une performance de près de 65%. Au terme de la 3ème année, le projet visera au travers l'appui des AT à atteindre une performance de 88% et à la 5ème année de 100% pour les 5 dimensions : Performance Administrative, Performance opérationnelle, Performance financière, Performance sur la bonne gouvernance et la Performance sur le Suivi-évaluation. Les assistants pourront également encadrer les recrues locales pour que ces dernières puissent prendre le relais après la fin du projet. Les deux AT ne resteront pas durant tout le projet. L'AT administratif/financier travaillera à 50 % en Guinée et l'autre mi-temps il accompagnera le partenaire local mauritanien de Memisa. Si une prolongation doit être faite, FMG-Memisa trouvera d'autres opportunités pour poursuivre leur mission.

Comments on description of efficiency

Submitted by DGEO-MaartenY on Wed, 10/20/2021 - 10:01

Coûts opérationnels

Les coûts opérationnels demandés représentent un triplement par rapport à l'intervention précédente en Guinée. Nous lisons dans le chapitre sur l'efficacité que cela est en partie dû à "la décision stratégique de baser une partie du budget de la RDC sur la Guinée". Pourriez-vous fournir un peu plus de précisions/explications par rapport à cette augmentation du budget ?

Submitted by MEMISA on Mon, 10/25/2021 - 12:03 in reply to coûts opérationnels by dgeo-maarteny

Coûts opérationnels

Memisa n'était pas présent en Guinée avant 2017. À travers sa collaboration avec l'Institut de Médecine Tropicale Anvers (IMT), elle a fait connaissance avec l'ONG guinéenne, Fraternité Médicale Guinée (FMG). Une visite d'étude sur terrain en 2016 a permis de souder la base pour une collaboration basée sur une vision et des valeurs partagées. Dès lors, Memisa a décidé d'inclure dans son programme quinquennal (commun) 2017 -2021, un outcome Guinée visant le renforcement du système de santé périphérique par son appui à la société civile, notamment à FMG et ses partenaires locaux, les plateformes/réseaux dont il est co-fondateur et membre.

Puisqu'il s'agissait d'une première expérience de Memisa en Guinée avec un nouveau partenaire, Memisa a choisi de postuler avec un budget modeste. Ce premier programme a fourni l'espace d'apprentissage réciproque. Après une collaboration fructueuse de 5 ans, Memisa et FMG confirment leur souhait de coopérer davantage avec une ambition accrue en termes d'interventions et un accompagnement optimal du partenaire.

Le triplement du budget est concrètement lié aux éléments suivants :

Le nouveau programme s'inscrit dans **2 cibles stratégiques**, santé et genre. À la demande de l'ambassade de Belgique en Guinée, toutes les ACNGs belges actives en Guinée se sont inscrites dans la cible 'genre', ce qui implique des activités supplémentaires pour les 3 axes stratégiques (la promotion de la bonne gouvernance, l'amélioration de l'offre et l'appui à la demande).

Le nouveau programme prévoit une **extension du nombre de sites d'intervention** pour répondre aux besoins de la population en services et soins de santé mentale et pour répondre à la demande des autorités sanitaires de couvrir d'autres régions administratives.

Le nouveau programme vise davantage **le renforcement des organisations de la société civile (OSC), et plus en particulier de FMG, par une assistance technique de Memisa**. La demande découle d'une expérience positive du projet que Memisa et FMG ont soumis en 2020 auprès de l'UE dans le cadre de la pandémie Covid 19. Ce projet comprend une coordination et assistance technique de Memisa sur le terrain. L'équipe Memisa a été accueillie au sein de FMG et travaille en étroite collaboration avec elle. Il a prouvé l'année dernière sa valeur ajoutée dans le renforcement institutionnel du partenaire, tant sur le plan administratif et financier que sur celui de la santé publique. Le projet UE se termine en février 2022. À la demande du partenaire et vu la place qu'il occupe désormais dans le renforcement du système de santé guinéen et tout l'accompagnement qu'il apporte aux organisations communautaires de base, il a été décidé d'intégrer l'assistance technique dans le programme 2022 -2026. L'assistance technique admin/fin sera partagée entre les partenaires locaux de Memisa en Guinée et Mauritanie. La présence d'un assistant technique en santé publique renforcera également la capitalisation des expériences.

Dans le cadre du projet UE, Memisa/FMG collaborent avec Action Damien et l'ITM et son partenaire local, CEA-PCMT. Cette expérience a renforcé le souhait de poursuivre la collaboration dans le prochain programme quinquennal, d'où la prévision d'un **budget spécifique dédié à la synergie** avec ces deux acteurs. Pour la cible genre, Memisa et FMG collaboreront avec le Monde selon les Femmes et son partenaire.

Le budget prévu pour **l'appui aux plateformes/réseaux** était très limité dans le programme 2017-2021. Vu leur évolution positive au cours des 5 ans passés, Memisa souhaite intensifier son appui en complémentarité avec d'autres acteurs belges et internationaux afin de renforcer la performance des plateformes/réseaux et la qualité de soins offerts par ses membres. A cet effet, une approche de microprojets sera mise en place, qui bénéficiera d'ailleurs de l'accompagnement de l'assistant technique en santé publique pour un suivi, capitalisation et partage

d'expériences optimal.

Memisa souhaite non seulement renforcer le partage d'expérience entre OSC en Guinée mais créer des espaces d' **apprentissage mutuel et de capitalisation d'expériences entre partenaires Memisa des différents pays**. Elle prévoit à cet effet un budget pour des ateliers régionaux et des visites d'étude, en complément des échanges par vidéoconférence.

Description of the expected Impact

L'impact attendu du programme est la contribution à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être des populations de la Guinée, et plus en particulier des plus vulnérables. La sensibilisation de tous les acteurs et la création des espaces de dialogue entre porteurs d'obligation et détenteurs de droits contribue à un meilleur respect de droits de l'Homme, des droits à la santé et de l'égalité des sexes dans l'accès et la qualité des soins. Le système de santé se renforce grâce à une meilleure intégration des structures sanitaires privées à but non lucratif et une coordination accrue entre acteurs à tous les niveaux.

Pour les groupes cibles, l'impact attendu est présenté comme tel :

Les communautés, soutenues par les associations communautaires de base et les agents de santé communautaires, seront en mesure de faire respecter leurs droits en santé et auront accès à une offre de soins de qualité. Ils participeront activement à l'organisation des soins et des mécanismes de solidarité afin qu'ils puissent au mieux répondre à leurs besoins et améliorer l'accès des plus vulnérables.

Les 18 centres de santé appuyés seront en mesure d'offrir le paquet minimum d'activités de qualité et centré sur le patient et ses droits grâce à la sensibilisation et au renforcement de compétences du personnel, d'un appui en matériel et d'un suivi rapproché. Ils développent une dynamique interne autour de la qualité par la participation au suivi des indicateurs.

Les directions préfectorales de la santé ainsi que les **hôpitaux préfectoraux** joueront un rôle d'accompagnement et de formation envers le personnel des centres de santé à travers les supervisions.

Les organisations de la société civile seront en mesure de mieux documenter les expériences, capitaliser les acquis et promouvoir la coordination des secteurs public et privé. Ils joindront leurs forces à d'autres acteurs pour le plaidoyer auprès des décideurs et communautés pour la prise en compte des besoins des plus vulnérables.

Description of Sustainability

Durabilité technique - renforcement de capacité du partenaire:

L'assistance technique de Memisa, renforce la capacité administrative, financière et de gouvernance de FMG et de suivi/évaluation de FMG et des réseaux professionnels et contribuera ainsi à la durabilité technique.

Au niveau des structures de santé appuyées, le renforcement de capacités favorise la durabilité technique au niveau de ce groupe cible. Le droit de propriété du matériel et des équipements acquis lors du programme est transmis au partenaire local/à la structure appuyée.

Durabilité financière :

Au travers des stratégies d'accompagnement et de coaching de FMG et des 2 réseaux, les capacités de plaidoyer, de mobilisation de ressources et de diversification des sources de financement seront renforcées et constitueront un facteur de durabilité financière.

Les centres de santé appuyés fonctionnent avec le recouvrement des coûts. Les recettes issues de consultations et soins médicaux assurent leur fonctionnement. Celles issues de la vente des médicaments, renouvellent le stock de médicaments et d'autres intrants. L'Etat guinéen subventionne les activités préventives, le traitement des maladies comme le VIH et la tuberculose. Le renforcement des compétences du personnel augmentera la qualité des soins et par conséquent leur fréquentation (et donc leur recettes). Les compétences acquises seront également valorisées par d'autres partenaires techniques.

Durabilité sociale :

L'ancrage de l'intervention est communautaire. Nous mettons l'accent sur le renforcement des capacités de sensibilisation et d'organisation des associations à base communautaire, pour qu'ils puissent eux-mêmes organiser les soins de santé et revendiquer leurs droits à la santé.

Durabilité institutionnelle :

Le programme est développé sur base des inputs des 2 partenaires ce qui garantit son appropriation. La collaboration étroite avec les autorités sanitaires contribuera également à l'appropriation de l'action par le secteur public.

Durabilité écologique :

La construction de forages et d'incinérateurs ainsi que le renforcement du bon entretien et de la bonne gestion de stock des intrants contribue à un environnement durable au niveau des centres de santé.

Stratégie de désengagement :

Au terme des 5 ans, les partenaires auront acquis des capacités internes. Les capacités contributives des populations aux mécanismes de solidarité seront accrues.

A partir de la 3eme année du projet, les apports financiers de la DGD seront repris par les partenaires 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 initiatives de solidarité et l'accompagnement des organisations communautaires de base.

Acteurs multiplicateurs :

FMG est acteur de changement avec effet multiplicateur. 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 maîtres de stage reconnus par la faculté de médecine de Conakry. Leur renforcement va davantage accroître la qualité de l'effet multiplicateur.

Mais aussi les réseaux, dont FMG est membre et co-fondateur, sont des véritables acteurs multiplicateurs par leur constitution même mais également par leur rôle de plaidoyer envers les autorités. L'appui du programme se concentre sur l'amélioration de la qualité de leurs services, la documentation de leur contribution au système de santé et la capitalisation des bonnes pratiques.

Description of the Partnership Strategy

Les partenaires de Memisa sont des organisations de la société civile à but non-lucratif, avec une finalité sociale et qui partagent la vision de soins de santé primaires, les valeurs et objectifs. Ils ont 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.

Depuis 2017, Memisa est active en Guinée et collabore avec l'ONG Fraternité Médicale Guinée. Ce partenariat franc repose sur l'entente, la confiance réciproque, le respect mutuel et une franche communication. Le partenaire local prend le devant pour assurer l'acceptabilité et la durabilité des interventions. Cette durabilité est assurée grâce à sa structure organisationnelle établie, son leadership large et partagé et un réseau structuré d'acteurs autour de lui. Le partenariat avec FMG a également contribué au renforcement de Memisa par le partage d'expertise (ea santé mentale, appui aux associations à base communautaire, réseautage professionnel), par la contribution à la visibilité de Memisa (ea publications, conférences) et par la contribution à l'outcome Belgique (ea sensibilisation des hôpitaux solidaires).

En 2019, l'évaluateur externe (de l'évaluation intermédiaire) recommandait « Que Memisa fasse mieux ressortir son expertise technique (et de chacun de ses partenaires) et que son appui

soit plus « transversal » aux différents projets. Memisa doit plus amener ses expertises et expériences et montrer la plus-value du partenariat pour le projet en Guinée ».

En 2020, Memisa et FMG ont soumis un projet auprès de l'UE dans le cadre de la Covid-19. La coordination du projet a requis la présence en Guinée de 2 assistants techniques (AT). L'équipe AT est intégrée dans les bureaux de FMG et combine la coordination du projet avec une assistance technique à l'équipe de mise en œuvre de FMG. La plus-value de leur appui est rapidement visible et FMG a exprimé le souhait d'une assistance technique qui dépasse le projet UE et renforce l'ONG dans son ensemble, plus en particulier en gestion administrative, financière et gouvernance et en suivi/évaluation. (Un dossier de demande soumis début 2021 pour un expert-junior ENABEL en MEAL n'a pas eu de suite positive). La collaboration avec l'IMT et le renforcement par Le Monde selon les Femmes constituera un facteur de renforcement technique complémentaire important. Ainsi la durabilité technique du programme est assurée.

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. FMG a été impliqué dans les différentes phases de la conception du programme :

- au niveau du CSC: l'analyse du contexte, la définition des approches communes, l'identification des synergies et complémentarités ;
- au niveau du programme : l'élaboration de la ToC et de la stratégie d'intervention, la définition de l'outcome et des groupes cibles (équipe de mise en œuvre ainsi que la direction), la définition des indicateurs du cadre logique et des baselines. Des réunions virtuelles régulières entre le siège et la direction FMG/AT Memisa a permis de les impliquer dans toute décision relative au programme.

Memisa appuie également le programme DREAM en Guinée par son partenariat avec la Communauté de Sant'Egidio. La Communauté assure le renforcement du personnel des 4 centres de santé. Des échanges par visio-conférence et de partage des documents avec les responsables de la Communauté de Sant'Egidio ont permis d'intégrer ce volet dans le programme et d'assurer sa synergie avec FMG et Action Damien.

Nous sommes convaincus que nos partenaires seront en mesure de mettre en œuvre le programme comme ils ont un lien direct avec les différents groupes cibles:

- FMG gère 3 centres de santé associatifs et intervient dans le renforcement auprès de plusieurs centres de santé publics à la demande des autorités ; au niveau associatif, FMG fait partie de plusieurs réseaux des organisations de la société civile, parmi lesquels les 3 plateformes/réseaux appuyés ; elle collabore avec des associations communautaires de base ;
- FMG a développé un modèle organisationnel d'offre de soins de santé de première ligne pertinent pour l'ensemble du pays et avec une attention particulière pour les besoins de plusieurs groupes vulnérables ;
- 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. L'expertise que FMG a développée dans l'accompagnement psychosocial, lui a permis de contribuer au projet de VBG (Enabel).
- FMG est un acteur respecté et écouté dans le système de santé guinéen qui collabore étroitement avec les autorités sanitaires et administratives décentralisées. Un renforcement de son système S&E lui permettra davantage d'accroître son influence sur la conception, la planification et la mise en place de politiques de santé dans le pays.
- La Communauté de Sant'Egidio œuvre en Guinée dans le secteur santé et promotion des droits humains depuis 2006. A travers son Programme DREAM, elle améliore la santé des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH). DREAM est partenaire du Programme National de Lutte contre le SIDA. Elle assure ea la PTME dans 4 centres de santé et sensibilise la communauté sur l'importance de l'identité légale des enfants.

Il faut noter que la présence sur terrain des assistants techniques de Memisa permettra d'explorer d'éventuels partenariats futurs p.ex. pour les domaines hors de l'expertise de FMG ou de Dream, et d'identifier d'autres pistes de financement.

Description of Synergies

Synergie avec Action Damien (AD):

La synergie vise à contribuer aux approches communes 4,5,6 et 7 de la cible santé.

1. Renforcement des capacités des prestataires de soins et des agents communautaires dans la lutte contre la tuberculose :

Memisa renforce avec ses partenaires les services en santé sexuelle et reproductive intégrés au paquet minimum d'activités des centres de santé. AD contribuera au renforcement des compétences des sages-femmes afin qu'elles puissent être outillées sur les stratégies de dépistage de la TB. De plus, il renforcera la capacité des agents communautaires pour qu'ils puissent assurer la sensibilisation sur la thématique de la TB et le dépistage communautaire en vue de référer aux centres de santé. AD assurera la disponibilité des ressources humaines et matérielles, FMG/Memisa assurera la coordination et les ressources financières.

2. Mutualisation des efforts dans le domaine de la co-infection TB/VIH et l'amélioration de l'équipement dans la lutte contre la tuberculose :

AD et FMG interviennent dans certains centres de Diagnostic et de Traitement (CDT) de la Basse Guinée. Le taux de dépistage VIH pour les patients TB reste encore faible dans ces CDT et FMG va appuyer AD pour améliorer cet indicateur. De même AD appuiera la recherche active de la TB chez les PVVIH. FMG/Memisa va assurer la commande de stock tampon de kits de test VIH pour les malades TB positifs au niveau de ces CDTs de la Basse Guinée. AD va mettre à la disposition des CDT de FMG des matériels médicaux.

3. Appui aux structures sanitaires :

La gestion des médicaments est un défi constant en Guinée et AD et FMG/Memisa projettent de renforcer les capacités des agents de santé à travers une formation conjointe en gestion de stock. AD assurera la disponibilité des ressources humaines et matérielles, FMG/Memisa assurera la coordination et les ressources financières.

Ensemble, ils plaideront auprès de la PCG pour le renforcement de leur système d'assurance qualité à travers un partenariat avec QUAMED.

Il est à noter aussi que AD et FMG échangent dans le cadre de l'appui du PNLAT et se rencontrent régulièrement aux réunions de planification ou aux formations organisées par un des acteurs.

Synergie avec l'IMT :

FMG 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 partagées et transférées à d'autres acteurs de développement de soins de santé primaires. La synergie entre l'IMT et ses partenaires (le Centre National de Formation et de Recherche en santé rurale de Maferinyah et le Centre d'Excellence Africain pour la prévention et le contrôle des maladies transmissibles) et Memisa/FMG vise le développement de cette compétence au travers l'élaboration et la mise en œuvre conjoints des recherches opérationnelles/recherches action, le renforcement de capacités d'analyse de données de l'équipe FMG et la préparation de documents de capitalisation pour le partage et de dossiers de plaidoyer. La recherche mise en place actuellement dans le cadre du projet UE est déjà une excellente opportunité dans le développement de la synergie.

Synergie en genre

Cette synergie, opérationnelle et informationnelle, regroupe l'ensemble des ACNG du CSC Guinée (Action Damien, APEFE, Eclasio, Le Monde Selon Les Femmes, Memisa, Trias), qui ont comme objectif commun une bonne intégration de l'approche genre dans les pratiques, au sein de leurs structures et celles de leurs partenaires. Le genre étant un cible spécifique et transversale, elle s'articulera avec les différentes cibles stratégiques et sera plus spécifiquement reprise au sein de la cible 4 Genre & Inclusion du CSC. Les ACNG ont identifié les pistes de collaboration suivantes :

- La mutualisation des renforcements de capacités en ouvrant des formations thématiques aux partenaires respectivement appuyés
- La valorisation des expériences concrètes des ACNG pour améliorer l'impact du genre dans les interventions (développer des outils et méthodologie de plaidoyer à partir des femmes et des filles)
- La promotion de l'autonomisation des femmes et du renforcement de l'égalité entre femmes et hommes par l'échange de bonnes pratiques et la mutualisation d'expertises avec et entre les partenaires,

Les ACNG pourront bénéficier mutuellement de l'expertise des autres (genre, leadership, accès au soin, accès des femmes aux ressources, expertise du contexte local) pour se renforcer et renforcer leurs partenaires.

Le « Club de Jeunes Filles leaders de Guinée », partenaire de LMSF, accompagnera un groupe d'ambassadeurs 'genre' qui sera créé à l'Institut International de formation en Santé de Téliimé. L'Institut souhaite donner aux filles, victimes de mariage précoce, l'opportunité d'obtenir un diplôme et de trouver un emploi au sein de leur communauté. Le programme Memisa

appuie le centre de santé associatif qui est intégré dans l'Institut et qui est en même temps un lieu de stage pour les étudiants. Le « Club de Jeunes Filles leaders de Guinée » disposant de riches expériences en prise en charge des victimes de VBG, en plaidoyer sur le genre et le mariage précoce, FMG travaillera en collaboration et complémentarité avec ce club sur les sensibilisations et renforcement des compétences des membres du groupe d'ambassadeurs en IEC autour de l'égalité entre hommes/femmes et le droit à la santé sexuelle et reproductive.

Synergie avec Enabel - programme CAPACITA :

Memisa/FMG et le programme CAPACITA d'Enabel visent l'appui à la stratégie nationale de la couverture santé universelle (approche 1 -cible 3 du CSC).

CAPACITA a été sollicité par les autorités pour réaliser une étude de l'état actuel de mise en œuvre de la CSU en Guinée et de la faisabilité de la stratégie nationale. Les sites d'intervention de FMG/Memisa offrent des opportunités pour réaliser l'étude. Etant donné l'expérience de Memisa/FMG dans la mise en œuvre des fonds d'indigents, Enabel a fait appel à Memisa/FMG pour l'accompagnement et le renforcement technique du Fonds National d'Indigence. L'assistant technique Memisa ensemble avec le directeur de programmes de FMG, encadreront une visite d'étude au Sénégal du Fonds National d'Indigence, de la Direction Nationale de l'Action Sociale et celle du Bureau Stratégique de Développement du Ministère de la Santé.

La mutualisation d'expertises, des capacités techniques et méthodologiques entre Enabel et Memisa/FMG sera poursuivie sur base des résultats de l'étude, de la visite et de la recherche (réalisée par l'IMT dans le cadre du projet UE).

Synergies à travers la Communauté de Sant'Egidio/Dream :

Avec Action Damien : expertise technique de AD pour le développement de bonnes pratiques pour la gestion de la coinfection VIH/TB et la surveillance des TB multi résistantes

Avec FMG : dépistage VIH et service PTME pour femmes enceintes ; renforcement des compétences du personnel DREAM pour le dépistage de HPV et identification de parcours de soins pour les femmes avec lésions cancéreuses ; appui au suivi biologique des PVVIH et offrir le diagnostic précoce aux enfants exposés suivis par FMG ; offrir la formation en ligne sur la prise en charge des maladies chroniques (non transmissibles) ;

Avec la fondation FITIMA : formation et sensibilisation des bénéficiaires sur les Droits de l'Homme, les inégalités de sexes, les lois guinéennes

Description of how individual or collective recommendations and lessons are to be taken into account

Recommandations de l'évaluation intermédiaire prises en compte. Elles sont soutenues par les leçons apprises des 2 dernières années :

1. Que le projet concentre son intervention sur « **un appui plus global** » du dispositif actuel de l'offre et de la demande de soins.

Grâce à l'appui complémentaire du projet UE, cela se concrétise déjà. Le *programme 2022 -2026* le renforcera encore à travers les actions suivantes:

- o le renforcement des compétences organisationnelles du chef de service et le suivi participatif à travers l'indicateur 5
- o plusieurs services seront renforcés en termes de compétences du personnel et de matériel
- o la supervision intégrée par les DPS sera poursuivie à l'aide du manuel de supervision, l'implication des hôpitaux est envisagée pour certains volets médicaux
- o l'appui aux associations communautaires de base notamment celles de parents et amis de malades mentaux et celles de femmes et de jeunes

2. Que le projet **redéfinisse ses indicateurs de suivi et d'évaluation**, de manière plus adaptée aux activités de ses partenaires et des structures soutenues.

Le cadre logique du programme 2022-2026 est contextualisé et définit des indicateurs qui reflètent mieux les activités des partenaires et des structures appuyées. Plusieurs indicateurs demandent une implication active des groupes cibles dans le suivi.

La Théorie du Changement a été élaborée avec la participation de l'équipe de coordination et la direction de FMG ce qui a contribué fortement à son appropriation et contextualisation. L'appropriation de l'outil permettra une évaluation interne en année 2 et 4 afin d'identifier d'éventuels besoins de réajustement de la stratégie d'intervention. Elle fera aussi l'objet de l'évaluation externe intermédiaire et finale. L'accompagnement de l'assistant technique santé publique de Memisa renforcera le système suivi, évaluation et apprentissage de FMG et de ses partenaires.

3. Que le volet **capitalisation** du projet soit pleinement mis en place...que FMG favorise les **liens entre différentes composantes de ses différents programmes** qu'il gère. Que **Memisa** fasse mieux ressortir son **expertise** technique et que **son appui soit plus « transversal »**

Memisa et FMG se rendent bien compte de ces faiblesses et ont commencé à affronter ces défis. La présence des assistants techniques Memisa auprès de FMG représente une réelle plus-value. Nous souhaitons la préserver dans le programme 2022-2026 afin qu'elle puisse contribuer au renforcement de l'organisation dans son ensemble au niveau administratif et au niveau de la gestion de projet axée sur les résultats avec une capitalisation et partage des leçons apprises en interne comme dans les plateformes/réseaux et avec les autorités. L'assistance santé publique s'étendra d'ailleurs à ces plateformes. La collaboration avec l'IMT et avec les universités locales et internationales contribuera à cette documentation par des recherches-actions menées ensemble et rendra par conséquent les résultats du programme plus visibles.

4. Que le Programme contribue aux échanges dans le cadre du CSC et des trajets d'apprentissage .

FMG contribuera aux apprentissages collectifs sur base de ses expériences et expertise dans le domaine de la VBG et de la santé mentale

5. Que le **renforcement des partenariats** passe par l'organisation d'un **atelier régional** des projets d'Afrique de l'Ouest pour échanger sur les acquis dans les différents contextes d'intervention de Memisa.

Le budget prévoit plusieurs échanges entre les partenaires de Memisa.

6. Que le projet favorise plus les **synergies entre les plates-formes** soutenues.

La recommandation a déjà été mise en place en 2019 et 2020. Elle sera davantage poursuivie dans le nouveau programme : p.ex. entre ACS et COMEC-GUI sur la digitalisation des données médicales et sur la mise en place des micro-projets pour renforcer la qualité des soins.

Mandatory annexes classified by outcome

Title of the annex	Type of document	File
#H4A - Guinée - Théorie du changement	Theory of Change associated with the outcome	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/%23H4A%20-%20Guin%C3%A9e%20-%20Th%C3%A9orie%20du%20changement.pdf
#H4A - Guinée - Analyse des risques	Analysis of risks associated with the outcome	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/%23H4A%20-%20Guin%C3%A9e%20-%20Analyse%20des%20risques.pdf
#H4A - Guinée - Liste des abréviations	Other	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/%23H4A%20-%20Guin%C3%A9e%20-%20Liste%20des%20Abr%C3%A9viations.docx
Cartes des sites d'intervention et critères des nouveaux sites	Country map showing the location of the intervention zone	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Carte%20des%20sites%20d%27intervention%20-%20Crit%C3%A8res%20des%20nouveaux%20sites.pdf
Fiche signalétique par partenaire - Fraternité Médicale Guinée	Fact sheet per partner	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/Fiche%20signal%C3%A9tique%20par%20partenaire%20-%20Fraternit%C3%A9%20M%C3%A9dicale%20Guin%C3%A9e.pdf

#Health4All

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
44 800	71 800	44 800	44 800	43 800	250 000

List of cooperative partnerships for the outcome

Acronym Sa.M.O.A

Full name Santé Mentale en Milieu Ouvert en Afrique

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
16 400	16 400	16 400	16 400	9 400	75 000

Acronym Sant'Egidio

Full name Sant'Egidio BXL Europe asbl

Budget available

2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
0	0	0	0	0	0

Comments on budgetary information

Submitted by DGEO-MaartenY on Wed, 10/20/2021 - 10:02

Répartition du budget

Dans la description du budget, il est mis que le budget sera réparti entre les axes d'intervention comme suit : 20% pour la gouvernance, 60% pour le soutien à l'amélioration de l'offre et 20% pour le soutien à la demande. Dans le chapitre sur l'efficacité, par contre, nous lisons : R1 43%, R2 44% et R3 13%. Qu'est-ce qui explique ces différences ? Ou est-il erroné d'assumer que les axes d'intervention correspondent aux résultats ?

Submitted by MEMISA on Mon, 10/25/2021 - 11:58 in reply to répartition du budget by dgeo-maarteny

Répartition du budget

Merci pour votre remarque sur l'incohérence des chiffres. Elle s'explique comme suite : la répartition budgétaire de 20% pour la gouvernance, 60% pour l'offre et 20% pour la demande est une répartition indicative de l'appui de Memisa. La répartition R1 :43% ; R2 :44% ; R3 :13% est basée sur des calculs détaillés des activités prévues par axes/résultats en Guinée. Si souhaités, nous pouvons fournir le détail de ces calculs. Nos excuses pour la confusion. Il aurait été préférable de ne publier que les chiffres exacts du programme Guinée.

Pour les Hôpitaux, Renforçons les Dynamiques Collectives

Contacts

Contact details for the outcome's ANGC reference person in Belgium

Name :	Marianne Le Marchand
Telephone :	+ 32 2 764 20 60
Email :	marianne.lemarchand@chaine-espoir.be

Contact details for the outcome's ANGC reference person or their representative in the field

Organization :	CHIRPA Asbl
Name :	Bob Lubamba
Telephone :	+243 82 147 87 19
Email :	bob.lubamba@chirpa.org

Author information

Lead NGO/Owner :	CDEB-KVHB
Name of accredited actor	Chaîne de l'Espoir Belgique - Keten Van hoop België

General

Title of the outcome – French or English (mandatory) :	Pour les Hôpitaux, Renforçons les Dynamiques Collectives		
IATI activity Identifier :	BE-BCE_KBO-0463455904-prg2022-3-CD		
Outcome start date :	01-01-2022		
Outcome end date :	31-12-2026		
Country of intervention :	Congo (the Democratic Republic of the)		
Sector :	12110 - Health - Health policy and administrative management	Budget share :	73%
Sector :	12250 - Health - Infectious disease control	Budget share :	9%
Sector :	15110 - Government & Civil Society - Public sector policy and administrative management	Budget share :	5%
Sector :	13081 - Reproductive Health & rights - Personnel development for population and reproductive health	Budget share :	7%
Sector :	12182 - Health - Medical research	Budget share :	6%

Other CSOs/IAs involved

ULB Coopération (ULBC)

Strategic target involved

4. Améliorer l'accès aux soins de santé de qualité ...

- REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Description :	4. Améliorer l'accès aux soins de santé de qualité et promouvoir le droit à la santé pour toutes et tous
Thematic/geographical :	GEOGRAPHIC JSF

6. Renforcer la gouvernance à tous les niveaux politique...

- REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Description :	6. Renforcer la gouvernance à tous les niveaux politiques et améliorer le respect des droits humains
Thematic/geographical :	GEOGRAPHIC JSF

1. Promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes

- REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Description :	1. Promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes
Thematic/geographical :	GEOGRAPHIC JSF

Approaches or sub-targets concerned

Approches de la CS4:

B: Renforcement de l'infrastructure et de l'équipement des structures de santé de façon durable et adaptée au contexte, avec une attention particulière à l'hygiène, aux dernières avancées en termes de nouvelles technologies, d'énergies renouvelables, de maintenance préventive et de respect de l'environnement.

C: Renforcement des capacités et compétences médico-techniques du personnel de la santé, en veillant à améliorer le maintien en poste et l'équité de genre dans l'accès à la formation continue et dans les métiers de la santé.

D: Promouvoir et appuyer la mise en place d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé de qualité à toute la population, en particulier les plus vulnérables.

E: Renforcement de la santé et droits sexuels, reproductifs (SDSR), santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (Reproductive, maternal, newborn and child health - RMNCH), ainsi qu'avec une attention particulière sur les personnes issues de groupes vulnérables et victimes de violences ou discriminations liées au genre.

Renforcement des capacités organisationnelles et de bonne gouvernance des acteurs institutionnels et prestataires de soins, notamment dans le sens de l'organisation - réaction à une crise ayant un impact sur la santé (lien avec le nexus aide humanitaire), de planification annuelle, suivi des activités,, de transparence, lutte contre la corruption, d'un financement durable, soutenable et équitable de la qualité des soins de santé.

G: Appui à l'équité de genre en santé ainsi qu'à l'empowerment des personnes discriminées par le genre, dans le respect de la « charte genre » des ONG Belges.

K: Échanges, participations et apprentissages communs au sein de réseaux et plateformes nationales (Hub Santé, PHRDC, FABAC Santé, etc.) et internationales (Medicus Mundi International, Be-Cause Health, People's Health Movement, etc.) actives en matière de santé.

L: Gestion des savoirs : capitalisation, appui aux institutions de recherche/éducation en santé, recherche-action et actions de plaidoyer en santé.

Geographic location of the outcome's intervention zone

Kinshasa

Lat/Long :	-4.3509339966107, 15.348764708824
------------	-----------------------------------

Outcome summary

Description of the outcome

L'outcome vise le renforcement du secteur hospitalier en RDC à travers le soutien à la Plateforme Hospitalière de RDC (PH-RDC). Dans la continuité des actions précédentes, l'outcome vise le renforcement de l'offre de soins de santé de qualité acceptables et accessibles à la population en général, aux mères et enfants en particulier ainsi qu'aux autres groupes vulnérables ou marginalisés. En travaillant sur la gouvernance hospitalière, leur mise en réseau, l'amélioration de leurs cadres de travail et la motivation de leur personnel, l'outcome s'inscrit dans les différents plans de développement nationaux et renforce la position de la PH-RDC comme partenaire incontournable des autorités publiques. Elle se positionne en éclairer du niveau central du Ministère de la Santé à travers la capitalisation de bonnes pratiques en lien avec ses interventions pour contribuer à l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité financière, géographique, socio-culturelle et institutionnelle des soins dans le contexte de la couverture sanitaire universelle.

L'approche centrée sur la personne, l'approche patient-partenaire, l'amélioration continue de la qualité des soins, l'équité dans l'accès aux soins, la collaboration entre les hôpitaux, la bonne gouvernance (transparence et redevabilité) et l'entraide seront les axes principaux qui cadrent les actions 1) de formations techniques et de gestion 2) de stimulation des échanges d'expériences et de bonnes pratiques 3) de microprojets d'amélioration du cadre et des processus de travail et 4) de capitalisation et diffusion des bonnes pratiques.

L'outcome participe au renforcement du système de soin de santé et du secteur de la santé en proposant des actions sur le renforcement de l'information (DHIS2 et Cartographie), de recherche-action sur l'organisation de la référence/contre-référence en contexte urbain et en soutenant la concertation avec les mutuelles de santé et employeurs en vue de la CSU.

Wording of the outcome

Les équipes soignantes et de management des hôpitaux membres de la PH-RDC (représentant les trois niveaux de référencement de la pyramide sanitaire) sont renforcées dans leurs compétences techniques et relationnelles en vue d'une offre des soins de qualité dans un cadre de travail performant en recourant à l'approche des soins centrés sur la personne en collaboration avec les acteurs du système (Autorités Publiques, Assurances/Mutuelles, Hub Santé, PTFs...).

Target groups

Offre : Les hôpitaux membres de la PH-RDC, les équipes médicales, le management et les équipes administratives et logistiques.

Demande : Les usagers-ères des hôpitaux et leurs familles avec un focus sur le couple mère-enfant et les publics précarisés, représentés par des OSC ou prestataires sociaux.

Régulation : La Direction des Etablissements des Soins et Partenariat, la Direction d'Etudes et Planification, les experts des programmes spécialisés du MSP, les encadreurs des DPS.

Categorization: Sustainable Development Goals

SDG :	Goal 3. Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages	SDT :	Achieve universal health coverage, including financial risk protection, access to quality essential health-care services and access to safe, effective, quality and affordable essential medicines and vaccines for all
SDG :	Goal 3. Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages	SDT :	Substantially increase health financing and the recruitment, development, training and retention of the health workforce in developing countries, especially in least developed countries and small island developing States
SDG :	Goal 5. Achieve gender equality and empower all women and girls	SDT :	Ensure universal access to sexual and reproductive health and reproductive rights as agreed in accordance with the Programme of Action of the International Conference on Population and Development and the Beijing Platform for Action and the outcome documents of their review conferences
SDG :	Goal 17. Strengthen the means of implementation and revitalize the Global Partnership for Sustainable Development	SDT :	Encourage and promote effective public, public-private and civil society partnerships, building on the experience and resourcing strategies of partnerships

Markers & Tags

1. Gender Equality :	1
2. Aid to Environment :	0
3. Participatory Development / Good Governance :	0
4. Trade development :	0
5. Biodiversity :	0
6. Climat Change - Mitigation :	0
7. Climat Change - Adaptation :	0
8. Desertification :	0
9. RMNCH - Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health :	2
10. HIV / AIDS :	0
11. Children's Rights :	1
12. Disability :	0
13. Nutrition :	0

1. D4D - Better use of big data :	No
2. D4D - Digital for inclusive society :	Yes
3. D4D - Digital for inclusive and sustainable economic growth :	No
4. Private Sector Development :	No
5. Health - Sexual and reproductive health :	Yes
6. Health - Quality medicines :	Yes
7. Health - Health financing and Universal Health Coverage :	Yes
8. Refugees :	No
9. Covid-19 :	Yes

Categorization: Positioning with regard to the objectives of Belgian Development Cooperation, described in its

strategy papers

Education

L'outcome s'inscrit dans l'objectif de la note stratégique de la coopération belge sur l'éducation concernant la concentration de l'appui de la coopération belge sur, entre autres, l'enseignement technique et professionnel. Le programme veut contribuer à la poursuite de la professionnalisation du secteur de la santé de différentes manières :

Investir dans le développement des ressources humaines pour la santé à travers le renforcement du personnel médical, paramédical, technique, administratif et de gestion, basé sur les politiques et stratégies nationales de santé et en concertation/impliquant les autorités sanitaires.

La PH-RDC collaborera avec des acteurs de formation de base et continue congolais et belges et des centres de recherche afin de pouvoir (i) offrir des stages pour les apprenants ou étudiants, (ii) contribuer à l'amélioration des données d'études, (iii) prévoir des formations continues du personnel des hôpitaux, du recrutement et formation des experts et de la certification des formations.

Un lien fort existe à ce sujet entre la CS4 du CSC et le CSC "Enseignement supérieur et recherche au service du Développement durable", notamment via les partenariats et collaborations avec l'IMT et les CHU/universités participant aux coopérations médicales (études). CDEB et ULB-C activeront également leurs réseaux dans les CHU et universités pour renforcer cet axe "formation-éducation".

L'échange de connaissances et d'expériences avec et entre les autres ANG qui participent au CSC RDC dans le domaine de l'éducation permettra également de s'assurer que l'outcome renforce ce thème dans ses activités.

Les coopérations inter-hospitalières sont également envisagées dans ce sens : les capacités d'accueil des pôles de compétences seront renforcées afin que les prestataires de soins des hôpitaux périphériques et intermédiaires, ainsi que les étudiants puissent s'y former, le peer coaching sera soutenu et amplifié.

Children's rights

Outre les priorités et points d'attention de l'outcome sur les accès du couple mère-enfant à des soins de santé appropriés, acceptables et de qualité (la santé materno-infantile est une priorité relevée dans les statuts de la PH-RDC), certaines activités menées par la PH-RDC répondront spécifiquement aux trois axes des recommandations de la note politique de la coopération belge. Le partage de l'outcome entre UNI4COOP (ULBC, savoir-faire académique pour la recherche-action) et le #H4A (CDEB, dont les stratégies découlent directement des articles 23 et 24 de la CIDE) sont à ce sujet déterminants.

ULBC et CDEB partagent également une collaboration avec l'OSC Étoile du Sud (EDS), dont les activités visent à renforcer la structuration de la demande en sensibilisant la population sur ses droits et devoirs en santé, en grande partie autour de l'enfant : EDS participera à ce titre à certains travaux menés au sein de la PH-RDC, en présence des acteurs de l'offre (hôpitaux et leurs personnels), de la régulation (DESP, DEP) et d'autres acteurs de la demande tels que les plateformes de prestataires sociaux (CGAT).

Ces travaux et recherche-action s'articuleront autour :

des prises en charge préventives en santé par la communauté (malnutrition notamment), et de sa capacité à orienter les enfants souffrant de certains handicaps stigmatisants ou excluants vers les lignes médicales (protection et accès socio-culturel) ;

de la stimulation de circuits de référencement pédiatriques autour de certaines maladies, et de leur fonctionnement avec des dispositifs de facilitations financières tels que le fonds de solidarité pédiatrique de CHIRPA Asbl, à mettre en lien avec les réflexions autour de la CSU (protection et accès financier) ;

de l'approche des soins centrés patients, et/ou patient-partenaire et de la place qui est faite à la parole de l'enfant ;

des résultats des projets qualité "pédiatriques" de la PH-RDC encadrés par CDEB et CHIRPA Asbl (prestations).

Gender

Comme indiqué dans la note politique belge, l'outcome contribuera à agir sur deux niveaux pour « réaliser l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles » (ODD n°5). L'outcome mise explicitement sur l'appui au système de soins de santé et assimile la couverture universelle des soins de santé comme partie intégrante du droit aux soins de santé et intègre dans ce cadre de référence les questions de genre. Des actions spécifiques seront menées, via les services de santé, 1) pour améliorer l'accès et la qualité des soins donnés aux femmes, notamment en prenant en compte les aspects du contexte culturel souvent contraignant pour les femmes dans les actions de renforcement de compétences du personnel médical et 2) pour renforcer la production et l'exploitation de données sexospécifique dans les hôpitaux et la PH-RDC via un travail sur leurs outils de monitoring.

L'intégration transversale du genre en se basant sur les principes du Gender Mainstreaming sera développée de manière systématique dans la mise en place et l'animation des lieux et moments d'échange multi-acteurs selon des modalités développées dans le point Bonus du thème prioritaire Genre.

Ce faisant, l'outcome s'inscrit principalement dans les deux premières priorités de la note :

Priorité 1 : Éducation et prise de décision

Priorité 2 : La santé et les droits sexuels et reproductifs

Il s'inscrit également très fortement dans l'activité 7 du résultat 4 et dans l'activité 12 du résultat 5 du Plan d'action relatif à l'intégration de la dimension genre.

Digitalization - Digital for Development D4D

Malgré que l'outcome se focalise sur le secteur santé, plusieurs éléments d'alignement avec la note politique sont identifiés, qui s'appuient sur le caractère trans-sectoriel du secteur privé.

La PH-RDC a été pensée dès le départ par-delà le clivage classique des projets de coopération dans le secteur santé : hôpitaux publics ou caritatifs d'un côté et hôpitaux privés lucratifs de l'autre. La PH-RDC et les ANCG porteuses de l'outcome sont persuadées de la pertinence de rassembler ces acteurs pour stimuler le partage d'expérience et notamment les modalités et stratégies de gestion des hôpitaux privés. La plateforme renforce aussi les connexions entre les autorités publiques et ces acteurs privés, qui ont un rôle de levier à jouer dans la CSU, qui sont pourvoyeurs d'emplois et dans certains cas contributeurs via les taxes et impôts (priorité 3.2 - 18).

Concernant la CSU, l'outcome jouera également un rôle de soutien au partenariat multiacteurs en travaillant avec la PH-RDC à la concertation sur la CSU entre 1) le secteur hospitalier public et privé, 2) les acteurs assurantiels associatifs et privés et 3) la Fédération des Entreprises du Congo (FEC). Avec ce dernier acteur, les discussions concerneront aussi la stimulation des liens entre les entreprises dotées d'une stratégie de RSE et les acteurs hospitaliers (piste 6.5 de la note politique). Cette mise en contact autour de la RSE pourra s'appuyer en partie sur le programme de Kinshasa Digital de mise à disposition préférentielle de compétences NTIC, dans le cadre d'un volet de son activité visant à inclure de jeunes adultes exclus du circuit économique en les qualifiant sur des compétences NTIC, dont celles nécessaires à l'accompagnement digital du secteur santé. Cette activité est soutenue à 50% par la GIZ, et par la PH-RDC elle-même qui couvre une partie des coûts liés à cette mise à disposition. Elle soutient également à ce titre le secteur PME de l'entrepreneuriat social.

Health

Sur les questions des alignements, l'action s'inscrit totalement dans la politique nationale des soins de santé en RDC (alignement politique). Elle renforce le système de soins de santé (alignement systémique) tout en développant de nouvelles approches (alignement critique). Elle répond aux pistes proposées pour soutenir une appropriation démocratique, notamment par le biais de recherches action avec les acteurs locaux.

Le soutien à la PH-RDC renforce l'action commune du secteur hospitalier dans le secteur de la santé. Sa représentativité large participe au rééquilibrage des relations entre des donateurs internationaux et les acteurs locaux (défi 1). L'action soutiendra le développement des approches centrées patient et/ou patient-partenaire, qui renforce l'appropriation du système de soins de santé (défi 2). La PH-RDC sera aussi un acteur important pour appuyer l'élaboration de politiques nationales réalistes pour le secteur hospitalier (défi 3) et pour renforcer l'efficacité des financements (défi 4).

Ce soutien agit également sur le système de soins de santé, en renforçant les compétences techniques et relationnelles du personnel hospitalier (défi 1) et en améliorant la qualité des soins en lien avec les besoins et attentes contextualisées des patients (défi 3).

L'outcome s'inscrit totalement dans l'approche du double ancrage, la PH-RDC agissant au niveau opérationnel (hôpitaux) et central (DEP). A travers la mise en place de recherches-actions, notamment en santé maternelle et reproductive en zone urbaine, l'outcome soutient la mise en œuvre d'innovations opérationnelles et leur diffusion au niveau central, avec l'appui d'acteurs

académiques locaux et belges. La PH-RDC agit également dans le sens de l'appropriation par les hôpitaux des stratégies avérées et/ou de tout processus de démarche qualité qui contribue à relever le défi de la qualité des soins et la sécurité des patients : ces derniers y contribuent en participant au développement d'un label dédié

Private sector

Malgré que l'outcome se focalise sur le secteur santé, plusieurs éléments d'alignement avec la note politique sont identifiés, qui s'appuient sur le caractère trans-sectoriel du secteur privé.

La PH-RDC a été pensée dès le départ par-delà le clivage classique des projets de coopération dans le secteur santé : hôpitaux publics ou caritatifs d'un côté et hôpitaux privés lucratifs de l'autre. La PH-RDC et les ACNG porteuses de l'outcome sont persuadées de la pertinence de rassembler ces acteurs pour stimuler le partage d'expérience et notamment les modalités et stratégies de gestion des hôpitaux privés. La plateforme renforce aussi les connexions entre les autorités publiques et ces acteurs privés, qui ont un rôle de levier à jouer dans la CSU, qui sont pourvoyeurs d'emplois et dans certains cas contributeurs via les taxes et impôts (priorité 3.2 - 18).

Concernant la CSU, l'outcome jouera également un rôle de soutien au partenariat multiacteurs en travaillant avec la PH-RDC à la concertation sur la CSU entre 1) le secteur hospitalier public et privé, 2) les acteurs assurantiels associatifs et privés et 3) la Fédération des Entreprises du Congo (FEC). Avec ce dernier acteur, les discussions concerneront aussi la stimulation des liens entre les entreprises dotées d'une stratégie de RSE et les acteurs hospitaliers (piste 6.5 de la note politique). Cette mise en contact autour de la RSE pourra s'appuyer en partie sur le programme de Kinshasa Digital de mise à disposition préférentielle de compétences NTIC, dans le cadre d'un volet de son activité visant à inclure de jeunes adultes exclus du circuit économique en les qualifiant sur des compétences NTIC, dont celles nécessaires à l'accompagnement digital du secteur santé. Cette activité est soutenue à 50% par la GIZ, et par la PH-RDC elle-même qui couvre une partie des coûts liés à cette mise à disposition. Elle soutient également à ce titre le secteur PME de l'entrepreneuriat social.

Subsidy bonus allocation: priority themes and strategic priorities

Human rights-based approach

L'outcome vise l'amélioration de la prise en compte, au niveau individuel et global, de l'expression des usagers de soins dans l'organisation des soins et du système de soins de santé. En s'appuyant sur les valeurs de la PH-RDC, l'outcome initiera des actions spécifiques sur l'approche Patient-Partenaire qui renforce le rôle du patient dans la prise de décision quant à sa situation personnelle, mais qui met également en place des dispositifs pour renforcer le rôle des usagers des services de santé dans la prise de décision dans l'organisation de la formation sanitaire. La diffusion des résultats de la recherche-action sur la démarche qualité axée sur la gestion des risques et la sécurité des patients en cours de réalisation à l'hôpital de Kisantu va dans cette direction. En collaboration avec le bureau du partenariat-patient de l'ULB, des expériences de recrutement de patient partenaire seront menées pour être capitalisées.

Le dispositif de microprojet est conçu notamment pour renforcer les pratiques de redevabilité des hôpitaux vis-à-vis de leurs partenaires. Cela participe à une culture de la redevabilité qui doit se développer petit-à-petit et que l'on retrouve dans le principe du Comité Qualité (recherche-action à Kisantu) et de l'approche patient-partenaire. Les modalités de fonctionnement de ce dispositif rencontrent également les principes MEET : les membres s'évaluent entre eux et l'appréciation des projets est faite de manière conjointe et équilibrée avec les PTF.

Une recherche-action sur la référence/contre-référence pour la santé maternelle sera menée en milieu urbain, où la prolifération de l'offre hors supervision agit négativement sur la qualité des soins, leur accessibilité financière et in-fine sur la santé maternelle et infantile. Cette recherche-action inclura notamment dans son comité de pilotage des représentants-es des usagers pour renforcer leur participation effective dans l'innovation et l'amélioration des services et prestations de santé.

Decent and sustainable work

L'outcome contribue à certains axes de l'agenda du travail décent. Le principal est évidemment la contribution à la couverture sanitaire universelle (CSU), une des politiques phares du gouvernement de RDC et une des composantes du pilier « Protection Sociale ». L'action vise notamment une amélioration de la qualité des soins et une meilleure maîtrise de leur coût (efficacité) par les prestataires hospitaliers, agissant sur les dimensions Hauteur et Profondeur de la CSU.

L'action vise également l'amélioration du cadre de travail et de la motivation du personnel hospitalier, en travaillant notamment sur les dimensions « softs » de celle-ci : reconnaissance, sens dans le travail, participation à des espaces d'échange entre pairs.

L'action prévoit également la mise en place de rencontres régulières entre la PH-RDC, la POMUCO-RDC, le CGAT (Centre De Gestion des Risques et Accompagnement Techniques des Mutuelles de Santé) et la FEC pour renforcer la connaissance réciproque entre ces plateformes, au bénéfice de l'identification de collaborations efficaces et opérationnelles afin de diminuer les obstacles financiers à l'accès aux soins, d'améliorer l'offre de services de qualité et contribuer à l'identification d'un ou plusieurs dispositifs assurantiels réalistes, finançables et acceptables pour la population. Le processus de création d'un label de qualité "PH-RDC" pour les hôpitaux participe à cet effort en établissant un standard facilitant la conception de ces dispositifs multiacteurs.

Gender

L'outcome englobe l'objectif de réduction des inégalités de genre dans une approche générale et n'en fait donc pas un résultat spécifique. Il agit à deux niveaux. De manière spécifique en soutenant les services de santé pour améliorer l'accès et la qualité des soins donnés aux femmes par une meilleure coordination et continuité des services notamment de santé maternelle (recherche-action), en renforçant la production et l'exploitation des données sexospécifiques par les hôpitaux (activité 12 du résultat 5 du plan d'action genre) et en poursuivant la veille sur les équilibres de genre dans les activités de la PH-RDC.

De manière transversale et plus systémique en intégrant la dimension genre dans les outils pour les microprojets et en en faisant un thème d'échanges de bonnes pratiques. Le principe de ces échanges sera de partir de l'expérience, de constats concrets et d'en débattre en utilisant les ressources de l'intelligence collective pour définir régulièrement des actions concrètes d'amélioration, qui feront l'objet d'un suivi spécifique lors des réunions suivantes (cf rapport de capitalisation de l'OS Santé Kinshasa 2017-2021 de ULB-Coopération).

Les réunions seront étroitement articulées avec le processus de gestion des connaissances, avec comme objectif la production structurée et objective de connaissances et propositions à destination de toutes les parties prenantes (activité 7 du résultat 4 du Plan d'Action relatif à l'intégration de la dimension du genre). Cet appui sera attentif à la production de données genrées (activité 12 du résultat 5) mais encore plus à l'exploitation de celles-ci par les formations sanitaires et les cadres de concertation (boucle de feedback).

Environment

L'outcome prévoit des actions sur certaines infrastructures sanitaires, avec des microprojets. Les membres de la PH-RDC souhaitent remettre un microprojet concernant la réhabilitation ou la construction d'infrastructure devront intégrer une analyse environnementale dans leur formulation. Dans la suite du programme 2017-2021, des séances d'information et de sensibilisation seront organisées sur l'outil « Aménager la parcelle durable (Prignot, Leloutre : 2018) » et sur le « rapport d'évaluation de la durabilité, efficacité et efficience des infrastructures mises en place dans le cadre du PADISS dans la région de Butembo » pour renforcer la prise en compte des points clés pour assurer la durabilité sociale et environnementale des infrastructures sanitaires. Le canevas d'appels à microprojets inclura la motivation des choix technologiques et d'infrastructure par rapport à leur impact écologique et environnemental.

Une réflexion conjointe en début de programme sera menée pour limiter l'impact négatif des activités de l'outcome PH-RDC sur l'environnement. Un effort sera fait notamment pour réduire les émissions de CO2 liées aux activités de l'outcome (mobilité des différents partenaires pour les échanges de savoirs, stockage des informations sur des plateformes numériques, ...) et compenser ces dernières. La politique Uni4Coop « bas carbone » présentée en annexe servira de base de travail.

Common outcome within a common programme

Non

Common outcome between distinct programmes

L'outcome est entièrement commun entre 2 ACNG (Chaîne de l'Espoir et ULB-Coopération) qui sont elles-mêmes parties prenantes de programmes communs distincts. La décision de concevoir un outcome commun entre programmes distincts découle directement des recommandations du rapport d'évaluation à mi-parcours de la PH-RDC. Le processus d'identification et de formulation a été mené totalement conjointement. Les résultats, activités, IOV et budgets ont été conçus comme si c'était une seule ACNG. Le budget a été réparti en utilisant une clé 50/50. Et les IOV dépendent des 2 ACNG.

L'outcome est également en synergie avec l'outcome commun UNI4COOP "Santé RDC" avec lequel il partage notamment la ToC. Les synergies entre ces deux outcomes concernent également les processus de capitalisation et de recherche-action (notamment sur les références/contre-références), les cadres de concertation "triple regard", l'intégration progressive de l'approche

patient-partenaire dans les acteurs du système de soins de santé (formations, échanges d'expériences). L'outcome UNI4COOP étant notamment actif dans les deux Kivus, il facilitera les contacts entre la PH-RDC et les hôpitaux de ces provinces.

La synergie de l'outcome avec celui du programme #H4A se décline également sur les processus de capitalisation, de recherche-action et des cadres de concertations "triples regards" évoqués ci-haut, et sera renforcée par le partage de l'outil "Trajectoire de Renforcements de Capacités" des hôpitaux développés par MSV, qui propose une méthode de production de plan stratégique complétant parfaitement le dispositif microprojets. Ces synergies sont explicites dans la ToC et le cadre d'intervention du #H4A. Le lien entre la PH-RDC et les FOSA qu'il appuie dans le Haut-Katanga sera également facilité.

Il faut également relever que l'output "capitalisations et recherche-action" de l'outcome s'aligne sur celui de la "gestion des connaissances" partagé par un grand nombre d'ACNG du CSC-RDC.

Areas of complementarity and synergy with the intervention of ENABEL

La PH-RDC a une zone d'action nationale et la concrétisation de cette ampleur est inscrite dans l'outcome. Les hôpitaux partenaires d'Enabel sont donc des membres potentiels de la PH-RDC. Des discussions en ce sens existent entre les ACNG de l'outcome, Enabel et la PH-RDC, pour organiser l'adhésion de ces hôpitaux de province à la PH-RDC en tant que continuité de l'appui actuel d'Enabel à ces hôpitaux et en vue des nouvelles directions stratégiques du prochain programme d'Enabel en RDC, devant démarrer en 2023. Cette articulation participe donc à la durabilité des actions d'Enabel et au renforcement du rôle de la PH-RDC comme acteur clé dans le secteur de la santé et le système de soins de santé.

Les acquis de la recherche-action sur la démarche qualité seront partagés avec ENABEL qui pourra nourrir le débat avec son expérience dans l'appui hospitalier.

De même, la recherche-action sur la référence/contre-référence en maternité dans un contexte urbain qui se fera avec la maternité Delvaux sera également partagé avec ENABEL qui agit avec une stratégie territoriale dans ses zones d'interventions et pourra nourrir le débat sur de nouvelles modalités d'organisations du système de soins de santé en contexte urbain.

Description of the outcome, results and strategy

Description of the expected results

Formulation of outcome or result :	Outcome: les équipes soignantes et de management des hôpitaux membres de la PH-RDC (représentant les trois niveaux de référencement de la pyramide sanitaire) sont renforcées dans leurs compétences techniques et relationnelles en vue d'une offre des soins de qualité dans un cadre de travail performant en recourant à l'approche des soins centrés sur la personne en collaboration avec les acteurs du système (Autorités Publiques, Assurances/Mutuelles, Hub Santé, PTFs...).
Indicator title :	IO.1: Nombre de personne/jour ayant bénéficié de renforcement des compétences fonctionnelles et relationnelles.
Indicator description :	Les personnes formées font partie du groupe cible « personnel hospitalier ». Les formations seront organisées en présentiel et distanciel pour être accessible à tous les membres. L'outcome testera l'intégration de l'approche patient-partenaire en faisant intervenir des patients dans certaines formations. Autant que possible, les thèmes de formation, de concertations « triple regard » et de microprojets seront liés. Aux AN4-5, les formations ne seront pas financées par le programme
Baseline :	600: La base line est basée sur les résultats du programme 2017-2021 et correspond à un nombre de personne/jour de formation. La veille sur les équilibres de genre indique 25%
Target Year 3 – 31/12/2024 :	+10%: La progression prévue est de 10% par an, pour prendre en compte l'augmentation du nombre de membres et la croissance des synergies avec des projets de l'ARES. La tendance doit être au rééquilibrage de genre (sensibilisations et triple regard).
Target Year 5 – 31/12/2026 :	+10%

Formulation of outcome or result :	Outcome: les équipes soignantes et de management des hôpitaux membres de la PH-RDC (représentant les trois niveaux de référencement de la pyramide sanitaire) sont renforcées dans leurs compétences techniques et relationnelles en vue d'une offre des soins de qualité dans un cadre de travail performant en recourant à l'approche des soins centrés sur la personne en collaboration avec les acteurs du système (Autorités Publiques, Assurances/Mutuelles, Hub Santé, PTFs...).
Indicator title :	IO.2: Nombre des patients ayant bénéficié directement des appuis proposés par la PH-RDC à ses membres avec une attention particulière pour les démunis et le couple mère et enfant.
Indicator description :	L'IOV mesure l'effet des formations sur le volume des prestations, indiquant par là une amélioration de l'efficience et du cadre de travail des prestations et de l'alignement des thèmes de formation avec les besoins des usagers. Les résultats de l'année 5 se baseront sur le suivi des microprojets financés au cours des années antérieures
Baseline :	0: La baseline sera établie en début de programme, à partir des données 2021 en croisant les thèmes de formation, de microprojets et les données de fréquentation des hôpitaux dans les services concernés. Un indice agrégé par hôpital et global sera défini
Target Year 3 – 31/12/2024 :	+8%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	+8% (similaire année 3)

Formulation of outcome or result :	Outcome: les équipes soignantes et de management des hôpitaux membres de la PH-RDC (représentant les trois niveaux de référencement de la pyramide sanitaire) sont renforcées dans leurs compétences techniques et relationnelles en vue d'une offre des soins de qualité dans un cadre de travail performant en recourant à l'approche des soins centrés sur la personne en collaboration avec les acteurs du système (Autorités Publiques, Assurances/Mutuelles, Hub Santé, PTFs...).
Indicator title :	IO.3: Score de satisfaction des patients ayant bénéficié directement des appuis proposés par la PH-RDC à ses membres avec une attention particulière pour les démunis et le couple mère-enfant
Indicator description :	L'IOV mesure l'effet des formations sur la perception de la qualité des prestations par les usagers-ères, complétant la boucle de feedback vers les hôpitaux (prestation) et vers la PH-RDC (organisation des formations). Le score de satisfaction sera élaboré de manière participative au début du programme. Les résultats de l'année 5 se baseront sur le suivi des microprojets financés au cours des années antérieures
Baseline :	0: Des enquêtes de satisfaction standardisées seront menées auprès des usagers concernés par l'IOV 2. L'objectif est de mesurer une augmentation de la satisfaction croissante par rapport à l'augmentation de la fréquentation.
Target Year 3 – 31/12/2024 :	50%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	60%

Formulation of outcome or result :	Outcome: les équipes soignantes et de management des hôpitaux membres de la PH-RDC (représentant les trois niveaux de référencement de la pyramide sanitaire) sont renforcées dans leurs compétences techniques et relationnelles en vue d'une offre des soins de qualité dans un cadre de travail performant en recourant à l'approche des soins centrés sur la personne en collaboration avec les acteurs du système (Autorités Publiques, Assurances/Mutuelles, Hub Santé, PTFs...).
Indicator title :	IO.4: % d'hôpitaux ayant progressé d'au moins 1 niveau après évaluation du score «gouvernance clinique »
Indicator description :	Il s'agit d'un score composite qui mesure l'impact direct des actions de la PH-RDC sur l'amélioration progressive de la qualité des soins et de gestion des personnels hospitaliers. Cet indice agrège des informations liés aux microprojets (formulation et rapportage) et des évaluations qualité menées sur terrain. Ce score comportera 5 niveaux.

Baseline :	0: Un atelier participatif sera organisé avec les prestataires des soins pour élaborer l'outil d'évaluation de la gouvernance clinique. Il s'en suivra des descentes sur terrain pour établir la baseline.
Target Year 3 - 31/12/2024 :	+20%: La progression du score prévue est de +30% par niveau: les deux premières années et de 50% les deux dernières années.
Target Year 5 - 31/12/2026 :	+25% par niveau

Formulation of outcome or result :	Résultat 1: Les capacités d'action et les processus de gouvernance de la PH-RDC sont renforcés pour l'amélioration de son appropriation par ses membres, dans un esprit de solidarité et de respect mutuel
Indicator title :	IR1.1: % d'hôpitaux ayant adhéré conformément au plan d'extension.
Indicator description :	Le plan d'extension se basera sur l'audit institutionnel, et prendra en compte la création d'antennes PH-RDC provinciales. L'estimation actuelle fixe le nombre de provinces à minimum 4 au terme du programme (hôpitaux soutenus notamment par des PTF ayant marqué un intérêt formel à participer à l'initiative). Il prendra aussi en compte les aspects contributifs des membres et les éléments normatifs internationaux sur ce type d'initiative fédérative.
Baseline :	La PH-RDC compte au 30/07/2021 34 hôpitaux membres, répartis dans 7 provinces.
Target Year 3 - 31/12/2024 :	+5% d'adhésion au cours des trois premières années / nombre d'adhérents actuels. Les expériences d'extension/création des antennes seront capitalisées pour ces nouvelles adhésions.
Target Year 5 - 31/12/2026 :	+10% d'adhésion au cours des deux dernières années / nombre d'adhérents actuels. Les expériences d'extension/création des antennes seront capitalisées pour ces nouvelles adhésions.

Formulation of outcome or result :	Résultat 1: Les capacités d'action et les processus de gouvernance de la PH-RDC sont renforcés pour l'amélioration de son appropriation par ses membres, dans un esprit de solidarité et de respect mutuel
Indicator title :	IR1.2: % d'hôpitaux membres du secteur public ayant participé aux décisions prises par les organes de gestion de la PH-RDC (CA,AG...) conformément aux orientations de l'audit institutionnel.
Indicator description :	Cet IOV indique l'efficacité du de la gouvernance de la PH-RDC pour représenter équitablement ses membres quel que soit leur niveau d'autonomie. Cet IOV fonctionne tant qu'une délégation spécifique n'est pas octroyée aux hôpitaux publics.
Baseline :	0% : A ce jour les hôpitaux publics ont statut de membre d'honneur et ne disposent pas de droit de vote dans les organes de gestion de la PH-RDC car la loi sur les asbl ne les autorise sauf dérogation des autorités de tutelle. La PH-RDC voudrait met
Target Year 3 - 31/12/2024 :	100% Tous les hôpitaux publics membres d'honneur de la PH-RDC devront participer au dit dispositif.
Target Year 5 - 31/12/2026 :	100%

Formulation of outcome or result :	Résultat 1: Les capacités d'action et les processus de gouvernance de la PH-RDC sont renforcés pour l'amélioration de son appropriation par ses membres, dans un esprit de solidarité et de respect mutuel
Indicator title :	IR1.3: % de la contribution des hôpitaux membres à la réalisation des activités de la PH-RDC.
Indicator description :	Ce % correspond à la valorisation des ressources mobilisées sur fonds propres pour la réalisation des activités de la/encadrées par PH-RDC : contribution aux micropojets, temps de travail « peer coaching », mise à disposition de salles/matériel, déplacements inter-région pour prendre part aux activités etc. Il mesure l'appropriation de la PH-RDC par ses membres.
Baseline :	5% La baseline renseignée ci-dessus est issue de l'évaluation des coûts de déplacements et des co financement des micropojets.
Target Year 3 - 31/12/2024 :	7% Une augmentation de +2% par rapport à la baseline est prévue chaque année après stimulation des acteurs hospitaliers à échanger leurs expériences sous forme de peer coaching et la valorisation mis à disposition des salles...
Target Year 5 - 31/12/2026 :	10%

Formulation of outcome or result :	Résultat 2: les compétences de gestion et médico-techniques des équipes des hôpitaux membres sont améliorées, en renforçant la conscience professionnelle, les soins centrés sur la personne et la motivation du personnel. <i>Ceci répond à un des risques majeurs identifiés dans le cadre d'une analyse contextuelle approfondie (maintien en poste des personnels qualifiés ; fuite des cerveaux et extra-muros) par les acteurs, reflétée dans le CSC santé de la coopération indirecte belge et dans la cible 3.c de l'ODD3</i>
Indicator title :	IR2.1: Nbre de sessions d'apprentissages pour les membres en lien avec le PAO de la PH-RDC et des synergies existantes au sein du réseau.
Indicator description :	Cet IOV matérialise le double objectif de la PH-RDC qui est de proposer des formations pertinentes par rapport aux besoins stratégiques du secteur hospitalier et de maximiser les synergies existantes avec les PTFs des membres et les réseaux universitaires type ARES. Son augmentation démontrera l'augmentation de l'attractivité de la PH-RDC.
Baseline :	1 Au moins une session d'apprentissage sera organisée par an par la PH-RDC au de 3 dernières années. Elles ont trait à deux thèmes : la gestion des projets et un thème qui a trait au renforcement des capacités cliniques et de nursing.
Target Year 3 - 31/12/2024 :	2 La PH-RDC voudrait renforcer les formations en veillant sur l'équilibre clinique et management (budgetisation, GRH) à l'instar de premières formations organisées lors de sa création
Target Year 5 - 31/12/2026 :	2 (similaire année 3)

Formulation of outcome or result :	Résultat 2: les compétences de gestion et médico-techniques des équipes des hôpitaux membres sont améliorées, en renforçant la conscience professionnelle, les soins centrés sur la personne et la motivation du personnel.
Indicator title :	IR2.2: % d'hôpitaux ayant bénéficié des microprojets dont le score qualité a progressé d'au moins 20% par an.
Indicator description :	Cet IOV mesure l'efficacité et l'efficience des microprojets pour l'amélioration du cadre de travail du personnel, éléments importants pour sa motivation et la qualité de ses prestations.
Baseline :	0: La baseline sera élaborée à l'an 1. La PH-RDC se servira des résultats de cotation des microprojets présentés par les hôpitaux et de niveau de réalisation des microprojets octroyés afin d'accorder des points bonus aux hôpitaux qui se sont démarqués.
Target Year 3 - 31/12/2024 :	20% La proportion d'hôpitaux dont le score a évolué d'au moins 20% à la première année par rapport aux hôpitaux ayant été évalué devra représenter au moins 20% au cours de trois premières années
Target Year 5 - 31/12/2026 :	30% La proportion d'hôpitaux dont le score a évolué d'au moins 20% à la première année par rapport aux hôpitaux ayant été évalué devra représenter au moins 30% au cours des deux dernières années.

Formulation of outcome or result :	Résultat 3: Des processus qualité internes sont mis en place au sein des hôpitaux membres, pour des soins centrés sur le patient et l'amélioration continue de la gouvernance clinique.
Indicator title :	IR3.1: % d'hôpitaux qui disposent d'un comité qualité fonctionnel
Indicator description :	L'IOV mesure la fonctionnalité d'un comité qualité par rapport à ses termes de référence, sans imposer un modèle particulier. Les acquis de la Recherche-Action à Kisantu seront disséminés pour inspirer l'amélioration de cet IOV. Cette dissémination se fera via l'assistance technique et via le peer coaching. Des Comités qualité existent, mais il n'y a pas de standard permettant de comparer leurs effectivités.
Baseline :	0: La PH-RDC élaborera des critères de fonctionnalité de façon participative afin d'assurer une évaluation de départ standard.
Target Year 3 - 31/12/2024 :	10% (Nbre d'hôpitaux atteignant le standard/Nbre total d'hôpitaux)
Target Year 5 - 31/12/2026 :	20%

#Health4All

Formulation of outcome or result :	Résultat 3: Des processus qualité internes sont mis en place au sein des hôpitaux membres, pour des soins centrés sur le patient et l'amélioration continue de la gouvernance clinique.
Indicator title :	IR3.2: Nombre de session d'élaboration collective, avec une participation de minimum 30% des membres, du référentiel qualité de la PH-RDC en vue de la labélisation interne.
Indicator description :	Cet IOV mesure l'implication des membres dans l'élaboration d'un label en tenant compte des disponibilités, de l'éloignement et de l'état d'avancement de la fonctionnalité des comités qualité. La participation à l'élaboration du label donne plus de garantie sur son utilisation que l'output « label qualité PH-RDC existe ».
Baseline :	0 Cette approche sera intégrée dans la PH-RDC et se basera sur les résultats de processus de la recherche Action de Kisantu.
Target Year 3 – 31/12/2024 :	2
Target Year 5 – 31/12/2026 :	2

Formulation of outcome or result :	Résultat 3: Des processus qualité internes sont mis en place au sein des hôpitaux membres, pour des soins centrés sur le patient et l'amélioration continue de la gouvernance clinique.
Indicator title :	IR3.3: % d'actions d'amélioration de la qualité mise en œuvre des ressources propres de l'hôpital.
Indicator description :	Nombre d'actions d'amélioration de la qualité mise en œuvre à l'aide des ressources propres de l'hôpital après décisions du comité qualité par rapport à celles qui sont mises en place avec l'encadrement de la PH-RDC. Il s'agit de mesurer l'intériorisation des processus de planification de microprojets indépendamment de l'effet « subsides ».
Baseline :	0
Target Year 3 – 31/12/2024 :	10%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	15%

Formulation of outcome or result :	Résultat 4: Le secteur hospitalier, représenté par la PH-RDC, renforce ses interactions avec les autorités publiques et les autres acteurs du système (HubSanté, PTF, Mutuelles et assurances, entreprises privées,...) pour améliorer la prise de décision politique et stratégique et la qualité des soins en vue de la CSU.
Indicator title :	IR4.1: Nombre de réunions de concertation/sessions croisées CSU organisées avec les mutuelles de santé/ assurances / FEC.
Indicator description :	Cet IOV mesure la crédibilité de la PH-RDC comme interlocuteur représentatif et moteur dans la concertation des acteurs non-politiques en vue de la CSU. Cet IOV doit être analysé en lien avec l'IOV 3 du R5.
Baseline :	0
Target Year 3 – 31/12/2024 :	2 réunions officielles, avec OJ et rapport et identification des actions communes
Target Year 5 – 31/12/2026 :	4 (cumulé) réunions officielles, avec OJ et rapport et identification des actions communes

Formulation of outcome or result :	Résultat 4: Le secteur hospitalier, représenté par la PH-RDC, renforce ses interactions avec les autorités publiques et les autres acteurs du système (HubSanté, PTF, Mutuelles et assurances, entreprises privées,...) pour améliorer la prise de décision politique et stratégique et la qualité des soins en vue de la CSU.
Indicator title :	IR4.2: Nombre de missions de « peer coaching » qui intègrent les thématiques issues des attentes des mutualistes/assurés réalisées par du personnel d'hôpitaux conventionnés avec un organisme assurantiel.
Indicator description :	C'est un IOV de gouvernance clinique sur la qualité de la prestation des services en lien avec les produits assurantiel - traduction concrète et mise en application des améliorations produites par les hôpitaux suite à des échanges avec d'autres hôpitaux pour concrétiser des pistes définies dans les sessions de triple regard.
Baseline :	0
Target Year 3 – 31/12/2024 :	2/an Ces missions seront réalisées à l'issue des concertations/sessions croisées sur base de volontariat.
Target Year 5 – 31/12/2026 :	4/an (cumulé) avec un objectif de capitalisation des expériences des années précédentes

Formulation of outcome or result :	Résultat 5: Les pratiques de capitalisation et de recherche-action sont utilisés par les hôpitaux membres en partenariat avec les autorités sanitaires, les représentants des usagers et de la première ligne de soin.
Indicator title :	IR5.1: Nombre de recherche action (sur la démarche qualité, la référence/contre-référence) réalisés au sein de la PH-RDC et qui intègrent des représentants de la demande (patient-partenaire) et de la régulation.
Indicator description :	Cet IOV mesure l'efficacité de la PH-RDC comme moteur d'innovation et comme pivot de la concertation multi-acteurs au sein du système de soins de santé. Cette Recherche Action sera reliée à celle qui sera organisé en milieu extrahospitalier pour documenter le processus de liaison sous forme de réseau entre les structures sanitaires dont les hôpitaux. Elle permettra d'étudier le trajet de soins des patients dans le cadre de l'approche triple regard.
Baseline :	1 Une recherche-action en cours (Comité Qualité) de finalisation.
Target Year 3 – 31/12/2024 :	2 (cumulé) avec au moins 1 sur le référencement en tant que moteur.
Target Year 5 – 31/12/2026 :	4 (cumulé) avec au moins 1 propre à la PH-RDC et une participation active à une autre (via Hub Santé)

Formulation of outcome or result :	Résultat 5: Les pratiques de capitalisation et de recherche-action sont utilisés par les hôpitaux membres en partenariat avec les autorités sanitaires, les représentants des usagers et de la première ligne de soin.
Indicator title :	IR5.2: Nombre de référentiels construits et validés en lien avec la démarche qualité émanant des réflexions des membres de la PH-RDC pour renforcer les stratégie/politique provinciale/nationale pour l'amélioration de la qualité des soins au sein des hôpi
Indicator description :	Cet IOV mesure la capacité de documentation et de diffusion des bonnes pratiques pour le renforcement de ses membres. Les référentiels peuvent être des capitalisations, outils, méthodes, modules de formation, guides théoriques et pratiques, études
Baseline :	0 Le plaidoyer actuel de la PH-RDC ne se base pas sur ses propres référentiels élaborés avec les membres.
Target Year 3 – 31/12/2024 :	≥ 1 Il s'agit de référentiels officiellement discutés au niveau des DPS ou divisions du MSP.
Target Year 5 – 31/12/2026 :	≥ 2

Formulation of outcome or result :	Résultat 5: Les pratiques de capitalisation et de recherche-action sont utilisés par les hôpitaux membres en partenariat avec les autorités sanitaires, les représentants des usagers et de la première ligne de soin.
Indicator title :	IR5.3: Nombre de thème présentés dans les ateliers de partage d'expériences sur la qualité des soins avec les acteurs de la régulation.
Indicator description :	Cet IOV mesure la crédibilité de la PH-RDC comme acteur d'influence des politiques et stratégies nationales en se basant sur l'expérience des hôpitaux et les interactions triple regard, notamment les organismes assurantiel dans l'optique de la CSU. Quand pertinent, ces thèmes incluront des données issues des feedback des usagers et du processus « patient-partenaire ».
Baseline :	1
Target Year 3 – 31/12/2024 :	2
Target Year 5 – 31/12/2026 :	3

Formulation of outcome or result :	Résultat 5: Les pratiques de capitalisation et de recherche-action sont utilisés par les hôpitaux membres en partenariat avec les autorités sanitaires, les représentants des usagers et de la première ligne de soin.
------------------------------------	---

Indicator title :	IR5.4: Nombre de thèmes exploitables pour partages larges en EGC s'intégrant dans une approche inter-sectorielle (one health) et transversale (environnement et genre).
Indicator description :	Cet IOV mesure l'implication de la PH-RDC dans les débats de coopération au développement, notamment via le HubSanté et Be-Cause Health.
Baseline :	0 A ce jour, il n'y a pas de discussions intersectorielles, seule la qualité des soins est discutée. A ce jour l'approche intersectorielle n'est pas pris en compte dans les thèmes exploités lors des échanges au sein du Hub santé. Seuls les aspects li
Target Year 3 - 31/12/2024 :	1 Au moins un thème sera abordé par an au cours des trois premières années. Les deux dernières années aborderont deux thèmes.
Target Year 5 - 31/12/2026 :	2

Activities, targets groups and beneficiaries

Classification of activities

La typologie des activités ci-dessous montre le caractère organique du cadre logique et de la ToC et leurs contributions à plusieurs résultats.

Activités en vue de soutenir la bonne gouvernance au sein de la PH-RDC et de ses membres (ToC S1 & S2 / CL R1 & R3) : Audit institutionnel et planification stratégique de la PH-RDC, définition d'un organigramme et d'un ROI. Appui aux comités qualités des membres, à l'établissement de leur PEH.

Activités de réseautage et d'influence (cf ToC S3 & S4 / Cf CL R1 & R4) : organisation de réunions, de séminaires, réalisation d'études et documents de positionnement vis-à-vis des bailleurs et acteurs internationaux et nationaux, établissement d'un label de qualité, renforcement et structuration des relations du secteur hospitalier avec les autres acteurs du secteur de la santé et du système de soins de santé, notamment des capitalisations et recherches-actions conjointes. Réseautage entre membres de la PH-RDC (pool d'expertise, peer coaching).

Activités de renforcement de capacité (cf ToC S2 & S5 / CL R2 & R3) : organisation de formations et de suivi post-formation (motivation du personnel), soutien aux dynamiques de peer coaching, mise en place d'un pool d'experts au sein de la PH-RDC, organisation des cycles de microprojets et renforcement de leur suivi/capitalisation (cadre de travail), formation/appui en plaidoyer, production et valorisation de contenus à partir des expériences des membres.

Activités d'innovation (cf ToC S4 & S6 / CL R4 & R5) : recherches-actions, capitalisation, digitalisation (cartographies, outils de monitoring genrés), mise en réseau avec des universités et centres de recherche, concertations avec les prestataires sociaux et représentants du secteur privé pour la mise en place de dispositifs jouant sur la barrière financière à l'accès aux soins, approche patient-partenaire, échanges réflexifs sur le genre. Ces activités sont organisées comme une boucle de feedback vers l'ensemble des résultats du CL.

Target group(s)

Offre : Les hôpitaux membres de la PH-RDC, les équipes médicales, le management et les équipes administratives et logistiques.

Demande : Les usagers-ères des hôpitaux et leurs familles avec un focus sur le couple mère-enfant et les publics précarisés, représentés par des OSC ou prestataires sociaux.

Régulation : La Direction des Etablissements des Soins et Partenariat, la Direction d'Etudes et Planification, les experts des programmes spécialisés du MSP, les encadreurs des DPS.

Beneficiaries

Les bénéficiaires sont : les usagers-ères et patients des hôpitaux membres et leurs familles, les autorités publiques sanitaires. Une attention particulière (R5) sera portée à la santé maternelle et infantile, sous forme d'une recherche-action.

L'outcome étant essentiellement systémique et ciblant des institutions, la désagrégation par sexe est compliquée et peu indicative, même si elle est appliquée dans la plupart des indicateurs axés sur la personne.

Title of the reference annex :	PHRDC ANX01 TOC
Title of the reference annex :	PHRDC ANX02 Analyse des risques

Description of tasks among associate ANGCs

Nous décrivons ici la relation entre CDEB et ULB-C pour un outcome commun entre ACNG ayant des programmes distincts.

Dans la suite du programme 2017-2021 et des recommandations de l'évaluation à mi-parcours, CDEB et ULB-C fonctionneront comme une unité opérationnelle unique pour la gestion de l'Outcome et pour l'appui au partenaire. Le comité de suivi existant sera maintenu : il est composé des deux chargés de projet en Belgique et des deux représentants en RDC. Il fonctionne de manière collégiale et consensuelle, travaille sur le suivi et la gestion de l'outcome et sert de lieu de concertation pour harmoniser les plannings et les appuis au partenaire. Les tâches sont donc assumées conjointement et s'il y a une répartition, ce sera sur base des disponibilités et compétences spécifiques des membres du comité de suivi. Ce comité de suivi organisera également les appuis d'experts bénévoles des réseaux des deux ACNG.

Ce comité de suivi se réunit périodiquement en fonction des grandes activités (formations, microprojets, activités de plaidoyer, ...) et échéances de gestion de projet (rapportage, évaluations). Le dispositif commun de gestion documentaire (type Teams ou autre cloud) sera maintenu. Le fait que CDEB et ULB-C partagent un bureau renforce les interactions et concertations entre ACNG au bénéfice du partenaire.

La coordinatrice de la PH-RDC sera invitée aux réunions du comité de suivi, pour renforcer l'efficacité et la réactivité de la gestion de l'outcome, en conservant des points à l'ordre du jour qui seront traités entre ACNG uniquement. Cette concertation permanente est également pensée en vue de soutenir la stratégie de diversification des partenaires et sources de financement de la PH-RDC, l'expertise de CDEB et ULB-C venant soutenir les démarches de la PH-RDC en ce sens.

Description of the Relevance

L'outcome commun a été élaboré en parfaite harmonie avec les politiques nationales et régionales de santé en RDC. Il contribue à leur réalisation et au renforcement des acteurs principaux du secteur de la santé et du système de soins de santé. Il s'inscrit parfaitement dans les stratégies proposées dans le « Plan national de développement sanitaire recadré pour la période 2019-2022 » (PNDS) élaboré par le Ministère de la santé en novembre 2018, dans le « Plan Stratégique de la Réforme Hospitalière (PSRH) et dans le « Plan stratégique national pour la couverture santé universelle 2020-2030 » (PSN_CSU), finalisé par la Présidence en janvier 2020. L'outcome contribuera à de nombreuses cibles du premier axe stratégique du PSN_CSU comme la qualité et la continuité des soins, l'utilisation des différents réseaux (publics, privés, agents communautaires, ...), ou encore la prise en compte des contextes, ruraux et urbains. Conformément aux recommandations du PNDS, l'outcome appuiera l'évolution du secteur de la santé et du système de soins de santé en conduisant des recherches(-actions) prenant en compte les évolutions internationales, notamment concernant la référence/contre-référence en zone urbaine ou l'approche patient-partenaire. Il sera mis en œuvre en totale collaboration avec les acteurs du système de soins santé et les autorités qui seront associées aux différentes étapes des recherches et seront soutenues à des degrés divers en fonction des provinces. Enfin, il contribue aux priorités d'autonomisation du secteur hospitalier évoquées dans le plan stratégique de Réforme Hospitalière, dont le consensus politique n'a pas encore abouti.

Par rapport aux recommandations internationales, les produits du programme sont entièrement alignés avec l'ODD 3 qui est de « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge » ; en particulier ses cibles 3.4, 3.7 et 3.8 (voir détail au niveau des annexes de la TOC). Les liens entre cet outcome et celui du #H4A ainsi qu'avec celui d'UNI4COOP le font également agir sur la santé maternelle et infantile.

La stratégie proposée rejoint les recommandations de l'OMS qui, dans son rapport sur la Qualité des services de santé (2019), indique (i) que pour assurer la prise en compte de la qualité dans la conception des systèmes de santé, les gouvernements, les décideurs, les responsables du système de santé, les patients et les cliniciens devraient joindre leurs efforts et (ii) que l'appropriation par les individus et communautés locales et l'intégration de leurs attentes et demande à la conception des services de santé est reconnue comme essentielle. Ces deux éléments au centre de la TOC, se retrouvent également au centre de l'outcome.

En soutenant des processus multiacteurs, centrés sur l'échange d'idées et l'expérimentation, l'outcome contribue à la défragmentation du système de soins de santé, à l'action commune des différents acteurs au-delà des divisions existantes (public-privé, provinces, ...). Il contribue à l'évolution continue du secteur/système de RDC en phase avec les grandes stratégies de l'OMS, notamment la remise en perspective de la pyramide sanitaire en milieu urbain, pour aller vers un système de soins plus horizontal et fonctionnant plus sur base de circuits de coordination et moins sur des hiérarchies pyramidales. L'outcome aura donc une position bien ancrée au sein des politiques nationales et régionales et sera une force de proposition participative pour, avec l'appui de recherche(-actions), faire évoluer les politiques et les soins dans le sens des politiques internationales de l'OMS.

Outre les actions spécifiques proposées par les services de santé qui seront soutenues pour améliorer l'accès et la qualité des soins donnés aux femmes, la thématique du genre sera abordée de manière transversale et systématique à partir des lieux et moments d'échanges multiacteurs mis en place et de leurs expériences mise en contexte par des études et analyses ainsi que par les données qualitatives et quantitatives qui seront intégrées dans les dispositifs qualité au niveau des hôpitaux et dans le dispositif de labellisation que la PH-RDC mettra en place.

L'approche patient-partenaire, l'intégration de la voix des usagers dans les processus de suivi continu de la qualité au sein des hôpitaux sont des dispositifs qui renforceront également la prise en compte du genre dans l'offre de soins et renforcera l'expression de la voix des usagers. L'approche proposée combine donc actions spécifiques et intégration systématique et transversale. Des indicateurs quantitatifs genrés sont d'ores et déjà intégrés au cadre logique. Des indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettront de mesurer la véritable participation et influence des différents genres, et seront développés en collaboration avec les membres des différents groupes.

L'environnement sera abordé par la porte d'entrée « infrastructures » : les cycles de microprojets qui permettent notamment la construction ou réhabilitation de bâtiments se feront sur base des bonnes pratiques de durabilité sociale et environnementale (cf « la parcelle durable » et les capitalisations du PADISS).

Au niveau pédagogique, l'outcome misera sur des méthodologies de pédagogie pour adulte (andragogie avec le soutien du Pr Faulx de l'ULg), de peer coaching et de peer educators, avec une transmission horizontale et ancrée dans l'expérience. Cette approche de renforcement de capacité « en contexte » sera également utilisée pour les recherches-actions, dans lesquelles les assistants techniques et collaborateurs d'ONG n'auront pas de rôle de leadership ou d'orientation mais bien de facilitateur. Ce renforcement concerne les compétences techniques et interpersonnelles.

L'outcome représente la fusion, la continuité et l'approfondissement des outcomes existants dans le programme Uni4Coop/ULB-Coopération et dans le programme CDEB 2017-2021. Tout en conservant les acquis du programme précédent (dispositif de microprojets, formations, espaces d'échanges et de concertation), il développe l'insertion de la PH-RDC dans l'écosystème du secteur de la santé, en soutenant son travail de plaidoyer vers le niveau central et son rôle en tant qu'acteur d'innovation et de recherche-action. L'autre évolution majeure concerne l'ampleur de la PH-RDC, qui à partir d'un réseau de membres situés à Kinshasa et environ se donne une ambition nationale. Deux nouvelles dynamiques spécifiques sont également inscrites dans l'outcome : 1) le développement de l'approche patient-partenaire, qui va un pas plus loin que l'approche centrée sur la personne et 2) la digitalisation, avec un partenariat avec Kinshasa Digital. La stratégie et les activités proposées ont été élaborées en tenant compte des recommandations de l'évaluation à mi-parcours.

L'outcome contribue à la cible stratégique 4 du CSC RDC et s'inscrit pleinement dans ses 4 objectifs stratégiques :

1. L'amplification de la disponibilité des services de santé, dans le sens d'une meilleure équité géographique et démographique ;
2. Le renforcement de la qualité des services de santé, en prenant en compte les aspects de durabilité technique, institutionnelle, financière et environnementale ;
3. La progression du droit des personnes, en particulier celles issues des groupes vulnérables ou marginalisés, à avoir accès à des soins de santé de qualité ;
4. La prise en compte holistique de tous les déterminants de la santé dans la définition et l'application des politiques sanitaires -préventives et curatives-, avec le renforcement et une participation forte de la société civile et des organisations locales engagées en santé.

Enfin, l'outcome favorise la mise en lien avec les autres acteurs du système santé: le groupe de travail "secteur hospitalier" du Hub Santé est animé par la PH-RDC, la mettant en lien direct avec les ACNG belges (multi secteurs), Enabel et d'autres PTF du GIBS.

Description of Coherence

Cohérence de l'outcome :

1. Il a été construit sur base du plan stratégique de la PH-RDC qui a été établi de manière participative par les hôpitaux membres. Cette très forte proximité entre la formulation de l'outcome et le plan issu de ce travail du groupe cible principal est renforcée par la participation régulière d'un représentant de la Direction des Établissements de Soins et Partenariats (DESP) du MSP, qui siège à l'AG en tant que membre d'honneur et par la participation active de la coordinatrice de la PH-RDC aux réunions pour la révision du PSRH.
2. Le partenaire principal de l'outcome, la PH-RDC, est ouvert à l'adhésion des hôpitaux quels que soient leurs statut (public/privé,...), leur localisation ou leurs relations partenariales. Ce dernier point est une spécificité en ce sens que le fait d'avoir des partenaires internationaux n'induit aucun privilège ou avantage. La PH-RDC se positionne comme un acteur allant à l'encontre de la fragmentation causée involontairement par les interventions internationales de coopération. Vis-à-vis de potentiels donateurs internationaux, la PH-RDC proposera un modèle clair de soutien (espaces d'échange, gestion des connaissances, microprojets) et ne le modifiera pas pour éviter de reproduire en son sein un défi auquel sont confrontés ses membres individuellement.
3. L'outcome participe au renforcement global du système de soins de santé et soutient l'action du représentant des hôpitaux au niveau du secteur de la santé. Ancrée à la fois dans l'opérationnel et dans l'institutionnel, la PH-RDC est un pont qui renforce l'échange d'information entre ces deux pôles, au bénéfice de la cohérence des politiques publiques par exemple.
4. L'outcome soutient la PH-RDC notamment en tant qu'acteur clef du GT secteur hospitalier du HubSanté. La PH-RDC pourrait à terme entrer en partenariat avec de nouvelles ACNG belges, dont celles du #H4A, qui souhaitent participer au renforcement du secteur hospitalier et qui trouveraient dans la PH-RDC un partenaire efficace techniquement et stratégiquement.

Complémentarité avec d'autres acteurs (locaux/belge). Les actions précédentes ainsi que la phase d'identification et de préparation du programme ont permis de confirmer ou d'identifier plusieurs pistes d'interactions et de complémentarités, notamment via le GT Secteur Hospitalier du HubSanté, avec une mise en lien élargie vers les acteurs de la sécurité alimentaire et la biodiversité (one health), la gestion de crises (approche nexus pour les hôpitaux présents dans les zones de grande insécurité), ou encore les partenaires du CSC travail décent qui travaillent sur l'accès financier aux soins de santé (POMUCO, CGAT).

Cohérence outcome/ToC

L'outcome s'intègre totalement dans la TOC et appuie la réalisation de plusieurs étapes des changements de changement (cf surlignages verts et bleus dans le chemin de changement secteur hospitalier de la TOC).

Cohérence avec les autres activités des ONG

L'outcome est organiquement articulé à l'outcome UNI4COOP sur la santé en RDC dont il partage la ToC. Comme dans le programme 2017-2021, la PH-RDC participera aux activités de capitalisation avec les partenaires de la première ligne de soins et les représentants des usagers. Les recherches-actions de l'outcome PH-RDC et de l'outcome UNI4COOP abordent toutes les deux l'organisation des soins en contexte urbain et les résultats seront bien entendu partagés. L'outcome GId5 sera mobilisé pour soutenir méthodologiquement le R5.

La même logique s'applique pour le #H4A, qui fera encadrer certaines de ses activités de recherche-action, telle que celle sur les référencement/contre référencement pédiatriques sur certaines maladies spécifiques, par l'équipe de la PH-RDC, et qui procèdera à des partages d'outils et d'apprentissages systématiques, lorsque c'est logistiquement possible, au sein de cet espace.

La cohérence avec le PROMEKIN2 de l'AFD est abordée dans les synergies.

Description of Effectiveness

L'outcome a été conçu sur base de l'expérience accumulée pendant le programme précédent et sur celle plus ancienne de la Plateforme Hospitalière de Gestion (première forme de la PH-RDC, de 2012 à 2016). Cette expérience concerne les moyens d'actions (formations, espaces d'échange, microprojets et capitalisation) et l'action en réseau. La formulation de l'outcome provient directement du plan stratégique de la PH-RDC, établi de manière participative et validé par l'Assemblée Générale en mars 2021. L'appropriation de l'outcome par le partenaire (PH-RDC) et le groupe cible (hôpitaux membres) est donc maximale. Sur cette base, l'outcome vient soutenir la gouvernance de la PH-RDC et ses capacités d'actions, notamment au niveau de la coordination. Ce renforcement est nécessaire pour que l'évolution des rôles de la coordination et des PTF's historiques, préconisée dans le rapport d'évaluation intermédiaire, se passe de manière fluide et coordonnée. Cette transition est rendue explicite par la transformation du Comité de Pilotage en comité de suivi, par l'institutionnalisation de la PH-RDC qui dispose de la personnalité juridique et de la reconnaissance des acteurs du secteur de la santé et par le fait que les PTF's proposent un outcome commun entre programmes différents. Cette évolution contribue à la ToC en renforçant un acteur clé du secteur de la santé et du système de soins de santé, un acteur qui représente le secteur hospitalier sans distinction de statut ou de nature et le renforce dans son rôle d'interlocuteur crédible vis-à-vis des autorités publiques et des donateurs. Une PH-RDC efficace, responsable et représentative est un acteur clef dans la progression vers la CSU, le changement ultime de la ToC. Cet acteur clef doit pouvoir interagir avec les autres parties prenantes, les autorités publiques mais aussi la première ligne de soin et les représentants des usagers. L'outcome est donc connecté aux outcome respectifs de #H4A et UNI4COOP pour renforcer ces espaces d'échanges et de concertation multiacteurs. Les moyens et

dispositifs qui ont été élaborés soutiennent donc les moyens d'actions de la PH-RDC, son positionnement dans le secteur, sa capacité de concertation et d'innovation. C'est la conjonction de ces moyens et dispositifs qui permettent à l'outcome et à la PH-RDC d'envisager sereinement son atteinte.

Les processus de formation, d'espaces d'échange et de microprojets (résultat 2) sont maîtrisés par la coordination et le CA de la PH-RDC, qui bénéficiera du soutien méthodologique et de réseautage des PTF's. Les années précédentes plusieurs cycles de formation ont été organisés sur la formulation de microprojets et sur l'approche SMART. Ces efforts sont visibles dans la qualité des microprojets formulés et dans le fait que les acquis de ces formations sont utilisés par les membres dans leurs relations avec d'autres partenaires. Le dispositif de microprojet reste pertinent, tant dans sa dimension d'amélioration concrète que dans sa dimension d'apprentissage sous le regard des pairs. Ce dispositif se complète d'un appui organisé par la PH-RDC notamment pour le suivi et la reddition de compte, qui vient renforcer l'appropriation des résultats par les hôpitaux porteurs de microprojets et complète l'apprentissage en cours du processus. Enfin, il sera renforcé en y intégrant l'outil MSV "Trajectoire de Renforcements de Capacités" hospitalières du #H4A, proposant une méthode inclusive d'élaboration de plan stratégique (qui peut se traduire en PEH) et de suivi des progrès réalisés (aspects "justifications" et "évaluations" des microprojets, encore souvent lacunaires).

Durant la crise COVID, des formations "Prévention et Contrôle des Infections" ont été organisées en distanciel, en recourant à une plateforme en-ligne spécialisée dans l'enseignement à distance. Ces formations ont été complétées par Kinshasa Digital qui a appuyé la collecte digitalisée des données de l'état de lieu PCI et le suivi des données PCI à l'aide d'un outil digitalisé.

Le programme 2017-2021 a permis de tester des collaborations via les projets ARES-Synergies, avec l'organisation de formations notamment. La PH-RDC est un interlocuteur connu et crédible dans l'environnement universitaire belge et s'avance comme partenaire pour de futurs projets ARES-Synergie mais aussi des projets de recherche et de formation plus structurels. Des relations existent notamment avec le bureau du partenariat-patient de l'ULB/Erasmus pour appuyer la diffusion de ce modèle de soin. Le résultat formation est conçu pour être flexible, réactif et ancré dans l'expérience et le vécu du personnel soignant. L'organisation en présentiel ou distanciel est maîtrisée et les relations avec des capacités de formation sont existantes et déjà testées.

Le processus de qualité qui constitue le résultat 3 se base sur deux dynamiques : l'une part des résultats de la recherche-action sur démarche qualité à l'hôpital de Kisantu, l'autre d'un processus participatif d'élaboration d'un référentiel en vue de définir un label "qualité-PH-RDC" à partir de la note stratégique "qualité" existante de la PH-RDC. Il s'agit bien d'agir sur les réalités existantes dans les différents hôpitaux et non uniquement sur l'adaptation de textes. La démarche qualité à Kisantu a travaillé sur les flux d'information mais aussi sur l'organisation pratique : limitation du nombre de participants et des durées de réunions, processus de prises de décision. Ces enseignements pratiques seront diffusés au sein de la PH-RDC dont l'équipe, avec l'appui des AT, pourra accompagner l'adaptation et la mise en œuvre dans d'autres hôpitaux. Cette recherche-action est déjà connue de la DEP, qui suit de près l'hôpital de Kisantu via le projet PRO-DS mis en œuvre dans cette province par MEMISA. Ce résultat doit également être lu au regard de l'enjeu de complexification de l'aide : il s'agit ici de soutenir le secteur hospitalier dans la définition de son modèle et non de "proposer" un modèle définit ailleurs, par des donateurs ou ONG. L'ambition de labellisation vient soutenir et légitimer ce modèle qui émergera de la pratique des acteurs et sera promu et défendu de manière solidaire.

Au cours du programme 2017-2021, la PH-RDC a pris une place intéressante dans le panorama des acteurs congolais de la santé (résultat 4). Dès son institutionnalisation, les autorités sanitaires ont été associées et disposent d'une place à l'Assemblée Générale en tant que membre d'honneur. Cette volonté de concertation, présente dès le départ, a permis à la PH-RDC d'être légitime pour intervenir à différents niveaux vis-à-vis des autorités publiques et de participer avec un statut consultatif à la révision récente du PNDS. De même, la PH-RDC avec l'appui de ses deux PTFs historiques a pu intégrer le HubSanté et plus précisément son groupe de travail "secteur hospitalier", se positionnant de la sorte comme acteur crédible de synergies et de complémentarités pour les ONG soutenant des hôpitaux. Ces synergies et cette capacité d'agir en partenariat avec des institutions académiques européennes a aussi été un acquis du programme précédent : la PH-RDC est connue par l'ARES-CCD et les académiques porteurs de projets santé en RDC. Elle a aussi participé à l'élaboration d'un projet de recherche sur le cancer du col de l'utérus soumis au Norwegian Research Council et faisait partie des intervenants prévus pour la mission princière belge de mars/avril 2020 et pour la mission de la région bruxelloise de septembre 2020, toutes les deux annulées par la COVID. Cette base solide se développera et se complètera dans le programme 2022-2026, notamment en organisant les relations entre la PH-RDC et les acteurs de la CSU comme la POMUCO, le CGAT et la FEC. La mise en place de cadres d'échanges entre représentants des prestataires sociaux et de l'offre de soins participe à la philosophie générale de la ToC, qui soutient la mise en réseau, la concertation sur base de l'expérience et de cas pratiques entre acteurs congolais du secteur de la santé et du système de soins de santé. Ces relations connectent également les membres de la PH-RDC avec des organisations représentant les usagers des soins, créant un canal de discussion multiauteur qui vient compléter le processus de Comité Qualité, autre point de contact entre l'organisation des prestations et l'avis des usagers. Et ces relations permettront de mettre en évidence les initiatives et dispositifs concrets favorisant l'inclusion des publics précarisés dans le système de soins de santé et évitant la dérive des formations et microprojets vers des thèmes de prestige ou réservés aux plus fortunés. Les protocoles de recherche-action et de recherche seront élaborés avec une attention spécifique au "Leave No One Behind", le comité d'Ethique de l'ULB pouvant être mobilisé à cet effet.. L'effet de la labellisation "qualité" prévue dans le résultat 3 sur le secteur mutualiste pourra faire l'objet d'un intéressant travail d'analyse et de capitalisation entre le HubSanté et les acteurs du CSC travail décent.

Le résultat 5 poursuit et amplifie le travail réalisé dans le programme 2017-2021. La capitalisation agira tant dans la production de bonnes pratiques que pour stimuler le peer coaching entre membres. Ce dispositif de capitalisation sera encore organisé avec les parties prenantes de la première ligne de soins et des usagers (cf outcome UNI4COOP santé RDC). Ces regards croisés sont un acquis important du processus de capitalisation dans le programme 2017-2021. Les cadres de concertation "triple regards" et le soutien au processus de discussion entre offre et demande sont un des pivots de la ToC : faire de la capitalisation un lieu de rencontre entre ces piliers est d'autant plus pertinent pour pouvoir produire des référentiels et notes à destination des acteurs de la régulation. Le plaidoyer se basera sur des analyses qui intégreront les regards de l'offre et de la demande, de la première ligne de soins et de la deuxième, poussant ainsi les textes régulateurs dans un sens qui ne favorisera pas une catégorie d'acteur au détriment d'une autre. Ce résultat est également en interconnexion directe avec le résultat "gestion des connaissances" partagé par un nombre important d'ACNG du CSC-RDC, au sein de la cible santé mais aussi des cibles agriculture et droits humains notamment. Il vise à harmoniser les pratiques entre acteurs et favoriser leur mise en commun, notamment dans une optique de production de référentiels dont les thématiques pourront être sectorielles ou intersectorielles (one health, CSU).

Les baselines sont définies à partir des résultats du programme 2017 (formations par exemple) ou, dans le cas de grilles ou scores agrégés, seront établies participativement en année 1 du programme (comité qualité fonctionnels par ex.). Ces standards communs faciliteront les évaluations, et leur suivi par les membres sera en soi un indicateur secondaire d'appropriation.

L'outcome contribue à la cible stratégique 4 du CSC RDC et plus spécifiquement à ses approches

- B : via les microprojets et la labellisation qualité ;
- C : formations, renforcement de capacités techniques et relationnelles, motivation du personnel ;
- D : promotion de la CSU et concertation avec les acteurs mutualistes.
- E : avec l'inclusion de publics précarisés, la recherche-action sur la référence/contre-référence sur la santé maternelle en zone urbaine et sur certaines pathologies pédiatriques, la concertation avec les acteurs de l'outcome UNI4COOP santé RDC et de l'outcome #H4A RDC ;
- F : intégration des autorités publiques ;
- G : mainstreaming genre dans les formations et microprojets ;
- K : participation active au HubSanté, FABAC, BeCause Health, ...
- L : résultat sur la gestion des savoirs.

Description of Efficiency

- **Les Renforcements de capacités à un effet amplificateur** : l'outcome prévoit notamment d'une part l'élargissement de l'équipe de coordination (avec un assistant administratif et financier, un assistant médical et un personnel d'appoint), qui ne contient à ce jour qu'une seule personne, devra permettre la captation d'autres financements pour "utilisation d'expertises d'appuis hospitaliers". La location d'un bureau propre à la plateforme, qui à ce jour hors de ses partenaires techniques et financiers permettra à la plateforme d'être autonome, mais aussi d'attirer d'autres partenaires. L'acquisition d'un véhicule facilitera la mobilité des acteurs sur terrain d'où un meilleur accompagnement post formation et suivi de microprojets financés afin de garantir leur efficacité et leur efficience. Et d'autre part ceci répond à l'un des objectifs stratégiques de la plateforme : « devenir partenaire incontournable du gouvernement »
- **Les économies d'échelle générées par la synergie ULBC-CDEB**: partage de moyens logistiques, bureaux, certains frais de fonctionnement y compris le véhicule; le partage des outils y compris de gestion-évaluation du programme; complémentarités des Ressources Humaines pour l'Assistance Technique à la PHRDC notamment avec un assistant technique en administration et finance et/ou un médecin pédiatrie spécialiste (CDEB) et un médecin santé Publique (ULBC) pour les autres thématiques ; la complémentarité s'étend également aux autres ACNG elles-mêmes avec d'autres réseaux (Possibilité de mutualisation de RH entre la PH-RDC, #H4A et HubSanté) pour les apprentissages, la gestion de connaissance, etc.
- **Pas de budget pour le personnel expatrié**. L'intervention ne prévoit pas un budget pour le personnel expatrié, parce que les ACNGs ont opté pour une stratégie partenariale axée sur l'empowerment et l'espace de rencontre stratégique, avec mobilisation de ressources internationales strictement circonscrites dans des missions le justifiant (gestion, évals, compétences spécifiques techniques ou managériales liées à certaines activités non-encore disponibles localement).
- Dans le même ordre d'idée, le outcome prévoit d'un amortissement le plus large possible des coûts de déplacement des volontaires bénévoles internationaux partageant les activités au sein du réseau la plateforme, en mission en RDC & les partageant avec les autres ACNG/acteurs
- **Mutualisation des moyens et les cofinancements de Microprojets par les hôpitaux**: Dans le cadre des Microprojets qualité qui visent l'amélioration de la qualité de soins, un processus qui commence par la formation des prestataires sur une thématique donnée, suivi d'un appel à microprojet, réserve un meilleur crédit à la mutualisation des moyens et les cofinancements pour une gestion rationnelle de financement (expérience de MPs round 3, 4, 5 et 6)
- **Pas de pertiem lors des sessions des formation**, assemblée ou ateliers organisés par la plateforme. Les acteurs contribuent aux coûts de formation par allocation des ressources pour le transport et le séjour de leurs délégués (cas des hôpitaux de l'intérieur) ;
- **Le « pair coaching »** : un autre aspect de l'efficience en lien avec la formation. A travers l'espace d'échange qu'offre la plateforme, les acteurs se renforcent mutuellement et

bénévolement via le stage ou encore via la formation in situ avec un agent détaché par un hôpital pair pour former et accompagner ses pairs sur thématique donnée.

Description of the expected Impact

L'impact principal attendu est un renforcement durable dans la qualité, l'accessibilité, la continuité et l'inclusivité des soins essentiels proposés aux populations, y compris les plus précarisées. Impact qui, par la collaboration avec les autorisés et le partage des bonnes pratiques, pourrait rayonner au-delà des membres de la PH-RDC et permettre de répondre à un des impératifs indispensables à la mise en place d'une couverture de santé universelle : « La qualité des services de santé, un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle, OMS, OCEDE, BM, 2019 »

Les effets potentiellement transformateurs de l'intervention sont multiples :

- L'émergence d'un acteur fort, crédible qui représente le secteur hospitalier de manière plus unifiée et participe activement aux évolutions du secteur de la santé et du système de soins
- Le développement de cultures d'amélioration continue de la qualité avec une composante d'écoute des usagers et patients qui influe sur les prises de décisions dans la cadre de la prise en charge mais également dans la gouvernance hospitalière, qui aboutit à l'établissement de nouvelles normes, politiques d'organisation du système de soins de santé donnant une place à l'usager
- Une modernisation du système de soins par le décloisonnement de la pyramide sanitaire, la meilleure continuité entre les niveaux de soins, l'intégration des structures privées dans le développement de la stratégie sanitaire
- La mise en place de nouvelles habitudes et attitudes de collaboration entre les acteurs des trois piliers, par-delà les barrières « public/privé » ou hiérarchiques, qui participeront une meilleure résilience du système de santé
- La mise en place culture d'évidences et de collaboration avec le monde scientifique dans la prise des décisions au niveau du système de santé (capitalisation des recherches)
- La mise en place d'échanges de bonnes pratiques entre les provinces et avec le niveau central

Description of Sustainability

Outre son axe plus « traditionnel » d'appui au fonctionnement du système de santé (réhabilitation, équipement, apport d'intrants, ...), qui reste malheureusement indispensable en l'absence d'autres sources de financement ne dépendant pas d'appuis extérieurs, le programme propose la mise en place d'une nouvelle dynamique de collaboration entre les différents acteurs auxquels sera proposé un important volet de renforcement des capacités. Ce volet prévoit d'une part de renforcer les compétences techniques/médicales pour améliorer la capacité diagnostique et de prise en charge médicale à destination du personnel médical et en même temps de renforcer la gouvernance hospitalière et la dynamique d'amélioration continue de la qualité. À ce renforcement sera adjoint un volet de renforcement des capacités relationnelles et d'intelligence émotionnelle. Il visera d'une part l'amélioration des capacités d'agir en réseau et de collaboration multiacteurs (cadres de concertation, capitalisation, recherche-action). D'autre part, il vise également à favoriser la mise en place de l'Approche Patient-Partenaire qui fait de la relation entre soignant/soigné un facteur important de la qualité des soins. Le plus souvent possible, ces renforcements de capacité cibleront l'ensemble des acteurs. Les ressources de l'andragogie seront mobilisées, et le peer-coaching sera soutenu et valorisé, avec un effet espéré positif sur la motivation des prestataires de soins, et le maintien en poste des personnels qualifiés. Les formations plus formelles seront réalisées en collaboration avec les acteurs académiques congolais et les partenaires académiques et hospitaliers européens.

La durabilité de l'outcome est assurée par les éléments suivants :

- Technique : Les effets transformateurs décrits au point F.5. Impact, dont la plupart correspondent à des modifications d'aptitudes, se poursuivront au-delà de la fin de l'action. Le volet formation intégré dans les plans et dispositifs de formation locaux, y compris la formation des partenaires et de formateurs locaux permettra également de poursuivre la dynamique.
- Financière : Le dispositif de microprojet inclut dès le départ une obligation de contribution propre des hôpitaux et le plan stratégique de la PH-RDC prévoit la mise à l'ordre du jour des AG la question d'une cotisation des membres. La durabilité passe aussi par l'installation de la PH-RDC comme interlocuteur efficace, efficient et crédible des donateurs désirant soutenir le secteur hospitalier de RDC. Le résultat 4 participe à l'atteinte de cet objectif.
- Sociale : La stimulation de la concertation et les débats entre les 3 piliers du système de soins de santé et le renforcement des liens opérationnels entre eux (microprojets, formations ou capitalisations conjointes, recherche-action), renforce les canaux de redevabilité et de contrôle mutuel entre les groupes-cibles.
- Institutionnelle : L'impact recherché sur les normes et politiques nationales se base sur la qualité des recommandations et propositions qui seront émises et leur représentativité. Les échanges avec les acteurs de première ligne et les représentants d'usagers via la connexion avec l'outcome UNI4COOP santé RDC va également dans ce sens, en créant les conditions pour que ces propositions soient portées par un large mouvement d'acteurs du SSS et ne soient pas porteuses d'intérêts particuliers qui déforceraient la nécessaire cohérence du système de soins de santé.

La principale stratégie de désengagement est l'ancrage des pratiques et activités dans le système de soins de santé existant et l'effort qui est fait pour que la PH-RDC élargisse sa base sociale et ses partenariats.

Description of the Partnership Strategy

L'outcome a été conçu en se basant sur le plan stratégique du partenaire PH-RDC validé en AG en mars 2021, il en reprend les valeurs, les axes stratégiques, les objectifs et les moyens d'actions. Ce plan stratégique est le résultat d'un travail des membres de la PH-RDC commencé en septembre 2019 avec l'appui de CDEB et ULB-C. L'outcome a également été construit sur base des recommandations de l'évaluation à mi-parcours (2018) qui mettait en évidence la nécessité pour la PH-RDC que ses deux partenaires historiques alignent leurs programmes d'appui au maximum. C'est pourquoi CDEB et ULB-C ont décidé de présenter cet outcome commun hors de leurs programmes communs respectifs.

Actuellement, CDEB et ULB-C sont membres du CA de la PH-RDC, notamment sur demande des membres (pour des raisons d'équilibre et neutralité). Le plan stratégique et l'évaluation à mi-parcours prévoient un retrait progressif de CDEB et d'ULB-C du CA au fur et à mesure du renforcement de la gouvernance.

La PH-RDC a été largement consultée dans l'élaboration de la cible santé du CSC et on y retrouve tant sa vision du secteur hospitalier que son rôle de représentation ou de stimulation des synergies via le GT secteur hospitalier du HubSanté. Etant donné que l'outcome et le plan stratégique de la PH-RDC visent l'émergence et le renforcement d'un acteur national représentant le secteur hospitalier, il est évident que la PH-RDC doit être le partenaire unique. La PH-RDC est le partenaire qui permet via ses microprojets et formations de toucher un grand nombre d'hôpitaux, de manière beaucoup plus efficace et équitable qu'en passant par des partenariats individuels hôpital par hôpital.

La collaboration avec Kinshasa Digital, acteur du secteur privé congolais promouvant l'intégration socio-professionnelle de jeunes adultes sur base de qualifications NTIC, notamment orientées sur l'accompagnement digital de la santé en RDC, se traduira elle par la suite par un partenariat avec la PH-RDC. Ces modalités en cascade de collaborations internationales fixant le premier cadre des partenariats nationaux sont partagées par les deux acteurs, les PTF de la PH-RDC et les co-fondateurs belges et français de Kinshasa Digital, agissant chacun dans le sens d'une mobilisation de ressources internationales dans le but unique de l'autonomisation des acteurs congolais. Le partenariat entre Kinshasa Digital et la PH-RDC intégrera à son tour les collaborations respectives des deux institutions avec le Ministère de la Santé Publique et de l'Hygiène : avec l'ANICiS pour Kinshasa Digital, et avec la DESP pour la PH-RDC, proposant ainsi un cadre élargi de réflexions autour de l'accompagnement digital de la santé sur les aspects de contenus et de contenus.

Le partenariat de la PH-RDC avec CREDES, dans le cadre du Promekin2 de l'AFD, finançant plusieurs activités autour de la PCI, agit dans le même sens, avec cette fois une logique historique de cascades inversée : un cadre de concertation entre les PTF et CREDES est en cours de construction, afin d'harmoniser les appuis sur la thématique précédemment énoncée. Cette logique de cascade inversée témoigne des résultats positifs du précédent programme en termes de renforcement de capacités de la PH-RDC, qui consolide son positionnement en tant qu'acteur incontournable pour le soutien au secteur hospitalier de la RDC.

L'appui de CREDES/AFD pour le renforcement de la PCI dans les hôpitaux-membres sera par ailleurs élargi avec un programme structuré qui vise l'amélioration de la santé materno-infantile, dans la droite ligne de ce qui a été défini dans le Plan Stratégique de la PH-RDC et en synergie avec l'appui de la CDEB et ULB-C.

Le renforcement du partenaire PH-RDC constitue le résultat 1 et prend la forme d'un renforcement de ses moyens d'actions : ressources humaines de management et opérationnelles, capacités d'appui aux membres, appui à la capacité de mobilisation d'expertises technique en santé et en management hospitalier. Ce renforcement est une condition de durabilité, l'effort mis maintenant produira des résultats en termes de diversification des ressources financières mais aussi pour la capacité de réseautage et production de connaissances ainsi que pour la conduite du processus devant aboutir à la définition d'un label « qualité » propre à la PH-RDC. Ce renforcement est soutenu par le rôle de l'assistance technique des deux ACNG, qui s'inscrit dans la ligne des recommandations de l'évaluation de 2018. Cet effort mis par l'outcome sur le renforcement des capacités de la PH-RDC et sur la diversification de ses partenaires est une stratégie de durabilité, d'appropriation et de sortie progressive. Ces stratégies vont positionner la PH-RDC comme agissant contre la complexification de la coopération et des canaux et modalités de financements des bailleurs internationaux.

La PH-RDC étant une association d'hôpitaux, voire un syndicat d'hôpitaux, elle est totalement connectée au groupe cible « hôpitaux de RDC », indépendamment de leur statut public ou privé, de leur obédience ou spécialités. Les autorités publiques sont représentées dans l'AG de la PH-RDC. Celle-ci est régulièrement consultée par les divisions et départements du MSP qui agissent dans le secteur hospitalier. Les relations sont efficaces et positives. L'action sur les comités qualifiés, l'approche patient-partenaire et les cadres de concertation « triple regards », ainsi que les réunions avec les partenaires sociaux sur la CSU sont autant de canaux structurels d'échanges avec les représentants de la demande de soins.

Description of Synergies

Les synergies sont déjà largement évoquées dans les parties précédentes, dans la mesure où elles sont intégrées dans les partenariats contractés par la PH-RDC elle-même, stimulés ou non par les PTF favorisant les mises en réseau avec les autres acteurs (AFD/CREDES, Kinshasa Digital, ...). Le HubSanté est bien entendu un lieu privilégié pour renforcer ces synergies, surtout que la PH-RDC en anime le sous-groupe Secteur Hospitalier.

Par le biais d'UNI4COOP, les relations avec les porteurs de projet "santé en RDC" de l'ARES-CCD seront grandement facilitées. Des capacités de formation (projets ARES-Synergie) voire de recherche pourront être mis en place (projet ULB/ULG/UNILU). ULB-C intègre systématiquement la PH-RDC dans les projets ARES sur le thème santé en RDC pour lesquels elle est contactée. La pertinence de la PH-RDC dans ces projets tient notamment à sa capacité de mobilisation d'un grand nombre d'équipes hospitalières, garantissant aux porteurs de projet ARES un public cible motivé et diversifié et apportant à celui-ci des contenus de formation de haut-niveau. Via le programme UNI4COOP Santé RDC, des synergies sur le thème des Maladies Non Transmissibles seront mises en œuvre avec Louvain Coopération (formations, capitalisation sur la prise en charge de ces publics précarisés via l'outcome Gld5).

L'accès aux CHU belges sera également facilité : le projet ARES-Synergie avec le service gériatrie d'Erasmus, mis en œuvre en 2021 a notamment permis la connexion entre la PH-RDC et IYAD et son partenaire Paliá Familia, ce qui a débouché sur des microprojets spécifiques sur ce thème. Cet exemple sert de modèle pour de futures collaborations avec l'ARES : à partir d'une formation ou de la participation à une recherche, la PH-RDC a la capacité de diffuser et disséminer des connaissances et pratiques via sa capacité d'organisation de formations et ses microprojets, ancrant une thématique dans la réalité hospitalière et facilitant les contacts entre des expertises, des institutions et ses membres.

Ces relations se poursuivront dans le programme 2022. Cette connexion universitaire dépasse le cadre belge et ULB-C a la capacité de créer des synergies avec d'autres acteurs universitaires internationaux (DREAM Laboratories, University of South-East Norway, Université de Genève ou de Montréal). En tant que membre du comité de pilotage de BeCauseHealth, ULB-C facilitera également les liens entre ces plateformes.

Par le biais du #H4A, la PH-RDC sera en synergie avec la Recherche-action sur le référencement/contre-référencement des enfants présentant les symptômes d'une pathologie cardiaque : il s'agit du programme de transmissions médico-techniques principal de la CDEB au sein du programme #H4A, qui vise l'amélioration de la prise en charge préventive, palliative et curative des enfants atteints de cardiopathies congénitales ou acquises (dont rhumatismes articulaires aigus, conséquences fréquentes d'une complication infectieuse d'angines à streptocoque). La CDEB, au travers de stratégies interventionnelles ou collaboratives, cherche à améliorer le trajet santé des enfants présentant des symptômes reliés à cette pathologie (touchant 1/100 enfants, même si les symptômes associés à la pathologie élargissent très largement cette proportion) de la communauté jusqu'au centre de référence le plus spécialisé, logé à la Clinique Ngaliema, qui est membre de la PH-RDC. Les dispositifs de facilitation des trajets, ainsi que les collectes de données spécifiques réalisées lors des missions de coopérations médicales nationales (cardiopédiatries) et internationales (volontaires-experts CDEB), seront intégrés dans un projet d'étude et de recherche-action global, qui sera encadré par les équipes de la PH-RDC et partagés opérationnellement avec plusieurs membres. Il vise notamment à expérimenter l'efficacité du circuit de référencement entre FOSA intervenant aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Les synergies via le programme #H4A concernent également les partages d'apprentissages sur les prises en charge pédiatriques, visant principalement les chirurgies, l'anesthésie-réanimation (notamment pour les détresses respiratoires) et toutes les disciplines impliquées dans les phases pré-, per- et postopératoires des enfants : au sein de la Clinique Ngaliema, dont la salle de formation sera renforcée afin de permettre des enseignements via retransmissions de la salle d'opération, au sein de la PH-RDC (ateliers), ou encore via des coopérations médicales nationales inter-hospitalières;

Enfin, une synergie particulière concerne le partage d'outils agissant sur la gouvernance clinique, notamment l'outil "Trajectoire de Renforcement de Capacités" développé par MSV. Il sera couplé à celui qui est utilisé dans le cadre des microprojets qualité, afin d'en améliorer les parties liées à la justification (mise en lien avec les plans stratégiques) et à l'évaluation (système de monitoring fonctionnel sur les projets).

Les relations avec Enabel sont en partie décrites dans le chapitre "bonification". La PH-RDC bénéficiera des relations existantes entre le programme #H4A et Enabel, faisant notamment l'objet d'une proposition de MoU.

La PH-RDC, CDEB et ULB-C jouent un rôle d'attraction et de facilitation de contacts, synergies et collaborations qui sont toutes tournées vers le renforcement du secteur hospitalier. Incidemment, cette activité de mise en contact renforce la diversification des partenariats de la PH-RDC, sa notoriété et son insertion dans le secteur de la coopération internationale et dans le secteur académique, ce qui participe à l'atteinte des résultats de l'outcome.

Description of how individual or collective recommendations and lessons are to be taken into account

La TOC et le schéma de présentation ont régulièrement fait référence aux éléments issus des réponses managériales aux évaluations, des leçons apprises ou encore des éléments de capitalisation (rapports, publications) qui ont été exploités pour élaborer le présent outcome. L'existence même de cet outcome commun entre ACNG ayant par ailleurs des programmes communs est en soi le résultat de la prise en compte de l'évaluation intermédiaire de l'action PH-RDC dans le programme 2017-2021. L'annexe « Références des actions précédentes » regroupe ces principaux éléments (ou leur synthèse lorsqu'ils sont trop volumineux).

L'évaluation intermédiaire souligne les aspects positifs de la mise en réseau d'acteurs isolés et de l'apprentissage entre pairs, avec un regard critique orienté vers l'amélioration.

Outre la décision de concevoir un programme commun basé sur la stratégie de la PH-RDC, d'autres recommandations de l'évaluation ont été intégrées dans l'outcome, comme le renforcement des moyens en vue d'une diversification des partenariats, de l'amélioration des dispositifs de microprojets et de formation, à la clarification des conditions d'adhésions dans le cadre d'une ampleur nationale. Le lobbying pour garantir un statut égal entre membres publics et privés se poursuit et des dispositifs techniques seront mis en place pour garantir de facto cette égalité en attendant une décision formelle des autorités sanitaires qui supervisent les hôpitaux publics.

La crise COVID a été l'occasion de revoir le processus de microprojets : les enseignements de ces modifications seront analysés pour améliorer le processus, sans faire de ce qui a été fait en situation de crise la nouvelle norme. La crise COVID a également démontré la flexibilité et la réactivité que permet l'action en plateforme plutôt qu'individuelle par hôpital. Cette crise a également mis en évidence la nécessité de renforcer la maîtrise des outils digitaux, principalement pour les formations à distances, mais est également mis en évidence la nécessité de renforcer la production d'informations sectorielles et géoréférencées pour renforcer la cohérence, l'efficacité et l'efficacité des appuis d'urgences qui arrivent dans le secteur hospitalier.

L'évolution du rôle de l'assistance technique, recommandée dans l'évaluation, est également une leçon apprise qui est prise en compte dans le design de l'outcome, avec un passage progressif vers un rôle moins de coordination que de conseil, sans intervenir pour « faire à la place des partenaires afin de réaliser l'activité parce qu'elle est prévue dans le planning » mais en comptant sur le contrôle social entre membres de la PH-RDC.

L'outcome se base également sur des leçons apprises dans d'autres OS du programme 2017-2021, notamment le travail sur la qualité et l'accréditation menée par ULB-C au Nord-Kivu : l'évaluation de la qualité n'a de sens 1) que si elle est contextualisée et complétée par un processus d'habilitation, beaucoup plus globale que l'évaluation qualité, et 2) que si elle est accompagnée de mesures visant à fournir les moyens minimums nécessaires à la mise en œuvre des mesures d'amélioration (fourniture d'équipements, mise à disposition de personnel qualifié, programmes de renforcement de compétences, ...). Les dispositifs de la PH-RDC (formation, microprojets, espaces d'échanges) complétés par la montée en puissance de ses capacités d'action seront analysés ensemble dans l'optique de la définition d'un label qualité.

Cette même logique de leçons apprises tirées de l'outcome 2017-2021 de la CDEB est appliquée, notamment par 1. une meilleure intégration des expériences de référencement/contre-référencements spécifiques dans le cadre de la prise en charge de certaines pathologies infantiles dans un projet de recherche-action élargi à un plus grand nombre d'hôpitaux et 2. un partage plus systématique et mieux organisé des apprentissages dispensés lors des coopérations médicales nationales et internationales.

Mandatory annexes classified by outcome

Title of the annex	Type of document	File
#H4A - PHRDC Budget volet CDEB et ULBC revu	Budget	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2022-03/CDEB-ULBC%20PHRDC%20II%202022-2026%20revu.xlsx
#H4A - PHRDC TOC	Theory of Change associated with the outcome	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2022-03/%23H4A%20-%20PHRDC%20%20TOC.pdf
#H4A - PHRDC Analyse des risques		https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/%23H4A%20-%20PHRDC%20Analyse%20des%20risques.docx
#H4A - PHRDC Fiche signalétique partenariat	Fact sheet per partner	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/%23H4A%20-%20PHRDC%20Fiche%20signal%C3%A9tique%20partenariat.docx
#H4A - PHRDC Convention partenariat_PHRDC-CDEB-ULBC	Partnership Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/%23H4A%20-%20PHRDC%20Convention%20partenariat_PHRDC-CDEB-ULBC.docx

#Health4All

Title of the annex	Type of document	File
#H4A - PHRDC Fiche signalétique collaboration	Fact sheet per collaboration	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/%23H4A%20-%20PHRDC%20Fiche%20signal%C3%A9tique%20collaboration.docx
#H4A - PHRDC Convention collaboration CEFA-CDEB-ULBc	Collaboration Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/%23H4A%20-%20PHRDC%20Convention%20collaboration%20CEFA-CDEB-ULBc.docx
#H4A - PHRDC Convention collaboration Kindi-CDEB-ULBc	Collaboration Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/%23H4A%20-%20PHRDC%20Convention%20collaboration%20Kindi-CDEB-ULBc.docx
#H4A - PHRDC Convention CDEB-ULBC	Structural Cooperation Agreement between the ANGC associates	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/%23H4A%20-%20PHRDC%20Convention%20CDEB-ULBC.docx
#H4A - PHRDC Dossier Complet	Other	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/%23H4A%20-%20PHRDC%20DossierComplet.docx
#H4A - PHRDC Explications budget (bug portail 30.03.2022 et 29.07.2021)	Budget	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2022-03/%23H4A%20-%20PHRDC%20Explications%20budget%20CDEB%20Revu_0.pdf

There is no budgetary information available.

Accès aux chirurgies et aux gestes de réanimation pour les enfants du Rwanda

Contacts

Contact details for the outcome's ANGC reference person in Belgium

Name :	Marianne Le Marchand
Telephone :	+32 2 764 20 60
Email :	marianne.lemarchand@chaine-espoir.be

Contact details for the outcome's ANGC reference person or their representative in the field

Organization :	Rwanda Heart Foundation
Name :	Emmanuel Rusingiza / Joseph Mucumbitsi
Telephone :	+250 787 553 420
Email :	erkamanzi@gmail.com

Author information

Lead NGO/Owner :	CDEB-KVHB
Name of accredited actor	Chaîne de l'Espoir Belgique - Keten Van hoop Belgie

General

Title of the outcome – French or English (mandatory) :	Accès aux chirurgies et aux gestes de réanimation pour les enfants du Rwanda		
IATI activity identifier :	BE-BCE_KBO-0463455904-prg2022-4-RW		
Outcome start date :	01-01-2022		
Outcome end date :	31-12-2026		
Country of intervention :	Rwanda		
Sector :	12181 - Health - Medical education/training	Budget share :	80%
Sector :	12182 - Health - Medical research	Budget share :	10%
Sector :	12230 - Health - Basic health infrastructure	Budget share :	5%
Sector :	12310 - Health - NCDs control, general	Budget share :	5%

Strategic target involved

4. Permettre à tous, et surtout aux personnes les plus v...

o RWANDA

▪

Description :	4. Permettre à tous, et surtout aux personnes les plus vulnérables, de vivre en bonne santé et promouvoir le bien être, l'accès à la santé, à l'hygiène et à des soins de qualité
Thematic/geographical :	GEOGRAPHIC JSF

Approaches or sub-targets concerned

4.2: Favoriser une approche tournée vers la sensibilisation, le plaidoyer et la prise en charge intégrée et l'inclusion du handicap pour le droit à la santé, la prévention, la promotion de la santé, de l'hygiène

4.3.1: Favoriser des actions de la recherche qui visent l'amélioration des pratiques médicales et para-médicales (filières de formation) et le renforcement des capacités de recherche et de développement dans le domaine des maladies infectieuses et de l'immunologie / vaccinologie et la prévention des maladies invalidantes et celles non-transmissibles

4.3.2: Accroître l'efficacité des interventions sanitaires en menant des recherches scientifiques et en appliquant les résultats scientifiques au programme

4.5.1: Améliorer la qualité des soins de santé et de réadaptation inclusifs par le renforcement des compétences médico-techniques et organisationnelles, une approche intégrée et multisectorielle et des conditions de travail adéquates

4.5.2: Favoriser l'équipement d'infrastructures et constructions ou réhabilitation d'ouvrages et bâtiments ainsi que leur mise en accessibilité, aussi bien dans le domaine de la santé que dans ceux de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement, en tenant compte de la durabilité de l'environnement.

Geographic location of the outcome's intervention zone

Kigali City

Lat/Long :	-1.8864994, 30.0607461
------------	------------------------

Outcome summary

Description of the outcome

L'outcome vise l'amélioration du système soins de santé pour la prise en charge préventive, palliative ou curative d'enfants atteints de cardiopathies ou présentant des symptômes qui y sont associés, dont les détresses respiratoires, nécessitant des gestes de réanimation. La stratégie interventionnelle du programme repose sur le renforcement de l'accès et de la qualité des soins de santé, grâce à :

- Une plus grande disponibilité des soins spécialisés pédiatriques : cardiologie ; anesthésie ; soins infirmiers ; réanimation/ soins intensifs.
- Des compétences accrues pour les spécialistes impliqués dans le traitement pré-, per- et post-opératoire des malformations infantiles : échanges de savoirs et techniques ; formation pratique en binôme ; télé-médecine ; modules théoriques.
- Un rehaussement de l'environnement technique et sanitaire : recommandations et apports éventuels de matériels et équipements adaptés au traitement des pathologies ciblées ; techniques d'utilisation et de maintenance.
- Un meilleur accès géographique et financier aux soins : appui au système de référencement pédiatrique hospitalier ; recherche de solutions financières pour les patients démunis grâce à des comités de fonds de solidarité ; actions de plaidoyer.
- Une attention particulière à maintenir un accès équitable H/F aux soins de santé (indication et récolte des données avec la composante genre) et aux formations proposées par le programme

Wording of the outcome

À l'horizon 2026, les enfants du Rwanda, particulièrement les plus vulnérables ou marginalisés d'entre eux, bénéficient d'une amélioration de l'accès et de la qualité des soins de santé spécialisés, en particulier les chirurgies et les gestes de réanimation, grâce au renforcement des compétences des prestataires de santé impliqués dans les soins préventifs, palliatifs et curatifs des pathologies cardiaques et de leurs symptômes associés.

Target groups

Gouvernance: les équipes de gestion et de direction du partenaire (Rwanda Heart Foundation) et de l'hôpital bénéficiaire principal (King Faisal Hospital)

Offre: les prestataires de soins du KFH et des hôpitaux de district appuyés par Enabel

Demande: les OSC représentant les patients-enfants -et/ou de leur entourage adulte- ; les prestataires sociaux

Gestion des connaissances: l'Université de Kigali

Categorization: Sustainable Development Goals

SDG :	Goal 3. Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages	SDT :	Achieve universal health coverage, including financial risk protection, access to quality essential health-care services and access to safe, effective, quality and affordable essential medicines and vaccines for all
SDG :	Goal 3. Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages	SDT :	Substantially increase health financing and the recruitment, development, training and retention of the health workforce in developing countries, especially in least developed countries and small island developing States
SDG :	Goal 17. Strengthen the means of implementation and revitalize the Global Partnership for Sustainable Development	SDT :	Encourage and promote effective public, public-private and civil society partnerships, building on the experience and resourcing strategies of partnerships

Markers & Tags

1. Gender Equality :	1
2. Aid to Environment :	0
3. Participatory Development / Good Governance :	1
4. Trade development :	0
5. Biodiversity :	0
6. Climat Change - Mitigation :	0
7. Climat Change - Adaptation :	0
8. Desertification :	0
9. RMNCH - Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health :	2
10. HIV / AIDS :	0
11. Children's Rights :	1
12. Disability :	1
13. Nutrition :	0

1. D4D - Better use of big data :	Yes
2. D4D - Digital for inclusive society :	Yes
3. D4D - Digital for inclusive and sustainable economic growth :	No
4. Private Sector Development :	No
5. Health - Sexual and reproductive health :	No
6. Health - Quality medicines :	Yes
7. Health - Health financing and Universal Health Coverage :	Yes
8. Refugees :	No
9. Covid-19 :	Yes

Categorization: Positioning with regard to the objectives of Belgian Development Cooperation, described in its strategy papers**Education**

L'outcome s'inscrit dans l'objectif de la note stratégique de la coopération belge sur l'éducation concernant la concentration de l'appui de la coopération belge sur, entre autres, l'enseignement

technique et professionnel. Le programme veut contribuer à la poursuite de la professionnalisation du secteur de la santé de différentes manières :

- Investir dans le développement des ressources humaines pour la santé à travers le renforcement du personnel médical, paramédical, technique, administratif et de gestion, basé sur les politiques et stratégies nationales de santé et en concertation/impliquant les autorités sanitaires.
- Heart Foundation collaborera avec des acteurs de formation de base et continue rwandais et belges et des centres de recherche afin de pouvoir (i) proposer des stages pour les apprenants ou étudiants, (ii) contribuer à l'amélioration des données d'études, (iii) prévoir des formations continues du personnel des hôpitaux, du recrutement et formation des experts et de la certification des formations.

Un lien fort existe à ce sujet entre la CS4 du CSC et le CSC "Enseignement supérieur et recherche au service du Développement durable", notamment via les partenariats et collaborations avec l'ARES et les CHU/universités participant aux coopérations médicales (transferts de savoirs, études). CDEB active également ses réseaux dans les CHU et universités pour renforcer cet axe "formation-éducation".

L'échange de connaissances et d'expériences avec et entre les autres ANG qui participent au CSC Rwanda dans le domaine de l'éducation permettra également de s'assurer que l'outcome renforce ce thème dans ses activités.

Les coopérations inter-hospitalières sont également envisagées dans ce sens : les capacités d'accueil du pôle de compétence "KFH" sera renforcé afin que les prestataires de soins des hôpitaux

périphériques et intermédiaires, ainsi que les étudiants puissent s'y former. Le peer coaching sera soutenu et amplifié.

Children's rights

Outre les priorités et points d'attention de l'outcome sur les accès du couple enfant-entourage aux soins de santé appropriés, acceptables et de qualité (mission de la CDEB, dont les stratégies découlent directement des ART23 et 24 de la CIDE ; priorité partagée par le partenaire HF), les activités répondent spécifiquement aux trois axes des recommandations de la note politique de coopération belge.

Il est attendu que HF développe également des collaborations avec des OSC rwandaises dont les activités pourront renforcer la structuration de la demande en sensibilisant la population sur ses droits et devoirs en santé, en grande partie autour l'enfant et de la meilleure inclusion de ceux qui sont porteurs d'une différence ou d'un handicap. Ces sujets seront abordés notamment dans le cadre de l'animation du fonds de solidarité, incluant également les acteurs l'offre et de la gouvernance.

Ces travaux et réflexions s'articuleront autour :

- des prises en charge préventives en santé par la communauté (malnutrition notamment), et de capacité à orienter les enfants souffrant de certains handicaps stigmatisants ou exclusifs vers lignes médicales (protection et accès socio-culturel) ;
- de la stimulation de circuits de références pédiatriques autour de certaines maladies, et fonctionnement avec des dispositifs de facilitations financières tels que le fonds de solidarité pédiatrique de HF, à mettre en lien avec les réflexions autour de la CSU/RAMA (protection et accès financier) ;
- de l'approche des soins centrés patients, et/ou patient-partenaire et de la place qui est faite à la parole de l'enfant ;
- des résultats des projets qualité spécifiques du King Faisal Hospital (prestations).

Environment and climate change

Bien qu'il n'y ait pas d'action ciblant directement l'environnement et les changements climatiques, une réflexion sera menée en début de programme, avec les différentes parties prenantes, pour limiter l'impact négatif des activités de l'outcome sur l'environnement. Un effort sera notamment fait pour réduire les émissions de CO2 liées aux activités de l'outcome (mobilité des

différents partenaires pour les échanges de savoirs, stockage des informations sur des plateformes numériques...) et compenser ces dernières. Les membres du #H4A se sont accordés sur des partages d'outils entre eux pour améliorer les pratiques (dispositifs de rachats d'empreintes carbonées... déjà existants chez MSV et Memisa)

Dans le cadre d'actions complémentaires éventuelles, dans le cadre des collaborations futures avec les CDE France et UK, concernant des constructions ou réhabilitations, un accent sera mis sur l'utilisation des énergies renouvelables des constructions durables.

Gender

Bien que l'outcome ne soit pas indiqué comme contribuant directement à agir à plusieurs niveaux pour « réaliser l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles » (ODD n°5), il intègre néanmoins les questions de genre de manière transversale en se basant sur les principes du Gender Mainstreaming en stimulant très fortement le champ « sexe » (s'il ne s'y trouve pas encore) dans les bases de données existantes et futures portant sur des personnes, ainsi que dans les formulaires. Cela concerne les données patients (monitorings inclus dans les statistiques de l'hôpital, en espérant une influence positive sur le SNIS) ainsi que les listes de participations des prestataires de soins aux sessions d'apprentissages.

Il permet à minima l'installation d'un système de veille, avec des résultats partagés au sein du CSC sur ces questions spécifiques.

Health

Sur les questions des alignements, l'action s'inscrit totalement dans la politique nationale des soins de santé au Rwanda, et sur son programme dédié à la prise en charge améliorée des enfants atteints de cardiopathies (alignement politique). Elle renforce le système de soins de santé (alignement systémique) tout en développant de nouvelles approches (alignement critique). Elle répond aux pistes proposées pour soutenir une appropriation démocratique, notamment par le biais de recherches actions avec les acteurs locaux.

Les mises en réseaux stimulées de pairs et de structures sanitaires renforce l'action commune du secteur hospitalier dans le secteur de la santé. L'action soutiendra le développement des approches centrées patient et/ou patient-partenaire, qui renforce l'appropriation du système de soins de santé (défi 2).

Le soutien agit également sur le système de soins de santé, en renforçant les compétences techniques et relationnelles du personnel hospitalier (défi 1) et en améliorant la qualité des soins en lien avec les besoins et attentes contextualisées des patients (défi 3).

A travers la mise en place de recherches-actions (dispositifs de couverture de soins) et études, notamment sur les référencement pédiatriques cardiaques et/ou associés, l'outcome soutient la mise en œuvre d'innovations opérationnelles et leur diffusion au niveau central, avec l'appui d'acteurs académiques locaux et belges.

Private sector

les entreprises disposant d'une politique RSE sont sensibilisées et prennent part à l'alimentation et gestion financière du fonds de solidarité HF. Elles seront également invitées à participer aux réflexions et animations sur la CSU/RAMA, en tant qu'employeurs et contributeurs aux recettes fiscales de l'État.

Subsidy bonus allocation: priority themes and strategic priorities

Human rights-based approach

L'outcome s'aligne aux recommandations de la coopération belge dans la promotion des droits de santé de l'enfant. Afin de réduire les vulnérabilités des enfants vis-à-vis de leur santé, il vise l'amélioration de différents dispositifs visant la protection des enfants contre les risques financiers, de discrimination (sur le genre notamment) et la stigmatisation, et favorise l'accès à des services de santé de qualité à une plus grande proportion de la population pédiatrique via le fonds de solidarité. Au travers des stratégies collaboratives de HF, des OSC seront sensibilisées ou appuyées (financements complémentaires) pour veiller à ce que les droits de l'enfant soient respectés et librement exprimés par eux-mêmes.

Pour que les droits de l'enfant soient concrétisés, le renforcement d'infrastructure et des capacités et compétences médico-techniques du personnel de la santé ainsi que l'approvisionnement en équipements (consommables et médicaments inclus) de mise en vue d'un système accessible, réactif et performant (collaborations avec les CDE France et UK, plaidoyers auprès du gouvernement).

Il s'agira enfin aussi de capitaliser le savoir en soutenant les institutions de recherches ou d'enseignement et de proposer des formations continues aux prestataires de soins afin d'obtenir des services de santé centrés sur la personne, la croissance et le développement de l'enfant.

Decent and sustainable work

L'outcome contribue à certains axes de l'agenda du travail décent. Le principal est évidemment la contribution aux réflexions autour de la couverture sanitaire universelle (CSU/RAMA), une des politiques phares du gouvernement du Rwanda et une des composantes du pilier « Protection Sociale ». La contribution est très indirecte puisque les réflexions se tiendront lors des animations du fonds de solidarité hébergé par le partenaire, mais le principe est d'y inclure les acteurs de la gouvernance, de l'offre et de la demande pour réfléchir à des dispositifs innovants tenant compte des ressources existantes (prise en charge du ticket modérateur des chirurgies notamment).

L'action vise également l'amélioration du cadre de travail et de la motivation du personnel hospitalier, en travaillant notamment sur les dimensions « softs » de celle-ci : reconnaissance, sens dans le travail, participation à des espaces d'échange entre pairs.

Gender

L'outcome englobe l'objectif de réduction des inégalités de genre dans une approche générale et n'en fait donc pas un résultat spécifique.

Il renforce la production et l'exploitation des données sexospécifiques par les hôpitaux, et en poursuivant la veille sur les équilibres de genre dans les activités du #H4A.

Plus généralement, les visions partagées de HF et CDEB s'articulent autour du principe que tous les enfants puissent être soignés, peu importe leurs pays d'origine, leurs origines socio-économiques ou leur genre (garçon, fille, lgbtqi+ ou non-binaire). De plus, et à l'aide des fonds de solidarité, l'objectif est d'atteindre autant d'enfants vulnérables que possible. L'outcome contribue aussi à la première priorité de la coopération belge au développement « éducation et prise de décision », en veillant à un équilibre entre médecins hommes et médecins femmes participant aux formations organisées dans son programme.

Environment

Le Rwanda analyse son environnement en intégrant la santé et les comportements de la population. L'état de l'environnement peut varier selon différents indicateurs qui ont en corollaire un impact sur la santé: la densité de la population, le taux de croissance, formation des ménages, l'accès aux services de base et aux infrastructures, la répartition par âge et les opportunités d'emploi, l'environnement rural et urbain, la richesse des ressources naturelles. Les préoccupations de la Chaîne de l'Espoir Belgique impliquent principalement l'environnement sanitaire dans les hôpitaux (hygiène hospitalière, qualité et accès à l'eau, contrôle des déchets médicaux,...) et sensibilise le personnel de santé. En parallèle, une réflexion est menée sur l'impact environnemental des déchets sanitaires.

Une réflexion conjointe sera également menée en début de programme pour limiter l'impact négatif des activités de l'outcome sur l'environnement. Un effort sera fait notamment pour réduire les émissions de CO2 liées aux activités (mobilités réfléchies) et si possible compenser ces dernières.

Common outcome between distinct programmes

La voie de changement/output "Gestion des Connaissances" est totalement aligné sur les priorités des apprentissages collectifs du CSC-Rwanda, et devrait être partagé par plusieurs autres ACNG y ayant participé (effort collectif sur le sujet, qui a été stimulé par la coordination)

Areas of complementarity and synergy with the intervention of ENABEL

La majorité du programme a été construite autour de la synergie avec Enabel.

En effet, des synergies/complémentarités fortes ont été identifiées entre l'outcome et le programme Barame du RBC/ENABEL. Ensemble, la CDEB et ENABEL peuvent optimiser leur impact à travers des collaborations visant à stimuler les circuits de référencement/contre-référencement pédiatriques et à renforcer les compétences des prestataires de soins à tous les niveaux de prise en charge des enfants à travers :

- des partages d'apprentissages sur le site du King Faisal Hospital en invitant systématiquement les prestataires de soins concernés des hôpitaux soutenus par le programme Barame (hôpitaux des districts Rusizi, Nyamasheke, Karongi, Gisara, Gakenke, Rulindo, et aussi Nyarugenge - actuellement centre de référence Covid avec la prise en charge des détresses respiratoires, élément important des apprentissages sur les gestes de réanimation pour la prise en charge des détresses respiratoires);
- des partages d'apprentissages plus larges au sein d'Espaces collectifs de Gestion des Connaissances" (dont des groupes de pairs tels que les réseaux/plateformes d'hôpitaux soutenus par Enabel);
- des missions itinérantes dans les hôpitaux menées par les cardiopédiatres rwandais avec lesquels HF/CDEB collabore, visant à améliorer la détection, le traitement précoce et le référencement des enfants. Ici, ces formations sont envisagées comme étant pratiques, en consultations conjointes, et proposent un renforcement de compétence pédiatrique plus large

puisqu'il s'agit d'enfants présentant des symptômes de cardiopathies, dont souvent des détresses respiratoires (traitement de l'infection).

- enfin, des partages d'outils et de bonnes pratiques concernant la maintenance biomédicale préventive et corrective, notamment au travers des outils proposés par MSV, membre du programme #H4A.

Description of the outcome, results and strategy

Description of the expected results

Formulation of outcome or result :	Outcome: À l'horizon 2026, les enfants du Rwanda, particulièrement les plus vulnérables ou marginalisés d'entre eux, bénéficient d'une amélioration de l'accès et de la qualité des soins de santé spécialisés, en particulier les chirurgies et les gestes de réanimation, grâce au renforcement des compétences des prestataires de santé impliqués dans les soins préventifs, palliatifs et curatifs des pathologies cardiaques et de leurs symptômes associés.
Indicator title :	IO.1: IO.1: nombre d'enfants/an ayant bénéficié des prises en charge médicale et/ou chirurgicale, préventives et curatives, dans les régions et districts appuyés par le #H4A et le BARAME
Indicator description :	Les données proviendront des grilles de monitoring des prestataires en charge des coopérations médicales nationales et internationales dans les hôpitaux de référence des districts appuyés, et des registres et statistiques hospitalières pour les prises en charge hors coopérations médicales. Elles seront utilisées également pour nourrir une étude sur les référencement et contre-référencement spécifiques des pathologies visées.
Baseline :	0: La baseline sera établie en début de programme, à partir des données 2021 (études en cours pour la clôture du programme précédent)
Target Year 3 - 31/12/2024 :	+5%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	+10%

Formulation of outcome or result :	Outcome: À l'horizon 2026, les enfants du Rwanda, particulièrement les plus vulnérables ou marginalisés d'entre eux, bénéficient d'une amélioration de l'accès et de la qualité des soins de santé spécialisés, en particulier les chirurgies et les gestes de réanimation, grâce au renforcement des compétences des prestataires de santé impliqués dans les soins préventifs, palliatifs et curatifs des pathologies cardiaques et de leurs symptômes associés.
Indicator title :	IO.2: évolution du score de performance des structures sanitaires et services identifiés pour les prises en charge
Indicator description :	Ce score de base composé d'indicateurs agrégés (échelle de 1 à 5 utilisée dans les autres programmes #H4A) sera fixé par les acteurs de la coopération médicale rwandais et internationaux, avec le partenaire. Ils prendront en compte la compétence du personnel soignant à 50%, la sécurité technique et sanitaire des services à 30%, et l'organisation générale des services et hôpital (dont l'accueil du patient) à 20%
Baseline :	0: pas encore de données, la baseline sera fixée en début de programme
Target Year 3 - 31/12/2024 :	+10%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	+10%

Formulation of outcome or result :	Outcome: À l'horizon 2026, les enfants du Rwanda, particulièrement les plus vulnérables ou marginalisés d'entre eux, bénéficient d'une amélioration de l'accès et de la qualité des soins de santé spécialisés, en particulier les chirurgies et les gestes de réanimation, grâce au renforcement des compétences des prestataires de santé impliqués dans les soins préventifs, palliatifs et curatifs des pathologies cardiaques et de leurs symptômes associés.
Indicator title :	IO.3: évolution du score d'accessibilité et d'équité des soins visés par le programme
Indicator description :	Ces données sont encore très peu disponibles, les registres et statistiques hospitalières le reflétant très peu. Une étude est actuellement en cours au sein du KFH (service social et financier), de pair avec le Rotary de Kigali qui a initié le premier fonds de solidarité. Les données sur les accessibilités seront indiquées dans les grilles de monitoring évoquées dans l'IO.1, et croisées avec celles de HF dans le cadre de la gestion du fonds de solidarité.
Baseline :	0: données à établir au démarrage du programme (grilles de monitoring combinées avec les données des études)
Target Year 3 - 31/12/2024 :	+5%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	+5%

Formulation of outcome or result :	Résultat 1 - gouvernance: Les améliorations et les effets positifs induits par le programme persistent (durabilité) grâce à la motivation et aux compétences des personnes-ressources en charge de la gouvernance (direction des services et de l'hôpital bénéficiaire principal, gestion du partenaire), et à la remontée efficace des bonnes pratiques capitalisées vers le Ministère de la Santé, notamment sur le calcul des coûts des épisodes chirurgicaux (RAMA).
Indicator title :	IR1.2: score de performance des plaidoyers effectués auprès du MoH
Indicator description :	Cet indicateur sera calculé en divisant le nombre de plaidoyers "aboutis" par le nombre de plaidoyers planifiés. La plupart des enjeux sont déjà parfaitement identifiés par Heart Foundation, notamment dans la meilleure fonctionnalité du programme cardiaque du MoH, et de la prise en charge des tickets modérateurs des chirurgies à la charge du patient (10%), dont le montant forfaitaire total est assez élevé (appui prévu sur l'analyse des coûts)
Baseline :	0
Target Year 3 - 31/12/2024 :	50%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	75%

Formulation of outcome or result :	Résultat 2 - Offre: La performance des services du KFH, et éventuellement de certains autres services des hôpitaux BARAME, est renforcée dans la prise en charge des enfants porteurs de symptômes associés aux cardiopathies (détresses respiratoires) ou aux cardiopathies elles-mêmes, dans le sens de la disponibilité, de la qualité, de la continuité et de l'acceptabilité des soins.
Indicator title :	IR2.1: Niveau de compétence des prestataires de soins hospitaliers visés par le programme
Indicator description :	Cet indicateur est traduit par un score de performance se basant sur le triptyque classique de compétences (cliniques) : savoir (évalué par les formateurs lors des sessions d'apprentissages théoriques), savoir-faire (appréciation des actes techniques posés par les référents CDEB et HF), savoir-être (motivation, accueil du patient)
Baseline :	0
Target Year 3 - 31/12/2024 :	+10%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	+10%

Formulation of outcome or result :	Résultat 2 - Offre: La performance des services du KFH, et éventuellement de certains autres services des hôpitaux BARAME, est renforcée dans la prise en charge des enfants porteurs de symptômes associés aux cardiopathies (détresses respiratoires) ou aux cardiopathies elles-mêmes, dans le sens de la disponibilité, de la qualité, de la continuité et de l'acceptabilité des soins.
Indicator title :	IR2.2: Niveau de sécurité technique et sanitaire des structures et services appuyés par le programme
Indicator description :	Score de performance multi-critères, dont la grille sera établie par la CDEB, qui collabore sur ce sujet avec CDEF et MSV (travaux "transversaux" du #H4A), qui disposent de ce type d'outils et d'évaluations lors des missions de coopérations médicales. Ils mesurent la qualité de la maintenance biomédicale préventive et corrective. Ceci inclura aussi la mesure de l'hygiène/PCI (grilles multicritères de l'OMS simplifiées: travaux effectués sur le sujet en RDC)
Baseline :	0
Target Year 3 - 31/12/2024 :	+5%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	+5%

Formulation of outcome or result :	Résultat 2 - Offre: La performance des services du KFH, et éventuellement de certains autres services des hôpitaux BARAME, est renforcée dans la prise en charge des enfants porteurs de symptômes associés aux cardiopathies (détresses respiratoires) ou aux cardiopathies elles-mêmes, dans le sens de la disponibilité, de la qualité, de la continuité et de l'acceptabilité des soins.
Indicator title :	IR2.3: nombre de personnes/jour (H-F-NB) ayant participé aux sessions d'apprentissages organisées par le programme
Indicator description :	Indicateur quantitatif utilisé dans tous les programmes permettant d'évaluer les "obligations de moyens" et la santé des activités sur le sujet.
Baseline :	0
Target Year 3 - 31/12/2024 :	350 - 175F, 175H
Target Year 5 - 31/12/2026 :	500 - 250F, 250H

Formulation of outcome or result :	Résultat 3 - demande: Les enfants souffrant d'une cardiopathie ou de symptômes associés à une cardiopathie (dont détresses respiratoires) disposent d'un meilleur accès (financier, géographique, culturel, institutionnel) à des soins de santé adéquats, particulièrement les plus démunis, les plus marginalisés et/ou les plus isolés d'entre eux
Indicator title :	IR3.2: Proportion des enfants identifiés dans les structures sanitaires périphériques BARAME référencés de manière adéquate
Indicator description :	Cet indicateur vise à établir la fonctionnalité des référencement/contre-référencement concordant avec les PMA/PCA des structures sanitaires (cfr IO avec les études associées), en lien avec avec le volume des activités visant à les stimuler par le biais des coopérations inter-hospitalières et des missions itinérantes de prévention/détection. Il s'agit du nombre d'enfants accueillis au KFH divisé par le nombre d'enfants provenant des structures BARAME.
Baseline :	0
Target Year 3 - 31/12/2024 :	+2%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	+2%

Formulation of outcome or result :	Résultat 3 - demande: Les enfants souffrant d'une cardiopathie ou de symptômes associés à une cardiopathie (dont détresses respiratoires) plus marginalisés et/ou les plus isolés d'entre eux
Indicator title :	IR3.3: Proportion des enfants pris en charge au KFH en situation d'accessibilité fragile
Indicator description :	La grille des monitorings du KFH sont en cours d'adaptation pour cet indicateur (étude en cours menée par HF). Elles devront prendre en compte les données géographiques (hors-Kigali), financières (données du service social et du service financier) et socio-culturelle des enfants (qualitatif lors des entretiens). La proportion sera établie en divisant le nombre d'enfant en situation d'accès fragile par le nombre d'enfants total pris en charge par le KFH pour les pathologies visées
Baseline :	0
Target Year 3 - 31/12/2024 :	+5%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	+5%

Formulation of outcome or result :	Résultat 4 - gestion des connaissances: des groupes et réseaux de pairs sur les chirurgies pédiatriques, les pathologies infantiles visées ou du secteur hospitalier en général sont constitués, et des référentiels exploitables à des fins de partages de bonnes pratiques en général, et d'éclairages/plaidoyers vis à vis des décideurs sanitaires nationaux et internationaux sont produits et diffusés.
Indicator title :	IR4.1: nombre de groupes et réseaux de pairs constitués et fonctionnels
Indicator description :	Il peut s'agir ici de plateformes formelles ou informelles, visant principalement à établir des cartographies claires par bassin de compétences, facilitant les référencement et contre-référencement des patients sur les pathologies visées par le programme. Les partages concerneront également les capitalisations de bonnes pratiques et les études. En priorité: la prise en charge des cardiopathies infantiles, dont la prévalence est plus élevée au Rwanda que dans les pays voisins (environnement?)
Baseline :	0
Target Year 3 - 31/12/2024 :	1
Target Year 5 - 31/12/2026 :	1

Formulation of outcome or result :	Résultat 4 - gestion des connaissances: des groupes et réseaux de pairs sur les chirurgies pédiatriques, les pathologies infantiles visées ou du secteur hospitalier en général sont constitués, et des référentiels exploitables à des fins de partages de bonnes pratiques en général, et d'éclairages/plaidoyers vis à vis des décideurs sanitaires nationaux et internationaux sont produits et diffusés.
Indicator title :	IR4.2: nombre de référentiels produits et diffusés, notamment sur les calculs de coûts des chirurgies pédiatriques
Indicator description :	Le terme "référentiel" est assez large et couvre la production de: capitalisation de bonnes pratiques partagées en réseau (les pairs, les espaces de concertation multi-acteurs tels que les CSC mais aussi ceux animant les débats sur la CSU), modules de formation, outils, études spécifiques. Ils seront à la fois sectoriels et inter-sectoriels ("one health"), et seront diffusés au sein d'espaces de gestion des connaissances ou vers les autorités centrales.
Baseline :	0
Target Year 3 - 31/12/2024 :	2
Target Year 5 - 31/12/2026 :	2

Comments on description of the outcome, results and strategy

Submitted by DGEO-DelphineDLV on Wed, 10/06/2021 - 14:33

Liste abrégations

bonjour,

Pourriez-vous svp d'urgence fournir une liste complète d'abrégations permettant de pouvoir comprendre ce qui est donné à lire, notamment dans l'annexe TOC mais aussi dans l'ensemble de la proposition. Merci

Submitted by CDEB-KVHB on Thu, 10/07/2021 - 16:58 in reply to liste abrégations by dgeo-delphinedlv

Liste des abrégations

Bonjour Madame,

Nous aurions du en attacher une en annexe c'est évident, nos excuses pour cela.

J'y travaille demain (la notification sur la question est dans mes spams, je la découvre à l'instant). Nous ne pouvons plus annexer de documents supplémentaires sur le portail: est-ce que la liste copiée dans cet espace vous convient? Sinon je vous l'envoie par mail.

Bien cordialement,

Marianne Le Marchand

Submitted by DGEO-DelphineDLV on Fri, 10/08/2021 - 08:52 in reply to liste des abrégations by cdeb-kvhb

liste abrégations

Le plus facile pour vous Madame,

cordialement

Submitted by CDEB-KVHB on Wed, 10/13/2021 - 14:16 in reply to liste des abréviations by cdeb-kvhb

Liste des abréviations

Bonjour Madame,

Simplement pour mémoire, un mail a été envoyé le 12.10.2021, comprenant la liste des acronymes/abréviations, une version word reprenant les contenus introduits dans le portail (avec acronymes/abréviations surlignés), et une fiche résumée de deux pages permettant d'avoir une seule vision globale et synthétique du programme pour en faciliter la compréhension.

Bien cordialement,

Marianne Le Marchand

Submitted by DGEO-DelphineDLV on Thu, 10/07/2021 - 16:15

Demande d'éclaircissement sur plusieurs sujets

bonjour,

afin de faciliter le traitement des demandes d'informations complémentaires, les voici regroupées ci-dessous.

Concernant les organisations :

Quelles sont les complémentarités visées avec les Chaîne de l'Espoir France, UK; Team Heart et expliquer comment l'outcome envisagé s'intègre parmi leurs activités.

Quelles sont les OSC représentatives des usagers-ères dans les animations du Fonds de Solidarité ? qui finance leurs activités ? Qu'est-ce que le Fonds de Solidarité et quel est le lien avec les activités et résultats visés par l'outcome ?

Concernant l'étude sur les circuits de référencement des enfants :

- en quoi consiste cette étude exactement et quel est son objectif ?
- concerne-t-elle tous les enfants malades ou uniquement ceux atteints de troubles cardiaques ?
- quelle organisation va la mener et à quel moment du cycle de 5 ans ?
- quel est l'état de connaissance actuel sur ce sujet ?

Concernant les enfants vulnérables: Comment se concrétise la prise en compte des enfants vulnérables dans l'outcome et dans le budget de celui-ci ?

Concernant les frais de fonctionnement prévus en Belgique, que recouvrent-ils?

cordialement

Submitted by CDEB-KVHB on Thu, 10/14/2021 - 15:41 in reply to demande d'éclaircissement sur plusieurs sujets by dgeo-delphinedlv

Réponses aux questions d'éclaircissements sur plusieurs sujets

Concernant les organisations :

Quelles sont les complémentarités visées avec les Chaîne de l'Espoir France, UK; Team Heart et expliquer comment l'outcome envisagé s'intègre parmi leurs activités.

Les visions/missions/stratégies et objectifs des trois organisations citées sont assez similaires : les Chaîne de l'Espoir Belgique, France et UK interagissent du reste ensemble depuis de nombreuses années, notamment par le biais d'une plateforme européenne, et partagent un objectif général d'amélioration de l'accès et de la qualité des chirurgies et/ou soins de santé pédiatriques pour les enfants qui en sont exclus (pays / contexte / déterminants sociaux de la santé). Team Heart circonscrit son objectif d'accès et de qualité aux chirurgies/soins cardiaques, et élargit les bénéficiaires aux adultes.

Concrètement, au Rwanda :

- CDE-UK a signé un MoU avec le gouvernement rwandais pour la construction d'un nouvel hôpital/pôle de compétences cardiaques pédiatriques sur un terrain à Masaka (Kigali), dont l'achèvement est planifié à la fin de ce cycle programme (2025-2026) en complémentarité avec les activités médicales et chirurgicales du King Faisal Hospital (centre de référence national actuel pour les chirurgies pédiatriques, bénéficiaire principal du programme CDEB);
- La CDE France, de concert avec la coopération française, est en phase d'identification d'un programme qui démarrerait en 2022-2023 dont les principales actions seront orientées sur un renforcement de capacités du King Faisal Hospital au niveau des infrastructures, de l'équipement et de la formation du personnel soignant, en complémentarité avec les actions de la CDE Belgique (programme de formation continue avec CDEB & Team Heart) - sur les chirurgies cardiaques comme sur d'autres chirurgies pédiatriques ou soins d'urgence/intensifs. Ces éléments ont été présentés à l'Ambabel lors de la mission d'identification de la CDE France du début de ce mois d'octobre;
- Team Heart propose également des actions de renforcement de capacités du King Faisal Hospital sur les chirurgies cardiaques. Les plannings de coopérations médicales & missions internationales sont partagés et complémentaires avec ceux de la CDEB depuis 2008 ;
- La CDEB : voir programme - point d'attention particulier sur les aspects liés à la demande et l'offre de formation pour les staffs pédiatriques de tout le pays, notamment via les complémentarités avec ENABEL sur lesquelles la Chaîne de l'Espoir France se positionne également positivement (participations au fonds de solidarité et aux travaux partagés avec le RSSB pour la demande ; coopérations médicales pédiatriques larges dans le pays pour l'offre)

Quelles sont les OSC représentatives des usagers-ères dans les animations du Fonds de Solidarité ? qui finance leurs activités ? Qu'est-ce que le Fonds de Solidarité et quel est le lien avec les activités et résultats visés par l'outcome ?

Il faut rappeler ici qu'il s'agit d'un premier programme DGD pour la CDEB au Rwanda, qui auparavant concentrait l'essentiel de ses actions sur l'amélioration de l'offre de soins via quelques actions ciblées sur fonds propres (coopérations médicales principalement).

Le fonds de solidarité est un dispositif s'inscrivant en complémentarité avec les mécanismes de solidarité ou institutions de sécurité sociale des pays partenaires, dont les avancées en termes d'Assurance Maladie Universelle (AMU) ou Couverture de Soins de santé Universelle (CSU) sont variables d'un contexte à l'autre. Il a été initié au Rwanda depuis une petite année, avec la collaboration du Rotary Club Kigali Doyen.

Ce dispositif a été mis en place au Sénégal et en RDC (programme DGD actuel) : dans ces deux pays, il est géré par le partenaire (cadres, employés, administrateurs de l'institution partenaire, en lien avec les services de direction et médicaux de l'hôpital), et est alimenté essentiellement par des ressources locales, notamment par des entreprises de la place disposant d'une politique de responsabilité sociétale. Il vise à prendre en charge tout ou une partie de la facture du patient émise par l'hôpital : du ticket modérateur, dans ce cas-ci pour le Rwanda, à parfois l'intégralité de la facture lorsqu'il n'y a pas de mécanisme assurantiel dans le pays et/ou que les familles sont très démunies. Le dossier est transmis par le service social de l'hôpital et est analysé par un comité ad-hoc.

Au Rwanda où l'affiliation de la population aux mutuelles de santé est obligatoire pour tous, le fonds de solidarité intervient à ce stade dans la prise en charge du ticket modérateur, lorsque la famille du patient n'est pas en mesure de le financer.

L'élargissement de ce comité d'analyse des dossiers aux représentants des usagers-ères (OSC ou groupes organisés autour de maladies, patients) et au régulateur en plus des acteurs de l'offre et du partenaire permet 1. d'élargir la réflexion (triple regard) sur la prise en charge des coûts de la santé en étudiant des cas/trajets d'enfants concrets et 2. d'élargir le champ d'intervention du fonds de solidarité à d'autres étapes de prise en charge dans le trajet complet du patient.

Les OSC représentatives des usagers-ères qui seront contactées dans le cadre du démarrage du programme seront en priorité 1. celles avec qui ENABEL travaille déjà (dans le cadre des résultats 2 & 3 du programme BARAME; 2. celles avec qui les ACNG santé du CSC travaillent, tels qu'Action Damien (qui cible ses actions également sur les enfants atteints de symptômes de détresses respiratoires, comme CDEB) et Handicap International (patientèle pédiatrique également). Enfin, il y a également les mutuelles répertoriées par le RSSB, avec qui la CDEB a déjà des contacts formels, notamment sur les questions d'étude des coûts.

Concernant l'étude sur les circuits de référencement des enfants :

En quoi consiste cette étude exactement et quel est son objectif ?

Concerner-t-elle tous les enfants malades ou uniquement ceux atteints de troubles cardiaques ?

L'objectif de l'étude est en réalité double :

- i. Elle vise à apporter un caractère scientifique -exploitable notamment à des fins de sensibilisation et de plaidoyer- aux observations relayées depuis de nombreuses années par des spécialistes et professionnels de la santé quant à la prévalence, l'étiologie et l'efficacité des traitements (du préventif au curatif spécialisé) des cardiopathies infantiles ou des maladies présentant des symptômes semblables (détresses et/ou infections respiratoires aiguës) :
 - o La prévalence de certaines formes de cardiopathies : qui est plus élevée au Rwanda (jusqu'à 4% des enfants selon plusieurs estimations, au lieu des 1% de la prévalence moyenne mondiale) que dans la plupart des autres pays, combiné à une prévalence également élevée de détresses/infections respiratoires. La démonstration scientifique et objective de la problématique permettrait de mobiliser plus de ressources affectées à la santé publique ;
 - o L'étiologie : les hypothèses -entre autres environnementales- avancées sur les causes de cette prévalence élevée doivent également être vérifiées par le biais d'examen complémentaires dans le cadre des études prospectives, et visent à mettre en place des politiques préventives incluant d'autres secteurs (environnement, sécurité alimentaire,... « one health » / collaborations envisagées, en plus des acteurs académiques, avec d'autres ACNG tels que Action Damien ou Handicap International) ;
 - o Les traitements et leur efficacité : dont bien sûr les traitements préventifs pour les nombreuses cardiopathies provoquées par des complications infectieuses spécifiques (rhumatisme articulaire aigu, angine à streptocoque,...), évitant par là les chirurgies ou soins intensifs complexes et coûteux et une médication à long terme ou encore les prises en charge avec les gestes de réanimation/soins intensifs adaptés pour les détresses respiratoires.
- ii. Elle vise également à analyser l'efficacité des circuits de référencement des enfants présentant les symptômes associés aux cardiopathies, dont notoirement les détresses et infections respiratoires, très présentes dans les services prenant en charge les urgences pédiatriques.

Quelle organisation va la mener et à quel moment du cycle de 5 ans?

La faculté de médecine de l'université de Kigali, avec un comité scientifique dédié intégrant des référents et spécialistes nationaux et internationaux : l'étude rétrospective a démarré depuis début 2021, et la partie prospective démarrera dès que des compléments de financement le permettront. En principe au 1^{er} janvier 2022.

Quel est l'état de connaissance actuel sur ce sujet ?

Cfr point 2.1, et le document intermédiaire de l'étude rétrospective en cours actuellement, qui concerne donc les enfants déjà opérés, et qui est donc strictement circonscrite aux cardiopathies. L'étude prospective (enfants avec symptômes identifiés avant les diagnostics et traitements) élargira le panel aux patients atteints d'autres pathologies provoquant les mêmes symptômes.

Concernant les enfants vulnérables:

Comment se concrétise la prise en compte des enfants vulnérables dans l'outcome et dans le budget de celui-ci ?

CFR Annexe « #H4A - Rwanda Budget volet CDEB » : 15% du budget est consacré aux aspects liés à la demande et aux accessibilités, autour du résultat 3 formulé comme suit : «Les enfants souffrant d'une cardiopathie ou de symptômes associés à une cardiopathie (dont détresses respiratoires) disposent d'un meilleur accès (financier, géographique, culturel, institutionnel) à des soins de santé adéquats, particulièrement les plus démunis, les plus marginalisés et/ou les plus isolés d'entre eux ».

En sus des informations fournies dans la partie « description de l'outcome, des résultats et de la stratégie » du document programme, les rubriques de la ligne budgétaire « axe 4 / accessibilités » (38.192.50€) font référence aux activités concrètes suivantes :

- o 8.192,50€ « mise de base du Fonds de Solidarité » : effet d'entraînement, démonstration de la fonctionnalité et des circuits fiables mis en place pour les donateurs
- o 5.000€ animation FS et récoltes de fonds RSE : organisation des sessions de réflexions, de production d'outils/com et des démarches auprès de plusieurs acteurs et donateurs
- o 25.000€ stratégies collaboratives TPI & référencements avec Enabel : médecine itinérante visant à transmettre des savoirs aux staffs pédiatriques des hôpitaux de district en y incluant d'autres acteurs santé première ligne, sensibilisation des populations ; frais liés aux partages des apprentissages ; participations à la création de modules de sensibilisation communautaires complémentaires à ceux du BARAMÉ (mais même cibles : mamans, adolescents, enfants)

Concernant les frais de fonctionnement prévus en Belgique

Que recouvrent-ils?

Rappel des informations figurant dans la matrice budgétaire totale : frais de gestion = 833.175€ (10% des coûts directs + 1% évaluation et audit + 1,1% coûts de coordination)

La part la plus importante des coûts de gestion est affectée aux salaires du staff « projets et programmes » du siège (678.175€) à Bruxelles, et les coûts de fonctionnement dont le montant total s'élève à 75.000€ couvrent principalement les missions de gestion des responsables projets & programmes du siège dans les pays/outcomes du programme #H4A (Bénin, RDC, Rwanda, Sénégal : au moins une mission par pays/an).

Le reste des dépenses de fonctionnement concerne : les frais liés aux virements bancaires internationaux, les consommables et/ou fournitures de bureau liés à la gestion des outcomes, les éventuels frais de transports pour les réunions de coordination avec d'autres ACNG de synergie,...

Activities, targets groups and beneficiaries

Classification of activities

En lien avec la TOC, les axes stratégiques de la CDEB et le budget (voir les deux annexes à ce sujet):

AS1- organisation d'activités de coopérations médicales inter-hospitalières nationales et internationales avec prestations de soins partagées, dans le sens des "cascades de compétences" et des ressources disponibles dans le pays, les régions, les districts pour les pathologies visées: transferts de savoirs et facilitations d'accès;

AS2 - apprentissages médico-techniques multi-disciplinaires de qualification (in et ex-situ), collaborations académiques (études) et soutien aux enseignements supérieurs (séminaires, compléments de cours lors de la présence d'experts internationaux);

AS3 - amélioration de la sécurité technique (maintenance préventive et corrective des infrastructure et équipements) et sanitaire (hygiène, prévention et contrôle des infections);

AS4 - amélioration des accès financier, socio-culturel, géographique et institutionnel: alimentation, gestion et animation "triple regard" du fonds de solidarité par le partenaire HF; stratégies collaboratives en santé communautaire (inclusion des plus fragiles, perception du handicap et de la différence)

AS5 - renforcement des gouvernances clinique, de gestion, de décision: appuis in situ pour la production des plans stratégiques par service et inter-services, sur la structuration de projets qualité, la coordination des services de soins et de gestion; stimulation des canaux de remontées d'information vers le MOH et le RSSB, notamment sur les calculs de coûts des chirurgies pédiatriques (lien avec la RAMA);

AS6 - sensibilisation et plaidoyers pédiatriques (prise en charge financière améliorée des chirurgies et soins spécialisés pour les détresses respiratoires)

AS7 - gestion des connaissances: stimulation des réseaux de pairs, production de référentiels utiles et diffusables

Target group(s)

Groupes-cibles

Gouvernance: les équipes de gestion et de direction du partenaire (Rwanda Heart Foundation) et de l'hôpital bénéficiaire principal (King Faisal Hospital)

Offre: les prestataires de soins du KFH et des hôpitaux de district appuyés par Enabel

Demande: les OSC représentant les patients-enfants -et/ou de leur entourage adulte- ; les prestataires sociaux

Gestion des connaissances: l'Université de Kigali

Beneficiaries

Les enfants atteints de cardiopathies ou de symptômes associés aux cardiopathies telles que les détresses respiratoires.

Le nombre d'enfants concernés est calculé comme suit: les populations pédiatriques des districts pris en compte dans les activités du programme + Kigali (3Mhabitants*45% = 1.350.000 enfants de moins de 16 ans) multipliés par la prévalence des cardiopathies congénitales, acquises et du taux d'infections respiratoires infantiles sévères dans les PED (OMS) = 40.000 enfants/an.

Title of the reference annex :	#H4A Rwanda - TOC
Title of the reference annex :	#H4A - Rwanda Analyse des risques

Comments on activities, targets groups and beneficiaries

Submitted by DGEO-DelphineDLV on Thu, 11/18/2021 - 12:07

espaces collectifs de gestion des connaissances

bonjour,

je souhaiterais encore un peu de clarifications sur ces éléments issus du narratif de la TOC page 9:

Acteurs principaux : les « espaces collectifs de gestion des connaissances » (EGC), incluant à la fois les acteurs des trois précédentes voies (selon les sujets et les thématiques), mais aussi les PTF (dont ACNG belges du CSC Rwanda), les enseignants et les chercheurs du secteur académique réunis en comités scientifiques autour notamment des études, les partenaires, et des OSC du « système santé » (élargissement du « secteur santé »).

Cette voie de changement a très largement été déterminée par les « lessons learned » du précédent programme, mais aussi d'autres ACNG belges actives au Rwanda et dans les autres pays de concentration de la coopération belge. Elle est traduite et concrétisée par ailleurs autour des apprentissages collectifs dynamiques du CSC Rwanda, ou sous forme d'output commun entre ACNG, et ce dans plusieurs secteurs.

pourriez-vous svp clarifier à quelles leçons apprises vous faites référence?

pourriez-vous préciser à quelles ACNGs belges vous faites référence?

Pourriez-vous aussi clarifier à quels apprentissages dynamiques du CSC Rwanda vous faites référence ainsi qu'à quel output commun entre ACNGs et quels sont ces différents secteurs?

qui exactement est responsable de la mise en oeuvre et l'aboutissement de ces éléments?

cordialement

Submitted by CDEB-KVHB on Thu, 11/18/2021 - 12:19 in reply to espaces collectifs de gestion des connaissances by dgeo-delphinedlv

Espaces collectifs de gestion des connaissances

Bonjour Madame,

Je suis actuellement en déplacement au Bénin, ce jour à Tanguéta (avec heureusement une assez bonne connexion). Je n'ai bien sûr aucun problème à répondre à la question, mais je dois pouvoir dégager deux heures pour répondre à la fois de manière claire, complète et concrète. Afin que je puisse programmer le meilleur moment pendant mon séjour ici, auriez-vous la gentillesse de me dire quel est l'échéance idéale et/ou à ne pas dépasser pour votre compréhension d'analyse de la TOC, et donc votre appréciation finale?

Je vous remercie,

Marianne Le Marchand

Submitted by DGEO-DelphineDLV on Thu, 11/18/2021 - 15:18 in reply to espaces collectifs de gestion des connaissances by cdeb-kvhb

24 novembre à midi

24 novembre à midi

Submitted by CDEB-KVHB on Wed, 11/24/2021 - 14:29

EGC/ TOC

Clarifications concernant les Espaces collectifs de Gestion des Connaissances évoqués à la P9 de la TOC :

Acteurs principaux : les « espaces collectifs de gestion des connaissances » (EGC), incluant à la fois les acteurs des trois précédentes voies (selon les sujets et les thématiques), mais aussi les PTF (dont ACNG belges du CSC Rwanda), les enseignants et les chercheurs du secteur académique réunis en comités scientifiques autour notamment des études, les partenaires, et des OSC du « système santé » (élargissement du « secteur santé »).

Cette voie de changement a très largement été déterminée par les « lessons learned » du précédent programme, mais aussi d'autres ACNG belges actives au Rwanda et dans les autres pays de concentration de la coopération belge. Elle est traduite et concrétisée par ailleurs autour des apprentissages collectifs dynamiques du CSC Rwanda, ou sous forme d'output commun entre ACNG, et ce dans plusieurs secteurs.

1. À quelles leçons apprises est-il fait référence ? À quels ACNG belges est-il fait référence ?

CFR partie « efficacité » du programme, et la partie « leçons apprises » :

[Partie efficacité en lien avec les EGC](#) :

La CDEB et ses partenaires ont, de manière générale, dès le départ envisagé la construction d'une TOC institutionnelle partagée **prenant en compte deux écueils de "lessons learned" fréquentes, quel que soit le pays partenaire: le premier (...)**

le deuxième basé sur les résultats mitigés également de certains programmes sur la "persistance des effets positifs" liés à l'offre, qui étaient très aléatoires. Les conclusions des travaux avec les partenaires ont révélé (...) une insuffisance très nette de moyens sur les appuis à la gouvernance clinique ou à la gouvernance tout court, permettant un suivi externe plus continu stimulant une coordination et un monitoring plus "connectés" aux dynamiques de changements et... aux contextes changeants, permettant d'adapter certains dispositifs.

- o Ces considérations ont très fortement influencé la structuration de la TOC et "l'élargissement du regard" vers d'autres acteurs et facteurs, trop peu pris en considération par le passé, très axé sur l'offre de soins, et disposant par ailleurs d'un budget opérationnel trop réduit pour assurer un appui plus continu et plus large (appuis très ciblés dans le temps et sur un seul acteur-hôpital) (...) le manque de capacités en termes de capitalisation des bonnes pratiques a provoqué une certaine inertie dans les progrès réalisés au sein des hôpitaux appuyés (recommandations sans fin de certaines recommandations, formations,...) et a **limité les échanges avec d'autres acteurs du système santé, dont les interactions sont pourtant cruciales pour amplifier certains effets positifs vers des impacts plus durables. Tout le programme a donc cette fois été pensé comme une "recherche-action", en affectant de moyens permettant de réaliser des études rigoureuses (cruciales pour le système de monitoring et l'évaluation de la fonctionnalité des référencements), de capitaliser les bonnes pratiques pour les faire évoluer vers des référentiels partageables et utiles en termes d'éclairages, et de motiver les plaidoyers sur base de données démontrées "evidence based" (...)** les résultats ont tous été construits comme étant intrinsèquement liés à l'outcome, qui peut être "désagrégée" autour de ces axes (...) enfin, **l'axe de la gestion des connaissances, qui permet à minima d'évaluer régulièrement et rigoureusement les progrès attendus des actions au travers d'une étude qui sera menée par les prestataires de soins et les médecins-étudiants en spécialisation (DES) sur la pathologie visée par le programme, à tous les niveaux du circuit de référencement de la pyramide sanitaire**

Partie « leçons apprises » en lien avec les EGC propose une suite pratique et résumée de ce qui est évoqué plus haut, en indiquant le principe du lancement d'une recherche-action basée largement sur les référencements et contre-référencements pédiatriques, partagée avec/impliquant d'autres acteurs prestataires de soins : l'EGC visé ici est principalement la plateforme hospitalière soutenue par Enabel. Cette dernière constitue également un espace idéal pour les échanges d'apprentissages, notamment ceux concernant la prise en charge des détresses respiratoires chez l'enfant.

La prévalence et la sévérité observée élevée des infections respiratoires au Rwanda nécessiterait également, dans les volets suivants de l'étude entamée (cfr réponses concernant les études, également intégrées dans le volet « gestion des connaissances »), une approche inter-sectorielle avec des ACNG actifs dans la sécurité alimentaire (VSF, CRB) ou les thématiques environnementales. Ceci afin de déterminer les causes de ces symptômes observés et le cas échéant définir des pistes de politiques préventives, partageable avec les autorités gouvernementales.

La pollution de l'air a déjà été évoquée comme hypothèse lors d'échanges informels avec Action Damien (qui quitte le Rwanda) : d'autres synergies sur ce sujet -étude partagée- seront recherchées sur le sujet lors des échanges au sein du CSC. Il faut noter ici que c'est surtout l'ARES qui est démarqué sur ce type de travaux.

2. À quels apprentissages dynamiques du CSC Rwanda est-il fait référence et à quel output commun entre ACNG est-il fait référence entre ACNG, et quels sont ces différents secteurs ? Qui exactement est responsable de la mise en oeuvre et de l'aboutissement de ces éléments ?

CFR partie « leçons apprises » : **Suite aux échanges du dialogue stratégiques pour le Rwanda et les trajets d'apprentissage collectifs identifiés, le plaidoyer auprès des autorités publiques par les OSC locales a besoin d'être renforcé en termes de compétences et de moyens alloués. De manière générale et à l'échelle locale, belge et internationale, la CDEB participera à l'échange d'informations, de connaissances et d'expertises et continuera à chercher des complémentarités ou des synergies auprès de ses homologues. Cela sera bénéfique pour la CDEB en vue du partage de bonnes pratiques en termes de collecte de données, planification, monitoring et évaluation. La CDEB sera attentive au niveau du partage d'expériences dans le sous-domaine de la construction, réhabilitation et mise en accessibilité d'infrastructures et à collaborer sur l'amélioration des compétences du personnel en matière de soins spécialisés et de soins de base, en particulier les maladies transmissibles et non transmissibles et leur prévention** (ceci est extrait de ce qui est présenté sur le sujet dans le document du CSC pp. 97 à 117). Les différents secteurs sont donc : la santé, l'agriculture, l'environnement (« **one health** »)

L'initiative d'un output commun « gestion des connaissances », inspirée d'une initiative du CSC Sénégal (Nyo Far), a été relayée et encouragée par les ACNG Chaîne de l'Espoir Belgique, Memisa, Trias et ULB Coopération auprès des coordinations des CSC Afrique Centrale animées par 11.11.11 (et prochainement par le CNCD). Les mails et documents de références (co-rédigés par les coordinations et les 4 ACNG mentionnées, avec un suivi de janvier à juin 2021 lors des processus de construction des programmes) seront envoyés sur demande ; les coordinations sont

Description of the Relevance

L'outcome s'inscrit dans les priorités et les axes d'interventions du plan national de transformation du Rwanda qui vise l'économie, le social et la gouvernance avec la santé comme une question transversale. Le Rwanda suit le constat de l'OMS selon lequel les maladies non transmissibles y sont reconnues comme les principales causes de décès dans le monde et contribuent à la pauvreté. Les maladies cardiovasculaires (MCV), les cancers, le diabète et les maladies respiratoires chroniques sont particulièrement visées. Le Rwanda met la priorité sur :

- i) la prévention par la promotion du sport de masse pour tous, le dépistage précoce, le changement de comportement face aux facteurs de risque et une alimentation saine: l'aspect des dépistages précoces des cardiopathies est à ce sujet partiellement pris en charge par le Rwanda Biomedical Centre dans par le biais de son "NCD" (Non Communicable Disease) Clinics Program, auquel participent les cardiopédiatres du Heart Foundation. À leur demande, il doit être amplifié et complété sur les aspects pédiatriques.
- ii) étendre les options de traitement spécialisé, y compris le renforcement des capacités à différents niveaux des soins de santé et du personnel médical: l'outcome répond à cet axe en agissant sur un **renforcement de capacités "horizontal" des services de chirurgie et d'anesthésie-réanimation** du KFH, en mettant les moyens sur les **cascades de compétences et de déconcentration de soins**, notamment sur les **gestes de réanimation pédiatriques** permettant d'améliorer la prise en charge des enfants en **détresse respiratoire**. **La stratégie de collaboration avec ENABEL s'inscrit dans cette droite ligne, en sus des améliorations du circuit de référencement** des enfants présentant des symptômes associés aux cardiopathies. La population pédiatrique concernée au niveau national par ces pathologies s'élève à plus de 150.000 enfants/an, et impacte lourdement la morbi-mortalité infantile.
- iii) travailler avec les régimes d'assurance maladie pour étendre la couverture des MNT dans les packages proposés pour résoudre le problème de coût abordable: il s'agit ici d'une des **pierres angulaires de la gouvernance**. En sus des mécanismes de solidarité et réflexions mises en place pour étendre le champ de couverture de la RAMA sur les soins spécialisés pédiatriques, la véritable question à résoudre est le **calcul de coûts maîtrisé** de ce type de soins. Certaines études partagées par la Chaîne de l'Espoir France sur ce sujet seront transmises au MOH et au RSSB, à leur demande: elles seront mises en perspective avec le développement des activités du KFH sur les chirurgies cardiaques.

En parallèle, le Rwanda a élaboré son plan stratégique 2018-2024 dans le secteur de la santé, le Rwanda veut assurer l'accessibilité géographique et financière aux services de santé et de santé maternelle et infantile ainsi que des services (préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion) de qualité. Ce plan prend forme à partir de quatre axes :

1. Pleine mise en œuvre des différents programmes (améliorer la demande, l'accès, la couverture et la qualité): à ce sujet, le MOH a intégré il y a quelques années un programme " Rwanda Comprehensive Cardiovascular Care" à la suite des plaidoyers appuyés de Heart Foundation sur la meilleure prise en charge des cardiopathies pédiatriques dans le pays (il est à noter que la prévalence au Rwanda est plus élevée que dans les pays voisins. L'hypothèse environnementale l'expliquant est envisagée). Le MOH co-finance les missions de coopérations internationales hospitalières des ONG Team Heart et CDEB dans cette logique (logement et subsistance des équipes), et a investi dans la formation longue de 2 chirurgiens cardiaques, dont un est de retour au KFH depuis 2 ans. Son autonomie de pratique pédiatrique, ainsi que l'équipe multidisciplinaire complète, est visée à 5-10 ans, via des formations continues qui seront également renforcées par les collaborations avec les Chaîne de l'Espoir France et UK;
2. Renforcement des différentes composantes du système de santé (renforcer les politiques, les ressources et la gestion): voir à ce sujet "durabilités technique et financière"
3. Renforcer tous les niveaux de prestation de services (organiser efficacement les services à tous les niveaux): actions de référencement et de déconcentration des soins du programme;
4. Assurer une gouvernance efficace du secteur (renforcer la décentralisation, le partenariat, la coordination, l'efficacité de l'aide et la gestion financière): plusieurs échanges ont déjà eu lieu sur ces sujets, ramenés sur les cardiopathies infantiles, avec les directeurs et ministre(s) de la santé lors des missions de coopérations médicales internationales précédentes. La direction du RSSB a également participé à ces échanges à deux reprises (2017 et 2019), sur la question du coût des soins.

L'outcome et ses stratégies d'intervention s'inscrivent de manière organique dans la TOC institutionnelle de la CDEB, qui a été co-construite par l'ACNG avec tous ses partenaires multi-pays. Elle a été produite en juin 2020 suite à des échanges et réflexions qui se sont étalés sur 2 ans de temps, et ont déterminé les "axes stratégiques" repris dans la typologie des activités et dans les budgets (comptabilité analytique adaptée aux axes). Elle figure en annexe sous l'intitulé "#H4A Rwanda - TOC".

L'intégration du genre dans l'outcome ne se traduit pas par des activités spécifiques, mais suit l'approche "gender mainstreaming" en intégrant des données sexo-spécifiques patients dans les statistiques de prestations de soins et des études, ainsi que dans les listes de participation des apprenants, et ce, depuis le programme précédent. Outre le système de veille qui est mis en place et qui, jusqu'ici, n'a pas révélé de déséquilibre particulier HF et CDEB ambitionnent de pouvoir améliorer la qualité et la rigueur de ce type de données (études) afin d'influencer les pratiques statistiques des hôpitaux (plus de systématisme) et la complétude des données SNIS sur le sujet. Il s'agit d'un chantier qui sera mené dans ce programme-ci.

Dans la même logique, l'intégration des données environnementales dans l'outcome ne donne pas lieu à des activités spécifiques, mais se traduit de manière plus transversale dans les recommandations de choix technologiques à effectuer, par exemple, pour des achats d'équipement. Enfin, une attention particulière est portée aux déplacements, circonscrivant strictement ceux-ci dans les "nécessaires", lorsqu'un appui à distance ne permet pas d'atteindre certains résultats (apprentissage de gestes, par exemple).

Cet aspect des apprentissages fait un lien avec les "méthodes pédagogiques" des apprentissages en général, qui privilégient aussi bien dans les aspects médico-techniques que ceux de gestion des "co-pratiques". À distance (benchlearning) ou en présentiel (bedlearning) pour le médico-technique, et par le biais des outils "MEET" (planifications et évaluations conjointes, espaces de rencontre stratégiques) pour la gestion.

Tout cet outcome s'inscrit dans la suite logique des actions antérieures, en prenant largement en compte les "lessons learned" influant la méthodologie des appuis et l'élargissement du champ des interventions à la demande, à la gouvernance et à la gestion des connaissances.

Les cibles stratégiques auxquelles l'outcome contribue: 4.2: plaidoyers pédiatriques HF; 4.3.1-2: études et recherche-action du programme; 4.5.1: renforcements de capacités hospitaliers; 4.5.2: maintenance préventive et corrective; appuis hygiène et PCI.

Les acteurs impliqués dans l'outcome ont déjà été largement cités: il reste à préciser que les acteurs liés à la demande pourront être identifiés en collaboration avec Enabel et l'unité "Maternal, Child and Community Health" avec laquelle HF/CDEB entendent collaborer.

Comments on description of the relevance

Submitted by DGEO-DelphineDLV on Thu, 11/18/2021 - 14:09

unité "Maternal, Child and Community Health

bonjour,

comment votre collaboration avec cette unité se concrétisera elle précisément? quelles sont les activités prévues avec cette unité exactement? qui les mettra en oeuvre? quel est le budget dédié à ces activités?

cordialement

Submitted by CDEB-KVHB on Thu, 11/18/2021 - 14:28

Unité Maternal, Child and Community Health

Bonjour Madame,

Bien reçu et bien noté. Même petite précaution que pour la précédente question: je suis en déplacement au Bénin, je ferai de mon mieux pour vous répondre dans les temps (une échéance souhaitée?)

Bien cordialement,

Marianne LM

Submitted by DGEO-DelphineDLV on Thu, 11/18/2021 - 15:08 in reply to unité maternal, child and community health by cdeb-kvhb

à votre meilleure convenance...

à votre meilleure convenance mais idéalement avant le 24 (midi) de ce mois

Submitted by CDEB-KVHB on Thu, 11/18/2021 - 15:15

Bien noté et...

Bien noté pour le 24 midi. Je serai de retour en Belgique le 26, mais tâcherai de répondre à tout à mon retour à Cotonou dimanche 21. Je sais que ce n'est pas trop dans les clous, mais si une explication orale complémentaire paraît appropriée, n'hésitez pas.

Submitted by CDEB-KVHB on Wed, 11/24/2021 - 10:04

Unité Maternal, Child and Community Health - réponse

Unité Maternal Child & Community Health du RBC :

1. Comment la collaboration se concrétisera-t-elle, et autour de quelles activités ? Qui les mettra en œuvre ?

CFR annexes : « #H4A - Rwanda Draft Convention de Collaboration entre CDEB et ENABEL_22_26 » : les actions concrètes exposées dans le document fixant la collaboration avec Enabel « transitent » via l'unité MCCH au sein de laquelle l'équipe d'Enabel travaille (travail commun, renforcements de capacités mutuels). Voici ce qui a été retenu :

« La combinaison des deux programmes agit sur le renforcement des capacités du personnel de santé et des structures sanitaires sur tout le trajet du patient, et sur l'accessibilité des soins (socio-culturelle, financière, géographique et institutionnelle) en matière de soins infantiles, (obstétricaux), néonataux, infantiles et pédiatriques. In fine, cette collaboration s'inscrivant dans l'unité « mère-enfants » du RBC vise à stimuler les circuits de référencement/contre-référencement et à renforcer les compétences des prestataires de soins à tous les niveaux de prise en charge des enfants.

La collaboration entre la CDEB et ENABEL porte sur :

- des partages d'apprentissages sur le site du King Faisal en invitant systématiquement les prestataires de soins concernés des hôpitaux soutenus par le programme Barame (hôpitaux des districts Rusizi, Nyamasheke, Karongi, Gisara, Gakenke, Rulindo, et aussi Nyarugenge - actuellement centre de référence Covid avec la prise en charge des **détresses respiratoires**, élément important de "nos" apprentissages);
- des partages d'apprentissages plus larges au sein d'« Espaces collectifs de Gestion des Connaissances » (dont des groupes de pairs: CDEB a exprimé l'intérêt à s'intégrer dans le projet de **réseau/plateforme d'hôpitaux soutenu par ENABEL**);
- des **missions itinérantes dans les hôpitaux menées par les cardiopédiatres rwandais** avec lesquels CDEB collabore, visant à améliorer la détection, le traitement précoce et le référencement des enfants. Ici, ces formations sont envisagées comme étant pratiques, en consultations conjointes, et proposent un renforcement de compétence pédiatrique plus large puisqu'il s'agit d'enfants présentant des symptômes de cardiopathies, dont souvent des détresses respiratoires (traitement de l'infection).
- des partages concernant des modules de formation communs en maintenance biomédicale préventive et corrective

Dès lors, la collaboration entre la CDEB et ENABEL a pour ambition d'optimiser leur impact auprès de leurs publics et de renforcer mutuellement leurs compétences et professionnalisme. (...)

Les parties développent des collaborations à divers niveaux, en fonction de leurs zones d'intervention et du degré de synergies. Dans tous les cas, chaque partie reste l'unique responsable pour l'atteinte des résultats, en fonction des budgets qui lui sont effectivement octroyés par le bailleur concerné-s. (...)

Il est convenu le partage des frais comme suit :

- La CDEB prend en charge les frais liés à la dispense des apprentissages et des consultations (cardio)pédiatriques dans les hôpitaux de district du programme BARAME
- ENABEL finance les frais de déplacement des participants aux formations issus des hôpitaux districts ainsi que les frais liés à l'organisation des consultations conjointes

2. Quel est le budget dédié à ces activités ?

CFR annexe « #H4A - Rwanda Budget volet CDEB »:

Récapitulatif par activités/acteurs principaux

(Tableau envoyé par mail (copié-collé ne fonctionne pas))

Explications du budget (2000 caractères - bug dans le portail répertorié à la DGD le 29.07.2021, sans solution trouvée)

Le budget a été établi par la CDEB et son partenaire, Heart Foundation (HF), en lien continu avec le King Faisal Hospital (KFH), hôpital bénéficiaire principal de l'outcome. Le renforcement de capacités de HF représente 15% des coûts, dont 45% ont été affectés à la prise en charge d'un temps partiel au profil médical, avec des compétences fortes sur le suivi de l'étude liée à l'évaluation de la fonctionnalité du circuit de référencement/contre-référencement des enfants présentant des symptômes de cardiopathies (dont les détresses respiratoires). L'effort principal porte sur le développement de l'offre de soins, par le biais du renforcement de capacités du KFH (43% des CO), hôpital public national de niveau tertiaire agissant comme pôle de compétences professionnelles pédiatriques et chirurgicales, complémentarément avec le CHU de Kigali, **mais aussi en tant qu' hôpital de formation pour les autres structures/prestataires de soins du pays (11% des coûts) : les apprentissages et partages d'apprentissages médico-techniques se réaliseront soit sur le site, soit via des activités de coopérations médicales nationales itinérantes dans les 7 districts couverts par le programme BARAME d'Enabel.**

Un accent important est également porté aux activités liées à la demande et aux accès aux soins, notamment via des stratégies collaboratives qui seront établies par HF, en incluant des OSC représentatives des usagers-ères dans les animations du Fonds de Solidarité afin d'enrichir un débat large sur le trajet santé du patient et sur les accès financiers en lien avec la RAMA et la SSFR (15% des CO).

Les investissements en équipement biomédical sont pris en charge par le Ministère de la Santé rwandais : ceux budgétés pour l'outcome (8%) sont consacrés principalement (72%) dans des équipements NTIC pour les apprentissages connectés et les retransmissions d'interventions dans l'espace de formation du KFH.

Répartition du budget sur les 5 années du programme : 25,4%, 18,5%, 19,5%, 18,2%, 18,5%.

Coûts opérationnels par axes stratégiques, indiquant les collaborations & synergies (ENABEL EN BLEU)

Les tableaux ne peuvent être copiés ici, ils sont envoyés par mail. Le montant total de ce qui est affecté aux activités décrites ci dessus et des collaborations plus indirectes pour la gestion des connaissances est de 97,5k€

Description de Coherence

L'outcome proposé par HF/CDEB est particulièrement spécifique par rapport aux autres acteurs ACNG belges présents au Rwanda, dans le sens où il est le seul à proposer des composantes visant à améliorer la qualité, continuité, disponibilité et acceptabilité de ce type de soins à ce niveau de la pyramide sanitaire, dans la région de Kigali, et sur cette population-cible.

Des complémentarités sectorielles fortes ont cependant été identifiées bien avant même l'analyse liée à la construction du programme, et en ont par ailleurs déterminé une grande partie de la pertinence et de l'efficacité: les Chaînes de l'Espoir France, UK; Team Heart et bien sûr Enabel. La complémentarité avec cette dernière s'exprimant par les "complémentarités de la pyramide sanitaire", puisque la CDEB intervient en haut de l'échelle du système de santé, tout en étant liée au niveau intermédiaire (hôpitaux de districts) et au niveau communautaire, permettant notamment de mener une étude sur les circuits de référencement des enfants ciblés par le programme.

De manière plus horizontale, l'implication de ces acteurs et d'ENABEL, ainsi que les ACNG du #H4A, sur les contenus des apprentissages, renforce la qualité et la capacité de l'offre autour de laquelle ils s'engagent, et apporte une richesse incontournable pour le pilier de la gestion des connaissances, lui-même lié aux travaux qui auront lieu au sein du CSC, notamment sur les thématiques "one health". L'hypothèse environnementale sur la prévalence élevée des cardiopathies ou des détresses respiratoires (dont la sévérité a été observée depuis de nombreuses

années par les volontaires de la CDEB également) mériterait certainement des échanges approfondis avec d'autres ACNG telles qu'Action Damien ou actives sur les thématiques environnementales.

L'outcome recèle également une cohérence interne forte en lien avec la TOC: l'outcome est dérivé du changement ultime et a été formulé en ligne avec le CDU, et les voies de changements sont transposables en outputs, qui sont le résultat des premiers changements induits par les stratégies opérationnelles. Cette "transposabilité" est également un facteur majeur de cohérence interne vu que les interventions sont basées sur les changements voulus par les parties prenantes.

Description of Effectiveness

Le caractère réaliste et réalisable de l'outcome et des résultats attendus, en lien avec la TOC

La CDEB et ses partenaires ont, de manière générale, dès le départ envisagé la construction d'une TOC institutionnelle partagée prenant en compte deux écueils de "lessons learned" fréquentes, quel que soit le pays partenaire:

- o le premier basé sur des résultats mitigés de précédents projets, dont l'explication, à la suite d'une évaluation externe en 2016, pointait la fixation d'un outcome dans les sphères très/trop élevées d'influence avec une multitude d'enchaînements probables ne supportant pas le moindre changement de contexte;
- o le deuxième basé sur les résultats mitigés également de certains programmes sur la "persistance des effets positifs" liés à l'offre, qui étaient très aléatoires. Les conclusions des travaux avec les partenaires ont révélé: 1. d'une part, une correspondance parfois trop peu démontrée entre la tenue des coopérations médicales internationales (transferts de savoirs assez pointus) et les besoins réels de l'hôpital appuyé (plateaux techniques à la qualité/continuité variable, sans solution d'amélioration) et 2. d'autre part une insuffisance très nette de moyens sur les appuis à la gouvernance clinique ou à la gouvernance tout court, permettant un suivi externe plus continu stimulant une coordination et un monitoring plus "connectés" aux dynamiques de changements et... aux contextes changeants, permettant d'adapter certains dispositifs.

Ces considérations ont très fortement influencé la structuration de la TOC et "l'élargissement du regard" vers d'autres acteurs et facteurs, trop peu pris en considération par le passé, très axé sur l'offre de soins, et disposant par ailleurs d'un budget opérationnel trop réduit pour assurer un appui plus continu et plus large (appuis très ciblés dans le temps et sur un seul acteur-hôpital).

En conséquence, les travaux pour l'amélioration de l'efficacité du programme concernant la durabilité de l'amélioration de l'offre ont porté sur:

- o l'intégration d'un volet "gouvernance clinique" important, proposant à la fois un dispositif de planification et réalisation de projets qualité au sein des services et inter-services, qui a été "importé" d'une pratique réalisée par la CDEB et ULBC en R.D.Congo ("projets qualité" hospitaliers), et qui permet de mieux intégrer les activités dans une réflexion stratégique portée par les acteurs eux-mêmes, et également un appui technique plus continu sur le site de l'hôpital permettant de former les acteurs à certaines pratiques managériales autour de la planification et de la réalisation de ces projets;
- o une meilleure prise en considération de la problématique majeure de la sécurité technique et sanitaire des services, affectant de manière écrasante leur fonctionnalité, et par voie de conséquence les prestations de soins elles-mêmes.

De même, la CDEB et ses partenaires ont observé l'extrême limite des effets positifs des appuis sur la demande, celle-ci étant quelque peu reléguée aux sphères de l'impact en comptant sur les circuits de référencement existants du système de soins de santé des pays. À nouveau, une politique stratégique collaborative permettant de les stimuler a été mise en place lors de ce programme-ci.

Enfin, le manque de capacités en termes de capitalisation des bonnes pratiques a provoqué une certaine inertie dans les progrès réalisés au sein des hôpitaux appuyés (recommencements sans fin de certaines recommandations, formations,...) et a limité les partages avec d'autres acteurs du système santé, dont les interactions sont pourtant cruciales pour amplifier certains effets positifs vers des impacts plus durables. Tout le programme a donc cette fois été pensé comme une "recherche-action", en affectant de moyens permettant de réaliser des études rigoureuses (cruciales pour le système de monitoring et l'évaluation de la fonctionnalité des référencements), de capitaliser les bonnes pratiques pour les faire évoluer vers des référentiels partageables et utiles en termes d'éclairages, et de motiver les plaidoyers sur base de données démontrées "evidence based".

En conséquence, il a été décidé de construire la TOC sur ces quatre voies de changement (gouvernance, offre, demande, gestion des connaissances) transposables en output, dont la combinaison est indispensable pour l'atteinte de l'outcome.

Le lien entre les résultats attendus et l'outcome

Dans la logique de ce qui vient d'être expliqué plus haut, les résultats ont tous été construits comme étant intrinsèquement liés à l'outcome, qui peut être "désagrégée" autour de ces axes:

- o les outils de gouvernance clinique permettront d'agir sur la défragmentation des services, la motivation des personnels (totalement impliqués dans les phases de planification, réalisation, évaluation de leurs propres projets), l'interrelation des besoins de chacun, l'amélioration d'un circuit patient harmonisé au sein des structures; et d'agir de manière plus globale sur leurs liens avec les hôpitaux périphériques, la qualité, la continuité et l'acceptabilité des soins;
- o la prise en considération plus large des besoins liés à l'offre, de manière **flexible: l'enveloppe "renforcements de capacités"**, incluant les possibilités de coopérations médicales internationales, **seront traduites en plan d'action opérationnels fixés par un comité qualité incluant les chefs de services et la direction** et pourront varier d'une année à l'autre selon les moyens à mobiliser / projets à réaliser pour atteindre les objectifs fixés dans une convention de partenariat qui devra être signée entre HF et KFH, découlant de l'outcome axé "enfants porteurs cardiopathies" en lien avec leurs besoins (évitant notamment la discontinuité dans les soins, et proposant des caps réalistes);
- o la stimulation des circuits de référencements, et les dispositifs de facilitations du trajet patient autour des accès multi-dimensionnels, qui doivent permettre aux enfants plus isolés, vulnérables ou marginalisés d'être inclus dans le circuit existant;
- o enfin, l'axe de la gestion des connaissances, qui permet a minima **d'évaluer régulièrement et rigoureusement les progrès** attendus des actions au travers d'une **étude qui sera menée par les prestataires de soins et les médecins-étudiants en spécialisation (DES)** sur la pathologie visée par le programme, **à tous les niveaux du circuit de référencement de la pyramide sanitaire**

Le monitoring, les baselines et l'utilisation des données dans le cadre des évaluations

Dans la suite logique de ce qui vient d'être exposé précédemment, la plupart des indicateurs proviendront de cette "grille multi-données" qui a commencé à être établie par un comité scientifique (référents prestataires de soins/enseignants belges et rwandais), et qui sera intégrée dans la matrice de monitoring HF/CDEB.

Les baselines quantitatives proposées dans le cadre logique proviennent des mesures du précédent "mini"-programme, financé par le Rotary International (nombre d'enfants pris en charge en mission, hors missions sur les pathologies spécifiques; nombre de participants aux sessions d'apprentissages; nombre de plaidoyers aboutis; nombre de référentiels produits) et sont faciles à récolter: elles donnent une bonne idée de la "santé" des activités proprement dites.

Les baselines qualitatives doivent quant à elles être encore retravaillées, et feront l'objet d'une évaluation externe au terme du programme actuel: les scores de performance des services appuyés sont déjà utilisés dans d'autres programmes financés par la DGD (cfr explication des indicateurs: échelle de 1 à 5 multi-critères) et expriment assez bien les progrès ou les régressions, sur base d'informations narratives provenant des équipes participant aux coopérations médicales internationales. Elles ont été appréciées au cours de l'évaluation du SES de la DGD pour l'accréditation sur la capacité à l'auto-évaluation, dont la CDEB dispose jusque fin 2021. Elles doivent encore être complétées et objectivées. Ces indicateurs ont donc été formulés sous forme "d'évolution de score", la valeur "0" représentant le score de base qui aura été déterminé à l'entame du programme.

Les scores liés à l'équité proviendront des enquêtes narratives entre les prestataires et les patients (stimulation de l'approche patient-partenaire et de la parole donnée aux enfants): une collaboration avec ULBC est prévue sur ce score spécifique dans le cadre de l'approche patient-partenaire (travaux de l'outcome commun en RDC).

La prise en compte des enfants marginalisés et le traitement de l'écueil "médecine à deux vitesses"

Cet aspect de l'efficacité est traité dans le cadre des actions du fonds de solidarité. L'écueil éventuel de ce dispositif est de créer une "médecine à deux vitesses": à savoir que les montants mobilisés, toujours en complémentarité avec les dispositifs existants au Rwanda (RAMA), ne seront que les montants... disponibles et récoltés (auprès des entreprises disposant de RSE, principalement). Et qu'une priorité de facto sera mise sur les enfants provenant des groupes-cibles identifiés par le programme, malheureusement au détriment des autres. Les réflexions partagées entre acteurs à ce stade sur cet écueil ont mené aux pistes suivantes:

- o la gestion du circuit des montants couvrant tout ou une partie des factures émises par l'hôpital se fait actuellement patient par patient, en lien avec les services sociaux et financiers du KFH. Le circuit une fois bien éprouvé, fonctionnel, audité il est envisagé de transférer les montants directement sur la rubrique/le compte dédié "indigents" de l'hôpital, sans faire de distinction entre les patients "HF" et "non-HF" - la faisabilité de cette évolution sera déterminée en cours de programme;
- o les réflexions "triple regard" autour de la gestion des dossiers du fonds de solidarité, incluant des acteurs de l'offre, la demande (y compris des plateformes de prestataires sociaux si

possible) et de la régulation (le RSSB, comme il en a exprimé l'intérêt sur les questions de l'évaluation des coûts) sont appelés à produire ou capitaliser des idées de dispositifs réalistes, incluant le secteur privé, qui pourraient amener à faire évoluer les pistes de solution...

Description of Efficiency

Explication générale du budget (bug portail empêchant la CDEB de l'introduire dans l'espace dédié - rapporté à la DGD le 29.07 sans solution trouvée)

Le budget a été établi par la CDEB et son partenaire, Heart Foundation (HF), en lien continu avec le King Faisal Hospital (KFH), hôpital bénéficiaire principal de l'outcome. Le renforcement de capacités de HF représente 15% des coûts, dont 45% ont été affectés à la prise en charge d'un temps partiel au profil médical, avec des compétences fortes sur le suivi de l'étude liée à l'évaluation de la fonctionnalité du circuit de référencement/contre-référencement des enfants présentant des symptômes de cardiopathies (dont les détresses respiratoires). L'effort principal porte sur le développement de l'offre de soins, par le biais du renforcement de capacités du KFH (43% des CO), hôpital public national de niveau tertiaire agissant comme pôle de compétences professionnelles pédiatriques et chirurgicales, complémentarément avec le CHU de Kigali, mais aussi en tant qu'hôpital de formation pour les autres structures/prestataires de soins du pays (11% des coûts) : les apprentissages et partages d'apprentissages médico-techniques se réaliseront soit sur le site, soit via des activités de coopérations médicales nationales itinérantes dans les 7 districts couverts par le programme BARAME d'Enabel.

Un accent important est également porté aux activités liées à la demande et aux accès aux soins, notamment via des stratégies collaboratives qui seront établies par HF, en incluant des OSC représentatives des usagers-ères dans les animations du Fonds de Solidarité afin d'enrichir un débat large sur le trajet santé du patient et sur les accès financiers en lien avec la RAMA et la SSFR (15% des CO).

Les investissements en équipement biomédical sont pris en charge par le Ministère de la Santé rwandais : ceux budgétés pour l'outcome (8%) sont consacrés principalement (72%) dans des équipements NTIC pour les apprentissages connectés et les retransmissions d'interventions dans l'espace de formation du KFH.

Répartition du budget sur les 5 années du programme : 25,4%, 18,5%, 19,5%, 18,2%, 18,5%.

Éléments principaux justifiant l'efficacité

- coût très limité des coopérations médicales internationales: prise en charge des logement et subsistance des équipes de volontaires par le MoH/RBC; non-valorisation du coût-salaire des volontaires (économie estimée à 200.000€);
- les collaborations avec ENABEL/RBC autour du programme BARAME, qui permettent de limiter les coûts de déplacement des prestataires de soins des hôpitaux de référence des 7 districts appuyés lors des sessions d'apprentissages partagés, et l'intégration des partages d'apprentissages/référentiels (modules de formation, études,...) dans les dispositifs et espaces de partages pré-existants mis en place par le BARAME (mise en réseau des hôpitaux);
- la fonctionnalité pré-existante du partenaire "Heart Foundation", qui permet de limiter les coûts de renforcement de capacités à des participations et co-financements prenant seulement en charge les coûts liés aux surplus d'activités à suivre/gérer/animer;
- la prise en charge de tous les aspects liés aux investissements par le MoH;
- les collaborations qui se mettent en place avec les Chaînes de l'Espoir France et UK qui investiront de manière conséquente dans les autres activités de coopérations médicales internationales, de concert avec "Team Heart" (programme de formation continue collectif solide, dans lequel la CDEB/HF s'intègrent).

Description of the expected Impact

Les impacts attendus tels que présentés dans la TOC relèvent:

- une contribution à la baisse de la morbi-mortalité infantile (cfr "pertinence")
- une contribution à la défragmentation des structures de soins: en stimulant les réseaux de pairs via les coopérations médicales et leur mise en réseau (persistance des échanges entre prestataires de soins), notamment soutenue par ENABEL (complémentarités), et en invitant systématiquement les prestataires de soins des hôpitaux de deuxième niveau lors des sessions d'apprentissages sur les soins spécialisés et les chirurgies;
- une meilleure inclusion des enfants marginalisés dans les circuits de soins, en intégrant plus systématiquement les OSC les encadrant dans les réflexions sur le financement des soins de qualité (dispositifs réalistes et inclusifs) lié au trajet patient depuis la communauté;
- un lien plus fort entre l'offre pédagogique et les besoins professionnels en santé par le biais des collaborations académiques autour de la recherche-action (des synergies sont envisagées sur ce sujet avec l'ARES);
- une propagation plus large de "bonnes pratiques" sur la prise en charge des enfants porteurs de différences ou de handicaps en général, par le biais des partages au sein d'espaces de concertation "triple regard" incluant les acteurs de la gouvernance, de l'offre et de la demande (animation des fonds de solidarité par HF entre autres);
- une sensibilité plus forte des personnels de santé sur l'approche de soins centrés sur le patient, ou du patient-partenaire, par le biais des enquêtes d'"équité" dont ils auront la charge dans le cadre des études à mener.

Description of Sustainability

Les aspects de la durabilité concernent en réalité la possibilité de pérenniser une activité de chirurgie cardiaque infantile de manière soutenable pour l'État et la population. Ces aspects ont été abordés très directement avec le MOH et le RSSB, autour de ces trois axes (échange écrit avec le ministère en 2020):

- la pérennité technique: sécurité technique et sanitaire (infrastructure, équipement, capacité de maintenance, consommables) + fidélisation des référents / maintien et renforcement de leurs compétences (actes techniques / prestations & performances);
- la pérennité financière: capacité des établissements à soutenir l'activité de manière autonome / maintien de la qualité dans le respect de ses équilibres financiers + accès financier pour les patients démunis (quel modèle?). Part des financements endogènes (liés à la contribution directe et indirecte des patients: RSSB, tickets modérateurs,...) et exogènes (MoH; autres partenaires techniques et financiers nationaux ou internationaux);
- la pérennité institutionnelle: l'établissement dispensant les soins curatifs depuis le début des missions (le King Faisal Hospital) est actuellement le bénéficiaire principal de l'appui. Cela pourrait à la fois changer au vu des perspectives hypothétiques ou concrètes de nouvelles constructions, ou s'étendre à d'autres établissements dans le cadre d'activités de prévention, de partage des apprentissages (université, autres hôpitaux,...): toute la stratégie opérationnelle liée à la réalisation de l'appui doit par conséquent être la responsabilité d'une seule institution, le MoH.

La CDEB a été rassurée sur ces trois points en prenant acte de la continuité et de la stabilité des investissements consentis par le gouvernement pour équiper que KFH (ambition de pôle de compétences sous-régional) et former les personnels, notamment en participant financièrement aux coopérations médicales internationales qui sont remobilisées régulièrement, et par la garantie de la part du MOH qu'ils sont "déménageables" dans une éventuelle autre infrastructure qui serait financée par un partenaire extérieur. À ce sujet, la "première pierre" devrait être posée au mois d'octobre prochain.

Concernant la problématique du financement et de la couverture des soins, si le problème ne peut évidemment pas être réglé rapidement, le RSSB -échanges avec Madame Solange Hakiba, Deputy DG- s'est également montré rassurant dans sa volonté à collaborer à des séances de travail visant à la fois à mieux maîtriser les coûts, et à les réduire éventuellement afin de viser une qualité acceptable et réaliste concernant les capacités contributives de la population en général (recettes fiscales comprises). Il s'agit d'un chantier important, qui sera mené de concert avec les Chaînes de l'Espoir France et UK, et qui seront croisés avec les réflexions des acteurs de la demande et de l'offre (OSC, usagers, prestataires de soins ou personnes incluses dans les réflexions du fonds de solidarité).

La CDEB espère pouvoir mobiliser plus de ressources externes dans le cadre du renforcement de capacités de HF pour qu'il puisse disposer de plus de moyens pour assurer tous les aspects de sa mission via les stratégies collaboratives, mais la "durabilité institutionnelle" le concernant n'est pas un réel sujet, puisque cette OSC est active depuis très longtemps et a déjà mené maints plaidoyers aboutis autour de la cause des enfants atteints de cardiopathies. HF est également très actif au sein de plateformes internationales sur le sujet.

Description of the Partnership Strategy

Comme indiqué au terme du chapitre "durabilité", la "Rwanda Heart Foundation" (HF) existe depuis très longtemps et est très active via la mobilisation des deux cardiopédiatres avec lesquels la CDEB collabore depuis plus de 10 ans (études, plaidoyers, relais pour les coopérations médicales, liens avec les patients et leurs parents,...): les Pr Joseph Mucumbitschi et Emmanuel Rusingiza.

À ce sujet, et cela aurait pu être abordé dans la "durabilité", la CDEB estime que les effets multiplicateurs des changements est très largement liée à la notion de "coopération", qui fait référence au fait que l'outcome mobilise une série de personnes-ressources très engagées, dont on peut notamment apprécier l'engagement sur base de leur volontariat: lors des missions de coopérations médicales internationales (volontaires Chaîne de l'Espoir Belgique), mais aussi sur les nombreux "surplus de temps" consacrés à faire progresser et bouger les lignes. Ceci a été observé tout au long des années chez les partenaires comme chez certains référents/prestataires de soins, dont la détermination est mesurable notamment de cette manière. **L'engagement des personnes, des coopérateurs** est incontournable dans les effets multiplicateurs également: c'est ici le cas de Heart Foundation.

La TOC est également très explicite sur le sujet:

"Il faut souligner ici qu'en sus de ce qui a déjà été exposé comme « traductions concrètes de l'approche droits » dans les activités du chapitre précédent et qui ont déterminé l'esprit et les choix de gouvernance #H4A, il faut rajouter que cette « traduction » s'opère également dans les stratégies et politiques partenariales, jouant fortement sur le niveau de probabilité des cascades de changements espérés. Comme pour le reste des activités, la mobilisation de ressources internationales n'est envisagée que lorsque l'expertise locale n'est pas encore suffisamment adaptée aux exigences techniques et/ou de management des activités à mettre en œuvre. La CDEB mobilise ce type de compétences internationales à partir de son siège, et à la demande de son partenaire local.

En somme, le #H4A estime que la légitimité de toute la TOC (il ne s'agit donc pas d'une hypothèse mais d'une valeur), l'efficacité des cascades de changements induites dès la base, et la solidité-durabilité de toutes les étapes de changements par la suite sont conditionnées par le fait que **les acteurs locaux sont en charge de leurs propres changements (base du pilier gouvernance - pas de substitution, seulement des stimulations visant l'empowerment)"**

Il est donc presque compliqué de parler dans ce chapitre de "stratégie de désengagement" de la CDEB vis-à-vis de HF, puisqu'il s'agirait presque de l'inverse et que tout l'outcome est basé sur leur mobilisation propre depuis plusieurs années (plaidoyer abouti sur le programme des cardiopathies du MOH), et qu'ils en ont déterminé toute la stratégie. La CDEB espère pouvoir mobiliser plus de ressources externes dans le cadre du "renforcement mutuel", afin que HF puisse disposer de plus de moyens pour assurer tous les aspects de sa mission via les stratégies collaboratives. On peut cependant axer la "stratégie de désengagement" sur appui à HF (comme la CDEB l'a déjà fait avec ses partenaires sénégalais et congolais) concernant la diversification de ressources extérieures, afin de ne pas faire dépendre l'extension de ses activités à un seul PTF. À ce sujet, les formations sur l'outil "projets qualité" utilisé pour la gouvernance clinique lui seront également utiles, puisqu'il vise à améliorer la structuration/planification des projets notamment pour améliorer la capacité des acteurs à aller capter eux-mêmes des ressources d'Institutions Financières de Développement (IFD).

Description of Synergies

L'outcome a été construit totalement dans le principe d'une intégration dans les dynamiques existantes: le budget demandé est modeste, dans la mesure où il cherche surtout, pour un premier programme DGD, à bien correspondre aux éléments de contextes du pays et à s'interrelier avec les autres acteurs.

Les collaborations hautement probables avec les Chaînes de l'Espoir France (financements probables en 2022-2023) et UK (en cours pour la construction d'un hôpital dédié aux cardiopathies, avec un aboutissement espéré pour 2024) sont importantes dans les effets amplificateurs, mais non-déterminantes pour l'atteinte de l'outcome.

La synergie principale est bien celle qui le lie au programme Barame d'Enabel, dont les grandes lignes ont déjà été fixées dans un document partagé entre le programme global #H4A (Memisa, MSV, CDEB) et Enabel à Bruxelles.

Pour rappel, le programme de la CDEB est axé autour de l'amélioration de la prise en charge des enfants atteints de cardiopathies ou symptômes associés (prévalence plus élevée au Rwanda que dans la plupart des autres pays), en renforçant les capacités des hôpitaux et structures sanitaires sur tout le circuit du trajet patient, en travaillant également sur les problématiques de l'accessibilité (socio-culturelle, financière, géographique et institutionnelle). L'essentiel de l'effort est mis sur le pôle de compétence chirurgicale qu'est le King Faisal Hospital au travers de coopérations médicales internationales.

L'objectif spécifique du projet Barame est d'assurer une santé accessible, améliorée et innovante (avec une attention particulière aux services de santé sexuelle et reproductive) avec un nombre accru de citoyens participation et engagement dans le développement qui est spécifiquement aligné avec le Plan Stratégique du secteur de la santé 4 (HSSP4) ainsi que la Planification Familiale (PF)/Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents (ASRH) & Santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) et Ressources humaines pour la santé (RHS).

Diverses activités feront le pont entre les deux programmes :

- des partages d'apprentissages sur le site du King Faisal en invitant systématiquement les prestataires de soins concernés des hôpitaux soutenus par le programme Barame (hôpitaux des districts Rusizi, Nyamasheke, Karongi, Gisara, Gakenke, Rulindo, et aussi Nyarugenge - actuellement centre de référence Covid) avec la prise en charge des détresses respiratoires, élément important de apprentissages de la CDEB;
- des partages d'apprentissages plus larges au sein d'Espaces collectifs de Gestion des Connaissances" dont des groupes de pairs et le projet de réseau/plateforme d'hôpitaux d'ENABEL ;
- des missions itinérantes dans les hôpitaux menées par les cardiopédiatres rwandais avec lesquels la CDEB collabore, visant à améliorer la détection, le traitement précoce et le référencement des enfants. Ici, ces formations sont envisagées comme étant pratiques, en consultations conjointes, et proposent un renforcement de compétence pédiatrique plus large puisqu'il s'agit d'enfants présentant des symptômes de cardiopathies, dont souvent des détresses respiratoires (traitement de l'infection);
- des partages d'outils et de référentiels en matière de maintenance biomédicale préventive et corrective.

Ces collaborations visent à stimuler les circuits de référencement/contre-référencement et à renforcer les compétences des prestataires de soins à tous les niveaux de prise en charge des enfants. L'impact de ces synergies est renforcé dans la mesure où le RBC et MCCH sont impliqués dans les programmes respectifs d'ENABEL et de la CDEB.

Etant donné que le plan opérationnel et le budget du programme Barame est fixé jusque juin 2022 (année fiscale rwandaise) avec peu de marge de manœuvre pour éventuellement le modifier et son mode de financement à travers des Grants à tiers, le début d'une collaboration impliquant des contributions financières concrètes sur certaines activités conjointes n'est envisageable que pour l'été 2022, sans toutefois limiter les activités qui peuvent déjà être prises en charge par la CDEB (partages d'apprentissages et coopérations médicales). L'on peut donc d'ores et déjà spécifier le rôle de la CDEB dans l'apport des apprentissages dans les hôpitaux d'ENABEL et l'implication de leurs prestataires de soins dans les missions itinérantes. Quant à la gestion des connaissances, il s'agit de les capitaliser au sein du réseau d'hôpitaux déjà soutenus par ENABEL.

Description of how individual or collective recommendations and lessons are to be taken into account

(Voir la partie "efficacité" pour les leçons apprises autour des méthodologies d'intervention)

L'intervention de la CDEB bien ancrée dans les axes des missions de coopérations internationales avec prestations de soins conjoints au KFH, avec les dimensions des apprentissages, depuis 2006. Le principe de cette collaboration et de l'organisation de ces mises en œuvre sont acquises et appropriées par l'ensemble des acteurs y participant.

Des difficultés persistent par contre au niveau de l'accès aux soins sur lequel peu d'information sont disponibles sur les stimulations et l'impact des aides spécifiques. Par exemple, en période de crise sanitaire, nous ne savons rien des enfants qui n'ont pas pu se faire opérer par manque de moyens pour payer le ticket modérateur habituellement pris en charge par le RSSB dans le cadre plus humanitaire des missions de coopération.

L'équité géographique autour de l'hôpital King Faisal est aussi un élément qui pose question car aucune statistique fiable n'est relevée à ce sujet et pourtant elle représente un facteur non négligeable dans la thématique de l'accès aux soins pour les détenteurs de droits. C'est pour cette raison que la CDEB a proposé à ENABEL une collaboration pour contribuer à son projet de réseaux entre hôpitaux et favoriser la mise en place d'un système de référencement et contre référencement entre eux. De cette manière, l'ONG espère une meilleure visibilité sur le circuit des patients et en corollaire à pouvoir mieux structurer un fonds de solidarité permanent.

Suite aux échanges du dialogue stratégiques pour le Rwanda et les trajets d'apprentissage collectifs identifiés, le plaidoyer auprès des autorités publiques par les OSC locales a besoin d'être renforcé en termes de compétences et de moyens alloués. De manière générale et à l'échelle locale, belge et internationale, la CDEB participera à l'échange d'informations, de connaissances et d'expertises et continuera à chercher des complémentarités ou des synergies auprès de ses homologues. Cela sera bénéfique pour la CDEB en vue du partage de bonnes pratiques en termes de collecte de données, planification, monitoring et évaluation. La CDEB sera attentive au niveau du partage d'expériences dans le sous-domaine de la construction, réhabilitation et mise en accessibilité d'infrastructures et à collaborer sur l'amélioration des compétences du personnel en matière de soins spécialisés et de soins de base, en particulier les maladies transmissibles et non transmissibles et leur prévention. Elle cherchera l'identification et le référencement mutuel des bénéficiaires en fonction des champs d'action de chaque ACNG. Par ces biais, la CDEB considère renforcer l'argumentation informées et scientifiques des plaidoyers.

Mandatory annexes classified by outcome

Title of the annex	Type of document	File
--------------------	------------------	------

#Health4All

Title of the annex	Type of document	File
#H4A - Rwanda Budget volet CDEB revu	Budget	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2022-03/%23H4A%20Rwanda%20-%20Budget%20CDEB%202022-2026%20revu.xlsx
#H4A Rwanda - TOC	Theory of Change associated with the outcome	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/%23H4A%20Rwanda%20-%20TOC.docx
#H4A - Rwanda Fiche signalétique par partenaire	Fact sheet per partner	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/%23H4A%20-%20Rwanda%20Fiche%20signal%C3%A9tique%20par%20partenaire.docx
#H4A - Rwanda Draft-Partnership agreement btw CDEB_HeartFoundation	Partnership Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/%23H4A%20-%20Rwanda%20Draft%20Partnership%20Agreement%20btw%20CDEB_HeartFoundation.docx
#H4A - Rwanda Fiche signalétique par collaboration	Fact sheet per collaboration	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/%23H4A%20-%20Rwanda%20Fiche%20signal%C3%A9tique%20par%20collaboration.docx
#H4A - Rwanda Draft Convention de Collaboration entre CDEB et ENABEL_22_26	Collaboration Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/%23H4A%20-%20Rwanda%20Draft%20Convention%20de%20Collaboration%20entre%20CDEB%20et%20ENABEL_22_26.docx
#H4A - Rwanda Analyse des risques	Analysis of risks associated with the outcome	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/%23H4A%20-%20Rwanda%20Analyse%20des%20risques.docx
#H4A - Rwanda Explications budget revu CDEB		https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2022-03/%23H4A%20-%20Rwanda%20Explications%20budget%20CDEB%20Revu.pdf
#H4A - Rwanda Justification de la reprogrammation		https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2022-03/Narratif%20reprogrammation%20Rwanda.docx

There is no budgetary information available.

Accès aux chirurgies et aux soins de santé pour les enfants porteurs d'un handicap au Sénégal

Contacts

Contact details for the outcome's ANGC reference person in Belgium

Name :	Marianne Le Marchand
Telephone :	+32 2 764 20 60
Email :	marianne.lemarchand@chaine-espoir.be

Contact details for the outcome's ANGC reference person or their representative in the field

Organization :	AMS
Name :	Docteur Patrick Correa
Telephone :	+221 77 291 11 22
Email :	drcorrea@assistancemedicale.org

Author information

Lead NGO/Owner :	CDEB-KVHB
Name of accredited actor	Chaîne de l'Espoir Belgique - Keten Van hoop Belgie

General

Title of the outcome – French or English (mandatory) :	Accès aux chirurgies et aux soins de santé pour les enfants porteurs d'un handicap au Sénégal		
IATI activity identifier :	BE-BCE_KBO-0463455904-prg2022-5-SN		
Outcome start date :	01-01-2022		
Outcome end date :	31-12-2026		
Country of intervention :	Senegal		
Sector :	12181 - Health - Medical education/training	Budget share :	75%
Sector :	12191 - Health - Medical services	Budget share :	10%
Sector :	12182 - Health - Medical research	Budget share :	5%
Sector :	12230 - Health - Basic health infrastructure	Budget share :	5%
Sector :	12310 - Health - NCDs control, general	Budget share :	5%

Other CSOs/IAs involved

Non

Strategic target involved

SENEGAL

- SENEGAL

Approaches or sub-targets concerned

Cible 3 santé:

3.1. Renforcer les mécanismes de l'accès aux soins (mutuelles communautaire, stratégies de soins avancées, etc.)

3.2. Renforcer les systèmes de santé, en visant la disponibilité d'une offre proposant des prestations de qualité, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire avec la couverture géographique la plus large possible en privilégiant la santé génésique et la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

3.3. Développer des mécanismes de dépistage/détection précoce et prise en charge des maladies transmissibles, infectieuses et tropicales, pathologies handicapantes et émergentes, en lien avec les autorités sanitaires

Geographic location of the outcome's intervention zone

Ville de Dakar

Lat/Long :	14.7167, -17.4677
------------	-------------------

Outcome summary

Description of the outcome

L'outcome vise principalement à améliorer le trajet santé des enfants atteints d'une pathologie nécessitant des soins spécialisés, et particulièrement des chirurgies : dans leurs dimensions curatives, palliatives (mieux-être) ou préventives (traitement médical précoce). Il porte une attention particulière aux handicaps auditifs et locomoteurs. Dans la continuité des actions précédentes, l'outcome agira surtout sur le renforcement de l'offre de soins de santé pédiatriques de qualité acceptables et accessibles aux enfants et à leur entourage adulte, particulièrement au plus vulnérables ou marginalisés d'entre eux. En travaillant sur la gouvernance hospitalière, la mise en réseau des structures sanitaires, l'amélioration du cadre de travail des prestataires de soins en général et la motivation des personnels de santé et de management, l'outcome s'inscrit dans les différents plans de développement nationaux et renforce la position du Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer à Dakar. Celui-ci se positionne en éclairer du niveau central du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale à travers un partenariat fort avec « Assistance Médicale Sénégal », le partenaire de la CDEB, en capitalisant les bonnes pratiques en lien avec leurs actions pour contribuer à l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité financière, géographique, socio-culturelle et institutionnelle des soins pédiatriques dans le contexte de la couverture sanitaire universelle. L'approche centrée sur la personne, l'amélioration continue de la qualité des soins, l'équité dans l'accès aux soins, la collaboration avec les hôpitaux ou structures sanitaires périphériques, la bonne gouvernance et l'entraide seront les axes principaux qui cadrent les actions 1) de la gouvernance clinique 2) de l'offre 3) de la demande et 4) de capitalisation et diffusion des bonnes pratiques.

Wording of the outcome

À l'horizon 2026, les enfants du Sénégal porteurs de handicaps, dont auditifs ou locomoteurs, spécifiquement les plus vulnérables ou marginalisés d'entre eux, sont plus et mieux pris en charge par les structures sanitaires appuyées par le programme.

Target groups

Les acteurs de la gouvernance: les équipes de management du Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer -CHNEAR- (Direction, gestionnaires, chefs de service) et leur lien avec l'autorité sanitaire centrale;

Les acteurs de l'offre: les prestataires de soins du CHNEAR et ceux des structures sanitaires avec lesquelles ils collaborent dans le cadre du programme;

Les acteurs de la demande: les OSC représentatives des usagers avec lesquelles AMS collabore dans le cadre des synergies

Categorization: Sustainable Development Goals

SDG :	Goal 3. Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages	SDT :	By 2030, end preventable deaths of newborns and children under 5 years of age, with all countries aiming to reduce neonatal mortality to at least as low as 12 per 1,000 live births and under-5 mortality to at least as low as 25 per 1,000 live births
SDG :	Goal 3. Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages	SDT :	Achieve universal health coverage, including financial risk protection, access to quality essential health-care services and access to safe, effective, quality and affordable essential medicines and vaccines for all
SDG :	Goal 3. Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages	SDT :	Substantially increase health financing and the recruitment, development, training and retention of the health workforce in developing countries, especially in least developed countries and small island developing States
SDG :	Goal 17. Strengthen the means of implementation and revitalize the Global Partnership for Sustainable Development	SDT :	Encourage and promote effective public, public-private and civil society partnerships, building on the experience and resourcing strategies of partnerships

Markers & Tags

1. Gender Equality :	1
2. Aid to Environment :	0
3. Participatory Development / Good Governance :	1
4. Trade development :	0
5. Biodiversity :	0
6. Climat Change - Mitigation :	0
7. Climat Change - Adaptation :	0
8. Desertification :	0
9. RMNCH - Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health :	2
10. HIV / AIDS :	0
11. Children's Rights :	1
12. Disability :	1
13. Nutrition :	0

1. D4D - Better use of big data :	No
2. D4D - Digital for inclusive society :	No
3. D4D - Digital for inclusive and sustainable economic growth :	No
4. Private Sector Development :	Yes
5. Health - Sexual and reproductive health :	No
6. Health - Quality medicines :	Yes
7. Health - Health financing and Universal Health Coverage :	Yes
8. Refugees :	No
9. Covid-19 :	Yes

Categorization: Positioning with regard to the objectives of Belgian Development Cooperation, described in its strategy papers**Education**

L'outcome s'inscrit dans l'objectif de la note stratégique de la coopération belge sur l'éducation concernant la concentration de l'appui de la coopération belge sur, entre autres, l'enseignement technique et professionnel. Le programme veut contribuer à la poursuite de la professionnalisation du secteur de la santé de différentes manières :

- Investir dans le développement des ressources humaines pour la santé à travers le renforcement du personnel médical, paramédical, technique, administratif et de gestion, basé sur les politiques et stratégies nationales de santé et en concertation/impliquant les autorités sanitaires.
- AMS collaborera avec des acteurs de formation de base et continue sénégalais et belges et des centres de recherche afin de pouvoir (i) proposer des stages pour les apprenants ou étudiants, (ii) contribuer à l'amélioration des données d'études, (iii) prévoir des formations continues du personnel des hôpitaux, du recrutement et formation des experts et de la certification des formations.

Un lien fort existe à ce sujet entre la CS3 du CSC et le CSC "Enseignement supérieur et recherche au service du Développement durable", notamment via les partenariats et collaborations avec l'ARES et les CHU/universités participant aux coopérations médicales (transferts de savoirs, études). CDEB active également ses réseaux dans les CHU et universités pour renforcer cet axe "formation-éducation".

L'échange de connaissances et d'expériences avec et entre les autres ANG qui participent au CSC Sénégal dans le domaine de l'éducation permettra également de s'assurer que l'outcome renforce ce thème dans ses activités.

Les coopérations inter-hospitalières sont également envisagées dans ce sens : les capacités d'accueil du pôle de compétences pédiatriques CHNEAR seront renforcées afin que les prestataires de soins des hôpitaux périphériques et intermédiaires, ainsi que les étudiants puissent s'y former. Le peer coaching sera soutenu et amplifié.

Children's rights

Outre les priorités et points d'attention de l'outcome sur les accès du couple enfant-entourage adulte à des soins de santé appropriés, acceptables et de qualité (mission de la CDEB, dont les stratégies découlent directement des ART23 et 24 de la CIDE ; priorité partagée par le partenaire AMS), certaines activités répondent spécifiquement aux trois axes des recommandations de la note politique de la coopération belge.

AMS et CDEB développent également des collaborations avec des ACNG belges (Croix Rouge de Belgique, Dynamo International, SHC), dont les activités pourront renforcer la structuration de la demande en sensibilisant la population sur ses droits et devoirs en santé, en grande partie autour de l'enfant : les OSC qu'ils soutiennent seront incluses dans les réflexions sur les « accessibilités pédiatriques » dans le cadre de l'animation du fonds de solidarité, incluant également les acteurs de l'offre et de la gouvernance.

Ces travaux et réflexions s'articuleront autour :

- des prises en charge préventives en santé par la communauté (malnutrition notamment), et de sa capacité à orienter les enfants souffrant de certains handicaps stigmatisants ou excluants vers les lignes médicales (protection et accès socio-culturel) ;
- de la stimulation de circuits de référencement pédiatriques autour de certaines maladies, et de leur fonctionnement avec des dispositifs de facilitations financières tels que le fonds de solidarité pédiatrique de AMS, à mettre en lien avec les réflexions autour de la CSU (protection et accès financier) ;
- de l'approche des soins centrés patients, et/ou patient-partenaire et de la place qui est faite à la parole de l'enfant ;
- des résultats des projets qualité spécifiques du CHNEAR (prestations).

Environment and climate change

Bien qu'il n'y ait pas d'action ciblant directement l'environnement et les changements climatiques, une réflexion sera menée en début de programme, avec les différentes parties prenantes, pour limiter l'impact négatif des activités de l'outcome sur l'environnement. Un effort sera notamment fait pour réduire les émissions de CO2 liées aux activités de l'outcome (mobilité des différents partenaires pour les échanges de savoirs, stockage des informations sur des plateformes numériques...) et compenser ces dernières. Les membres du #H4A se sont accordés sur des partages d'outils entre eux pour améliorer les pratiques (dispositifs de rachats d'empreintes carbonées,.... déjà existants chez MSV et Memisa) Dans le cadre des actions de réhabilitation, un accent sera mis sur l'utilisation des énergies renouvelables des constructions durables, tel que c'est déjà le cas du projet de construction d'un nouveau bâtiment de chirurgie du CHNEAR (« bâtiment vert »), dont AMS soutiendra les démarches pour les récoltes de fonds sur cette thématique.

Gender

Bien que l'outcome ne soit pas indiqué comme contribuant directement à agir à plusieurs niveaux pour « réaliser l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles » (ODD n°5), il intègre néanmoins les questions de genre de manière transversale en se basant sur les principes du Gender Mainstreaming en stimulant très fortement le champ « sexe » (s'il ne s'y trouve pas encore) dans les bases de données existantes et futures portant sur des personnes, ainsi que dans les formulaires. Cela concerne les données patients (monitorings inclus dans les statistiques de l'hôpital, en espérant une influence positive sur le SNIS) ainsi que les listes de participations des prestataires de soins aux sessions d'apprentissages.

Il permet à minima l'installation d'un système de veille, avec des résultats partagés au sein du CSC sur ces questions spécifiques (présence de l'ACNG Le Monde Selon les Femmes)

Digitalization - Digital for Development D4D

Le positionnement de l'outcome sur les axes principaux évoqués dans la note de la coopération belge D4D s'inscrit :

- dans un projet d'harmonisation de l'alimentation des mégadonnées en santé, en développant graduellement un système de monitoring stimulant d'une part la meilleure collecte d'indicateurs enfants-soins spécifiques et/ou générés dans les statistiques des hôpitaux participant aux coopérations médicales, et d'autre part à les rendre exploitables pour mesurer les progrès des approches de la cible santé du CSC, et par la suite des ODD en les alignant à celles qui sont présentes dans le SNIS (études et stratégie ascendante);
- dans l'inclusion plus efficace des personnels de terrain dans les formations thématiques à distance, par le biais d'appuis in situ visant à améliorer leur appétence digitale ;

Les solutions permettant de réduire certains aspects de la fracture numérique induite par les écueils de connectivité se construisent autour de collaborations (RSE ou non) avec le secteur de la téléphonie mobile (connexions 4G).

Health

Sur les questions des alignements, l'action s'inscrit totalement dans la politique nationale des soins de santé au Sénégal (alignement politique). Elle renforce le système de soins de santé (alignement systémique) tout en développant de nouvelles approches (alignement critique). Elle répond aux pistes proposées pour soutenir une appropriation démocratique, notamment par le biais de recherches actions avec les acteurs locaux.

Les mises en réseaux stimulées de pairs et de structures sanitaires renforce l'action commune du secteur hospitalier dans le secteur de la santé. L'action soutiendra le développement des approches centrées patient et/ou patient-partenaire, qui renforce l'appropriation du système de soins de santé (défi 2).

Le soutien agit également sur le système de soins de santé, en renforçant les compétences techniques et relationnelles du personnel hospitalier (défi 1) et en améliorant la qualité des soins en lien avec les besoins et attentes contextualisées des patients (défi 3).

A travers la mise en place de recherches-actions (dispositifs de couverture de soins) et études, notamment sur les référencement pédiatriques ORL et orthopédiques, l'outcome soutient la mise en œuvre d'innovations opérationnelles et leur diffusion au niveau central, avec l'appui d'acteurs académiques locaux et belges.

Private sector

L'outcome du programme vise le renforcement du système de santé public. Il n'a pas pour vocation ou ambition de contribuer au développement du secteur privé ou de faire la promotion des PME.

Toutefois, certaines solutions privées sont soutenues lorsqu'elles apportent une plus-value à l'objectif social du programme, comme par exemple la récente mise en place d'un dispositif économique entre l'Hôpital d'Enfants Albert Royer et la société AUCHAN: la CDEB a financé les investissements d'une unité de couture à l'hôpital afin de fabriquer des EPI au démarrage de la crise COVID, dont les surplus (masques en tissus) étaient vendus chez AUCHAN, reversant ensuite une part de la marge bénéficiaire des ventes à l'hôpital lui permettant d'auto-financer ses intrants.

De même, les entreprises disposant d'une politique RSE sont sensibilisées et prennent part à l'alimentation et gestion financière des fonds de solidarité AMS, ou participent à des investissements en équipements médicaux. Elles seront également invitées à participer aux réflexions sur la CSU, en tant qu'employeurs et contributeurs aux recettes fiscales de l'État.

Subsidy bonus allocation: priority themes and strategic priorities

Human rights-based approach

Les stratégies de la CDEB découlent directement des ART23 et 24 de la CIDE (DCU de la TOC).

Pour cet outcome, elle a également pris pour référence le Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples relatif au droits des personnes handicapées en Afrique que le Sénégal a ratifié. Ce protocole fait notamment référence à la surdité dans son article 1.

Par ailleurs, le Comité des Droits des personnes handicapées (du HCDH) indique dans son rapport (2019) que " le Sénégal a adopté en 2016 un instrument de mesure du handicap aligné sur les normes internationales. La participation des personnes handicapées est prise en compte dans le processus d'évaluation du handicap et dans l'octroi d'une carte d'égalité des chances qui est un véritable système de protection sociale favorisant l'accès des personnes handicapées à des avantages multiples relatifs à la santé, la réadaptation fonctionnelle, l'éducation, la formation, les transports et les finances." L'outcome entend prendre en compte les réflexions menées actuellement sur la fonctionnalité et l'extension éventuelle de la CEC.

Enfin, l'approche droits se traduit de manière plus transversale dans l'application des principes du MEET (Meaningful Participation, Empowerment, Equality and Transparency) dans une série de constructions d'outils tels que les Projets Qualité hospitaliers, dont les modalités de fonctionnement rencontrent ces principes : les membres s'évaluent entre eux et l'appréciation des projets est faite de manière conjointe et équilibrée avec les Partenaires Techniques et Financiers.

Decent and sustainable work

L'outcome contribue à certains axes de l'agenda du travail décent. Le principal est évidemment la contribution à la couverture sanitaire universelle (CSU), une des politiques phares du gouvernement du Sénégal et une des composantes du pilier « Protection Sociale ». La contribution est très indirecte puisque les réflexions se tiendront lors des sessions du fonds de solidarité hébergé par le partenaire, mais le principe est d'y inclure les acteurs de la gouvernance, de l'offre et de la demande pour réfléchir à des dispositifs innovants tenant compte des ressources existantes.

L'action vise également l'amélioration du cadre de travail et de la motivation du personnel hospitalier, en travaillant notamment sur les dimensions « softs » de celle-ci : reconnaissance, sens dans le travail, participation à des espaces d'échange entre pairs.

Gender

L'outcome englobe l'objectif de réduction des inégalités de genre dans une approche générale et n'en fait donc pas un résultat spécifique.

Il renforce la production et l'exploitation des données sexospécifiques par les hôpitaux, et en poursuivant la veille sur les équilibres de genre dans les activités du #H4A.

Environment

L'outcome prévoit des actions de renforcement d'infrastructures, et demandera aux partenaires et bénéficiaires d'intégrer systématiquement une analyse environnementale dans la formulation de la demande. Il faut souligner à ce sujet que la Direction de l'hôpital principal bénéficiaire a fait élaborer les plans d'un nouveau "bâtiment vert" en chirurgie: ce projet sera soutenu par CDEB/AMS au niveau des appuis pour les récoltes de fonds.

Enfin, une réflexion conjointe en début de programme sera menée pour limiter l'impact négatif des activités de l'outcome sur l'environnement. Un effort sera fait notamment pour réduire les émissions de CO2 liées aux activités (mobilités réfléchies) et si possible compenser ces dernières.

Common outcome within a common programme

La voie de changement/output "Gestion des Connaissances" est totalement aligné sur la cible 5 "Nyo Far" du CSC, et devrait être partagé par plusieurs autres ACNG tel que c'est le cas dans les CSC Bénin et Afrique Centrale notamment (effort collectif sur le sujet).

Common outcome between distinct programmes**Areas of complementarity and synergy with the intervention of ENABEL**

Des ponts seront créés avec ENABEL dans le cadre des coopérations médicales nationales (chirurgies itinérantes, missions de détection de troubles auditifs), qui prendront place dans certaines des régions dans lesquelles elle est présente régions, et autour des thématiques RMNCH, Covid-19 et CSU.

Description of the outcome, results and strategy**Description of the expected results**

Formulation of outcome or result :	Outcome: À l'horizon 2026, les enfants du Sénégal porteurs de handicaps, dont auditifs ou locomoteurs, spécifiquement les plus vulnérables ou marginalisés d'entre eux, sont plus et mieux pris en charge par les structures sanitaires appuyées par le programme
Indicator title :	IO.1: nombre d'enfants/an ayant bénéficié des prises en charge médicale et/ou chirurgicale, préventives et curatives, dans les régions de Dakar, Thiès et Kaolack
Indicator description :	Les données proviendront des grilles de monitoring des prestataires en charge des coopérations médicales nationales et internationales dans les structures sanitaires de référence des 3 régions, et des registres et statistiques hospitalières pour les prises en charge hors coopérations médicales. Elles seront utilisées également pour nourrir une étude sur les référencement et contre-référencement spécifiques des pathologies visées.
Baseline :	0: La baseline sera établie en début de programme, à partir des données 2021 (études en cours pour la clôture du programme précédent)
Target Year 3 – 31/12/2024 :	+20%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	+20%

Formulation of outcome or result :	Outcome: À l'horizon 2026, les enfants du Sénégal porteurs de handicaps, dont auditifs ou locomoteurs, spécifiquement les plus vulnérables ou marginalisés d'entre eux, sont plus et mieux pris en charge par les structures sanitaires appuyées par le programme
Indicator title :	IO.2: évolution du score de performance des structures sanitaires et services identifiés pour les prises en charge
Indicator description :	Ce score de base composé d'indicateurs agrégés (échelle de 1 à 5 utilisée lors du programme précédent) sera fixé par les acteurs de la coopération médicale sénégalais et internationaux, avec le directeur d'AMS (médecin). Ils prendront en compte la compétence du personnel soignant à 50%, la sécurité technique et sanitaire des services à 30%, et l'organisation générale des services et hôpital (dont l'accueil du patient) à 20%
Baseline :	0: les données actuelles ne concernent que le CHNEAR, et feront l'objet d'une évaluation au cours du S.2 2021 sur leur pertinence et complétude
Target Year 3 – 31/12/2024 :	+25%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	+25%

Formulation of outcome or result :	Outcome: À l'horizon 2026, les enfants du Sénégal porteurs de handicaps, dont auditifs ou locomoteurs, spécifiquement les plus vulnérables ou marginalisés d'entre eux, sont plus et mieux pris en charge par les structures sanitaires appuyées par le programme
Indicator title :	IO.3: évolution du score d'accessibilité et d'équité des soins visés par le programme
Indicator description :	Ces données sont encore très peu disponibles, les registres et statistiques hospitalières le reflétant très peu. Une étude est actuellement en cours au sein du CHNEAR, avec le service social et le service financier de l'hôpital. Les données sur les accessibilités seront indiquées dans les grilles de monitoring évoquées dans l'IO.1, et croisées avec celles d'AMS dans le cadre de la gestion du fonds de solidarité et des consultations sociales
Baseline :	0: données à établir au démarrage du programme (grilles de monitoring combinées avec les données des études)
Target Year 3 – 31/12/2024 :	+3%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	+5%

Formulation of outcome or result :	Résultat 1 - gouvernance: Les améliorations et les effets positifs induits par le programme persistent (durabilité) grâce à la motivation et aux compétences des personnes-ressources en charge de la gouvernance (direction des services et des hôpitaux, gestion du partenaire), et à la remontée efficace des bonnes pratiques capitalisées vers le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale.
Indicator title :	IR1.1 - gouvernance clinique: stabilité et engagement des personnels de management du CHNEAR
Indicator description :	Cet indicateur qualitatif sera fixé par AMS, et suivi dans le cadre de l'assistance technique plus continue sur le site du CHNEAR. Il sera traduit par un score de performance basé sur: la qualité des "projets qualité" (évaluée en % sur base des critères CAD adaptés et des plans stratégiques), et la participation -stable et engagée- des référents des services visés par le programme (10) au sein des comités qualité et de coordination AMS/CHNEAR
Baseline :	0
Target Year 3 – 31/12/2024 :	+15%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	+25%

Formulation of outcome or result :	Résultat 1 - gouvernance: Les améliorations et les effets positifs induits par le programme persistent (durabilité) grâce à la motivation et aux compétences des personnes-ressources en charge de la gouvernance (direction des services et des hôpitaux, gestion du partenaire), et à la remontée efficace des bonnes pratiques capitalisées vers le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale.
Indicator title :	IR1.2: score de performance des plaidoyers effectués auprès du MSAS
Indicator description :	Cet indicateur sera calculé en divisant le nombre de plaidoyers "aboutis" par le nombre de plaidoyers planifiés. Les enjeux identifiés à ce stade sont: le financement d'un nouveau bâtiment de chirurgie au sein du CHNEAR (l'actuel est en voie de s'écrouler), une harmonisation des achats et maintenance d'équipements au sein de la Direction des Infrastructures et Equipements Médicaux en phase avec les besoins de terrain, la meilleure prise en compte des soins pédiatriques spécifiques dans la CSU
Baseline :	0
Target Year 3 – 31/12/2024 :	30%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	50%

Formulation of outcome or result :	Résultat 2 - Offre: La performance des services du CHNEAR et des autres structures sanitaires appuyées par le programme est renforcée dans la prise en charge des enfants porteurs d'un handicap auditif ou orthopédique, dans le sens de la disponibilité, de la qualité, de la continuité et de l'acceptabilité des soins.
Indicator title :	IR2.1: Niveau de compétence des prestataires de soins hospitaliers visés par le programme
Indicator description :	Cet indicateur est traduit par un score de performance se basant sur le triptyque classique de compétences cliniques (projet synergie avec l'ARES sur ce point) : savoir (évalué par les formateurs lors des sessions d'apprentissages théoriques), savoir-faire (appréciation des actes techniques posés par les référents CDEB et CHNEAR), savoir-être (motivation, accueil du patient)
Baseline :	0
Target Year 3 – 31/12/2024 :	+15%
Target Year 5 – 31/12/2026 :	+25%

#Health4All

Formulation of outcome or result :	Résultat 2 - Offre: La performance des services du CHNEAR et des autres structures sanitaires appuyées par le programme est renforcée dans la prise en charge des enfants porteurs d'un handicap auditif ou orthopédique, dans le sens de la disponibilité, de la qualité, de la continuité et de l'acceptabilité des soins.
Indicator title :	IR2.2: Niveau de sécurité technique et sanitaire des structures et services appuyés par le programme
Indicator description :	Score de performance multi-critères, dont la grille sera établie par la CDEB, qui collabore sur ce sujet avec CDEF et MSV (travaux "transversaux" du #H4A), qui disposent de ce type d'outils et d'évaluations lors des missions de coopérations médicales. Ils mesurent la qualité de la maintenance biomédicale préventive et corrective. AMS collabore par ailleurs avec un expert en hygiène sénégalais depuis 2020 (Covid) pour la mesure de la PCI
Baseline :	0
Target Year 3 - 31/12/2024 :	+15%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	+20%

Formulation of outcome or result :	Résultat 2 - Offre: La performance des services du CHNEAR et des autres structures sanitaires appuyées par le programme est renforcée dans la prise en charge des enfants porteurs d'un handicap auditif ou orthopédique, dans le sens de la disponibilité, de la qualité, de la continuité et de l'acceptabilité des soins.
Indicator title :	IR2.3: nombre de personnes/jour (H-F-NB) ayant participé aux sessions d'apprentissages organisées par le programme
Indicator description :	Indicateur quantitatif utilisé lors du précédent programme permettant d'évaluer les "obligations de moyens" et la santé des activités sur le sujet.
Baseline :	0 (attendu AN1 300 p/j, 150H - 150F)
Target Year 3 - 31/12/2024 :	Cumulé: 500 p/j - 250H, 250F
Target Year 5 - 31/12/2026 :	Cumulé: 500 p/j - 250H, 250F

Formulation of outcome or result :	Résultat 3 - demande: Les enfants souffrant d'un handicap auditif ou locomoteur disposent d'un meilleur accès (financier, géographique, culturel, institutionnel) à des soins de santé adéquats, particulièrement les plus démunis, les plus marginalisés et/ou les plus isolés d'entre eux
Indicator title :	IR3.1: Nombre de personne/jour par an participant aux séminaires de sensibilisation/détection
Indicator description :	Ces données proviendront essentiellement des grilles de participation élaborées dans le cadre des stratégies participatives avec les OSC identifiées dans les synergies: SHC (prévention en milieu scolaire), CRB (santé communautaire) et Dynamo Intl (personnels des centres d'accueil pour les enfants des rues/talibés).
Baseline :	0
Target Year 3 - 31/12/2024 :	100 p/j - 50F, 50H
Target Year 5 - 31/12/2026 :	100 p/j - 50F, 50H

Formulation of outcome or result :	Résultat 3 - demande: Les enfants souffrant d'un handicap auditif ou locomoteur disposent d'un meilleur accès (financier, géographique, culturel, institutionnel) à des soins de santé adéquats, particulièrement les plus démunis, les plus marginalisés et/ou les plus isolés d'entre eux
Indicator title :	IR3.2: Nombre d'enfants identifiés dans les structures sanitaires périphériques appuyées par le programme, et référencés de manière adéquate
Indicator description :	Cet indicateur vise à établir la fonctionnalité des référencement/contre-référencement concordant avec les PMA/PCA des structures sanitaires (cfr IO avec les études associées), en lien avec avec le volume des activités visant à les stimuler par le biais des coopérations inter-hospitalières et des missions itinérantes de prévention/détection (en ce compris les consultations sociales). Il s'agit du nombre d'enfants bénéficiant directement des prestations.
Baseline :	0
Target Year 3 - 31/12/2024 :	750 enfants (cumulé): 375F - 375G
Target Year 5 - 31/12/2026 :	750 enfants (cumulé): 375F - 375G

Formulation of outcome or result :	Résultat 3 - demande: Les enfants souffrant d'un handicap auditif ou locomoteur disposent d'un meilleur accès (financier, géographique, culturel, institutionnel) à des soins de santé adéquats, particulièrement les plus démunis, les plus marginalisés et/ou les plus isolés d'entre eux
Indicator title :	IR3.3: Proportion des enfants pris en charge au CHNEAR en situation d'accessibilité fragile
Indicator description :	La grille des monitorings du CHNEAR est déjà adaptée (études en cours) aux données géographiques (hors-zone Dakar), financières (données du service social et du service financier) et socio-culturelle des enfants (qualitatif lors des entretiens). La proportion sera établie en divisant le nombre d'enfant en situation d'accès fragile par le nombre d'enfants total pris en charges dans les services et pour les pathologies visées
Baseline :	0
Target Year 3 - 31/12/2024 :	+5%
Target Year 5 - 31/12/2026 :	+5%

Formulation of outcome or result :	Résultat 4 - gestion des connaissances: des groupes et réseaux de pairs ORL/orthopédie sont constitués, des référentiels exploitables à des fins de partages de bonnes pratiques en général, et d'éclairages/plaidoyers vis à vis des décideurs sanitaires nationaux et internationaux sont produits et diffusés.
Indicator title :	IR4.1: nombre de groupes et réseaux de pairs constitués et fonctionnels
Indicator description :	Il peut s'agir ici de plateformes formelles ou informelles, visant principalement à établir des cartographies claires par bassin de compétences, facilitant les référencement et contre-référencement des patients sur les pathologies visées par le programme. Les partages concerneront également les capitalisations de bonnes pratiques et les études. En priorité: la prise en charge de la malentendance et des handicaps locomoteurs (y compris dans leur dimension revalidation/prothèses-orthèses)
Baseline :	0
Target Year 3 - 31/12/2024 :	1
Target Year 5 - 31/12/2026 :	2

Formulation of outcome or result :	Résultat 4 - gestion des connaissances: des groupes et réseaux de pairs ORL/orthopédie sont constitués, des référentiels exploitables à des fins de partages de bonnes pratiques en général, et d'éclairages/plaidoyers vis à vis des décideurs sanitaires nationaux et internationaux sont produits et diffusés.
Indicator title :	IR4.2: nombre de référentiels produits et diffusés
Indicator description :	Le terme "référentiel" est assez large et couvre la production de: capitalisation de bonnes pratiques partagées en réseau (les pairs, , les espaces de concertation multi-acteurs tels que les CSC mais aussi ceux animant les débats sur la CSU), modules de formation, outils, études spécifiques. Ils seront à la fois sectoriels et inter-sectoriels ("one health"), et seront diffusés au sein d'espaces de gestion des connaissances ou vers les autorités centrales.
Baseline :	0
Target Year 3 - 31/12/2024 :	3
Target Year 5 - 31/12/2026 :	3

Activities, targets groups and beneficiaries

Classification of activities

En lien avec la TOC, les axes stratégiques de la CDEB et le budget (voir les annexes):

AS1- organisation d'activités de coopérations médicales inter-hospitalières nationales et internationales avec prestations de soins partagées, dans le sens des "cascades de compétences" et des ressources (essentiels: de compétences, techniques, médicaments et intrants) disponibles dans le pays, les régions, les départements pour les pathologies visées: transferts de savoirs et facilitations d'accès;

AS2 - apprentissages médico-techniques multi-disciplinaires de qualification (in et ex-situ), collaborations académiques (études) et soutien aux enseignements supérieurs (séminaires, compléments de cours lors de la présence d'experts internationaux);

AS3 - amélioration de la sécurité technique (infrastructure et équipements; maintenance préventive et corrective) et sanitaire (hygiène, prévention et contrôle des infections), avec une politique d'achat locale prioritaire, et avec un alignement critique sur les pratiques nationales (DIEM) pour l'harmonisation des maintenances;

AS4 - amélioration des accès financier, socio-culturel, géographique et institutionnel: alimentation, gestion et animation "triple regard" du fonds de solidarité par le partenaire AMS; stratégies collaboratives en santé communautaire (inclusion des plus fragiles, perception du handicap), scolaire (prévention de complications) et sociale (consultations pour les enfants des rues)

AS5 - renforcement des gouvernances clinique, de gestion, de décision: appuis in situ pour la production des plans stratégiques par service et inter-services, sur la structuration de projets qualité, la coordination des services de soins et de gestion; stimulation des canaux de remontées d'information vers le MSAS ou d'autres pourvoyeurs de ressources

AS6 - sensibilisation et plaidoyers pédiatriques (bâtiment de chirurgie)

AS7 - gestion des connaissances: stimulation des réseaux de pairs, production de référentiels utiles et diffusables

Target group(s)

Les acteurs de la gouvernance: les équipes de management du Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer -CHNEAR- (Direction, gestionnaires, chefs de service) et leur lien avec l'autorité sanitaire centrale;

Les acteurs de l'offre: les prestataires de soins du CHNEAR et ceux des structures sanitaires avec lesquelles ils collaborent dans le cadre du programme;

Les acteurs de la demande: les OSC représentatives des usagers avec lesquelles AMS collabore dans le cadre des synergies

Beneficiaries

Les bénéficiaires directs: les enfants porteurs de handicaps auditifs ou locomoteurs des régions visées -> prévalences connues adaptées aux populations pédiatriques de Dakar, Kaolack et Thiès, soit 43% de la population totale (16.705.608 personnes*43% = 7.183.411) dont 41,63% de moins de 15 ans (= 2.990.454) *5,9% troubles auditifs (stat ANSD)*2% malformations, déformations et lésions (accidents routiers) orthopédiques = 240.000 enfants de moins de 15 ans

Title of the reference annex :	#H4A Sénégal - TOC CDEB et AMS
Title of the reference annex :	#H4A Sénégal - Analyse des risques

Description of tasks among associate ANGCs

Il n'y a pas ici réellement d'"ANGC associées" dans un sens d'actions conjointes avec transferts de fonds. Cependant, la CDEB s'appuie sur une stratégie collaborative forte pour couvrir au mieux tous les aspects liés à la problématique de l'accès aux soins de santé de qualité, acceptables et finançables par la population et l'État.

° Collaborations techniques et complémentarités financières avec la Chaîne de l'Espoir France (CDEF) et la Chaîne de l'Espoir Luxembourg (CDEL) pour l'amélioration de l'offre. L'entière prise en charge des enfants atteints de troubles auditifs est réalisé par la CDEL, et les liens avec la CDEF s'articulent autour des collaborations académiques sur les enseignements en chirurgie pédiatrique, ainsi que sur les apprentissages biomédicaux et d'anesthésie-réanimation avec la CDEF. Des réunions conjointes sur ces collaborations ont lieu trimestriellement par le biais de la couple "Chain of Hope Europe" (6 membres)

° Les collaborations avec Sensorial Handicap Cooperation (SHC), Croix Rouge de Belgique (CRB) et Dynamo International (DI) pour l'amélioration de la demande: une rubrique budgétaire a été alimentée sur ces collaborations spécifiques, visant à 1. introduire des modules de sensibilisations communautaires sur la perception des handicaps et les trajets de l'enfant vers les lignes médicales (CRB), 2. faire un meilleur lien avec la prévention en milieu scolaire et améliorer les détections des troubles auditifs chez l'enfant via des visites médicales (SHC), 3. procéder à des consultations sociales dans les espaces d'accueil pour les enfants des rues, exclus des circuits de soins (OSC soutenues par Dynamo International). Des réunions de coordination ont également prévues trimestriellement (planifications, organisations et suivis) au Sénégal et en Belgique.

° Les collaborations larges avec les OSC et ANCG du #H4A et du CSC Sénégal pour l'amélioration de la gouvernance et de la gestion des connaissances: on pense ici spécifiquement aux outils de gouvernance clinique "MEET" (Meaningful participation, Empowerment, Equality, Transparency) de Médecins Sans Vacances ("Trajet de Renforcement de Capacités" hospitaliers - méthode d'élaboration de plans stratégiques et de leur fonctionnalité) et de la Chaîne de l'Espoir Belgique ("Projets Qualité" hospitaliers qui permettent de structurer de manière SMART un projet de service autour d'une série de critères, qui sont évalués et suivis par les pairs) qui seront consolidés et adaptés dans les différents pays du #H4A, pour être ensuite partagés au sein d'Espaces collectifs de Gestion des Connaissances (CSC par exemple) pour capitalisations de bonnes pratiques. Les trois ANCG du #H4A se rencontrent également trimestriellement.

Description of the Relevance

L'outcome s'inscrit dans les droites lignes des politiques nationales, et tout particulièrement du PNDS ou à la loi d'orientation sociale (LOS) de 2010 qui promeut la promotion des droits des personnes handicapées tel que cela est déjà énoncé dans les éléments de contexte du CSC (pas de répétition dans ce chapitre). Il faut noter à ce sujet que la participation d'AMS et de la CDEB dans l'élaboration de la cible santé a été très importante, en collaboration avec la Croix-Rouge de Belgique qui en était le lead, au vu du peu d'OSC/ANGC santé présentes dans le CSC Sénégal. Les statistiques et observations y figurant proviennent à la fois du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, de l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie.

Plus spécifiquement, concernant les pathologies et personnes-cibles visées par l'outcome, il convient de rappeler que la prévalence des maladies congénitales nécessitant des soins spécifiques tels que ceux proposés dans les appuis AMS/CDEB est particulièrement élevée dans certaines parties du pays en raison de la problématique de la consanguinité. Si l'on rajoute à cela les complications infectieuses (détection trop tardives, pas de traitement adéquat de l'infection notamment pour la problématique des troubles auditifs) et les ravages que font les accidents de la route (orthopédie), les besoins en chirurgies sont incalculables (de récentes études du Lancet estiment que la chirurgie apporte une réponse positive à 10% des pathologies, dont bien sûr les accouchements par césarienne).

Concernant la problématique spécifique de la malentendance, il n'existe que de très rares données accessibles concernant le recensement au Sénégal des enfants souffrant d'un déficit auditif et si l'on trouve quelques rares écoles « inclusives » telles, par exemple, celle de Ruffisque (région Dakar) et de Mbour (est du pays), la problématique de la malentendance apparaît généralement sous-estimée voire négligée. Tout au plus évaluait-on en 2013, que 0,6% de l'ensemble de la population, soit à l'époque près de 100.000 personnes, souffraient de problèmes auditifs allant de pathologies légères à la surdité totale. Ramenés aux chiffres de la population âgée de moins de 15 ans en 2020, près de 42.000 enfants au moins souffriraient aujourd'hui de malentendance. Les chiffres plus récents relayés par les spécialistes de la place communiquent une prévalence estimée par l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie à 5,9% intéressée par un trouble auditif, soit 850 000 personnes environ, soit ici une estimation de **353.855 enfants dans le pays**. L'écart est énorme et se justifie probablement par l'entendement de « problème » ou « trouble » auditif. Selon L'OMS 360 millions de sourds dans le monde dont 32 millions enfants et 90% de ces personnes présentant un handicap auditif vivent dans les pays en développement. La prévalence élevée peut également s'expliquer par la persistance de certaines pratiques/coutumes sociales (consanguinité) dans des ménages vulnérables qui peuvent être à l'origine de maladies et de déficiences congénitales, notamment oculaires et auditives.

L'outcome et ses stratégies d'intervention s'inscrivent également de manière organique dans la TOC institutionnelle de la CDEB, qui a été co-construite par l'ANGC et ses partenaires sénégalais (AMS) et congolais (CHIRPA Asbl), qui eux-mêmes ont développé des collaborations fortes avec les acteurs-bénéficiaires principaux des précédents programmes. Elle a été produite en juin 2020 suite à des échanges et réflexions qui se sont étalés sur 2 ans de temps, et ont déterminé les "axes stratégiques" repris dans la typologie des activités et dans les budgets (comptabilité analytique adaptée aux axes). Elle figure en annexe sous l'intitulé "#H4A - TOC Sénégal".

L'intégration du genre dans l'outcome ne se traduit pas par des activités spécifiques, mais suit l'approche "gender mainstreaming" en intégrant des données sexo-spécifiques patients dans les statistiques de prestations de soins et des études, ainsi que dans les listes de participation des apprenants, et ce, depuis le programme précédent. Outre le système de veille qui est mis en place et qui, jusqu'ici, n'a pas révélé de déséquilibre particulier (ces constats sont partagés au sein du CSC Sénégal), AMS et CDEB ambitionnent de pouvoir améliorer la qualité et la rigueur de ce type de données (études) afin d'influencer les pratiques statistiques des hôpitaux (plus de systématisme) et la complétude des données SNIS sur le sujet. Il s'agit d'un chantier qui sera mené dans ce programme-ci.

Dans la même logique, l'intégration des données environnementales dans l'outcome ne donne pas lieu à des activités spécifiques, mais se traduit de manière plus transversale dans les choix technologiques à effectuer, par exemple, pour des achats d'équipement (cahiers des charges types partagés au sein du #H4A notamment, avec expertise de MSV sur le sujet). De même, CDEB/AMS soutient les démarches de la direction du CHNEAR sur la construction d'un "bâtiment vert" en chirurgie, en intégrant ce sujet dans des démarches de plaidoyers partagés afin de pouvoir influencer sur la mise à disposition de ressources financières spécifiques. Enfin, une attention particulière est portée aux déplacements, circonscrivant strictement ceux-ci dans les "nécessaires", lorsqu'un appui à distance ne permet pas d'atteindre certains résultats (apprentissage de gestes, par exemple).

Cet aspect des apprentissages fait un lien avec les "méthodes pédagogiques" des apprentissages en général, qui privilégient aussi bien dans les aspects médico-techniques que ceux de gestion des "co-pratiques". À distance (benchlearning) ou en présentiel (bedlearning) pour le médico-technique, et par le biais des outils "MEET" (planifications et évaluations conjointes, espaces de rencontre stratégiques) pour la gestion.

Tout cet outcome s'inscrit dans la suite logique de l'outcome antérieur, en prenant largement en compte les "lessons learned" (voir plus bas) influant la méthodologie des appuis et l'élargissement du champ des interventions à la demande, à la gouvernance et à la gestion des connaissances.

Les cibles stratégiques auxquelles l'outcome contribue (cfr les énoncés ci-haut, à mettre en lien avec la typologie des activités): 3.1 - avec les activités liées aux accessibilités (alimentation, gestion, animation du fonds de solidarité; collaborations) de l'AS4; 3.2 - avec les activités liées aux appuis de l'offre (CHNEAR + hôpitaux périphériques via les coopérations médicales inter-hospitalières); 3.3 par le biais des missions de prévention/détection, notamment en milieu scolaire et par toute la remontée des données récoltées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (de la communauté au niveau tertiaire) à partager avec les autorités sanitaires centrales.

Les acteurs principaux qui agiront sur le changement durable et qui bénéficient de l'essentiel des ressources mises à disposition sont: le partenaire Assistance Médicale Sénégal (Gouvernance, gestion des connaissances); le Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer et ses personnels de santé/de management et enseignants, particulièrement ceux qui sont engagés autour des valeurs de qualité et d'accessibilité ("personnes-ressources" de coopération incontournable, qui sont des moteurs); l'Université Cheikh Anta Diop (lien à resserrer entre les besoins professionnel et l'offre académique/d'enseignement supérieur); les OSC et ACNG actives dans le champ de la demande pour permettre un lien complet avec tous les acteurs du circuit de référencement.

Description of Coherence

La cohérence externe

L'outcome proposé par AMS/CDEB est particulièrement spécifique par rapport aux autres acteurs ACNG présents au Sénégal, dans le sens où il est le seul à proposer des composantes visant à améliorer la qualité, continuité, disponibilité et acceptabilité de ce type de soins à ce niveau de la pyramide sanitaire, dans la région de Dakar, et sur cette population-cible.

Des complémentarités sectorielles ont toutefois été identifiées avec Action Damien, qui envisage une action au Sénégal, sur la prise en charge des détresses respiratoires chez l'enfant, combinant la complémentarité avec CDEF sur ce sujet, spécifiquement dans le contexte Covid-19, l'hôpital que cette dernière appuie ayant été centre de traitement pour les cas graves Covid. Sectoriellement encore, la complémentarité avec la Chaîne de l'Espoir Luxembourg a déjà été largement démontrée (volet malentendance), et des "ponts" sont construits avec LUXDEV et ENABEL, notamment sur les prises en charge d'urgences de jeunes enfants au niveau des anesthésies-réanimation.

Enfin, tel que cela a déjà été indiqué également, CDEB/AMS ont très largement axé leur stratégie collaborative pour ce programme dans les complémentarités géographiques et concernant les groupes-cibles: les enfants porteurs de handicaps dans les régions de Dakar, Thiès et Kaolack, avec la problématique des accessibilités et les actions conjointes (complémentarités de financements sans transferts de fonds) CRB, SHC et Dynamo Intl.

La cohérence interne

La cohérence entre l'outcome et la TOC est visible d'un premier coup d'oeil, celle-ci ayant été construite de la manière la plus transposable possible en stratégies d'intervention, autour des quatre voies de changement principales que sont la gouvernance, l'offre, la demande et la gestion des connaissances. Le changement ultime est transposable en outcome, et les voies de changements intermédiaires situées dans la sphère de contrôle en output. Ce sont les interactions avec les autres acteurs au sein des espaces de gestion des connaissances qui mènent aux voies de changement principales, situées dans la sphère d'influence et menant au changement ultime.

Enfin, la cohérence interne de l'outcome se traduit aussi par les complémentarités entre 1. les acteurs du #H4A (outcomes partagés au Bénin et en RDC), à travers les travaux et partages d'outils/de méthodes de gouvernance clinique (trajet de renforcement de capacités et projets qualité hospitaliers), d'achat et de maintenance d'équipements biomédicaux, et de collecte de données spécifiques dans le sens d'une intégration dans les informations de santé publique et, 2. ULB-Coopération, avec qui la CDEB partage un outcome en RDC, à travers les partages d'outils sur la recherche-action, envisagée de manière très transversale pour tout le programme. Des échanges spécifiques auront par ailleurs lieu au Sénégal avec ULBC sur les thématiques "one health" inter-sectorielles, visant à intégrer des données de la biodiversité et de la sécurité alimentaire dans la problématique de certaines pathologies pédiatriques.

Description of Effectiveness

Le caractère réaliste et réalisable de l'outcome et des résultats attendus, en lien avec la TOC

La CDEB et AMS ont dès le départ envisagé la construction d'une TOC institutionnelle partagée prenant en compte deux écueils des "lessons learned":

- le premier basé sur des résultats mitigés de précédents projets, dont l'explication, à la suite d'une évaluation externe en 2016, pointait la fixation d'un outcome dans les sphères très/trop élevées d'influence avec une multitude d'enchaînements probables ne supportant pas le moindre changement de contexte;
- le deuxième basé sur les résultats mitigés également du programme 2017-2021 (SENPEP-I) en 2019, qui ont donné lieu à deux séances de travail collectives: une entre CDEB et AMS pendant 2 jours à Bruxelles, et une entre AMS et tous les chefs de services du Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer (CHNEAR) appuyés par le SENPEP-I pendant 3 jours. Ces deux séances ont révélé: 1. d'une part, une correspondance parfois trop peu démontrée entre la tenue des coopérations médicales internationales (transferts de savoirs assez pointus) et les besoins réels du CHNEAR (plateaux techniques défaillants) et 2. d'autre part une insuffisance très nette de moyens sur les appuis à la gouvernance clinique, les services de soins du CHNEAR étant très fragmentés et peu reliés à la direction/gestion de l'hôpital, qui validait certaines options d'appui sans réelle coordination avec les chefs de service. La nécessité d'un appui externe plus continu restimulant un meilleur lien et une meilleure coordination entre les acteurs de l'hôpital a rapidement été relevée, et même demandée par les chefs de service et la direction eux-mêmes: certainement pas substitutif, mais apte à proposer du temps et des compétences pour recréer un dispositif fonctionnel et approprié par tout le monde.

Ces considérations ont très fortement influencé la structuration de la TOC et "l'élargissement du regard" vers d'autres acteurs et facteurs, trop peu pris en considération lors du SENPEP, très axé sur l'offre de soins, et disposant par ailleurs d'un budget opérationnel trop réduit pour assurer un appui plus continu et plus large.

En conséquence, les travaux pour l'amélioration de l'efficacité du programme concernant la durabilité de l'amélioration de l'offre ont porté sur:

- l'intégration d'un volet "gouvernance clinique" important, proposant à la fois un dispositif de planification et réalisation de projets qualité au sein des services et inter-services, qui a été "importé" d'une pratique réalisée par la CDEB et ULBC en R.D.Congo ("projets qualité" hospitaliers), et qui permet de mieux intégrer les activités dans une réflexion stratégique portée par les acteurs eux-mêmes, et également un appui technique plus continu sur le site de l'hôpital permettant de former les acteurs à certaines pratiques managériales autour de la planification et de la réalisation de ces projets;
- une meilleure prise en considération de la problématique majeure de la sécurité technique et sanitaire des services, affectant de manière écrasante leur fonctionnalité, et par voie de conséquence les prestations de soins elles-mêmes. Le CHNEAR ne disposant pas de beaucoup de ressources financières (recettes patients limitées du à son mandat social, limites des subsides du ministère affectant trop peu de moyens aux investissements et fonctionnements), il a été décidé d'affecter plus de ressources dans l'accompagnement des plaidoyers de l'hôpital visant à mobiliser d'autres ressources externes, telles que celles du secteur privé (RSE, avec déjà quelques succès) pour les investissements, et dans les accompagnements au service de maintenance biomédicale et de l'hygiène (quelques ajustements lors du précédent programme).

De même, CDEB/AMS ont observé l'extrême limite des effets positifs des appuis sur la demande, celle-ci étant quelque peu reléguée aux sphères de l'impact en comptant sur les circuits de référencements existants du système de soins de santé du pays. À nouveau, une politique stratégique collaborative permettant de les stimuler a été mise en place lors de ce programme-ci.

Enfin, le manque de capacités en termes de capitalisation des bonnes pratiques a provoqué une certaine inertie dans les progrès réalisés au sein de l'hôpital (recommencements sans fin de certaines recommandations, formations,...) et a limité les partages avec d'autres acteurs du système santé, dont les interactions sont pourtant cruciales pour amplifier certains effets positifs vers des impacts plus durables. Tout le programme a donc cette fois été pensé comme une "recherche-action", en affectant de moyens permettant de réaliser des études rigoureuses (cruciales pour le système de monitoring et l'évaluation de la fonctionnalité des référencements), de capitaliser les bonnes pratiques pour les faire évoluer vers des référentiels partageables et utiles en termes d'éclairages, et de motiver les plaidoyers sur base de données démontrées "evidence based".

En conséquence, il a été décidé de construire la TOC sur ces quatre voies de changement (gouvernance, offre, demande, gestion des connaissances) transposables en output, dont la combinaison est indispensable pour l'atteinte de l'outcome.

Le lien entre les résultats attendus et l'outcome

Dans la logique de ce qui vient d'être expliqué plus haut, les résultats ont tous été construits comme étant intrinsèquement liés à l'outcome, qui peut être "désagrégée" autour de ces axes:

- les outils de gouvernance clinique permettront d'agir sur la défragmentation des services, la motivation des personnels (totalement impliqués dans les phases de planification, réalisation, évaluation de leurs propres projets), l'interrelation des besoins de chacun, l'amélioration d'un circuit patient harmonisé pour le CHNEAR; et d'agir de manière plus globale sur leurs liens avec les hôpitaux périphériques, la qualité, la continuité et l'acceptabilité des soins;
- la prise en considération plus large des besoins liés à l'offre, de manière **flexible: l'enveloppe "renforcements de capacités"**, incluant les possibilités de coopérations médicales internationales, **seront traduites en plan d'action opérationnels fixés par un comité qualité incluant les chefs de services et la direction** et pourront varier d'une année à l'autre selon les moyens à mobiliser / projets à réaliser pour atteindre les objectifs fixés dans une convention de partenariat AMS/CHNEAR découlant de l'outcome axé "enfants porteurs de handicaps" en lien avec leurs besoins (évitant notamment la discontinuité dans les soins, et proposant des caps réalistes);
- la stimulation des circuits de référencement, et les dispositifs de facilitations du trajet patient autour des accès multi-dimensionnels, qui doivent permettre aux enfants plus isolés, vulnérables ou marginalisés d'être inclus dans le circuit existant;
- enfin, l'axe de la gestion des connaissances, qui permet a minima **d'évaluer régulièrement et rigoureusement les progrès** attendus des actions au travers d'une **étude qui sera menée par les prestataires de soins et les médecins-étudiants en spécialisation (DES)** sur les deux pathologies visées par le programme, **à tous les niveaux du circuit de référencement de la pyramide sanitaire**

Le monitoring, les baselines et l'utilisation des données dans le cadre des évaluations

Dans la suite logique de ce qui vient d'être exposé précédemment, la plupart des indicateurs proviendront de cette "grille multi-données" qui a commencé à être établie par un comité scientifique (référénts prestataires de soins/enseignants belges et sénégalais), et qui sera intégrée dans la matrice de monitoring AMS/CDEB.

Les baselines quantitatives proposées dans le cadre logique proviennent des mesures du précédent programme (nombre d'enfants pris en charge en mission, hors missions sur les pathologies spécifiques; nombre de participants aux sessions d'apprentissages; nombre de plaidoyers aboutis; nombre de référentiels produits) et sont faciles à récolter: elles donnent une bonne idée de la "santé" des activités proprement dites.

Les baselines qualitatives doivent quant à elles être encore retravaillées, et feront l'objet d'une évaluation externe au terme du programme actuel: les scores de performance des services appuyés sont déjà utilisés et intégrés dans les rapports à la DGD (cfr explication des indicateurs: échelle de 1 à 5 multi-critères) et expriment assez bien les progrès ou les régressions, sur base d'informations narratives provenant des équipes participant aux coopérations médicales internationales. Elles ont été appréciées au cours de l'évaluation du SES de la DGD pour l'accréditation sur la capacité à l'auto-évaluation, dont la CDEB dispose jusque fin 2021. Elles doivent encore être complétées et objectivées. Ces indicateurs ont donc été formulés sous forme "d'évolution de score", la valeur "0" représentant le score de base qui aura été déterminé à l'entame du programme.

Les scores liés à l'équité proviendront des enquêtes narratives entre les prestataires et les patients (stimulation de l'approche patient-partenaire et de la parole donnée aux enfants): une collaboration avec ULBC est prévue sur ce score spécifique dans le cadre de l'approche patient-partenaire (travaux de l'outcome commun en RDC).

La prise en compte des enfants marginalisés et le traitement de l'écueil "médecine à deux vitesses"

Cet aspect de l'efficacité est traité dans le cadre des actions de collaboration avec Dynamo International (consultations sociales effectuées dans les centres d'accueil d'enfants des rues) et de SHC et CRB, qui seront tous les trois inclus dans les réflexions et les animations du fonds de solidarité. L'écueil éventuel de ce dispositif est de créer une "médecine à deux vitesses": à savoir que les montants mobilisés, toujours en complémentarité avec les dispositifs existants au sein du CHNEAR (rubrique budgétaire pour les "cas sociaux", terme utilisé pour les familles indigentes), des préfectures et des mutuelles/assurances existantes, ne seront que les montants... disponibles. Et qu'une priorité de facto sera mise sur les enfants provenant des groupes-cibles identifiés par le programme, malheureusement au détriment des autres. Les réflexions partagées entre acteurs à ce stade sur cet écueil ont mené aux pistes suivantes:

- la gestion du circuit des montants couvrant tout ou une partie des factures émises par l'hôpital se fait actuellement patient par patient, en lien avec les services sociaux et financiers du CHNEAR. Le circuit une fois bien éprouvé, fonctionnel, audité il est envisagé de transférer les montants directement sur la rubrique/le compte dédié "cas sociaux" de l'hôpital, sans faire de distinction entre les patients "AMS" et "non-AMS";
- les réflexions "triple regard" autour de la gestion des dossiers du fonds de solidarité, incluant des acteurs de l'offre, la demande (y compris des plateformes de prestataires sociaux, en lien avec les activités de Solidarité Mondiale) et de la régulation (dont SONU) sont appelés à produire ou capitaliser des idées de dispositifs réalistes, incluant le secteur privé (le MSAS a mené une étude récente sur le sujet de l'intégration du secteur privé dans le financement de la santé), qui pourraient amener à faire évoluer les pistes de solution...

Description of Efficiency

RAPPEL: un bug du portail empêche la CDEB d'accéder à la partie des descriptifs budgétaires: ce problème a été communiqué à la DGD (A.Van Hove) le 29.07, sans solution trouvée. Les informations se trouvent dans l'annexe budgétaire #H4A - Sénégal

L'efficacité de l'outcome peut être appréciée autour des quelques éléments spécifiques suivants:

- la capacité du partenaire AMS, dont la partie des activités privées et génératrices de revenus (bien distincte juridiquement des activités sociales) à couvrir une série de coûts non-pris en compte dans le programme, dont ses services logistiques et de secrétariat, ou encore les moyens qui ont déjà été mis dans le recrutement d'une administratrice programme (fonds propres AMS) permettant le suivi opérationnel de qualité des activités en cours pendant l'exercice stratégique actuel;
- la non-valorisation des coûts-salaires des volontaires des équipes de coopérations médicales internationales, permettant de réduire le budget de minimum 75.000€;
- le principe des compétences "en cascade" et de la mobilisation de ressources internationales très strictement circonscrite à la non-disponibilité de ces ressources au niveau local (limite des déplacements ou frais de transport internationaux);
- la stratégie partenariale forte de la CDEB, qui collabore exclusivement avec des OSC nationales de le cadre de ses programmes, évitant par les les coûts liés aux expatriations (politique d'empowerment);
- les partages larges au sein du #H4A d'outils, de méthodes, de bonnes pratiques, de connaissances, permettant d'éviter les coûts d'opportunité liés à des élaborations ou des productions individuelles (outils de gouvernance clinique, d'évaluations, cahiers de charges,...);
- la stratégie collaborative sur les aspects de la demande avec des OSC/ACNG professionnelles sur le sujet;
- l'inclusion d'apports complémentaires provenant du secteur privé sénégalais (entreprises disposant d'une RSE), notamment sur l'alimentation des fonds de solidarité ou sur la couverture de financements exceptionnels;
- les collaborations au niveau de l'offre avec les Chaînes de l'Espoir Luxembourg et France, et les partages d'apprentissages médico-techniques systématiques qui auront lieu entre elles pour le "collectif" des apprenants.

Ces économies d'échelle et le principe de la mutualisation rendue possible également au sein des réseaux organisés de pairs, de comités de collaboration, ou d'espaces collectifs de gestion des connaissances sont rendues possibles notamment en raison du choix d'affecter 20% des moyens du budget au renforcement de capacités du partenaire AMS. 11% de ces moyens ont été affectés au recrutement local d'une responsable de projets de compétence internationale durant les 3 premières années du programme au vu de l'importance que revêt l'aspect de gouvernance (tel qu'expliqué dans l'efficacité), et la mise en place de certains outils de gestion et de capitalisation des pratiques.

L'effort principal porte sur le développement de l'offre de soins, par le biais du renforcement de capacités du CHNEAR (près de 30% des CO), l'hôpital d'enfants national de niveau tertiaire agissant comme pôle de compétences professionnelles pédiatriques et au vu de son statut de CHU, mais aussi en tant qu' hôpital de formation pour les autres structures/prestataires de soins du pays (11% des coûts) : les apprentissages et partages d'apprentissages médico-techniques se réaliseront soit sur le site, soit via des activités de coopérations médicales nationales itinérantes dans les régions de Thiès et Kaolack (régions de concentration des acteurs de la coopération belge).

Description of the expected Impact

Les impacts attendus tels que présentés dans la TOC relèvent:

- un premier changement espéré sur la défragmentation des structures de soins: en stimulant les réseaux de pairs autour de l'ORL et l'orthopédie, en invitant systématiquement les prestataires de soins des hôpitaux de référence régionale lors des sessions d'apprentissages sur les soins spécialisés et les chirurgies, en organisant les coopérations médicales inter-hospitalières sous forme de missions nationales itinérantes (persistance des échanges, mise en réseau plus forte);
- une meilleure inclusion des enfants marginalisés dans les circuits de soins, en intégrant plus systématiquement les OSC les encadrant dans les réflexions sur le financement des soins de qualité (dispositifs réalistes et inclusifs);
- un lien plus fort (plus réaliste?) entre l'offre pédagogique et les besoins professionnels en santé, bien que la qualité de l'enseignement en santé au Sénégal bien plus élevée que dans les pays de la sous-région ou en Afrique francophone;
- une propagation plus large de "bonnes pratiques" sur la prise en charge des enfants porteurs d'un handicap auditif ou locomoteur, par le biais des partages au sein des réseaux de pairs ou encore des partages d'apprentissages en séminaire, contribuant par là à la baisse de la morbi-mortalité infantile dans le pays;
- une sensibilité plus forte des personnels de santé sur l'approche de soins centrés sur le patient, ou du patient-partenaire, par le biais des enquêtes d'"équité" dont ils auront la charge dans le cadre des études à mener.

Description of Sustainability

La durabilité technique et institutionnelle

Le programme a été entièrement co-construit par AMS et la CDEB, qui dispose de toutes les compétences médico-techniques requises. Le renforcement de capacités vise surtout à transmettre des compétences de gestion d'un programme de développement "international", visant à élargir les possibilités d'aller capter d'autres ressources externes.

La question de la durabilité technique pourrait aussi être abordée sous l'angle du maintien en poste des personnels qualifiés auprès des acteurs de changement principaux afin d'assurer une continuité de soins de qualité, tels que les référents du CHNEAR, en agissant sur leur motivation (intégration dans des études publiables, détermination de leurs formations -andragogie) et leur cadre de travail (infrastructure et équipement principalement).

La durabilité financière

Voir stratégie de partenariat: activités génératrices de revenus existantes d'AMS, améliorant des capacités à aller chercher d'autres subsides de développement

La durabilité sociale

Est abordée par le biais d'une meilleure inclusion des groupes-cibles dans les "solutions de changement" ou actions de l'intervention: très largement abordé dans l'efficacité avec les méthodes "projets qualité" pour l'offre et de l'inclusion de l'approche "triple regard" dans les réflexions sur les accès

Les effets multiplicateurs (hypothèse principale de la TOC)

Très largement évoqués dans les précédents chapitres, notamment dans l'efficacité, puisqu'ils ont déterminé la quatrième voie de changement: la gestion des connaissances, incluant les acteurs du système santé dans le sens large (secteur académique, secteur privé,...), ainsi que toutes les stratégies collaboratives de la CDEB pour amplifier les effets positifs de ses appuis "individuels".

On pourrait aussi élargir la réflexion des "effets multiplicateurs" autour de la notion de "coopérants". En effet, l'outcome mobilise une série de personnes-ressources très engagées, dont on peut notamment apprécier l'engagement sur base de leur volontariat: lors des missions de coopérations médicales internationales (volontaires Chaîne de l'Espoir Belgique), mais aussi sur les nombreux "surplus de temps" consacrés à faire progresser et bouger les lignes. Ceci a été observé tout au long des années chez les partenaires comme chez certains référents/prestataires de soins, dont la détermination est mesurable notamment de cette manière. **L'engagement des personnes, des coopérants** est incontournable dans les effets multiplicateurs également.

Description of the Partnership Strategy

Il faut ici préciser que la stratégie partenariale de la CDEB fait une place très large aux acteurs locaux, puisque l'ONG estime depuis le début de sa création et de ses activités que cela détermine très fortement le niveau de probabilité des cascades de changements espérés à la suite des interventions. Comme pour le reste des activités, la mobilisation de ressources internationales n'est envisagée que lorsque l'expertise locale n'est pas encore suffisamment adaptée aux exigences techniques et/ou de management des activités à mettre en œuvre : elle ne les mobilisera, à partir de son siège, qu'à la demande de son partenaire local.

En somme, elle estime que la légitimité de toute la TOC (il ne s'agit donc pas d'une hypothèse mais d'une valeur), l'efficacité des cascades de changements induites dès la base, et la solidité-durabilité de toutes les étapes de changements par la suite sont conditionnées par le fait que **les acteurs locaux sont en charge de leurs propres changements (base du pilier gouvernance - pas de substitution, seulement des stimulations visant l'empowerment)**.

Sur l'esprit de la collaboration, il faut noter que les deux partenaires (CDB et AMS) se connaissent déjà depuis 6 ans et s'accordent pour définir le renforcement des capacités comme un processus dynamique d'apprentissage mutuel : la place pour un espace de rencontre stratégique équilibrée est cruciale dans la relation.

Les renforcements de capacité partenariaux se définissent comme la mobilisation de plusieurs ressources – humaines, de compétence ; techniques ; financières – visant à assurer les aspects liés à la durabilité du programme et de ses effets ou changements positifs. Il doit pour cela bénéficier d'un ancrage local solide, réduisant graduellement les besoins de mobilisation de l'aide extérieure au développement (indépendance de gestion, de plaidoyer, d'encadrements techniques,...) Parmi elles :

- Appuis méthodologiques et techniques visant à renforcer la capacité locale à 1) mobiliser d'autres ressources extérieures (bailleurs de fonds, entreprises privées, autorités publiques) servant les objectifs larges du programme induisant des compétences de gestion et de plaidoyer et 2) produire des modules et appuis de renforcement de capacités hospitalières (relations AMS/CHNEAR) ;
- Financements permettant de consolider les outils et qualifications des équipes AMS et CDEB (échanges) sur les prises de décision et l'exécution des activités nécessaires à la mise en œuvre du programme;
- Ressources médicales et techniques (outils, RH) internationales pour l'encadrement des activités de coopération médicale dans le pays (formation de formateurs, notamment sur les soins préventifs et curatifs de première/deuxième ligne).

Ces axes de renforcement de capacités se traduisent principalement par la mobilisation de compétences extérieures (missions internationales de formations, consultations locales pour les audits financiers ou organisationnels) et par le financement de frais de fonctionnement/investissement pour la structure proprement dite.

AMS est par ailleurs également renforcée sur sa propre capacité à effectuer du renforcement de capacités hospitalières. Une convention lie par ailleurs déjà AMS et le CHNEAR, fixant déjà des résultats clairs sur la collaboration 2017-2021, avec rencontres régulières, au sein d'un comité de coordination et un document d'expression des besoins qui a par ailleurs été transmis pour la période 2022-2026 (avec annualisation via les "projets qualité" annuels).

Assistance Médicale Sénégal dispose de plusieurs « axes » d'ancrage dans la société civile du pays :

- Par le biais de sa participation très régulière aux échanges et travaux produits au sein des espaces de réflexion collective rassemblant les OSC belges et sénégalaises bénéficiant des financements de la coopération belge (synergies, complémentarités, collaborations, ...): *sa contribution à la cible santé du CSC est à ce sujet démontrable*
- Par le biais de l'activité génératrice de revenus menée par son directeur – le Docteur Correa – (médecine d'urgence, médecine du travail), lui ouvrant beaucoup de portes dans un écosystème large d'acteurs publics ou privés, qu'il sensibilise avec succès (participations financières au Fond de Solidarité, mécénat de compétences, achat d'équipements complémentaires, ...);
- Par le biais de ses réseaux médicaux (études, pratique, programme SAMU), lui permettant un accès très aisé auprès de « décideurs en santé » (chefs de service, professeurs d'université, directeurs d'établissements, personnel politique et administratif de ministères, ambassades,...) ou des opportunités de collaboration avec d'autres OSC (Croix Rouge sénégalaise, ...)

Il faut également noter qu'AMS met à disposition du programme ses propres ressources, générées par des activités génératrices de revenus : un chef de projet a été engagé sur fonds propres depuis le 1^{er} juin à mi-temps puis à temps plein dès septembre, afin qu'il/elle puisse être formé/e efficacement avant sa prise de fonction pour la période 2022-2026 (basculement du salaire sur les subsides institutionnels).

La stratégie de désengagement de la CDEB est par voie de conséquence strictement circonscrite aux capacités de "gestion de programmes" d'AMS, et à la réduction graduelle d'éventuels subsides avec la diversification espérée des ressources de financements d'AMS sur le renforcement des soins de santé pédiatriques.

Description of Synergies

Les synergies et complémentarités d'AMS/CDEB avec les autres acteurs ont déjà été largement abordées dans les précédents chapitres. Il est utile cependant de les reprendre par acteur, et de préciser qu'aucune d'entre elles n'induit un transfert de fonds d'acteur à acteur. Il s'agit de complémentarités budgétées par chacun d'eux, avec une mise en coordination régulière, au Sénégal comme en Belgique, sur les ressources à mobiliser, les planifications d'activité ou encore l'organisation de celles-ci.

Bien que des drafts de convention aient été établis pour certains de ces acteurs, il faut à nouveau rappeler que la "mise en opérationnalisation" formelle se passera entre elles et AMS.

Enfin, les collaborations et complémentarités principales de l'outcome sont schématisées de manière très claire dans l'annexe budgétaire du #H4A - Sénégal (codes couleurs en face des activités).

Les synergies et complémentarités autour de la gouvernance

- elles s'articulent principalement autour des partages d'outils de gouvernance clinique MEET (Meaningful Participation, Empowerment, Equality and Transparency) de Médecins sans Vacances et Chaîne de l'Espoir (acteurs du programme commun #Health4All, avec Memisa);
- et par le biais des partages avec les autres acteurs du NYOFAR, cible 5 du CSC Sénégal

Les synergies et complémentarités autour de l'offre

- Chaîne de l'Espoir Luxembourg: co-réalisation de l'outcome, en particulier sur les aspects de renforcements médico-techniques ORL liés à la lutte contre la malentendance infantile;
- Chaîne de l'Espoir France: propose un appui depuis plusieurs années au Centre de Chirurgie Cardiaque Pédiatrique Cuomo, hébergé par le CHU de Fann, situé sur le même site que le Centre National Hospitalier d'Enfants Albert Royer soutenu par AMS/CDEB. Les collaborations se traduisent principalement autour de la co-réalisation des appuis aux enseignements ouest-africains en chirurgie pédiatrique (organisation de séminaires à Dakar notamment, avec retransmissions d'interventions à destination des étudiants et prestataires de soins du pays), et des partages de formations en maintenance biomédicale, hygiène, ou médico-techniques multidisciplinaires autour des chirurgies pédiatriques

Les synergies et complémentarités autour de la demande

- La Chaîne de l'Espoir France participe également à l'alimentation d'un fonds de solidarité "cardiaque", qui sera à terme partagé avec celui d'AMS, et a fait construire une "maison d'enfants" sur le site hospitalier, permettant aux familles plus vulnérables (ou provenant de régions éloignées), de se loger sur place pendant les épisodes santé de leurs enfants;
- Dynamo International (DI): organisation de consultations médicales réalisées par les médecins en spécialisation, pédiatres ou chirurgiens collaborant avec CDEB/AMS dans les OSC/centres d'accueil d'enfants des rues soutenues par DI (partages des coûts: les coûts liés aux prestations de soins sont à la charge d'AMS/CDEB, les coûts liés à l'organisation des consultations sont à charge de DI);
- Sensorial Handicap Cooperation (SHC): collaborations autour de la détection et la prise en charge précoce des enfants atteints de troubles auditifs, notamment en milieu scolaire ou via des visites médicales organisées au sein du CHNEAR; amélioration des prises en charge médicales plus spécialisées des enfants en scolarité spécialisée au Centre Verbo-Tonal de Dakar (situé à 500m du CHNEAR);
- Croix rouge de Belgique: collaborations envisagées autour de la sensibilisation de la communauté sur la prise en considération du handicap et sur les démarches à effectuer vers les lignes médicales (accessibilité socio-culturelle)

Les synergies autour de la gestion des connaissances: alignement avec les observations de la cible NYOFAR du CSC

NYOFAR: participations autour notamment des thématiques inter-sectorielles liées notamment au "one health", en faisant le lien avec des acteurs agissant sur la biodiversité, l'environnement et la sécurité alimentaire (malnutrition).

Plus largement, les études et recherche-action qui seront menées tout au long du programme seront encadrées par des référents académiques sénégalais, belges (UCL, CHU Ambroise-Paré) et luxembourgeois, via la mise en place de comités scientifiques internationaux. Des collaborations méthodologiques seront également effectuées avec UN4COOP/ULBC sur les protocoles de recherche-action de santé dans les pays en développement.

Enfin, des "ponts" seront également créés avec ENABEL dans le cadre des coopérations médicales nationales (structures sanitaires de référence des régions de son programme) et autour des thématiques RMNCH, Covid-19 et CSU, ainsi que de (programme SONU - soins obstétricaux et néonataux d'urgence).

Description of how individual or collective recommendations and lessons are to be taken into account

Ce chapitre a déjà été très largement abordé dans la partie "efficacité", puisque c'est précisément sur base des leçons apprises du précédent programme que celui-ci a été construit. Pour rappel, elles concernent:

- une meilleure prise en considération globale des renforcements de capacité du Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer, par le biais de l'utilisation d'un outil flexible ("projets qualité") s'inscrivant dans un plan stratégique global partagé sous forme de convention entre l'hôpital et AMS;
- un appui plus poussé et plus continu permettant de surmonter efficacement les écueils de gouvernance interne à l'hôpital, fragmentant les services et par conséquent les responsabilités sur une série de dysfonctionnements nuisibles à la qualité de la prestation des soins;
- une meilleure stratégie de collaboration avec les OSC/ACNG agissant sur les accès géographique, financier, socio-culturel des soins afin d'intégrer ces aspects dans les stratégies de la sphère de contrôle du programme au lieu de les laisser dans des "impacts attendus" très lointains, en contradiction avec la DCU et les stratégies de la CDEB qui découlent directement des ART.23 et 24 de la CIDE;
- une approche "recherche-action" à intégrer dans tous les aspects du programme, afin de pouvoir évaluer réellement les effets positifs des actions sur tout le circuit de référencement des patients, avec l'inclusion de notions d'accès et d'équité plus poussées.

Mandatory annexes classified by outcome

Title of the annex	Type of document	File
#H4A - Sénégal Budget volet CDEB	Budget	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2022-03/%23H4A%20S%3%A9n%3%A9gal%20-%20Volet%20CDEB%202022-2026%20revu.xlsx
#H4A - Sénégal Convention de Partenariat_AMS_CDEB_22_26	Partnership Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/%23H4A%20-%20S%3%A9n%3%A9gal%20Convention%20de%20Partenariat_AMS_CDEB_22_26.docx
#H4A - Sénégal Fiche signalétique par partenaire	Fact sheet per partner	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/%23H4A%20-%20S%3%A9n%3%A9gal%20Fiche%20signal%3%A9tique%20par%20partenaire.docx
#H4A - Sénégal Convention de Collaboration entre CDEB et SHC_22_26	Collaboration Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/%23H4A%20-%20S%3%A9n%3%A9gal%20Convention%20de%20Collaboration%20entre%20CDEB%20et%20SHC_22_26.docx
#H4A - Sénégal Projet de Convention de Collaboration entre CDEB et DI_Sénégal_22_26	Collaboration Agreement	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/%23H4A%20-%20S%3%A9n%3%A9gal%20Projet%20de%20Convention%20de%20Collaboration%20entre%20CDEB%20et%20DI_S%3%A9n%3%A9gal_22_26.docx
#H4A - Sénégal Fiche signalétique collaboration	Fact sheet per collaboration	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/%23H4A%20-%20S%3%A9n%3%A9gal%20Fiche%20signal%3%A9tique%20par%20collaboration.docx

#Health4All

Title of the annex	Type of document	File
#H4A Sénégal - TOC et Stratégie institutionnelle CDEB AMS	Theory of Change associated with the outcome	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/%23H4A%20S%C3%A9n%C3%A9gal%20-%20TOC%20et%20Strat%C3%A9gie%20institutionnelle%20CDEB%20AMS.pdf
#H4A - Sénégal Analyse des risques	Analysis of risks associated with the outcome	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2021-07/%23H4A%20-%20S%C3%A9n%C3%A9gal%20Analyse%20des%20risques.docx
#H4A Sénégal - Explications budget CDEB revu	Budget	https://fundhub.openaid.be/sites/default/files/2022-03/%23H4A%20S%C3%A9n%C3%A9gal%20-%20Explications%20budget%20CDEB%20Revu.pdf

There is no budgetary information available.

