

Guide Responsabilité Sectorielle Santé

Guide pratique pour la création
d'un groupe de responsabilité
sectorielle Santé au niveau national

IASC
Inter-Agency Standing Committee

Santé
Responsabilité
Sectorielle

La version électronique du Guide est accessible à toute personne disposant d'une connexion à Internet aux adresses suivantes:

http://www.who.int/hac/network/global_health_cluster/guide/fr

<http://oneresponse.info/GlobalClusters/Health>

Cette version en ligne, au format PDF, permet d'accéder immédiatement, grâce à des hyperliens, aux versions les plus récentes des documents de référence cités au fil du texte et aux sites web mentionnés. Elle permet aussi d'imprimer le document dans son intégralité si nécessaire.

REMERCIEMENTS

Cette version provisoire du *Guide* a été établie par le Groupe de travail sur les outils d'orientation, coprésidé par Save the Children (Royaume-Uni) et le Groupe Interventions sanitaires en cas de crise de l'OMS, en collaboration avec CARE, les CDC, l'International Medical Corps (IMC), l'International Rescue Committee (IRC), Merlin, Save the Children (Royaume-Uni), Save the Children (États-Unis d'Amérique), le FNUAP, le HCR, l'UNICEF, l'OMS et World Vision. Elle a été revue par de nombreux autres partenaires au niveau national, régional et du Siège.

Votre avis nous intéresse

Cette version provisoire doit être largement testée sur le terrain au premier semestre 2010, et les autorités sanitaires nationales et les organisations assurant des services de santé en situation de crise humanitaire, notamment celles participant à des groupes sectoriels santé ou à d'autres groupes de coordination du secteur de la santé aux niveaux national et local, sont invitées à donner leur avis. Après une révision au deuxième semestre 2010, une nouvelle édition actualisée du *Guide* sera publiée.

***Merci d'envoyer vos observations
et suggestions au***

**Secrétariat du groupe sectoriel Santé
à l'adresse healthcluster@who.int en indiquant
« Avis sur le Guide » comme objet du message.**

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	3
Table des matières	5
À propos de ce Guide	11
Acronymes et abréviations	13
Glossaire des principaux termes (et concepts)	17
1. Rôle et fonctionnement d'un groupe de responsabilité sectorielle Santé	23
1.1 L'approche de la responsabilité sectorielle	25
1.2 Rôle d'un groupe sectoriel santé	30
1.3 Rôle de l'organisme chef de file, du coordonnateur et des partenaires	33
1.4 Activités du groupe sectoriel aux différentes phases de l'action sanitaire	42
2. Une coordination efficace	47
2.1 Impliquer les partenaires – construire un groupe sectoriel santé efficace	49
2.2 Recenser les acteurs de la santé	56
2.3 Tenir des réunions du groupe sectoriel efficaces	60
2.4 Travailler avec les autres groupes sectoriels et avec les entités coordonnatrices	64
2.5 Assurer une bonne gestion de l'information	66
2.6 Diffuser l'information – gérer les communications extérieures	69
3. Évaluation des besoins et suivi de la situation sanitaire	73
3.1 Évaluer les besoins essentiels en matière d'information sanitaire, processus et outils	77
3.2 Cartographier les ressources et les services de santé – utiliser le système HERAMS	84
3.3 Organiser une évaluation initiale rapide	88
3.4 Organiser des évaluations et des enquêtes de suivi	95

3.5	Assurer et mettre en place un système d'alerte et d'intervention rapides	98
3.6	Suivre la situation sanitaire, réinstaurer un système d'information sanitaire (SIS) régulier	100
3.7	Suivre les résultats des services de santé	104
4.	Analyse et hiérarchisation	109
4.1	Identifier et analyser les problèmes, les risques et les lacunes	110
4.2	Hiérarchiser les problèmes et interventions	116
5.	Élaboration d'une stratégie et planification	119
5.1	Élaborer une stratégie d'intervention du secteur de la santé en situation de crise	121
5.2	Préparer la composante santé du plan d'action humanitaire commun	131
5.3	Aider au relèvement du système de santé	135
5.4	Prendre en compte les questions transversales	144
5.5	Élaborer des plans d'urgence (au cours d'une crise)	146
6.	Normes	149
6.1	Garantir des normes – promouvoir les meilleures pratiques	152
6.2	Définir et satisfaire les besoins de formation – renforcer les capacités	158
7.	Sensibilisation et mobilisation des ressources	161
7.1	Préparer les données sanitaires pour un appel éclair	162
7.2	Formuler des demandes auprès du CERF pour le secteur de la santé	166
7.3	Préparer, suivre et réviser un appel global	167
7.4	Travailler avec les donateurs – accéder à des fonds en provenance d'autres sources	171
8.	Suivi de la performance du groupe – les enseignements tirés de l'expérience	175
8.1	Suivre la mise en œuvre de l'intervention du groupe santé	176
8.2	Procéder à des évaluations et tirer les enseignements de l'expérience	178

9. Services standard et listes d'indicateurs	183
9.1 Niveaux de soins, sous-secteurs et services	183
9.2 Indicateurs et valeurs de référence	189

Liste des figures

1a Le groupe sectoriel Santé et l'architecture d'ensemble dans les pays touchés par une crise humanitaire	32
1b Matrice RASCI pour les fonctions du groupe sectoriel Santé au niveau national	37
1c Rôles au sein du groupe sectoriel Santé national	38
1d Principales activités du groupe sectoriel aux différentes phases de l'action d'urgence	44
1e Processus de planification et de mise en œuvre d'une action humanitaire dans le secteur de la santé	46
3a Besoins essentiels en matière d'information, outils et résultats	79
3b Phases de la collecte, de l'analyse et de la planification des données suite à une crise majeure à évolution rapide	81
3c Niveaux de soins, sous secteurs et services essentiels initiaux	85
3d Principales étapes dans l'organisation et la réalisation d'une évaluation rapide	90
3e Résultats attendus d'une ERI dans le domaine de la santé, y compris les variations entre zones géographiques ou et groupes de population	91
3f Exemples d'indicateurs-clés permettant d'évaluer les résultats des services de santé et différents niveaux d'analyse géographique au cours des différentes phases de l'intervention	106
4a Cadre d'analyse de la situation sanitaire	111
4b Exemple de fiche de travail sur laquelle identifier les priorités	118
5a De l'analyse à une stratégie d'action du secteur de la santé en situation de crise	124

⊙ **Ce que vous trouverez sur le CD-ROM encarté en fin d'ouvrage**

1. La version électronique du *Guide Responsabilité Sectorielle Santé*

2. Les outils du groupe de responsabilité sectorielle Santé

Évaluation rapide initiale (ERI) :

- Guide
- Aide-mémoire
- Notes d'orientation
- Formulaire d'évaluation
- Outil de saisie et d'analyse des données

Système de recensement des ressources sanitaires disponibles

HeRAMS (*Health Resources Availability and Mapping System*):

- Liste de contrôle des services de santé
- Guide de l'utilisateur (en anglais uniquement)
- Formulaire pour la collecte des données
- *Darfur HeRAMS Case Study – Sudan, WHO, June 2008* (en anglais uniquement)

Analyse des événements de santé et surveillance des données nutritionnelles HANDS (*Health events Analysis & Nutrition Data Surveillance*), anciennement HiNTS :

- Guide
- Outil de saisie et d'analyse des données

3. Documents de référence

- Liste des partenaires du Groupe sectoriel Santé mondial (en anglais uniquement)
- Mandat du coordonnateur du groupe de responsabilité sectorielle santé
- Indicateurs clés par catégorie et leurs critères de référence
- Séries de données opérationnelles communes minimales au niveau des pays
- Document d'orientation (en anglais uniquement)
- Mise en œuvre de l'approche de responsabilité sectorielle (« cluster approach ») pour renforcer l'action humanitaire
- Nouvelles urgences majeures
- Urgences en cours
- Concept de dernier secours (en anglais uniquement)
- Gestion de l'information (en anglais uniquement)

- 4. Annexes du Guide responsabilité sectorielle Santé (telles que mentionnées dans le texte)**
- A: Termes de Références génériques pour les chefs de file sectoriels (« Cluster Leads ») au niveau national
 - B: Types et phases d'évaluations lors d'une crise humanitaire
 - C: Principes généraux applicables à l'ensemble des activités de collecte de données – évaluations, enquêtes et surveillance
 - D: Etablir un plan, un agenda et un budget d'évaluation
 - E: Analyse des parties prenantes
 - F: Questions prioritaires s'étendant à plusieurs domaines
 - G: Exemples de stratégies et effets préjudiciables involontaires
 - H: Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors de catastrophes, (Projet Sphère, 2004)
- 5. Lectures complémentaires (la liste complète est disponible en page 192)**

Tous les documents sélectionnés sont fournis en version anglaise ainsi qu'en version française lorsque cela est possible. Les titres sont laissés en anglais si aucune version française n'est disponible.

BUT DE L'ACTION DU SECTEUR DE LA SANTÉ PENDANT UNE CRISE HUMANITAIRE

Réduire la mortalité, la morbidité et les incapacités évitables et restaurer dans les meilleurs délais et, si possible, durablement la prestation de soins de santé préventifs et curatifs et l'accès à ces soins.

RÉSULTATS ESCOMPTÉS DU GROUPE SECTORIEL SANTÉ

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mise en place de mécanismes de coordination du secteur de la santé incluant organismes des Nations Unies, ONG, organisations communautaires, autorités sanitaires, donateurs et membres de la communauté, y compris entre le centre et le terrain, et prévoyant la collaboration d'autres secteurs/groupes sectoriels. ✓ Recensement actualisé des acteurs du secteur de la santé, des services de santé disponibles et des services assurés. ✓ Diffusion d'informations actualisées sur la situation et les besoins sanitaires auprès de toutes les parties intéressées ; rapports de situation et bulletins réguliers. 	<p><i>Voir chapitre 2</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Évaluation rapide et analyse de situation initiales, détermination des problèmes de santé et risques sanitaires prioritaires. ✓ Rapports conjoints réguliers fondés sur le suivi de la situation et des services de santé assurés. 	<p><i>Voir chapitres 3 et 4</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Stratégie d'intervention sanitaire conjointe et régulièrement actualisée, assortie de priorités et d'objectifs clairs, permettant de s'attaquer aux problèmes, risques et lacunes sanitaires prioritaires. ✓ Plan d'urgence conjoint à appliquer en cas d'événements susceptibles d'avoir une incidence sur la santé des populations ou sur les activités des partenaires. ✓ Répartition des responsabilités entre les partenaires selon leur capacité à agir sur le terrain. 	<p><i>Voir chapitre 5</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Détermination de normes, protocoles et lignes directrices pour la prestation de soins de santé de base ; formats standard pour les rapports. ✓ Documents pédagogiques et formations pour tous les partenaires afin d'améliorer leurs compétences et la qualité des services fournis, si nécessaire. 	<p><i>Voir chapitre 6</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Détermination des éléments relevant du secteur de la santé à inclure dans les appels conjoints et dans les demandes au CERF ; détermination des priorités pour l'allocation des ressources mises en commun. ✓ Plan et stratégie de sensibilisation communs. 	<p><i>Voir chapitre 7</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Visites de suivi conjointes ; évaluations et apprentissage conjoints. 	<p><i>Voir chapitre 8</i></p>

À PROPOS DE CE GUIDE

Objectif

Ce *Guide* propose des modalités de collaboration entre l'organisme chef de file, le coordonnateur et les partenaires du groupe sectoriel Santé pendant une crise humanitaire afin de parvenir à réduire la mortalité, la morbidité et les incapacités évitables et à restaurer dès que possible la prestation de soins de santé préventifs et curatifs et l'accès équitable à ces soins.

Il expose les principes fondamentaux de l'action humanitaire dans le domaine de la santé et montre comment la coordination de divers acteurs du secteur de la santé travaillant en partenariat permet de rendre les interventions sanitaires plus efficaces. Ce *Guide* est basé sur des documents du Comité permanent interorganisations (CPI) et d'autres mais il tient également compte de l'expérience acquise sur le terrain.

Bien qu'il s'adresse principalement aux organismes chef de file, aux coordonnateurs et aux partenaires de groupes sectoriels santé, ce *Guide* intéressera aussi les coordonnateurs et les membres de groupes de coordination du secteur de la santé qui désirent mener une action sanitaire efficace et coordonnée dans les pays où l'approche de la responsabilité sectorielle n'a pas été officiellement adoptée.

Dans l'ensemble du *Guide*, l'expression « groupe sectoriel Santé » s'entend d'un « groupe sectoriel Santé ou groupe sectoriel de coordination ».

Il peut aussi être utile au cas où, dans un pays, on a décidé d'associer la santé et la nutrition dans un seul groupe sectoriel.

Ce *Guide* est de nature « générique », dans la mesure où il devrait pouvoir être utilisé dans différents contextes de crise humanitaire, y compris lors de crises à évolution rapide ou à évolution lente et dans les situations d'urgence prolongées. Tous les contextes ne sont pas abordés en détail. Après un test de terrain en 2009 et au premier semestre 2010, de nouvelles orientations seront ajoutées concernant différents contextes.

Structure

Le chapitre 1 expose le rôle du groupe sectoriel Santé au niveau national et, le cas échéant, au niveau infranational et propose des mesures essentielles à prendre aux différentes phases de l'intervention. À la section 1.2, un tableau récapitule le rôle et les fonctions fondamentales du coordonnateur, de l'organisme chef de file et des partenaires.

Le chapitre 2 indique ce qu'il faut faire pour mettre en place durablement un groupe sectoriel efficace et les chapitres 3 à 8 fournissent des orientations concernant les fonctions énumérées à la section 1.2. Chaque chapitre expose les principes fondamentaux, récapitule ce qu'il faut faire et prendre en considération, énumère les outils et les lignes directrices disponibles, indique les difficultés probables, donne des conseils pratiques et renvoie à des documents de référence pour plus d'informations. Les outils et lignes directrices mentionnés sont notamment ceux mis au point par le groupe sectoriel Santé¹.

Les annexes et les documents figurant sur le CD-ROM d'accompagnement fournissent des informations complémentaires essentielles.

Les puces correspondent à différents types d'informations ou d'orientations :

- ✓ = principes : ce qu'il faut garder à l'esprit
- ☑ = mesures : ce qu'il faut faire
- ⊗ = ce qu'il faut éviter
- 📖 = documents de référence à consulter pour plus d'informations
- = éléments de la question abordée
- 🌐 = adresse d'un site Web

¹ Les encadrés intitulés « Lacunes fréquentes » au début des chapitres 2 à 8 sont tirés de l'ouvrage *Gap guidance material: assisting the health sector coordination mechanism to identify and fill gaps in the humanitarian response* (Groupe sectoriel Santé mondial, 2008). Ils présentent les lacunes fréquemment rencontrées lors de dix études de cas menées dans des pays et couvrant des opérations sur le terrain de 2004 à 2007.

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

3W	Qui fait quoi où (<i>who is where doing what</i>)
4W	Qui fait quoi où et quand (<i>who is where, when, doing what</i>)
ACT	Association médicamenteuse comportant de l'artémisinine
ANALP	Réseau d'apprentissage actif pour la redevabilité et la performance dans l'action humanitaire (<i>active learning network for accountability and performance in humanitarian action</i>)
BCAH	Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA)
CAP	Procédure d'appel global (<i>consolidated appeal process</i>)
CDC	Centres de contrôle et de prévention des maladies basés à Atlanta, aux États-Unis d'Amérique (<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>)
CEPALC	Commission économique pour l'Amérique Latine et les Caraïbes (<i>Economic Commission for Latin America and the Caribbean</i>)
CERF	Fonds central d'intervention pour les urgences humanitaires
CHAP	Plan d'action humanitaire commun (<i>common humanitarian action plan</i>)
CICR	Comité international de la Croix-Rouge
CNS	Centre de nutrition supplémentaire
CNT	Centre de nutrition thérapeutique
CPI	Comité permanent interorganisations (IASC) ²
DMU	Dispositif minimum d'urgence ou MISP – Ensemble minimal de services initiaux (<i>minimum initial service package</i>)
ECHA	Comité exécutif pour les affaires humanitaires (ONU)
ECHO	Service d'aide humanitaire de la Commission européenne
ERI	Évaluation rapide initiale
EWARS	Système d'alerte et d'intervention rapides (<i>Early Warning and Response System</i>)
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FICR	Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
FNUAP	Fond des Nations Unies Nations pour la Population
FTS	Service de traçabilité des finances du BCAH (<i>Financial Tracking Service</i>)
GHC	Groupe sectoriel Santé mondial (<i>Global Health Cluster</i>)

² Les membres du CPI sont le BCAH, l'UNICEF, le UNHCR, le PAM, le PNUD, la FAO et l'OMS. Les invités permanents sont le CICR, la FICR, l'OIM, l'ICVA, Inter-Action, le SCHR, le Représentant du Secrétaire général sur les personnes déplacées dans leur propre pays, le HCDH et la Banque mondiale.

HANDS	Analyse des événements de santé et surveillance des données nutritionnelles (<i>Health events Analysis & Nutrition Data Surveillance</i>) anciennement HiNTS
HCDH	Bureau du Haut Commissariat aux Droits de l'Homme
HCCS	Section d'appui au Coordonnateur de l'action humanitaire
HeRAMS	Système de recensement des ressources sanitaires disponibles (<i>Health Resources Availability and Mapping System</i>)
HIC	Centre d'information humanitaire
HNTS	Service de suivi sur la santé et la nutrition (<i>Health and Nutrition Tracking Service</i>)
IAWG	Groupe de travail interagences (<i>inter-agency working group</i>)
ICVA	Conseil international des Agences bénévoles
IEC	Information, éducation et communication
iHeRAMS	Système de recensement des ressources sanitaires disponibles initial (<i>Initial Health Resources Availability and Mapping System</i>)
IPD	Soins avec hospitalisation (<i>Inpatient department</i>)
IST	infections sexuellement transmissibles
MAG	Malnutrition aiguë globale
MAS	Malnutrition aiguë sévère
MDTF	Fond communs multi donateurs (<i>multi donor trust fund</i>)
MSF	Médecins Sans Frontières
MUAC	Périmètre brachial à mi-hauteur (<i>mid-upper arm circumference</i>)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OIM	Organisation Internationale pour les Migrations
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OPD	Département de médecine ambulatoire (<i>Outpatient department</i>)
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé (aussi le bureau régional pour les Amériques de l'OMS)
PAM	Programme alimentaire mondial
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PDNA/ PCNA	Évaluation des dommages/pertes multisectoriel(le)s (<i>Post-disaster needs assessments and post-conflict needs assessments</i>)
PNUAD	Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF)
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPE	Prophylaxie post-exposition
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH

SADD	Données désagrégées en fonction du sexe et de l'âge (<i>sex- and age-disaggregated data</i>)
SCHR	Comité Directeur pour l'Action Humanitaire
SIG	Système d'information géographique
SIS	Système d'information sanitaire
SOUB	Soins obstétriques d'urgence de base
SOUC	Soins obstétriques d'urgence complets
UNDAC	Equipe des Nations Unies pour l'évaluation et la coordination en cas de catastrophe (<i>United Nations disaster assessment and coordination</i>)
UNDG	Groupe des Nations Unies pour le Développement
UNHCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
UNICEF	Fond des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des États Unis pour le développement international (<i>United States Agency for International Development</i>)
VIH/sida	Virus de l'immunodéficience humaine/ syndrome d'immunodéficience acquise
WASH	Eau et Assainissement (<i>Water, sanitation and hygiene</i>)

GLOSSAIRE DES PRINCIPAUX TERMES (ET CONCEPTS)

Acteurs du secteur de la santé	Organisations et particuliers participant, directement ou indirectement, à la prestation de services de santé.
Analyse	Action de décomposer un tout en ses éléments constituants. [Le Petit Robert]
Analyse des parties intéressées	Analyse des intérêts et de l'influence relative des diverses parties impliquées.
Analyse des rapports hommes/femmes	L'analyse des rapports hommes-femmes examine les relations entre les femmes et les hommes. Elle examine les rôles, l'accès aux ressources et leur contrôle et les contraintes respectives à surmonter. Une analyse des rapports hommes-femmes doit faire partie d'une évaluation des besoins humanitaires dans toutes les évaluations sectorielles ou analyses situationnelles. On s'assurera ainsi que les injustices et les inégalités basées sur le sexe ne sont pas aggravées par les interventions humanitaires et que l'égalité et la justice dans les relations hommes-femmes sont, si possible, favorisées. [<i>Guide pour l'intégration de l'égalité des sexes dans l'action humanitaire</i>]
Approche de la responsabilité sectorielle	<p>L'approche de la responsabilité sectorielle est une manière d'organiser la coordination et la coopération entre les acteurs de l'action humanitaire pour faciliter la planification stratégique conjointe. Au niveau national, il permet :</p> <ul style="list-style-type: none"> i) d'établir un système clair de direction et de responsabilité pour une action internationale dans chaque secteur, sous l'autorité d'un coordonnateur humanitaire ; et ii) de créer un cadre pour des partenariats efficaces entre les acteurs humanitaires nationaux et internationaux dans chaque secteur. <p>Il s'agit de faire correspondre les actions internationales aux structures nationales et de faciliter l'établissement de liens solides entre les organisations internationales, les autorités nationales, la société civile nationale et les autres parties intéressées.</p>

Coordination	<p>Agencement des parties d'un tout selon un plan logique, pour une fin déterminée. [Le Petit Robert]</p> <p>Dans le contexte de l'action humanitaire, il s'agit de faire travailler en partenariat toutes les organisations participantes pour harmoniser les efforts et utiliser efficacement les ressources disponibles selon des objectifs, des priorités et des stratégies préalablement convenus, pour le bien des populations touchées.</p> <p>... Processus grâce auquel l'allocation de ressources matérielles, humaines, financières et techniques est rendue plus efficiente et plus efficace... [FICR/UNHCR, <i>Shelter cluster tool kit</i>, 2007]</p>
Efficacité	Évaluation de la mesure dans laquelle les résultats escomptés d'une intervention (ses objectifs précis) ont été obtenus.
Efficience	Mesure du rapport entre les résultats (les produits obtenus ou les services fournis grâce à une intervention) et les ressources utilisées à cette fin.
Égalité des sexes	L'égalité des sexes fait référence à l'égalité des hommes et des femmes dans la jouissance des droits, des chances offertes, des ressources et des récompenses. L'égalité ne signifie pas que les femmes et les hommes sont identiques, mais que leurs droits, les chances et les opportunités de vie qui sont offerts ne sont ni régis ni limités par leur statut de femme ou d'homme. [CPI, <i>Guide pour l'intégration de l'égalité des sexes dans l'action humanitaire</i> , 2008]
Enquête par sondage	Méthode structurée et statistiquement analysable et comparable destinée à recueillir des informations sur une question précise. Elle permet de connaître la situation et le point de vue des personnes interrogées au moment où les données ont été recueillies.
Équipe de pays à vocation humanitaire	Équivalent du CPI au niveau national. Dirigée par le Coordonnateur résident ou le coordonnateur de l'action humanitaire, cette équipe est normalement composée de représentants de l'ONU et d'autres organisations internationales membre du CPI et présentes dans le pays, ainsi que d'un nombre équivalent de représentants d'ONG (nationales et internationales) choisies pour leur représentativité de l'ensemble des ONG.
Équité	Justice et impartialité.

Évaluation	<p>Évaluation, aussi systématique et objective que possible, d'un projet, d'un programme ou d'une politique en cours ou achevé, de sa conception, de sa mise en œuvre et de ses résultats.</p> <p>Examen systématique et impartial (de l'action humanitaire) destiné à tirer des enseignements pour améliorer les politiques et la pratique et renforcer la transparence. [ALNAP]</p> <p>Une évaluation répond aux questions : avons-nous atteint l'objectif que nous nous étions fixé ? Sinon, pourquoi et que faudrait-il changer ? [Tear Fund]</p>
Évaluation des besoins	<p>Ensemble des activités nécessaires à la compréhension d'une situation donnée. Consiste notamment à rassembler, à mettre à jour et à analyser des données (besoins, capacités, ressources, etc.) relatives à la population concernée, ainsi qu'à l'état des infrastructures et à la situation socioéconomique générale dans une localité/zone donnée. [HCR]</p> <p>Processus structuré de recueil et d'analyse de données destiné à mesurer les conséquences de la crise et à comprendre la situation et toute menace qui s'y rapporte, afin de déterminer s'il faut mener une action et, si tel est le cas, quelle est la nature de celle-ci. L'évaluation est limitée dans le temps et débouche sur l'établissement d'un rapport et de recommandations pour faciliter la prise de décisions à un moment donné.</p>
Gestion de l'information	<p>Processus consistant à recevoir et à stocker les données afin de pouvoir y accéder rapidement si nécessaire et à les compiler et les analyser systématiquement pour produire des informations à des fins d'alerte rapide, de planification des programmes, de gestion, d'évaluation et de sensibilisation.</p>
Groupe de responsabilité sectorielle	<p>Groupe d'organismes, d'organisations et/ou d'institutions qui œuvrent en faveur d'objectifs communs – pour répondre à des besoins dans un secteur précis (tel que celui de la santé). [d'après l'OMS]</p> <p>Un « groupe de responsabilité sectorielle » est essentiellement un « groupe sectoriel » et il ne faut faire entre les deux aucune différence quant à leurs objectifs et à leurs activités et la préparation et l'action doivent être les mêmes. [CPI]</p>
Impact	<p>Effet sur la population touchée (p. ex. baisse de l'incidence de la rougeole) [Guidelines for CAP mid-year review]</p>

Objectif	<p>Situation à laquelle on veut parvenir – résultat souhaité.</p> <p>Des objectifs sont définis à différents niveaux : objectifs généraux (ou « buts ») d'un programme d'urgence, et objectifs spécifiques correspondant à des projets qui contribuent à la réalisation des buts.</p> <p>Les objectifs doivent être stratégiques, mesurables, réalisables, réalistes et limités dans le temps.</p>
Organisme chef de file	<p>Organisme/organisation qui s'engage officiellement à jouer un rôle de chef de file au sein de la communauté internationale humanitaire dans un secteur ou un domaine d'activité donné afin que l'action soit adaptée, hautement prévisible et transparente et qu'elle fasse appel à des partenariats. L'organisme chef de file interviendra comme dernier recours, si nécessaire. [CPI]</p>
Partenaires	<p>Particuliers et organisations qui collaborent pour atteindre des objectifs préalablement convenus.</p>
Partenariat	<p>La notion de « partenariat » suppose l'existence d'objectifs communs, d'une responsabilité partagée concernant les résultats et d'obligations réciproques. En outre, les partenaires ont chacun des obligations distinctes lorsqu'il s'agit de rendre des comptes.</p> <p>Les partenaires peuvent être des gouvernements, des représentants de la société civile, des organismes du système des Nations Unies, des organisations non gouvernementales, des universités, des associations professionnelles ou commerciales, des organisations multilatérales, des entreprises privées, etc. [WPF, <i>Programme guidance manual</i>]</p>
Partie intéressée	<p>Organisme, organisation, groupe ou particulier directement ou indirectement intéressé par une activité ou son évaluation. (N. B. : dans le domaine de la santé, cette catégorie n'est généralement pas limitée aux seuls « acteurs du secteur de la santé ».)</p>
Réforme humanitaire	<p>Processus entamé par la communauté internationale en 2005 pour rendre l'action humanitaire plus efficace en améliorant la prévisibilité, la transparence et les partenariats. Ses principaux éléments sont : 1) l'approche de la responsabilité sectorielle ; 2) un système renforcé de coordination de l'action humanitaire ; 3) un financement de l'action humanitaire mieux adapté, en temps voulu, plus souple et plus efficace ; et 4) l'instauration de partenariats solides entre les acteurs appartenant aux Nations Unies et les autres.</p>

Résultat	Actions menées à bien dans le cadre d'un projet (p. ex. 10 000 enfants vaccinés) [<i>Guidelines for CAP mid-year review</i>]
Secteur	Partie définie d'une économie, d'une société ou d'un domaine d'activité. Dans le contexte de l'action humanitaire, les principaux secteurs sont : l'agriculture, l'alimentation, la santé, la nutrition, la protection, l'abri, l'eau, etc. Voir aussi « groupe sectoriel ».
Stratégie	Approche utilisée pour atteindre un ou plusieurs objectifs définis.
Suivi	Action de suivre, de surveiller, pendant une période prolongée en vue de contrôler. [<i>Le Petit Robert</i>] Dans le contexte des opérations humanitaires, on distingue deux formes de suivi : i) Le suivi (la surveillance) de la situation – grâce au recueil et à l'analyse réguliers de données sur les conditions sanitaires, les risques et l'accès aux services, etc., afin de détecter et de mesurer les changements. ii) Le suivi de la mise en œuvre des programmes et des projets – grâce au recueil et à l'analyse réguliers de données sur les ressources employées pour les projets et les résultats obtenus, afin de répondre aux questions suivantes : Avons-nous fait ce que nous avons dit que nous ferions ? Sinon, pourquoi et que faut-il changer ?
Surveillance	Recueil, analyse et interprétation systématiques de données pour planifier, mettre en œuvre et évaluer des interventions de santé publique. [OMS]
Système d'information sanitaire	Ensemble des activités et des procédures permettant de recueillir, de traiter, d'analyser, de diffuser, de classer et de stocker des données de sources primaires et secondaires et de transformer ces données en informations de nature à faciliter la prise de décisions dans le secteur public.
Système de santé	Ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont le but est d'améliorer la santé. [OMS]

Vous pouvez consulter des glossaires plus complets sur l'action humanitaire et sanitaire aux adresses suivantes (en anglais uniquement) :

 <http://www.who.int/hac/about/definitions/en/>

 <http://www.reliefweb.int/glossary/>

RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

Principaux points :

- ✓ Le groupe sectoriel sert à coordonner les évaluations des besoins, les analyses conjointes, la définition de priorités générales, d'objectifs et d'une stratégie d'intervention préalablement convenus en cas de crise sanitaire, ainsi que le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre et de l'impact de cette stratégie.
- ✓ Le groupe sectoriel devrait permettre aux organisations participantes de travailler ensemble et de collaborer avec les autorités sanitaires locales, d'harmoniser leurs efforts, de prendre en compte les problèmes communs et d'utiliser efficacement les ressources disponibles selon des objectifs, des priorités et des stratégies préalablement convenus.
- ✓ Les organisations participantes doivent prendre une part active à l'évaluation des besoins, à l'élaboration de stratégies et de plans pour l'action du secteur de la santé dans son ensemble et à la mise en œuvre des activités prioritaires convenues, en accordant une attention particulière aux questions transversales et, dans toute la mesure du possible, en respectant les normes établies d'un commun accord.
- ✓ L'organisme chef de file est tenu d'assurer le bon fonctionnement du groupe sectoriel et doit rendre des comptes au Coordonnateur de l'action humanitaire.
- ✓ L'organisme chef de file désigne un coordonnateur du groupe sectoriel et il est chargé d'assurer l'appui administratif et les autres services nécessaires pour que le coordonnateur accomplisse sa mission et que le groupe fonctionne efficacement. En général, le coordonnateur doit être employé à plein temps et n'être chargé d'aucun programme ni d'aucune activité de l'organisme chef de file.

1
RÔLE ET
FONCTIONNEMENT
D'UN GROUPE DE
RESPONSABILITÉ
SECTORIELLE
SANTÉ

2
UNE
COORDINATION
EFFICACE

3
ÉVALUATION
DES BESOINS ET
SUIVI DE LA
SITUATION
SANITAIRE

4
ANALYSE ET
HIÉRARCHISATION

5
ÉLABORATION
D'UNE
STRATÉGIE ET
PLANIFICATION

6
NORMES

7
SENSIBILISATION
ET MOBILISATION
DES RESSOURCES

8
SUIVI DE LA
PERFORMANCE
DU GROUPE –
ENSEIGNEMENTS
TIRÉS DE
L'EXPÉRIENCE

9
SERVICES
STANDARD
ET LISTES
D'INDICATEURS

○ ANNEXES

- ✓ Le coordonnateur anime et dirige les activités du groupe sectoriel et assure la coordination avec les autres groupes concernant les activités de santé publique ainsi que les questions transversales.
- ✓ L'organisation du groupe sectoriel et les relations avec les autorités nationales dépendent du contexte.
- ✓ Le coordonnateur tient compte de toutes les questions liées à la santé afin d'éviter la création de sous-groupes s'occupant de thèmes particuliers tels que la santé génésique ou la santé mentale.

La mission du *groupe sectoriel Santé mondial*, dirigé par l'OMS, est de parvenir à un consensus sur les priorités sanitaires de l'action humanitaire et les meilleures pratiques qui s'y rapportent, et de renforcer les capacités du système afin que son action soit efficace et prévisible. Il doit renforcer les capacités mondiales d'action humanitaire de trois façons : 1) en définissant des orientations, des outils, des normes et des politiques ; 2) en mettant en place des systèmes et des procédures pour un déploiement rapide des experts et des fournitures et 3) en créant des partenariats mondiaux pour mettre en œuvre et promouvoir ces activités.

Le groupe sectoriel Santé mondial ne fournit pas d'appui direct aux groupes nationaux. Cet appui doit être assuré par les sièges régionaux et internationaux des organismes chef de file désignés mais le secrétariat du groupe sectoriel Santé mondial peut aider les organismes chef de file ou les coordonnateurs à obtenir un appui technique, si nécessaire.

Pour plus d'informations sur le rôle, les activités et l'action du groupe sectoriel Santé mondial, voir (site en anglais) :

 <http://www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/>

1.1 L'APPROCHE DE LA RESPONSABILITÉ SECTORIELLE

Notions fondamentales

Raison d'être de cette approche

Une étude indépendante demandée par le coordonnateur des secours d'urgence des Nations Unies en 2005 a révélé d'importantes lacunes dans l'action humanitaire. Cette même année, le CPI a adopté l'approche de la responsabilité sectorielle pour améliorer l'efficacité et l'efficience de l'action humanitaire en cas de crise, pour améliorer la prévisibilité et la transparence dans tous les principaux secteurs de l'action humanitaire internationale et pour faire en sorte que les lacunes soient comblées.

L'approche de la responsabilité sectorielle est l'un des trois piliers de la réforme humanitaire, les deux autres étant le renforcement du système des coordonnateurs de l'action humanitaire et le renforcement du financement humanitaire grâce, notamment, à une amélioration des appels et au Fonds central d'intervention pour les urgences humanitaires (CERF). Le Bureau de la coordination des affaires humanitaires (BCAH) a créé une Section d'appui au coordonnateur de l'action humanitaire (HCSS), basée à Genève, afin d'aider les coordonnateurs et les partenaires à mettre en œuvre la réforme et à suivre les progrès accomplis.

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

• ANNEXES

Qu'est-ce que l'approche de la responsabilité sectorielle ?

L'approche de la responsabilité sectorielle est une manière d'organiser la coordination et la coopération entre les acteurs de l'action humanitaire pour faciliter la planification stratégique conjointe. Au niveau national, il permet :

- i) d'établir un système clair de direction et de responsabilité pour une action internationale dans chaque secteur, sous l'autorité d'un coordonnateur humanitaire ; et
- ii) de créer un cadre pour des partenariats efficaces entre les acteurs humanitaires nationaux et internationaux dans chaque secteur.

Elle renforce, sans remplacer, les mécanismes de coordination sectorielle existants.

Il s'agit de faire correspondre les actions internationales aux structures nationales et de faciliter l'établissement de liens solides entre les organisations internationales, les autorités nationales, la société civile nationale et les autres parties intéressées.

Quand doit-elle être appliquée ?

Cette approche est appliquée dans les pays où un coordonnateur de l'action humanitaire a été désigné et elle doit être appliquée dans tout pays confronté à une nouvelle situation d'urgence soudaine et importante exigeant une action multisectorielle, avec la participation d'un large éventail d'acteurs internationaux. Lorsqu'il existe un groupe sectoriel, cette approche doit également être appliquée à la planification d'urgence interinstitutions en prévision de nouvelles situations d'urgence importantes.

Les groupes sectoriels s'appuient sur des principes de l'action humanitaire largement acceptés et sur les principes en matière de partenariat approuvés par le Dispositif mondial d'aide humanitaire³ – voir les paragraphes qui suivent.

³ Le Dispositif mondial d'aide humanitaire, créé en juillet 2006, rassemble, sur un pied d'égalité, les trois grandes familles d'organismes à vocation humanitaire : des organisations non gouvernementales, le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ainsi que les Nations Unies et les organisations internationales qui y sont rattachées, afin de rendre l'action humanitaire plus efficace.

Principes de l'action humanitaire

Selon la résolution 46/182 de l'Assemblée générale des Nations Unies (du 19 décembre 1991), l'aide humanitaire doit être fournie conformément aux principes d'humanité, de neutralité et d'impartialité (une copie de la résolution est disponible sur le CD-ROM). Le respect de ces principes reflète le degré de responsabilité de la communauté humanitaire.

- ✓ **Humanité** : les souffrances humaines doivent toujours être soulagées, en particulier dans les catégories les plus vulnérables de la population, comme les enfants, les femmes et les personnes âgées. La dignité et les droits de toutes les victimes doivent être respectés et protégés.
- ✓ **Neutralité** : L'aide humanitaire doit être fournie sans participation à des hostilités ou parti pris dans des controverses de nature politique, religieuse ou idéologique.
- ✓ **Impartialité** : L'aide humanitaire doit être fournie sans discrimination fondée sur l'origine ethnique, le sexe, la nationalité, les opinions politiques, la race ou la religion. Les souffrances ne doivent être soulagées qu'en fonction des besoins et les cas les plus urgents doivent être traités en priorité. (BCAH)

Principes en matière de partenariat

- ✓ **Égalité** : l'égalité suppose le respect mutuel entre les membres du partenariat, indépendamment de leur taille et de leur pouvoir. Les participants doivent respecter les mandats, les obligations et l'indépendance des autres, et reconnaître les contraintes et les engagements de chacun. Le respect mutuel ne doit pas empêcher les organisations d'avoir des divergences d'opinion constructives.
- ✓ **Transparence** : la transparence est réalisée à travers le dialogue (sur un pied d'égalité), l'accent étant mis sur les consultations précoces et le partage rapide des informations. Les communications et la transparence, notamment la transparence financière, augmentent le degré de confiance entre les organisations.
- ✓ **Démarche axée sur les résultats** : une action humanitaire efficace doit être fondée sur la réalité et orientée vers l'action. Cela exige une coordination axée sur les résultats et fondée sur des aptitudes effectives et des capacités opérationnelles concrètes.

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

ANNEXES

- ✓ **Responsabilité** : les organisations humanitaires ont une obligation éthique les unes envers les autres d'accomplir leurs tâches de façon responsable, avec intégrité et de façon pertinente et appropriée. Elles doivent s'assurer qu'elles ne s'engagent dans des activités que lorsqu'elles en ont les moyens et disposent des compétences et de la capacité voulues pour réaliser les engagements qu'elles ont pris. Des efforts constants doivent être faits pour prévenir avec fermeté et détermination les abus que pourrait commettre le personnel humanitaire.
- ✓ **Complémentarité** : la diversité de la communauté humanitaire constitue un atout si nous tirons parti de nos avantages comparatifs et complétons les contributions de chacun. La capacité locale est l'un des principaux actifs à renforcer et sur lequel prendre appui. Les organisations humanitaires doivent d'efforcer, lorsque cela est possible, de l'intégrer dans l'intervention d'urgence. Les barrières linguistiques et culturelles doivent être surmontées.

[Dispositif mondial d'aide humanitaire, *Déclaration d'engagement*, juillet 2007, www.globalhumanitarianplatform.org/doc00002630_fr.doc, et sur le CD-ROM ci-joint]

Décisions au niveau national

Les décisions relatives aux *groupes sectoriels nécessaires* au niveau national sont prises au cas par cas par le Coordonnateur de l'action humanitaire en lien étroit avec les institutions du CPI présentes et après consultation des autorités nationales. Ces décisions doivent être approuvées par le Coordonnateur des secours d'urgence, conformément aux principes du CPI.

L'*organisme chef de file* est désigné en fonction des capacités des différents organismes présents dans le pays à assumer les fonctions requises. Il peut s'agir, ou non, du même organisme que celui qui dirige le groupe sectoriel au niveau mondial.


Lorsque plusieurs « pôles » sont créés afin de planifier et d'organiser l'action humanitaire dans différentes zones d'une grande région géographique, on peut mettre en place des *groupes sectoriels « de zone »* et l'organisme chef de file peut désigner des points focaux.

Si des groupes sectoriels de zone ou locaux sont créés, le groupe national s'occupe normalement de questions de politique et de planification stratégique alors que les groupes de zone se chargent de la planification locale et des questions liées à la mise en œuvre.


Si les groupes sont sectoriels, on sait bien que certaines questions sont importantes pour l'ensemble des secteurs, par exemple le sexe, l'âge, le VIH/sida et l'environnement. La coordination entre les groupes sectoriels sur ces questions est assurée par un *Dispositif de coordination intergroupes*, composé des coordonnateurs de tous les groupes sectoriels, réuni par le chef d'équipe du BCAH.


Lectures complémentaires


Le document le plus important sur l'approche de la responsabilité sectorielle, élaboré après de nombreuses consultations entre les institutions au niveau international et approuvé par les responsables du CPI, est le suivant :


 CPI. *Note d'orientation sur la mise en œuvre de l'approche de responsabilité sectorielle (« cluster approach ») pour renforcer l'action humanitaire*. Comité permanent interorganisations, 24 novembre 2006. L'annexe I présente les Termes de référence génériques pour les chefs de file sectoriels au niveau national.


Pour plus d'informations, voir :


 CPI. *Note d'orientation opérationnelle pour la désignation des responsables de groupes sectoriels pour les nouvelles urgences majeures*. Comité permanent interorganisations, 23 mai 2007.

 CPI. *Note d'orientation opérationnelle pour la désignation des responsables de groupes sectoriels pour les urgences en cours*. Comité permanent interorganisations, 23 mai 2007.

 CPI. *Operational Guidance for cluster lead agencies on working with national authorities*. Comité permanent interorganisations, décembre 2008 (ébauche).

 CPI. *Rome Statement on cluster roll-out*. Groupe de travail du Comité permanent interorganisations, 5-7 novembre 2007, Rome.

 CPI. *Strengthening NGOs participation in the IASC, a discussion paper*. Comité permanent interorganisations, 24 avril 2006.

 *Principes en matière de partenariat. Déclaration d'engagement*. Approuvés par le Dispositif mondial d'aide humanitaire, 12 juillet 2007.

Pour plus d'informations sur la réforme humanitaire, voir :

 <http://www.humanitarianreform.org/>

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

ANNEXES



1.2 RÔLE D'UN GROUPE SECTORIEL SANTÉ

But du groupe sectoriel Santé

Le groupe sectoriel national (ou le groupe sectoriel de coordination existant qui adopte l'approche de la responsabilité sectorielle) doit permettre aux organisations participantes de collaborer pour *harmoniser leurs efforts et utiliser efficacement les ressources disponibles selon des objectifs*, des priorités et des stratégies préalablement convenus, pour le bien des populations touchées. Il s'agit notamment d'éviter les lacunes et/ou les chevauchements dans l'action sanitaire humanitaire et l'utilisation des ressources (humaines et financières).

Le groupe sectoriel doit servir de cadre à des partenariats efficaces entre les acteurs nationaux et internationaux de l'action sanitaire humanitaire, la société civile et d'autres parties intéressées et permettre d'adapter l'action sanitaire internationale aux structures nationales.

Les résultats précis normalement attendus d'un groupe sectoriel Santé sont indiqués à la page 10.

Composition du groupe sectoriel Santé

Au niveau *national*, le groupe sectoriel comprend normalement :

- des organisations qui assurent ou aident à assurer des services de santé dans les zones touchées – organismes des Nations Unies (OMS, UNICEF, FNUAP), d'autres organisations internationales (p. ex. OIM, FICR), la Société nationale de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge, des organisations non gouvernementales internationales et nationales et des représentants des principaux prestataires privés de services de santé ; et
- les principaux donateurs dans le secteur de la santé et d'autres parties intéressées importantes.

Au niveau *local* (d'une zone), le groupe sectoriel comprend normalement les organismes de santé intervenant dans la zone et des représentants de donateurs ou d'autres parties intéressées présentes à ce niveau.

Groupe sectoriel, autorités sanitaires nationales et mécanismes de coordination existants

L'organisme chef de file du groupe sectoriel Santé fait le lien entre les autorités sanitaires nationales et locales et les acteurs humanitaires internationaux et appartenant à des organisations non gouvernementales. L'organisme chef de file doit absolument veiller à ce que les acteurs humanitaires internationaux s'appuient sur les capacités locales et créent des liens durables avec les pouvoirs publics et les autorités locales (notamment le ministère de la santé) et les organisations locales de la société civile qui mènent des activités en faveur de la santé.

La nature de ces liens dépendra de la situation dans le pays et de la volonté et de la possibilité de chaque organisation de diriger les activités humanitaires ou d'y participer :

- Si le ministère de la santé est en mesure de diriger l'action sanitaire humanitaire dans son ensemble, le groupe sectoriel doit organiser l'action humanitaire internationale pour soutenir les efforts du gouvernement du pays. C'est généralement le cas après une catastrophe naturelle.
- Dans d'autres cas, en particulier lorsqu'un conflit est en cours, la volonté ou la possibilité du gouvernement ou des institutions de l'état – dont le ministère de la santé – de diriger les activités humanitaires ou d'y participer peut être compromise, ce qui influera évidemment sur la nature des relations avec les acteurs humanitaires internationaux. [CPI. *Note d'orientation sur la mise en œuvre de l'approche de responsabilité sectorielle (« cluster approach ») pour renforcer l'action humanitaire*, Comité permanent interorganisations, 24 novembre 2006]

Les dispositions pratiques peuvent varier en conséquence. Il a souvent été jugé utile qu'un représentant du ministère de la santé et un représentant de l'organisme chef de file coprésident les réunions aux niveaux national et local. Pour plus d'informations consulter le document :



CPI. *Advocating with national authorities*, Cluster-Sector Leadership Training Tip Sheet, Comité permanent interorganisations, 6 juillet 2007.

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

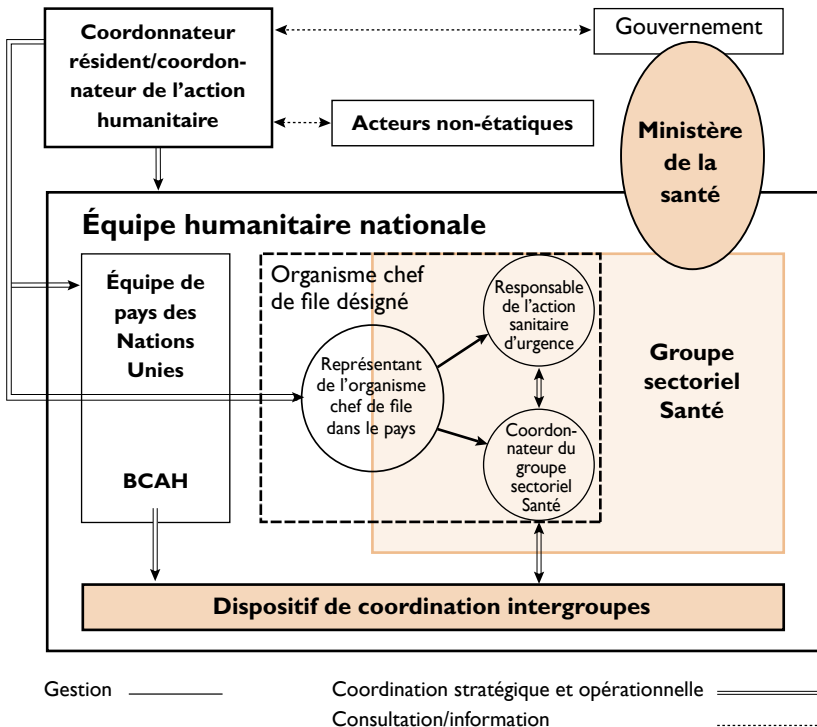
9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

• ANNEXES

La Figure 1a montre les relations entre le représentant de l'organisme chef de file, le coordonnateur du groupe sectoriel, le groupe sectoriel, le coordonnateur résident/coordonnateur de l'action humanitaire et le gouvernement/ministère de la santé :

- Le représentant de l'organisme chef de file est responsable du bon fonctionnement de cet organisme vis-à-vis du coordonnateur résident/coordonnateur de l'action humanitaire.
- Le coordonnateur du groupe sectoriel Santé est employé par l'organisme chef de file et placé sous l'autorité du représentant de cet organisme. Il représente l'ensemble du groupe sectoriel.
- En tant que partenaire dont les activités contribuent à l'action sanitaire dans son ensemble, l'organisme chef de file doit normalement être représenté au sein du groupe sectoriel Santé par le responsable de l'action sanitaire d'urgence.

Figure 1a Le groupe sectoriel Santé et l'architecture d'ensemble dans les pays touchés par une crise humanitaire



- La coordination intergroupes est assurée à deux niveaux :
 - Au niveau politique, les représentants du pays et les directeurs des organismes chef de file désignés se réunissent sous la présidence du coordonnateur résident/coordonnateur de l'action humanitaire, avec l'équipe humanitaire nationale ou séparément, le cas échéant.
 - Aux niveaux stratégique et opérationnel, les coordonnateurs de l'ensemble des groupes sectoriels se réunissent régulièrement sous la présidence du chef d'équipe du BCAH, au sein du Dispositif de coordination intergroupes.

Le dispositif de coordination intergroupes est fondamental car il permet aux groupes de coopérer, de définir les besoins humanitaires qui appellent une action multisectorielle et d'élaborer des stratégies et des plans en conséquence. C'est notamment au sein de ce dispositif que les coordonnateurs de groupes sectoriels doivent présenter leurs rapports et expliquer comment les problèmes communs et les autres besoins humanitaires ont été pris en compte, et dans quels cas et selon quelles modalités une action concertée est nécessaire. Ceci est particulièrement pertinent pour la lutte contre le VIH, la violence sexuelle, les handicaps ainsi que pour la santé mentale et les services psychosociaux.



1.3 RÔLE DE L'ORGANISME CHEF DE FILE, DU COORDONNATEUR ET DES PARTENAIRES

Responsabilités de l'organisme chef de file

L'organisme chef de file doit assurer la mise en place d'un mécanisme de coordination adéquat pour le secteur de la santé. Il doit, à cet égard : adapter les termes de référence génériques et désigner un coordonnateur national du groupe sectoriel Santé ; établir de bonnes relations avec le ministère de la santé et éviter que le groupe sectoriel ne fasse double emploi avec d'autres mécanismes de coordination dans le secteur de la santé ; désigner des points focaux du groupe sectoriel au niveau local (des zones), si nécessaire, et essayer d'obtenir des ressources pour l'ensemble des partenaires de l'action sanitaire humanitaire. L'organisme chef de file sert aussi de « dernier recours » – voir l'encadré ci-dessous.

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 EVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES


7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

ANNEXES

Les responsabilités génériques des chefs de file sectoriels au niveau national sont énoncées dans le document suivant :

 CPI – *Note d'orientation sur la mise en œuvre de l'approche de responsabilité sectorielle (« cluster approach ») pour renforcer l'action humanitaire*. Comité permanent interorganisations, 24 novembre 2006. L'annexe I présente les « termes de référence génériques pour les chefs de file sectoriels au niveau national ».

Le représentant de l'organisme chef de file dans le pays doit assumer ces responsabilités et rendre des comptes au Coordonnateur de l'action humanitaire.

Les responsabilités précises de l'organisme chef de file sont indiquées dans les deux premières colonnes du tableau des Figures 1b et 1c.

L'organisme chef de file, qui est aussi un partenaire au sein du groupe sectoriel, doit être représenté aux réunions de groupe par son propre responsable des programmes sanitaires d'urgence.

DERNIER RECOURS

Si nécessaire, et selon les possibilités d'accès, la sécurité et la disponibilité du financement, l'organisme chef de file doit, en tant que dernier recours, être prêt à assurer la prestation des services nécessaires pour combler les lacunes les plus importantes recensées par le groupe sectoriel, notamment celles liées aux besoins de relèvement rapide dans le secteur de la santé.

Lorsque des lacunes importantes demeurent malgré les efforts concertés déployés pour les combler, l'organisme chef de file est chargé de collaborer avec les autorités nationales, le Coordonnateur de l'action humanitaire et les donateurs pour demander que des mesures appropriées soient prises par les parties concernées et pour mobiliser les ressources nécessaires à une action adéquate et appropriée.

L'organisme chef de file doit intervenir comme dernier recours lorsque les trois conditions ci-dessous sont réunies :

1. Le groupe sectoriel Santé admet qu'il existe dans l'action du secteur de la santé une lacune importante mettant la vie en péril dans la population ;
2. Un ou plusieurs des critères définis pour l'action du secteur de la santé dans son ensemble ne sont pas remplis ;
3. Les données semblent indiquer qu'une partie importante de la population cible risque de mourir de causes évitables si ces lacunes ne sont pas comblées d'urgence.

Mission du coordonnateur du groupe sectoriel Santé

Le mandat générique du coordonnateur du groupe sectoriel Santé est repris dans la deuxième colonne du tableau à la Figure 1e ci-dessous. Essentiellement, le coordonnateur doit :

- ☑ Permettre aux partenaires de collaborer pour être plus efficaces que s'ils travaillaient seuls et faire en sorte que les ressources employées et les efforts consentis par les partenaires soient aussi bénéfiques que possible pour la population cible.
- ☑ Diriger le groupe sectoriel et représenter l'ensemble du groupe, en facilitant toutes les activités et en adoptant une vision stratégique.
- ☑ Veiller à ce que les besoins, les risques, les capacités et les possibilités soient évalués et compris le mieux possible à tous les stades de l'action humanitaire, et à ce que les informations soient communiquées.
- ☑ Parvenir à un consensus le plus large possible sur les priorités et une stratégie d'action sanitaire face à la crise permettant de répondre aux besoins prioritaires et aux risques dans le secteur, d'incorporer des stratégies appropriées et de promouvoir des normes adaptées.
- ☑ Travailler avec l'ensemble des membres du groupe et avec chacun d'entre eux pour recenser les lacunes de l'action et faire en sorte que les ressources disponibles soient destinées à traiter les problèmes prioritaires et que l'assistance et les services soient assurés de façon équitable et impartiale dans les différentes régions et pour les différentes catégories de la population, selon les besoins.
- ☑ Assurer l'intégration efficace des questions transversales dans les activités et les stratégies du groupe.
- ☑ Assurer la coordination avec les autres groupes sectoriels pour toutes les activités qui ont trait à la santé publique.

Le rôle du coordonnateur est d'« animer » et de « montrer la voie à suivre », sans diriger. Le coordonnateur ne doit pas être l'administrateur du programme de santé d'urgence de l'organisme chef de file.

Mission des partenaires du groupe sectoriel

Les partenaires doivent souscrire au but global du groupe sectoriel Santé (voir p. 10) et :

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS



ANNEXES

- ✓ échanger des informations, signaler les besoins et les lacunes et faire état des progrès accomplis, mobiliser des ressources et renforcer les capacités locales ;
- ✓ participer aux activités du groupe : évaluer les besoins, élaborer des plans et des lignes directrices et organiser des formations conjointes ; et
- ✓ respecter les principes, les politiques et les normes préalablement convenus et mettre en œuvre des activités conformément aux priorités et aux objectifs définis.

Il incombe toutefois à chaque organisation de déterminer son niveau de participation. L'approche de la responsabilité sectorielle ne prévoit pas que les acteurs humanitaires rendent des comptes au coordonnateur du groupe ou à l'organisme chef de file. Ils ne doivent rendre des comptes à ce dernier que lorsqu'ils ont pris des engagements précis.

Le rôle et les responsabilités du représentant de l'organisme chef de file, du coordonnateur et des partenaires sont résumés dans les Figures 1b et 1c ci-dessous.

Lectures complémentaires

-  CPI. *Note d'orientation sur la mise en œuvre de l'approche de responsabilité sectorielle (« cluster approach ») pour renforcer l'action humanitaire.* Comité permanent interorganisations, 24 novembre 2006. L'annexe I présente les « termes de référence génériques pour les chefs de file sectoriels au niveau national ».
-  CPI. *Operational guidance on the concept of “provider of last resort”.* Comité permanent interorganisations, mai 2008 (ébauche).

Cadre de responsabilité pour le groupe sectoriel Santé au niveau national : la matrice RASCI

RESPONSABILITÉ	Personnes chargées d'effectuer une tâche. Il peut y avoir plusieurs responsables.
AUTORITÉ	Personne(s) finalement responsable(s) de la bonne exécution de la tâche.
SOUTIEN	Personnes participant éventuellement à l'exécution de la tâche.
CONSULTÉ	Personnes dont l'avis est demandé. Communication bidirectionnelle.
INFORMÉ	Personnes informées des progrès accomplis. Communication unidirectionnelle.

La Figure 1b présente un exemple de l'attribution aux principaux membres du groupe sectoriel de l'autorité, des responsabilités et des autres rôles définis dans la matrice RASCI. Les rôles et responsabilités peuvent être attribués différemment selon la situation dans le pays. Les partenaires doivent en discuter au début des travaux du groupe sectoriel puis périodiquement ensuite.

Figure 1b Matrice RASCI pour les fonctions du groupe sectoriel Santé au niveau national

Fonctions	Rep. de l'org. chef de file	Coordonnateur	Partenaires
1. Mécanismes de coordination et participation des principaux acteurs au groupe sectoriel Santé et aux dispositifs intergroupes	A	R	R, S
2. Relations avec les autres parties intéressées essentielles	A, R	R	S, C, I
3. Évaluation des besoins, suivi et analyse de la situation (recensement des lacunes de l'action sanitaire)	A	R	R, S, C
4. Élaboration d'une stratégie et élimination des lacunes	A	R	R, S
5. Planification d'urgence	A, R	R	R
6. Application de normes	R, S	R, S	A, R
7. Formation et renforcement des capacités (y compris préparation aux situations d'urgence)	A	S	R, S, C
8. Suivi et présentation de rapports	A, R	R	R, S
9. Sensibilisation et mobilisation de ressources	A, R	S, C	S, C
10. Dernier recours	A, R	S	S, C

Figure 1c Rôles au sein du groupe sectoriel Santé national

Fonctions ¹	Organisme chef de file		Partenaires ²
	Représentant de l'organisme chef de file ³	Coordonnateur du groupe sectoriel Santé ⁴	
<p>1. Mécanismes de coordination et participation de tous les acteurs du secteur de la santé au groupe sectoriel et au dispositif intergroupes [1 et 2] <i>Voir chapitres 1 et 2</i></p>	<p>Désigner un coordonnateur et assurer les services d'appui nécessaires pour un fonctionnement efficace du groupe. [Représentant]</p> <p>S'appuyer sur les relations de travail de l'organisme chef de file avec les autorités sanitaires nationales et les organisations nationales et internationales, la société civile et les acteurs non étatiques qui interviennent dans le secteur de la santé pour faciliter leur participation au groupe, et les relations avec le coordonnateur, si nécessaire [Représentant/Administrateur du programme sanitaire d'urgence]</p> <p>Veiller à ce que les mécanismes de coordination sectorielle soient adaptés au fur et à mesure de l'évolution de la crise et selon les capacités des acteurs locaux et la participation des partenaires du développement. [Représentant]</p> <p>Travailler au sein de l'équipe humanitaire nationale afin que les problèmes de santé soient bien compris et hiérarchisés et que des mesures intersectorielles ou intergroupes appropriées soient prises si nécessaire. [Représentant]</p>	<p>1a. Trouver et contacter des parties intéressées dans le secteur de la santé et le mécanisme de coordination existant, y compris des organisations internationales.</p> <p>2. Organiser régulièrement des réunions de coordination avec les partenaires du groupe sectoriel dans le pays, en s'appuyant si possible sur les dispositifs de coordination existants dans le domaine de la santé.</p> <p>3. Recueillir des informations auprès de tous les partenaires pour savoir qui est où, depuis/jusqu'à quand (les « 4W ») et alimenter la base de données gérée par le BCAH. Donner des informations synthétisées à tous les partenaires et aux autres groupes.</p> <p>10. Représenter le groupe sectoriel Santé dans les mécanismes de coordination intergroupes au niveau national/sur le terrain, contribuer au recensement des questions cruciales qui appellent une action multisectorielle et planifier les interventions pertinentes en synergie avec les autres groupes concernés.</p>	<p>Participer activement aux réunions et aux activités du groupe aux niveaux national et local.</p> <p>Assurer la coordination avec les autorités locales et les acteurs locaux du secteur de la santé dans leurs domaines d'activité.</p> <p>Communiquer des informations sur la situation et les activités de l'organisation.</p> <p>Encourager les acteurs locaux du secteur de la santé à participer aux mécanismes de coordination sanitaire périphériques pertinents, lorsqu'ils existent.</p> <p>Proposer des moyens de rendre le groupe plus efficace en facilitant la prestation des services de santé et l'accès équitable à ces services sur le terrain.</p>
<p>2. Coordination avec les autorités nationales et les autres acteurs locaux [3] <i>Voir chapitre 1</i></p>	<p>En collaboration avec le coordonnateur de l'action humanitaire, entretenir des liens et établir un dialogue avec les autres autorités nationales et locales, les institutions de l'État, la société civile locale et d'autres acteurs concernés (p. ex. forces armées locales, nationales et internationales, forces de maintien de la paix et acteurs non étatiques) dont les activités influent sur l'action humanitaire et les programmes sanitaires. [Représentant]</p>	<p>1b. Trouver et contacter les autorités nationales, des ONG nationales et des représentants de la société civile.</p>	<p>Consulter le coordonnateur du groupe sectoriel ou l'organisme chef de file en ce qui concerne ses relations avec les principales parties intéressées sur le terrain.</p>
<p>3. Évaluation et analyse des besoins (y compris recensement des lacunes) [6] <i>Voir chapitres 3 et 4</i></p>	<p>Mettre les compétences techniques et les autres ressources de l'organisme chef de file à disposition pour des évaluations au niveau du groupe et au niveau intersectoriel. [Représentant]</p> <p>Participer activement à l'analyse des informations disponibles sur la situation et les risques sanitaires, les ressources pour la santé et le fonctionnement des services de santé, et sur le suivi de ces aspects essentiels. [Responsable du programme sanitaire d'urgence]</p>	<p>4. Évaluer et contrôler la disponibilité des ressources sanitaires et des services de santé fournis par tous les acteurs du secteur de la santé dans les zones en crise, à l'aide du système de recensement des ressources sanitaires disponibles (HeRAMS) du groupe sectoriel Santé.</p>	<p>Participer aux évaluations conjointes et à l'analyse de données en mettant à disposition du personnel et d'autres ressources si nécessaire et si possible.</p> <p>Présenter des rapports d'activité mensuels sur les services de santé soutenus à tous les niveaux de soin.</p>

Fonctions ¹	Organisme chef de file		Partenaires ²
	Représentant de l'organisme chef de file ³	Coordonnateur du groupe sectoriel Santé ⁴	
	Veiller à la mise en place rapide d'un système approprié d'alerte et d'intervention rapides, en coordination avec les autorités sanitaires nationales. [Représentant/OMS]	<p>5. Veiller à ce que les besoins sanitaires humanitaires soient recensés en planifiant et en coordonnant des évaluations rapides conjointes intergroupes, en adaptant l'outil d'évaluation rapide initiale au contexte local et en effectuant des évaluations plus approfondies de sous-secteurs de la santé, le cas échéant.</p> <p>6. Mobiliser les partenaires du groupe sectoriel Santé afin de créer durablement un système d'alerte et d'intervention rapides adapté et rendre régulièrement compte des services de santé offerts à la population touchée et de la situation dans les zones où les équipes interviennent.</p>	Veiller à ce que les établissements de santé sélectionnés envoient rapidement des informations aux sites sentinelles d'alerte et d'intervention rapides.
<p>4. Élaboration d'une stratégie et planification [8], y compris les approches communautaires [4], les questions transversales prioritaires [5] et l'élimination des lacunes</p> <p><i>Voir chapitre 5</i></p>	<p>Participer activement à l'analyse des lacunes, à la définition des priorités et à l'élaboration d'une stratégie d'intervention en cas de crise sanitaire et d'un plan d'action pour le groupe. Veiller à ce que l'action humanitaire exploite les capacités locales et à ce que les besoins, les contributions et les capacités des groupes vulnérables soient pris en compte. [Responsable de l'action sanitaire d'urgence]</p> <p>Veiller à ce que les plans sectoriels/de groupe tiennent dûment compte des politiques et stratégies sanitaires nationales et des enseignements tirés et intègrent des stratégies de transition ou de sortie de crise. [Représentant/Responsable de l'action sanitaire d'urgence]</p> <p>Veiller à ce que les possibilités de favoriser le relèvement et la reconstruction du système de santé soient recensées et exploitées dès que possible et à ce que les mesures d'atténuation des risques soient intégrées dans les stratégies et les plans du groupe. [Représentant/Responsable de l'action sanitaire d'urgence]</p>	<p>7. Diriger l'analyse d'informations et de données sur le secteur de la santé au niveau du groupe, et y participer (voir points 3, 4, 5 et 6) afin de recenser les lacunes dans l'action du secteur de la santé et de définir des priorités pour élaborer (ou adapter) une stratégie d'action en cas de crise sanitaire.</p> <p>12a. Fournir au groupe des orientations en définissant des priorités et des stratégies et en planifiant une action coordonnée pour combler les lacunes essentielles.</p> <p>15. En cas de crise prolongée ou dans le contexte du relèvement du secteur de la santé, établir des liens entre les actions humanitaires et les plans du secteur de la santé à long terme, en intégrant la notion de « reconstruire en mieux » et en prenant des mesures précises d'atténuation des risques.</p>	<p>Participer à l'analyse des lacunes, à la fixation des priorités et à l'élaboration d'une stratégie d'action en cas de crise sanitaire et d'un plan d'action pour le groupe.</p> <p>Veiller à ce que les activités de l'organisation s'inscrivent dans le cadre de la stratégie d'intervention en cas de crise sanitaire et tiennent dûment compte des questions transversales prioritaires.</p> <p>Planifier/adapter les activités afin qu'elles contribuent à combler les lacunes recensées.</p> <p>Veiller à ce que les activités de l'organisation favorisent dès que possible le relèvement et contribuent, si possible à la réduction des risques.</p>
<p>5. Planification d'urgence [7]</p> <p><i>Voir section 5.5</i></p>	Participer activement à la planification d'urgence interinstitutions/au sein du groupe et à la préparation en cas de nouveaux événements ou de dégradation de la situation. [Administrateur du programme sanitaire d'urgence]	11. Diriger la planification d'urgence conjointe au sein du groupe sectoriel Santé en prévision de nouveaux événements ou d'une détérioration de la situation, si nécessaire.	Effectuer une planification d'urgence conjointe en prévision d'événements futurs ou d'une détérioration de la situation dans les zones d'intervention avec les autres partenaires.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Fonctions ¹	Organisme chef de file		Partenaires ²
	Représentant de l'organisme chef de file ³	Coordonnateur du groupe sectoriel Santé ¹	
6. Application de normes [9] <i>Voir chapitre 6</i>	<p>Veiller à ce que tous les partenaires du groupe connaissent les lignes directrices politiques et les normes techniques nationales pertinentes, ainsi que les meilleures pratiques reconnues sur le plan international. [Représentant de l'organisme chef de file/Administrateur du programme sanitaire d'urgence]</p> <p>Lorsque les normes nationales ne sont pas conformes aux normes internationales et aux meilleures pratiques, négocier l'adoption de ces dernières dans les zones de crise. [Représentant]</p>	13. Favoriser le respect des normes et des meilleures pratiques par tous les partenaires du groupe sectoriel Santé, en tenant compte de la nécessité de les adapter au niveau local. Favoriser l'utilisation du Guide pour garantir l'application d'approches, d'outils et de normes communs.	Respecter les normes et les protocoles convenus et favoriser le plus possible leur adoption pour la prestation de services de santé.
7. Formation et renforcement des capacités [12] <i>Voir chapitre 6</i>	<p>Favoriser/soutenir la formation du personnel et le renforcement des capacités des partenaires de l'action humanitaire, et soutenir les efforts déployés pour renforcer les capacités des autorités nationales et de la société civile afin que les services de santé soient appropriés et durables. [Représentant de l'organisme chef de file/Administrateur du programme sanitaire d'urgence]</p>	14. Recenser les besoins urgents en formation concernant les normes et les protocoles techniques relatifs à la prestation des services de santé essentiels afin de garantir leur adoption et leur application homogène par tous les partenaires du groupe sectoriel Santé. Coordonner la diffusion des principaux documents techniques et l'organisation d'ateliers essentiels ou d'une formation continue.	<p>Veiller à ce que votre personnel soit correctement formé pour les activités entreprises.</p> <p>Définir les besoins de formation, les faire connaître et envoyer certains employés en formation selon les possibilités.</p> <p>Collaborer à l'organisation de la formation des membres du personnel des acteurs locaux dans le domaine de la santé et des autres partenaires, en mettant si possible à disposition des formateurs et d'autres ressources.</p>
8. Suivi et présentation de rapports (10) <i>Voir chapitre 8</i>	<p>Établir et diffuser des rapports de situation pour le groupe sectoriel et rédiger régulièrement des bulletins d'information avec l'aide du coordonnateur du groupe. [Administrateur du programme sanitaire d'urgence/chargé de communication]</p> <p>Plaider auprès des donateurs pour qu'ils financent les activités prioritaires de tous les partenaires du groupe sectoriel Santé. [Représentant]</p> <p>Défendre les intérêts du secteur de la santé lors des discussions avec le Coordonnateur de l'action humanitaire et d'autres parties intéressées sur les priorités, la mobilisation des ressources et la sensibilisation. [Représentant]</p>	9. Veiller à ce que les partenaires contribuent et participent au suivi conjoint des plans d'action individuels et communs d'intervention sanitaire ; rassembler et diffuser ces informations ainsi que d'autres renseignements concernant le secteur de la santé en établissant des rapports de situation et/ou en rédigeant régulièrement des bulletins d'information.	<p>Participer à la définition des informations et des rapports que les partenaires du groupe devraient fournir au coordonnateur et les communiquer en temps voulu.</p> <p>Contribuer aux efforts du groupe pour qu'une attention suffisante soit accordée à tous les besoins de santé publique (et aux principes humanitaires en général).</p>

Fonctions ¹	Organisme chef de file		Partenaires ²
	Représentant de l'organisme chef de file ³	Coordonnateur du groupe sectoriel Santé ⁴	
9. Sensibilisation et mobilisation de ressources [11], y compris présentation de rapports <i>Voir chapitre 7</i>	Fournir régulièrement des informations aux médias et, lorsqu'un consensus a été atteint avec les partenaires du groupe, représenter le groupe lors de conférences de presse ou d'interviews, etc. [Représentant /chargé de communication]	12b. Donner des orientations stratégiques au groupe sectoriel pour l'élaboration des composantes santé des propositions (appel éclair, plan d'action humanitaire commun, appel global et CERF) et d'autres documents interinstitutions pour la planification et le financement.	Présenter, si possible, les activités dans le contexte de l'action du secteur de la santé. Souligner l'importance et l'engagement en faveur de la coordination et de la collaboration.
10. Dernier recours	Intervenir comme dernier recours (en fonction des possibilités d'accès, de la sécurité et de la disponibilité du financement) afin de répondre aux besoins prioritaires préalablement définis. Indiquer au coordonnateur de l'action humanitaire et au siège de l'organisme chef de file quelles sont les ressources nécessaires et collaborer avec eux pour les obtenir.	8. Informer le représentant de l'organisme chef de file des lacunes prioritaires qu'aucun partenaire du groupe sectoriel ne peut combler et qui exigent l'intervention de l'organisme chef de file comme dernier recours.	Signaler la nécessité de faire appel au dernier recours si nécessaire.
Notes :			
¹ Dans la première colonne, le chiffre correspond au numéro du point dans le mandat générique de l'organisme chef de file.			
² Les partenaires sont normalement représentés aux réunions de groupe par le directeur ou l'administrateur du programme sanitaire d'urgence de leur pays. L'organisme chef de file est normalement représenté par l'administrateur du programme sanitaire d'urgence.			
³ Le représentant de l'organisme chef de file doit veiller à ce que toutes ces fonctions soient assurées de manière satisfaisante. Certaines fonctions peuvent être déléguées à l'administrateur du programme sanitaire d'urgence et à d'autres employés de l'organisme chef de file, comme indiqué, mais les fonctions suivies de la mention [Représentant] doivent être assumées personnellement par le représentant de l'organisme chef de file ou déléguées au coordonnateur.			
⁴ Lorsque l'approche de la responsabilité sectorielle est adoptée et qu'un organisme chef de file a été désigné dans le pays, le représentant de cet organisme et le bureau de pays doivent autant que possible remplir les fonctions du coordonnateur jusqu'à son arrivée.			

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10



1.4 ACTIVITÉS DU GROUPE SECTORIEL AUX DIFFÉRENTES PHASES DE L'ACTION SANITAIRE

La figure 1d récapitule les principales mesures à prendre aux quatre phases de l'action. Le calendrier et la cible de l'action à chaque phase dépendent de la nature de la catastrophe ou de la crise :

- La phase 1 doit être achevée très vite en cas de catastrophe à évolution rapide. En cas de crise à évolution lente, la phase peut durer un peu plus longtemps mais les activités sont similaires.
- Pour certaines situations d'urgence, il peut y avoir une phase d'alerte rapide avant la survenue de la crise.
- Certaines fois, notamment en cas d'urgence complexe (de conflit), la situation peut évoluer différemment selon les régions du pays ; la phase aiguë peut durer plus longtemps dans certaines zones, et dans d'autres zones, la situation peut se dégrader.

La figure 1e récapitule les processus de planification et d'administration des programmes, dont les partenaires doivent tenir compte et que le coordonnateur doit faciliter :

- L'évaluation des besoins, l'analyse, la définition d'objectifs, de priorités et de stratégies, et le suivi de la mise en œuvre de la stratégie d'intervention face à la crise sanitaire incombent à *l'ensemble du groupe, sous l'égide du coordonnateur*.
- La planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation détaillés de chaque projet incombent à *l'organisation concernée*. Cependant, si « l'approche de la responsabilité sectorielle » est pleinement adopté et si les organisations travaillent en partenariat, le coordonnateur et les partenaires du groupe sectoriel peuvent organiser un suivi conjoint ainsi que des évaluations indépendantes et conjointement parrainées des projets, notamment des évaluations en temps réel, sous l'égide du coordonnateur.
- L'évaluation, l'analyse et la planification sont des processus *itératifs* c'est-à-dire que des ajustements sont effectués au fur et à mesure que de nouvelles informations sont disponibles – voir chapitre 3, notamment la Figure 3b.

La Figure 1e correspond à un processus idéal de définition d'une stratégie d'intervention en cas de crise sanitaire (étape 2) et d'établissement du

plan d'action de chaque organisation dans le cadre de cette stratégie (étape 3). Ce processus doit être applicable dès le départ dans deux situations : i) en cas de crise à évolution lente ; ii) lorsqu'un plan d'urgence interinstitutions a été préalablement établi.

Dans les autres cas, les étapes 2 et 3 se dérouleront en parallèle aux premiers stades :

- Le coordonnateur devra réunir autant d'acteurs importants du secteur de la santé que possible pour communiquer des informations et élaborer progressivement une analyse commune de la situation et des besoins, définir les buts généraux, les stratégies d'intervention et, finalement, un plan d'action stratégique d'ensemble en cas de crise sanitaire. Parallèlement,
- Les organisations doivent établir leur propre plan d'action initial en fonction du plan stratégique global convenu par le groupe sectoriel et de ce que l'on sait des plans d'action d'autres acteurs, tout en restant suffisamment souples pour ajuster leur plan si nécessaire afin de mieux répondre aux besoins prioritaires.

Dans chaque situation, les partenaires du groupe sectoriel Santé (sous l'égide du coordonnateur) doivent définir le processus – conjoint ou collaboratif – d'évaluation, d'analyse, d'élaboration d'une stratégie et de planification à suivre.

1
RÔLE ET
FONCTIONNEMENT
D'UN GROUPE DE
RESPONSABILITÉ
SECTORIELLE
SANTÉ

2
UNE
COORDINATION
EFFICACE

3
ÉVALUATION
DES BESOINS ET
SUIVI DE LA
SITUATION
SANITAIRE

4
ANALYSE ET
HIÉRARCHISATION

5
ÉLABORATION
D'UNE
STRATÉGIE ET
PLANIFICATION

6
NORMES

7
SENSIBILISATION
ET MOBILISATION
DES RESSOURCES

8
SUIVI DE LA
PERFORMANCE
DU GROUPE –
ENSEIGNEMENTS
TIRÉS DE
L'EXPÉRIENCE

9
SERVICES
STANDARD
ET LISTES
D'INDICATEURS

○
ANNEXES

Figure 1d Principales activités du groupe sectoriel aux différentes phases de l'action d'urgence

<p>Phase 1</p> <p><i>Crise à évolution rapide :</i> 24 à 72 premières heures</p> <p><i>Crise à évolution lente :</i> Première semaine ou 2 premières semaines</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Contacts préliminaires, mise en œuvre du plan d'urgence inter-institutions (s'il existe) <input checked="" type="checkbox"/> Enquêtes préliminaires et rassemblement des informations <input checked="" type="checkbox"/> Première(s) réunion(s) de coordination du groupe sectoriel aux niveaux national et local <ul style="list-style-type: none"> ↳ scénario préliminaire (prévision des besoins et des risques sanitaires) ↳ inventaire préliminaire des ressources et analyse préliminaire des lacunes (qui fait quoi où et quand) (les 4W) ↳ recensement des premières priorités et mesures pour les hommes et pour les femmes <input checked="" type="checkbox"/> Création d'un bureau et d'une base de données pour la coordination sanitaire <input checked="" type="checkbox"/> Préparation et diffusion d'un premier bulletin d'information sur le groupe sectoriel ou le secteur de la santé <input checked="" type="checkbox"/> Participation aux premières réunions de coordination intergroupes ou intersectorielles ; contribution à la première analyse et à la première planification intergroupes ou intersectorielle <input checked="" type="checkbox"/> Recueil d'informations sur la situation avant la crise <input checked="" type="checkbox"/> Planification de l'évaluation rapide initiale <input checked="" type="checkbox"/> Lancement du système d'alerte et d'intervention rapides (EWARS)
--	--



<p>Phase 2</p> <p><i>Crise à évolution rapide :</i> 4 à 10 premiers jours</p> <p><i>Crise à évolution lente :</i> Premier mois</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Mise en œuvre de l'iHeRAMS <input checked="" type="checkbox"/> Lancement de l'évaluation rapide initiale <input checked="" type="checkbox"/> Mise en œuvre totale de l'EWARS <input checked="" type="checkbox"/> Mise en place d'un système d'information sanitaire d'urgence (notification sur le terrain) <input checked="" type="checkbox"/> Définition de normes et de protocoles <input checked="" type="checkbox"/> Réunions régulières de coordination du groupe sectoriel Santé aux niveaux national et local <ul style="list-style-type: none"> ↳ scénario actualisé, inventaire des ressources et analyse des lacunes ↳ définition des priorités et des mesures pour les hommes et pour les femmes <input checked="" type="checkbox"/> Formulation d'un premier plan stratégique pour le secteur de la santé <input checked="" type="checkbox"/> Préparation de la composante santé de l'appel éclair ONU-BCAH (s'il y a lieu) <input checked="" type="checkbox"/> Préparation de propositions de financement pour le CERF (s'il y a lieu) <input checked="" type="checkbox"/> Préparation et diffusion de bulletins d'information réguliers sur le secteur de la santé <input checked="" type="checkbox"/> Poursuite de la participation aux réunions de coordination intergroupes ou intersectorielles ; contribution à l'analyse et à la planification intergroupes ou intersectorielle et intégration efficace des questions transversales, dont l'équité entre les sexes.
---	---

Phase 3

Crise à évolution rapide :

4 à 6 semaines (catastrophe) à 3 mois maximum (conflit)

Crise à évolution lente :

2 à 3 mois

- ☑ Mise en œuvre totale de l'HeRAMS et du système d'information sanitaire d'urgence
- ☑ Coordination des contributions à la surveillance et à l'alerte et à l'intervention rapides
- ☑ Poursuite des réunions de coordination régulières du secteur de la santé (p. ex. chaque semaine)
- ☑ Élaboration d'une stratégie d'intervention en cas de crise sanitaire
- ☑ Scénario de planification (problèmes et risques sanitaires recensés)
- ☑ Objectifs, stratégies et plan d'action globaux du groupe sectoriel Santé
- ☑ Mise en œuvre et suivi de l'action initiale (avec des indicateurs pour chaque sexe)
- ☑ Préparation du plan d'action humanitaire commun et d'un appel global
- ☑ Mobilisation de ressources
- ☑ Actualisation fréquente de l'inventaire des ressources et de l'analyse des lacunes
- ☑ Création de groupes de travail techniques si nécessaire
- ☑ Coordination du soutien logistique des activités sanitaires
- ☑ Suivi de la mise en œuvre de la stratégie d'intervention sanitaire en cas de crise et du plan d'action du groupe sectoriel



Phase 4

(poursuite de l'action humanitaire et relèvement progressif)

- ☑ Poursuite des réunions de coordination régulières du secteur de la santé (p. ex. toutes les deux semaines)
- ☑ Actualisation périodique du scénario de planification, de l'HeRAMS et de l'analyse des lacunes
- ☑ Coordination du remplacement des équipes internationales qui s'en vont
- ☑ Mise en place/suspension des groupes de travail techniques, si nécessaire
- ☑ Maintenance du système d'information sanitaire, de la surveillance et de l'EWARS
- ☑ Évaluation en temps réel, intérimaire ou à moyen terme de l'action du secteur
- ☑ Évaluation globale/évaluation approfondie par sous-secteurs, si nécessaire
- ☑ Actualisation du plan stratégique ou d'action, en privilégiant le relèvement
- ☑ Planification d'urgence pour parer à une éventuelle évolution de la situation



Fin des activités

- ☑ Arrêt du plan d'urgence au fur et à mesure que les programmes de relèvement prennent le relais
- ☑ Évaluation finale et bilan des enseignements tirés

1

2

3

4

5

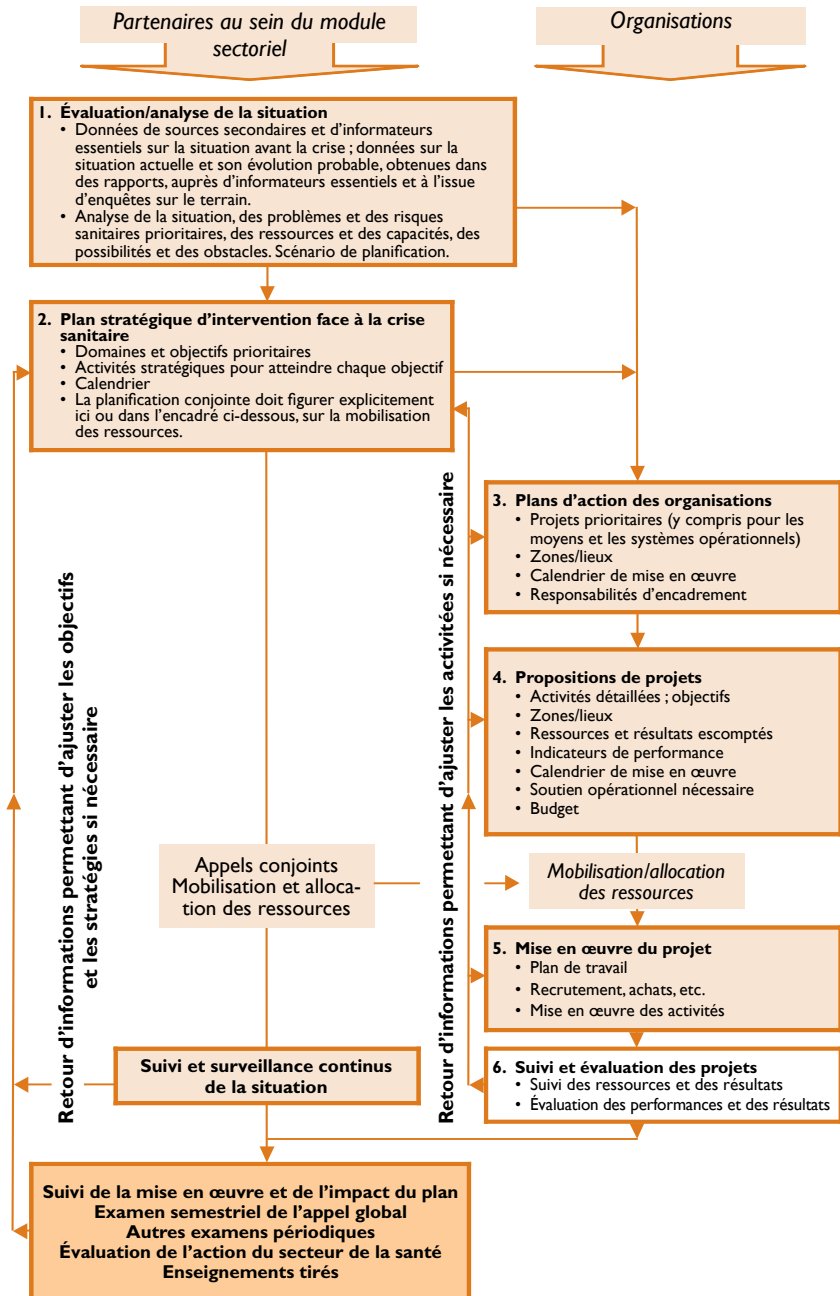
6

7

8

9

Figure 1e Processus de planification et de mise en œuvre d'une action humanitaire dans le secteur de la santé



2

UNE COORDINATION
EFFICACE**Principaux points :**

- ✓ L'ensemble des partenaires du groupe sectoriel Santé doivent s'être engagés en faveur du même objectif global : s'attaquer aux problèmes et aux risques sanitaires prioritaires et fournir les meilleurs services de santé possibles à la population touchée – et éviter les lacunes dans les interventions
- ✓ moyennant une action coordonnée et conjointe.
- ✓ L'organisme chef de file du groupe sectoriel Santé, le coordonnateur du groupe sectoriel Santé et les partenaires du groupe doivent remplir leurs rôles et s'acquitter de leurs responsabilités respectives, ceux-ci étant énoncés à la section 1.2.
- ✓ Le coordonnateur du groupe sectoriel Santé doit jouer le rôle de facilitateur et, dans le même temps, montrer la voie à suivre. Elle/il doit, entre autres, veiller à maintenir des liens de communication directs réguliers avec chaque partenaire du groupe sectoriel, le représentant de l'organisme chef de file dans le pays et le coordonnateur d'urgence du ministère de la santé.
- ✓ Il convient d'assurer une information de qualité et une bonne gestion de l'information, et notamment de savoir « Qui fait quoi, où et quand » (4W). Les données désagrégées actualisées sur la situation et les interventions sanitaires doivent être disponibles à tout moment pour l'ensemble des parties prenantes.

Résultats escomptés du groupe sectoriel Santé

- ✓ Des mécanismes de coordination du secteur de la santé qui fonctionnent et auxquels participent les institutions des Nations Unies, les organisations non gouvernementales, les organisations communautaires, les autorités sanitaires, les donateurs, et

1
RÔLE ET
FONCTIONNEMENT
D'UN GROUPE DE
RESPONSABILITÉ
SECTORIELLE
SANTÉ

2
UNE
COORDINATION
EFFICACE

3
ÉVALUATION
DES BESOINS ET
SUIVI DE LA
SITUATION
SANITAIRE

4
ANALYSE ET
HIÉRARCHISATION

5
ÉLABORATION
D'UNE
STRATÉGIE ET
PLANIFICATION

6
NORMES

7
SENSIBILISATION
ET MOBILISATION
DES RESSOURCES

8
SUIVI DE LA
PERFORMANCE
DU GROUPE –
ENSEIGNEMENTS
TIRÉS DE
L'EXPÉRIENCE

9
SERVICES
STANDARD
ET LISTES
D'INDICATEURS

ANNEXES

les membres de la communauté, y compris dans les relations entre le centre et le terrain, et avec d'autres secteurs.

- ✓ Une cartographie actualisée des acteurs dans le domaine de la santé et des activités de prestation de services.
- ✓ Des informations actualisées sur la situation et les besoins sanitaires sont disponibles pour l'ensemble des parties prenantes ; des rapports réguliers sur la situation/bulletins de santé.

« Lacunes » fréquentes dans la coordination du secteur de la santé
 Constatations issues de 10 études de cas menées dans les pays (2004-2007)

Exemples	Solutions proposées
<p>Inefficacité du mécanisme de coordination du secteur de la santé qui ne parvient pas à inclure la communauté touchée, les autorités nationales et locales, les gouvernements des donateurs, les institutions multilatérales, les ONG nationales et internationales, les établissements universitaires, les autorités militaires et les médias, ni le secteur privé ou les groupes religieux.</p> <p>Insuffisance de la coordination des plans et de la communication relative aux activités entre la capitale et le mécanisme de coordination de terrain.</p> <p>Multiplicité des mécanismes de coordination opérant simultanément. Réunions exigeant un temps considérable, aboutissant à un échange d'informations plutôt qu'à la planification des interventions.</p> <p>Distinction peu claire entre les rôles de chef de file dans le domaine de la santé des différentes institutions des Nations Unies.</p> <p>Coordination intersectorielle inappropriée.</p>	<p>Mettre en place une direction faisant autorité ayant des capacités de modération au sein du groupe qui sera chargée d'agir en tant que coordonnateur spécialisé au premier stade d'une crise aiguë, sans responsabilités supplémentaires en matière de mise en œuvre.</p> <p>Désigner, en fonction de la situation, un/des coordonnateur(s) au niveau du terrain ainsi qu'un coordonnateur central. Envisager d'appliquer le principe de la responsabilité sectorielle décentralisée moyennant un organisme chef de file sur le terrain, assurant la planification à l'échelle du secteur au niveau du terrain, celle-ci étant ensuite transmise au niveau central pour être examinée et recevoir l'appui nécessaire.</p> <p>Orienter les réunions vers les interventions communes ; diffuser les normes, directives et documents de planification dans les pays (par exemple sur CD) auprès des partenaires.</p> <p>Établir des mémorandums d'accord inter-institutions portant sur les opérations sur le terrain afin de clarifier les rôles et responsabilités convenus lorsqu'il existe des risques de confusion.</p> <p>Mener régulièrement des réunions de coordination intersectorielle, en veillant à la participation des représentants sectoriels ayant le pouvoir de décision.</p>

2.1 IMPLIQUER LES PARTENAIRES – CONSTRUIRE UN GROUPE SECTORIEL SANTÉ EFFICACE

Quelques principes fondamentaux

- ✓ *Prévoir une participation exhaustive* : recenser et faire participer l'ensemble des acteurs de la santé, y compris les organisations et les autorités locales. Veiller à ce que la traduction soit assurée lors des réunions, si nécessaire.
- ✓ *Compléter et renforcer les structures et les processus de coordination* existants à la fois aux niveaux national et local. Éviter des systèmes parallèles.
- ✓ *Commencer par des objectifs réalistes*, démontrer la valeur ajoutée obtenue et susciter la confiance, obtenir ainsi l'adhésion, puis élargir la portée de vos actions (voir l'encadré ci-dessous). Axer les activités sur les priorités sanitaires essentielles en commençant par ce qui est le plus aisément faisable, puis élargir progressivement votre champ d'action pour répondre à d'autres préoccupations dès que possible.
- ✓ *S'assurer que tous les partenaires ont quelque chose à gagner*. Parmi les avantages peuvent figurer un accès à davantage d'informations ou à des informations ou compétences de plus grande qualité, des possibilités de planification et d'élaboration de stratégies communes, un accès plus aisé aux zones concernées, l'accès aux ressources (transport, fonds, etc.) à partir d'une plate-forme commune ou moyennant le recensement des possibilités de partage.
- ✓ *Tirer parti de l'expérience passée*. Rechercher comment les processus de coordination dans le secteur de la santé ont fonctionné lors de situations d'urgence précédentes dans le pays, ce qui a bien fonctionné ou au contraire n'a pas fonctionné, et pourquoi.
- ✓ *Veiller à la transparence* dans toutes les activités du groupe et l'utilisation des ressources.

1
RÔLE ET
FONCTIONNEMENT
D'UN GROUPE DE
RESPONSABILITÉ
SECTORIELLE
SANTÉ

2
UNE
COORDINATION
EFFICACE

3
ÉVALUATION
DES BESOINS ET
SUIVI DE LA
SITUATION
SANITAIRE

4
ANALYSE ET
HIÉRARCHISATION

5
ÉLABORATION
D'UNE
STRATÉGIE ET
PLANIFICATION

6
NORMES

7
SENSIBILISATION
ET MOBILISATION
DES RESSOURCES

8
SUIVI DE LA
PERFORMANCE
DU GROUPE –
ENSEIGNEMENTS
TIRÉS DE
L'EXPÉRIENCE

9
SERVICES
STANDARD
ET LISTES
D'INDICATEURS

ANNEXES

Recenser les partenaires potentiels du groupe sectoriel

- ☑ Obtenir les listes des acteurs dans le domaine de la santé – et des personnes à contacter – par l’intermédiaire du ministère de la santé, des mécanismes de coordination du secteur de la santé existants, des organisations travaillant dans le secteur depuis longtemps, et du bouche-à-oreille. Les contacter, leur expliquer les objectifs du groupe sectoriel et les inviter à la première/prochaine réunion.

Impliquer les partenaires et obtenir leur approbation

- ☑ Construire des relations et entretenir des contacts réguliers avec l’ensemble des acteurs de la santé⁴. Encourager le dialogue.
- ☑ Instaurer la confiance moyennant la transparence et la franchise. Reconnaître les obstacles.
- ☑ Respecter les différents mandats, priorités et approches. Chercher à parvenir à un consensus sur les besoins, les risques, les objectifs et sur la meilleure manière d’y faire face de manière équitable compte tenu des ressources disponibles.
- ☑ Comprendre les attentes et les contraintes des partenaires ; veiller à ce que les attentes soient réalistes et rechercher des moyens de les aider à surmonter les obstacles.
- ☑ Tenir à jour un registre des organisations agissant dans le domaine de la santé, incluant des informations sur les opérations et les capacités.
- ☑ Établir clairement quelles sont les informations requises des partenaires du groupe sectoriel et des autres acteurs de la santé, sous quelle forme et avec quelle fréquence elles doivent être présentées.
- ☑ Utiliser la préparation d’un appel éclair, d’un plan d’action humanitaire commun (CHAP) ou d’une procédure d’appel global – ou d’autres processus de planification interinstitutions – comme des occasions d’instaurer une culture de la collaboration, de la participation et du partenariat. Veiller à ce que l’ensemble des partenaires aient la possibilité de contribuer à la définition des priorités globales et puissent développer leurs propres activités en conséquence.
- ☑ S’assurer que les informations relatives aux réunions, aux décisions et aux problèmes de santé actuels sont immédiatement disponibles pour tous les acteurs. S’assurer que les réunions soient productives – voir la

⁴ La réussite de la coordination dépend largement du comportement et des capacités relationnelles.

section 2.2. Permettre aux partenaires de contribuer à la détermination de l'ordre du jour des réunions.

- ☑ Chercher à obtenir des informations en retour auprès des membres du groupe sectoriel sur l'efficacité du groupe et sur la manière dont celle-ci pourrait être améliorée.

Impliquer les acteurs de la santé locaux

La participation des organisations non gouvernementales nationales et locales est souvent entravée par l'absence de financement ou de ressources, par les difficultés liées à la langue, à la culture organisationnelle, à l'accès à l'information et à la capacité d'organisation globale de la société civile. Pour qu'elles participent davantage :

- ☑ fournir les informations et les ressources dans une langue locale ;
- ☑ veiller à ce que les instruments de gestion de l'information et de notification soient simples ;
- ☑ travailler au sein des structures locales existantes ; et
- ☑ encourager les partenariats entre les partenaires du groupe sectoriel plus expérimentés et les organisations non gouvernementales nationales et locales qui le sont moins par l'intermédiaire de la formation, d'un financement à petite échelle et du partage des responsabilités au sein du groupe sectoriel.

Veiller à une action coordonnée dans des sous-secteurs particuliers

Certains sous-secteurs au sein du secteur de la santé, tels que la santé génésique, peuvent nécessiter une attention particulière et des dispositions spécifiques, pour que les actions menées soient appropriées et coordonnées. Une organisation partenaire du groupe sectoriel Santé qui dispose de compétences et de capacités spécifiques dans le pays peut se voir attribuer la responsabilité de soutenir, de promouvoir, de défendre et de mener les actions dans un sous-secteur particulier. Ces attributions concernant « la direction d'un sous-secteur/point focal » doivent faire l'objet de discussions et d'un accord au sein du groupe sectoriel Santé, l'ensemble des partenaires convenant du mandat, et l'organisation concernée s'engageant à respecter le mandat convenu. Le mandat doit s'inscrire dans le cadre de la stratégie/du plan d'action convenu pour

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES


8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE


9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

ANNEXES

réagir face à la crise sanitaire et être réaliste, tout en tenant compte de la situation et des capacités techniques et opérationnelles disponibles.

La coordination de la prévention de la violence sexuelle et de la riposte et les activités concernant la santé mentale et le soutien psychosocial nécessitent des arrangements conjoints spécifiques entre le groupe sectoriel Santé et d'autres – en premier lieu le groupe sectoriel Protection. Ces dispositions doivent être exhaustives et les aspects liés à la santé de ces questions transversales doivent faire l'objet de discussions et être traitées au sein du groupe sectoriel Santé. Pour des conseils techniques, voir les documents suivants :

 CPI. *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence*. Comité permanent interorganisations, 2007, ainsi qu'un document qui paraîtra prochainement sur la santé mentale et le soutien psychosocial destiné en particulier aux coordonnateurs des groupes sectoriels Santé et Protection.

 CPI. *Directives du CPI en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire*. Comité permanent interorganisations, décembre 2007.

Une approche progressive pour une coordination efficace

La coordination est un travail d'équipe : il convient de faire en sorte que chaque partenaire du groupe sectoriel se sente partie intégrante de celui-ci. Sans être trop strict quant au déroulement du processus, il est possible d'adopter une approche progressive.

Pour commencer, faire en sorte que les partenaires *partagent les informations sur* :

- les mandats, objectifs, rôles et responsabilités,
- les ressources et capacités,
- les domaines d'intervention, les priorités et les projets,
- les sources de données et la perception du contexte général.

Ensuite, faire en sorte que les partenaires *travaillent ensemble* pour :

- évaluer les besoins, fixer les normes et mobiliser les ressources extérieures,
- assurer l'accès aux populations affectées,
- renforcer les capacités locales et nationales, et former leur propre personnel.

Au cours d'une phase plus avancée, vous constaterez que les partenaires peuvent *partager les plans et les ressources* moyennant :

- une planification conjointe – stratégique, opérationnelle ou pour l'établissement de plans d'urgence,
- la mise en œuvre d'interventions conjointes,
- le partage de leurs experts, de leurs systèmes de sécurité, et des dispositions/capacités logistiques.

Où rechercher un soutien technique et opérationnel

L'organisme chef de file du groupe sectoriel dans le pays est chargé de veiller à assurer le soutien nécessaire. Cet organisme doit rechercher les ressources (connaissances, expérience, compétences, conseils techniques, fonds, personnel, etc.) :

- en premier lieu dans le pays – au sein de son propre bureau, au sein du groupe sectoriel (des partenaires), et au sein de la communauté humanitaire au sens large par l'intermédiaire de l'équipe humanitaire dans le pays et du coordonnateur humanitaire ;
- en deuxième lieu, par l'intermédiaire des sièges aux niveaux régional et international ;
- en dernier lieu, si davantage de soutien est nécessaire, une demande peut être formulée auprès de l'organisme chef de file au niveau mondial (OMS).

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS


ANNEXES

Anticiper et surmonter les obstacles à la coordination

Obstacles fréquents à la coordination	Astuces pour surmonter ces obstacles
<p>« L'autonomie est menacée » Le sentiment que la coordination limitera la liberté des participants de prendre des décisions et de gérer leurs propres programmes.</p>	<p>Avoir des discussions franches et ouvertes quant aux objectifs communs. Montrer comment le fait de résoudre les problèmes et d'élaborer des stratégies en commun peut être bénéfique pour toutes les parties concernées et laisse encore une certaine liberté d'action dans le cadre de la stratégie globale de riposte face à la crise sanitaire.</p>
<p>« Un trop grand nombre d'acteurs » Préoccupation selon laquelle le processus sera compliqué et un consensus ou un accord difficile à obtenir du fait d'un grand nombre d'organisations impliquées.</p>	<p>Etablir de petits groupes de travail au sein desquels sont représentés l'ensemble des groupes de parties prenantes afin de traiter de questions particulières et de formuler des recommandations à l'intention du groupe sectoriel dans son ensemble.</p>
<p>Les responsables de la prise de décision ne participent pas aux réunions, de sorte que les participants doivent constamment rendre compte à leurs responsables/leur siège avant d'engager leurs organisations, ou bien les accords ne sont pas ratifiés.</p>	<p>Lorsque des décisions doivent être prises, l'indiquer clairement, le faire à l'avance et en utilisant le moyen de communication le plus approprié. Etablir des mécanismes de coordination décentralisés au niveau local. Fixer des dates limites pour les décisions à prendre.</p>
<p>Les décisions sont imposées et un petit nombre d'organisations dominant, de sorte que le processus de prise de décision n'est pas transparent. De nombreux partenaires n'ont pas la possibilité d'y contribuer.</p>	<p>Veiller à une direction appropriée et à la facilitation des échanges au sein du groupe sectoriel. Former de petits groupes de travail dotés d'une présidence tournante et au sein desquels sont représentés l'ensemble des groupes des parties prenantes ; ils travailleront sur des questions spécifiques et formuleront des recommandations à l'intention du groupe sectoriel. Faites le compte rendu de toutes les décisions ainsi que de leurs motifs.</p>

Obstacles fréquents à la coordination	Astuces pour surmonter ces obstacles
<p>Actions unilatérales de certaines organisations ignorent les processus de coordination établis et ne respectent pas les décisions conjointes.</p>	<p>Discuter avec l'organisation concernée en évitant la confrontation.</p> <p>Inciter le groupe sectoriel (y compris les donateurs) à clarifier son rôle, en renouvelant les accords sur les priorités et les meilleures pratiques, et en trouvant des moyens d'éviter à l'avenir les actions unilatérales perturbatrices.</p>
<p>« Aucun avantage – une perte de temps » De nombreux partenaires considèrent que le processus n'apporte pas suffisamment d'avantages pour justifier le temps qui lui est consacré.</p>	<p>Fournir des informations et des services utiles.</p> <p>Etablir un plan d'action pour le groupe sectoriel définissant clairement les objectifs convenus, et prévoyant des résultats concrets, correspondant à des interventions.</p> <p>Si les ressources (humaines ou financières) sont insuffisantes pour que le groupe sectoriel fonctionne correctement, inclure une proposition de projet convaincante avec un budget approprié dans l'appel éclair ou la prochaine procédure d'appel global.</p> <p>Organiser périodiquement des évaluations actives de la satisfaction des partenaires quant aux processus, activités et mécanismes de prise de décision au sein du groupe sectoriel afin de déterminer comment ceux-ci peuvent être améliorés.</p>
<p>Rotation des effectifs, si bien que les nouveaux membres du personnel (ou de l'équipe du groupe des partenaires individuels) ne souscrivent pas pleinement aux principes de la responsabilité sectorielle ou n'ont pas connaissance des décisions et accords conjoints antérieurs.</p>	<p>Expliquer le rôle du groupe sectoriel et les motifs des décisions et accords antérieurs.</p> <p>Encourager l'ensemble des partenaires à faire participer le personnel national de haut niveau au travail du groupe sectoriel afin d'assurer la continuité dans la réflexion et l'action.</p>

Lectures complémentaires

 CPI. *Leadership in Clusters and Building Consensus*. Cluster-Sector Leadership Training Tip Sheets, Comité permanent interorganisations, 2007.

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION




6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

ANNEXES

-  Global WASH Cluster. Sections 2.3 « Managing contacts and communication » et 2.5 « Negotiating, consensus building and conflict resolution », *WASH cluster coordination handbook*. Global WASH Cluster Coordination Project, janvier 2009.
-  Seeds for change. *Consensus decision-making*. Recommandations détaillées et utiles sur l'obtention d'un consensus.
-  Seeds for change. *Consensus in large groups*. Recommandations détaillées et utiles pour favoriser l'obtention d'un consensus au sein de groupes importants.



2.2 RECENSER LES ACTEURS DE LA SANTÉ

Le recensement des acteurs de la santé dans l'ensemble de la/des zone(s) affectée(s) par la crise est une condition préalable à une planification et une action coordonnées. Il doit être entrepris rapidement dès le *déclenchement* d'une crise, et au plus tard lors de la première réunion du groupe sectoriel, et être *actualisé* constamment au cours des premiers stades des interventions et à intervalles réguliers une fois que la situation s'est stabilisée. Il est également indispensable de contrôler si la population a réellement accès aux services offerts et/ou si ces services sont utilisés comme prévu.

Les dispositions relatives au « recensement » doivent être adaptées à la situation dans le pays mais elles comprendront généralement les éléments suivants :

- Recensement des *services* et des *ressources* sanitaires spécifiques disponibles par l'intermédiaire des différents acteurs dans différents domaines au moyen du Système de recensement des ressources sanitaires disponibles (HeRAMS) – utiliser la version initiale du « i-HeRAMS » en premier lieu – voir la section 3.2.
- Rassembler les données concernant « Qui fait quoi, où et quand » (4W) pour la base de données gérée par le BCAH (voir ci-dessous).
- Compléter ces données « liées aux activités » par des éléments complémentaires tels que :
 - le mandat, le rôle, les objectifs, les domaines de compétence et les problèmes prioritaires auxquels ils veulent s'attaquer ;
 - les ressources dont ils disposent, et celles qu'ils espèrent mobiliser, et les types et volumes d'assistance qu'ils ont l'intention (ou peuvent être en mesure) de fournir ;

- les zones géographiques et les domaines de services dans lesquels ils ont l'intention (ou peuvent être capables) d'élargir leurs activités ;
 - les dates auxquelles ils prévoient de commencer de nouvelles activités, ou d'élargir leurs activités à de nouvelles zones géographiques, ou de réduire certaines activités ou d'y mettre un terme ;
 - leur détermination à collaborer avec d'autres et à travailler en partenariat, et leur intérêt à contribuer aux activités du groupe sectoriel ;
 - leur engagement en faveur de l'équité et des questions transversales, notamment des questions relatives à l'égalité entre les sexes, et des activités de riposte et de prévention face à la violence à l'égard des femmes.
- Entreprandre une *analyse des parties prenantes* – en examinant systématiquement les intérêts de chaque institution, organisation, groupe ou individu qui a un intérêt direct ou indirect dans le domaine de la santé, des services de santé et des activités du groupe sectoriel Santé, et dont les attitudes et actions peuvent avoir une incidence sur la santé et les résultats des activités sanitaires humanitaires – voir l'annexe E.

(Parmi les parties prenantes peuvent par exemple figurer des milices et d'autres acteurs ne relevant pas de l'État, ainsi que des donateurs et des entités politiques locales, outre les organisations qui fournissent effectivement des services de santé.)

Ces informations combinées sont importantes aux fins d'évaluation et de planification mais permettent aussi de fournir au groupe sectoriel Santé les connaissances nécessaires pour travailler avec les différents acteurs individuellement, ou en groupes, afin de développer leur engagement en faveur des objectifs poursuivis par le groupe sectoriel (ou au moins pour réduire leur opposition).

Liens avec la base de données gérée par le BCAH

La base de données « Qui fait quoi où » (3W) gérée par le BCAH a effectué l'inventaire des institutions, de leurs projets actuels et du soutien des donateurs, par secteur et en fonction des zones administratives définies. À partir du début de 2009, le groupe sectoriel

1
RÔLE ET
FONCTIONNEMENT
D'UN GROUPE DE
RESPONSABILITÉ
SECTORIELLE
SANTÉ

2
UNE
COORDINATION
EFFICACE

3
ÉVALUATION
DES BESOINS ET
SUIVI DE LA
SITUATION
SANITAIRE

4
ANALYSE ET
HIÉRARCHISATION

5
ÉLABORATION
D'UNE
STRATÉGIE ET
PLANIFICATION

6
NORMES

7
SENSIBILISATION
ET MOBILISATION
DES RESSOURCES

8
SUIVI DE LA
PERFORMANCE
DU GROUPE –
ENSEIGNEMENTS
TIRÉS DE
L'EXPÉRIENCE

9
SERVICES
STANDARD
ET LISTES
D'INDICATEURS

ANNEXES

Santé mondial a demandé au BCAH de passer à une base de données de type « Qui est où, depuis/jusqu'à quand » (4W), qui intègre également la liste standard des sous-secteurs de santé établie par le groupe sectoriel Santé mondial (voir la section 9.1) afin d'affiner les tâches (Quoi) dont les partenaires du groupe sectoriel Santé doivent rendre compte.

Une fois adapté aux besoins du pays, l'outil de recensement des ressources sanitaires disponibles (HeRAMS), du groupe mondial, utilise la même liste – mise au point par le BCAH – de noms de lieux et de zones administratives géo-référencés, et enregistre les services effectivement fournis dans des endroits précis (voir la section 3.2), ainsi que les ressources humaines et autres disponibles.

Le coordonnateur du groupe sectoriel Santé est responsable de l'établissement et de la mise à jour du système de recensement et il doit veiller à ce que le secteur de la santé contribue à alimenter la base de données du BCAH (3W/4W). Les possibilités d'organiser le transfert direct des données communes entre les deux systèmes sont actuellement à l'étude mais, au moment où nous écrivons, le coordonnateur devra travailler avec le BCAH au niveau local afin de déterminer quel est le meilleur moyen de partager les données et de veiller à la cohérence entre les deux systèmes.

N.B. : Pour les besoins du groupe sectoriel Santé, il est indispensable de savoir également pendant quelle période – à partir de quand, jusqu'à quand – l'acteur concerné pense fournir le service. Cela est particulièrement important pour les organisations non gouvernementales qui peuvent n'être présentes que pour une durée limitée ainsi que pour les organisations qui envisagent d'élargir leurs interventions. Le coordonnateur doit par conséquent tenir à jour les données relatives aux dates des opérations même si cette information n'est pas enregistrée par le BCAH.

Mesures à prendre par le coordonnateur et le groupe sectoriel Santé

- Obtenir auprès du BCAH les ensembles de données relatifs à la zone et à la population et adapter le Système de recensement des ressources sanitaires disponibles.
- Vérifier quelles sont les informations dont disposent déjà le ministère de la santé et le BCAH ou celles qu'ils collectent au niveau national et sur le terrain concernant les organisations qui sont actives dans le secteur de la santé. Parmi celles-ci pourront figurer les adresses des personnes à contacter, des informations générales sur l'organisation,

et les zones géographiques où elles travaillent. Recoupez ces informations afin de vous assurer que tout le monde est « sur la même longueur d'onde ».

- ☑ Collecter des informations sur les services/sous-secteurs de services de santé que chaque acteur fournit, ou prévoit de fournir dans des domaines spécifiques en utilisant le système de recensement (HeRAMS) :
 - transmettre les données au BCAH pour qu'elles soient introduites dans les modules santé de la base de données 3W/4W ;
 - s'efforcer d'obtenir le maximum de complémentarité possible entre les activités de prestation de services des différents partenaires/acteurs de la santé (par exemple, un partenaire peut fournir des soins de santé primaires dans un domaine particulier tandis qu'un autre apportera un soutien aux soins hospitaliers).
- ☑ Rassembler des informations sur les mandats, les objectifs, les rôles, les ressources et les types et volumes d'assistance que chaque partenaire peut fournir, ainsi que les domaines et priorités auxquels ils veulent s'attaquer ; analyser leurs points forts comparatifs respectifs et veiller à la cohérence dans l'intégration des préoccupations transversales dans leurs activités.
- ☑ S'assurer que l'ensemble de ces données sont régulièrement mises à jour et insister pour obtenir (et soutenir si nécessaire) la collecte de données désagrégées en fonction du sexe et de l'âge (SADD).

Enseignements et conseils pratiques issus de l'expérience sur le terrain

Dans de nombreux endroits, il est apparu pratique pour les organisations de fournir des informations sur leurs activités et capacités en complétant un formulaire.

Dans certains endroits, il a été jugé utile de disposer de tableaux, ou de tableaux à feuilles mobiles, installés de façon permanente sur un mur du lieu utilisé pour les réunions du groupe sectoriel, où les organisations peuvent inscrire – et mettre à jour lorsque cela est nécessaire – leurs propres données et voir ce que les autres organisations ont inscrit. Les informations sont saisies dans le module « Qui fait quoi où » (3W) et des documents papiers sont distribués périodiquement par le coordonnateur.

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES


8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

ANNEXES

Une fois que le système de recensement (HeRAMS) est installé et que le personnel a été formé à son utilisation, il peut être possible de collecter les données directement sur le formulaire de collecte des données du système HeRAMS et d'afficher ensuite les données produites par le système pour qu'elles puissent être examinées et mises à jour lorsque cela est nécessaire.

Lecture complémentaire

-  Annexe E, sur le CD-ROM – *Analyse des parties prenantes* (qui comprend également une liste détaillée de références supplémentaires).



2.3 TENIR DES RÉUNIONS DU GROUPE SECTORIEL EFFICACES

Les réunions sont essentielles, mais une planification rigoureuse et de bonnes techniques de facilitation sont nécessaires pour s'assurer de leur utilité. Nombreuses sont les réunions qui prennent trop de temps et aboutissent à des résultats limités, la participation à celles-ci pouvant en conséquence rapidement chuter.

Organiser une réunion du groupe sectoriel

- Inviter l'ensemble des entités pertinentes aux niveaux gouvernemental et national.
- Demander au ministère de la santé de présider ou de coprésider la réunion, si possible. Sinon, si une institution des Nations Unies est l'organisme chef de file au niveau du pays, les réunions peuvent être coprésidées avec une organisation non gouvernementale appropriée.
- Préparer un ordre du jour réaliste – voir l'exemple figurant dans l'encadré ci-dessous ; axer les travaux sur les questions essentielles recensées et convenues à l'avance avec le ministère de la santé.
- Choisir un endroit adapté en termes d'accessibilité, d'installations, d'espace, et de ventilation.
- Préparer les documents à distribuer contenant les nouvelles informations et les nouvelles cartes.
- Préparer des fiches et/ou des tableaux à feuilles mobiles pour enregistrer l'information que vous souhaitez obtenir des autres, ou recouper, pendant ou à la fin de la réunion. (Pour les premières réunions, il s'agit, en particulier, des informations concernant « qui est où pour fournir quel type/niveau de soins »).

- ☑ Veiller à la préparation et à la distribution rapides d'un compte rendu concis des éléments essentiels d'information échangés au cours de la réunion, des décisions prises, et des actions de suivi requises accompagnées des responsabilités de chacun.

L'organisme chef de file doit être représenté par l'administrateur du programme d'urgence. Il ne doit pas être demandé au coordonnateur de porter « deux casquettes » au cours des réunions de coordination.

La *première réunion* doit être convoquée par l'organisme chef de file au cours des premières 24-48 heures pour une crise à évolution rapide (des 2-3 premiers jours pour une crise à évolution lente) même si la personne désignée en tant que coordonnateur du groupe sectoriel n'est pas encore arrivée. S'il n'existe pas de groupe sectoriel ou de groupe de coordination, l'organisme chef de file doit contacter le ministère de la santé et les autres principaux acteurs dans le domaine de la santé pour organiser une première réunion avec autant de participants que possible. Inviter les chefs des institutions (directeurs de pays) à cette première réunion.

S'assurer que les réunions sont productives

- ☑ Être clair quant à l'objectif de la réunion et sûr qu'il s'agit de la forme d'échange la plus adaptée⁵. Préciser à l'avance les résultats à produire ainsi que les décisions à prendre.
- ☑ Veiller à ce que les réunions soient *axées* sur la résolution des problèmes, la définition des priorités et la planification, et ne deviennent pas seulement des occasions d'échanger des informations. Veiller au respect des horaires.
- ☑ Veiller à ce que les réunions soient aussi *brèves* que possible et adapter leur fréquence en fonction des besoins de la phase d'intervention.
- ☑ Demander à de petits *sous-groupes* de travailler sur des questions spécifiques posant problème et de présenter des recommandations à la prochaine réunion du groupe sectoriel, le cas échéant. Mais éviter la multiplication des réunions. Demander des informations en retour par courriel sur les projets et limiter les discussions au cours des réunions du groupe sectoriel aux seules questions essentielles.

⁵ Il peut être plus utile dans certains cas d'utiliser le courriel, les groupes Google (ou similaires) en ligne, les appels téléphoniques ou les communications écrites.

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

ANNEXES

- ☑ *Faire participer* les partenaires à la formulation des ordres du jour et au recensement des questions requérant un travail spécifique.
- ☑ Au cours du premier mois, demander *aux organisations nouvellement arrivées* de venir une demi-heure plus tôt pour une brève réunion sur le rôle du groupe sectoriel et sur ce qui a été débattu et décidé au cours des réunions précédentes. Cela évitera de perdre du temps au cours de la réunion elle-même.

PROPOSITION D'ORDRE DU JOUR POUR UNE PREMIÈRE RÉUNION DU GROUPE SECTORIEL SANTÉ

1. Message de bienvenue, présentations (si nécessaire) ; explication de la finalité du groupe sectoriel ; accord sur l'ordre du jour.
2. *Brève introduction par le ministère de la santé et le coordonnateur du groupe sectoriel Santé* (ou le représentant de l'organisme chef de file si le coordonnateur n'est pas encore en poste) sur ce que l'on sait de la situation, les besoins sanitaires, et les interventions déjà entreprises ou prévues.
3. *Partage de l'information* : ce que sait chaque organisation participante, ce qu'elle fait, prévoit de faire (quand et où), et les problèmes et obstacles rencontrés.
4. *Lacunes dans l'information* : recensement des éventuelles lacunes importantes dans l'information concernant des zones spécifiques et/ou des aspects sanitaires ; débat et accord sur la façon dont elles seront comblées (qui fera quoi quand).
5. *Problèmes sanitaires prioritaires, risques, lacunes dans les services* : recensement des principaux risques sanitaires vitaux et des lacunes dans les services permettant de remédier à ces risques ; débat et accord sur la manière dont ces lacunes peuvent être comblées (qui fera quoi, où et quand).
6. *Dispositions pour une évaluation rapide initiale* : désignation éventuelle d'un sous-groupe de travail pour organiser l'évaluation rapide initiale dans un délai convenu.
7. *Bureau de centralisation des informations* : accord sur un point focal d'urgence pour les informations sanitaires qui sera chargé de recevoir et de réunir les informations en provenance de tous les partenaires.
8. *Bulletin* : modalités de production et de diffusion d'un bulletin sanitaire d'urgence.

9. *Prochaine réunion* : date, lieu, horaire, points de l'ordre du jour et ce qu'il est demandé aux participants de préparer.

N.B. L'ordre du jour présenté ci-dessus correspondant à ce que serait un ordre du jour idéal. Toutefois :

- Si le groupe sectoriel vient tout juste d'être formé, le point 1 peut demander un temps considérable et un ordre du jour plus modeste sera peut-être nécessaire. Pour le point 1, il peut être utile de : i) présenter la matrice des fonctions-responsabilités figurant à la section 1.2 ; ii) demander si et comment elle pourrait être modifiée pour correspondre à la situation du pays et à l'urgence actuelle ; iii) obtenir quelques réactions initiales ; et iv) demander que des suggestions particulières soient fournies par courriel avant la réunion suivante.
- Si de nombreuses organisations sont présentes, les points 3, 4 et 5 peuvent prendre la forme d'un rapide examen et d'une mise à jour i) d'un scénario de travail préliminaire – voir la section 3.1, et ii) d'un tableau préparé à l'avance par le coordonnateur/l'organisme chef de file du groupe sectoriel indiquant qui est présent et qui assure actuellement les soins sanitaires des niveaux communautaire, primaire et secondaire dans chacun des districts affectés ou contribue à ceux-ci.

Enseignements et conseils pratiques issus de l'expérience sur le terrain

En Ouganda, l'utilisation de groupes de travail thématiques au sein du groupe sectoriel a permis de réduire la durée des réunions tout en améliorant leur qualité, et par conséquent de les rendre plus productives.

Lectures complémentaires

- 📖 CPI. *Coordination Meetings*. Cluster-Sector Leadership Training Tip Sheets, Comité permanent interorganisations, 2007.
- 📖 Global WASH Cluster. Section 2.4 « Managing and facilitating cluster meetings », *WASH Cluster Coordinator Handbook*. Global WASH Cluster Coordination Project, janvier 2009.

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

ANNEXES



2.4 TRAVAILLER AVEC LES AUTRES GROUPES SECTORIELS ET AVEC LES ENTITÉS COORDONNATRICES

Coordination avec les autres groupes sectoriels

Plusieurs aspects essentiels et déterminants de la santé publique sont couverts par d'autres groupes sectoriels, en particulier les groupes sectoriels Nutrition, Abris et Eau et Assainissement (WASH). Une étroite coordination avec ces groupes sectoriels doit être assurée par :

- ✓ l'organisme chef de file dans le contexte de l'équipe humanitaire dans le pays, présidée par le coordonnateur humanitaire ;
- ✓ le coordonnateur du groupe sectoriel Santé par l'intermédiaire du dispositif de coordination intergroupes⁶, présidé par le chef d'équipe BCAH et les autres groupes multisectoriels qui peuvent être constitués ; et
- ✓ l'organisation d'activités conjointes et la participation aux réunions des uns et des autres, comme il est indiqué ci-dessous.

Travailler avec d'autres groupes sectoriels

- ☑ Inviter les autres groupes sectoriels à désigner des représentants qui participeront aux réunions du groupe sectoriel Santé.
- ☑ Désigner des représentants du groupe sectoriel Santé pour participer aux réunions des autres groupes sectoriels et rendre compte auprès du coordonnateur du groupe sectoriel Santé et lors de la prochaine réunion de celui-ci.
- ☑ Organiser des activités conjointes telles qu'une évaluation rapide initiale multigroupes, voir la section 3.3.
- ☑ Recenser dès que possible les questions transversales qui ont une importance particulière pour le secteur de la santé et utiliser les réunions et les mécanismes de coordination intergroupes pour planifier des activités conjointes (ou complémentaires) afin de les traiter de manière appropriée.

⁶ Le dispositif de coordination intergroupes est aussi un forum de discussion et de coordination sur les questions transversales, y compris les questions liées à la sexospécificité.

- ☑ Etablir des plans conjoints avec les autres groupes sectoriels pertinents (notamment Eau et Assainissement, Nutrition et Protection) pour traiter des questions relatives à des problèmes de santé publique prioritaires spécifiques qui sont des sujets de préoccupation communs (tels que la préparation ou la riposte face à une flambée de choléra ou une réponse coordonnée face à la violence sexiste ou encore la santé mentale et le soutien psychosocial) et au VIH/sida (une préoccupation transversale).

Veillez noter que la *santé mentale et le soutien psychosocial* doivent faire l'objet d'une coordination au sein du dispositif de coordination intergroupes. Des dispositions similaires doivent être mises en place pour ce qui est de la *violence à l'égard des femmes*.

Travailler avec d'autres entités coordonnatrices

Le coordonnateur du groupe sectoriel Santé doit travailler étroitement avec :

- l'équipe du *BCAH* et, en particulier, veiller à la coopération avec le centre d'information humanitaire géré par le *BCAH*, en évitant les doubles emplois ;
- la cellule de coordination d'urgence du *ministère de la santé* (s'il en existe une) ; et
- tout forum général de coordination des *organisations non gouvernementales* existant.

Fournir au coordonnateur résident/coordonnateur humanitaire et au *BCAH* des informations sur la situation sanitaire. Obtenir auprès du *BCAH* (et du centre d'information humanitaire lorsqu'il est en place) les informations qui ont pu être rassemblées sur d'autres secteurs, en particulier les secteurs Eau et Assainissement, Nutrition et Abris.

Le coordonnateur du groupe sectoriel Santé et les partenaires du groupe doivent coopérer avec toutes les *équipes des Nations Unies pour l'évaluation et la coordination en cas de catastrophe* (UNDAC) qui sont présentes au cours des premières semaines d'une urgence à évolution rapide. Convenir des dispositions en matière de collecte et de compilation des informations sur la situation sanitaire et les besoins au cours d'une évaluation/reconnaissance initiale effectuée au cours des tout premiers jours en attendant les conclusions de l'évaluation initiale (voir section 3.3).

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

ANNEXES



2.5 ASSURER UNE BONNE GESTION DE L'INFORMATION

Une information de qualité et une bonne gestion de l'information sont indispensables à la coordination et l'une des clés de la réussite des interventions en cas d'urgence. Elles sont aussi nécessaires pour appuyer les demandes de ressources. Un système de gestion de l'information fiable est indispensable dès le premier jour.

Quelques principes fondamentaux

- ✓ Les capacités de gestion de l'information doivent être mobilisées au plus tôt afin d'instaurer des systèmes et des outils appropriés, parmi lesquels une base de données et un site Internet accessibles à l'ensemble des partenaires et des autres parties prenantes. Dans de nombreux cas, il faudra un responsable de l'information travaillant à plein temps et un espace pour gérer la réception et l'organisation de l'information, pour afficher celle-ci de manière accessible et en gérer la diffusion.
- ✓ Il convient d'établir des relations avec le centre d'information humanitaire du BCAH, les autres initiatives et groupes chargés de la gestion de l'information afin de veiller à la collaboration dans ce domaine, y compris avec le ministère de la santé.

Mesures à prendre par le coordonnateur et le groupe sectoriel Santé

- ☑ Veiller aux *capacités* en matière de gestion de l'information en mobilisant les compétences nécessaires disponibles auprès de l'organisme chef de file, des partenaires, du ministère de la santé, en recrutant sur la base du projet de gestion de l'information du groupe sectoriel, ou en collaborant avec le centre d'information humanitaire du BCAH. Les compétences nécessaires seront généralement celles :
 - d'un spécialiste de la gestion de l'information
 - de spécialistes de la conception et de la gestion des systèmes d'information géographique et des bases de données
 - d'un chargé de la communication et des relations avec les médias (voir la section 2.6).
- ☑ Définir les *types d'information* à rassembler, stocker et diffuser dans l'intérêt des partenaires du groupe sectoriel Santé et d'autres parties prenantes, et pour soutenir les activités du groupe sectoriel. Parmi celles-ci peuvent figurer :

- la liste des partenaires du groupe et des autres principales parties prenantes avec les coordonnées des personnes à contacter
 - les données sanitaires désagrégées en fonction du sexe et de l'âge (SADD)
 - les rapports de situation du groupe sectoriel/secteur de la santé et les bulletins de santé (voir 2.6)
 - la stratégie de riposte à la crise sanitaire (voir 5.1)
 - les rapports d'évaluation des besoins (voir chapitre 3)
 - les données relatives aux ressources sanitaires (HeRAMS) (voir 3.2)
 - les documents concernant les appels (voir chapitre 7)
 - les directives sur les normes et les meilleures pratiques
 - les communiqués de presse et autres communications officielles du groupe sectoriel
 - les comptes rendus analytiques des réunions du groupe et des groupes de travail
 - les rapports, examens et évaluations périodiques des activités du groupe sectoriel et de la riposte du secteur de la santé
 - les informations générales, y compris les rapports relatifs à de précédentes interventions d'urgence, les études épidémiologiques et autres données antérieures à la crise, les profils du secteur de la santé, etc.
- Etablir la liste des *outils* (fiches standard, modèles, etc.) à utiliser par les partenaires du groupe sectoriel Santé qui doivent être mis à disposition par l'intermédiaire d'un site Internet approprié⁷, avec les informations ci-dessus.
- Veiller à participer activement aux *initiatives interorganisations* dans le domaine de la gestion de l'information (centre d'information humanitaire, groupes de travail sur la gestion de l'information) afin d'améliorer le partage de l'information entre les institutions, d'obtenir l'accès aux informations sur les causes éventuelles des problèmes ou des risques sanitaires et sur les initiatives des autres groupes sectoriels qui pourraient avoir une incidence sur la santé publique (par exemple la pénurie d'eau, la pollution des sources, l'absence d'assainissement, etc., ainsi que

⁷ Le BCAH prévoit de mettre en place un site Internet interorganisations dès le déclenchement de toute crise majeure. Les groupes sectoriels au niveau des pays seront responsables de mettre sur ce site leurs propres pages et d'en gérer le contenu. Une fois que le site sera disponible, l'organisme chef de file et le coordonnateur du groupe sectoriel Santé devront veiller à l'élaboration des pages concernant la santé. Dans l'intervalle, vous utiliserez une plate-forme existante.

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

ANNEXES

les informations relatives à l'analyse de la situation des femmes entre autres), et participer à l'établissement de normes interinstitutions pour la gestion de l'information.

- ☑ Veiller à ce que les données relatives à la santé en provenance de *toutes les sources* (y compris les rapports des médias d'information) soient systématiquement compilées, conservées et examinées pour en déterminer la fiabilité et la pertinence.
- ☑ Organiser une *analyse* systématique – y compris une analyse comparative entre les sexes – de toutes les données afin de générer des informations aux fins de planification, de gestion, d'évaluation et de sensibilisation.
- ☑ S'assurer que l'information est traitée et utilisée de manière responsable, voir l'encadré ci-après.

TRAITER ET UTILISER LES DONNÉES ET L'INFORMATION DE MANIÈRE RESPONSABLE

- ✓ Vérifier et enregistrer les sources et la fiabilité probable de toutes les données et informations reçues.
- ✓ Recouper les données à partir de différentes sources, chaque fois que cela est possible.
- ✓ Tenir compte des éventuelles marges d'erreur dans les données et des implications en termes de décision.
- ✓ Préciser les sources – et les limites – de toutes les données produites ou diffusées.
- ✓ Lorsque des données sont citées ou des informations rapportées, toujours fournir une analyse de leur signification.
- ✓ Respecter la confidentialité des dossiers médicaux : veiller à ce que toute copie des documents qui comportent les noms des patients soit conservée de manière sûre et ne soit ni copiée ni distribuée ni laissée en évidence.
- ✓ Dans toute situation de conflit ou de répression, respecter l'anonymat des personnes vous donnant des informations qui ne souhaitent pas que leur identité soit révélée.

Les données et les informations sur la nature et l'étendue de la violence à l'égard des femmes – en particulier concernant les viols – et la prise en charge clinique de la question sont particulièrement sensibles et doivent être traitées et utilisées avec une extrême prudence. Chercher à obtenir les conseils de personnes compétentes.

Lectures complémentaires

- 📖 CPI. *Guide opérationnel des responsabilités des chefs de groupe/ de secteur et du Bureau de la coordination des affaires humanitaires (BCAH) dans la gestion de l'information*. Comité permanent interorganisations, Equipe spéciale sur l'approche de responsabilité sectorielle, octobre 2007.
- 📖 CPI. *Information Management*. Cluster-Sector Leadership Training Tip Sheets, Comité permanent interorganisations, 2007.
- 📖 OMS. *Principes d'éthique et de sécurité recommandés par l'OMS pour la recherche, la documentation et le suivi de la violence sexuelle dans les situations d'urgence*. Organisation mondiale de la Santé, 2007.
- 📖 Les fiches d'information Non Au Viol, Initiative des Nations Unies contre la violence sexuelle dans les pays en conflit sur « ce qu'il faut faire et ne pas faire » – Rapporter et interpréter les données relatives à la violence sexuelle en provenance de pays où sévissent des conflits, 2008.

2.6 DIFFUSER L'INFORMATION – GÉRER LES COMMUNICATIONS EXTÉRIEURES

Des informations sur la situation sanitaire, les activités liées à la santé et les besoins subsistants doivent être produites régulièrement.

Quelques principes fondamentaux

- ✓ Les meilleures données désagrégées et actualisées possibles sur la situation et les activités de riposte dans le domaine de la santé (désagrégées par zone, groupe de population, âge et sexe, dans la mesure du possible) doivent être disponibles à tout moment pour l'ensemble des partenaires du groupe sectoriel Santé, les autres groupes sectoriels et d'autres parties prenantes sous un format utile, facilement compréhensible.
- ✓ L'ensemble des acteurs de la santé doivent recevoir des mises à jour régulières des facteurs contextuels (politiques, sociaux, économiques, relatifs à la sécurité, etc.) qui peuvent avoir des incidences pour la planification et la mise en œuvre de leurs activités.

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

○ ANNEXES

- ✓ Des informations sur la situation sanitaire, les activités liées à la santé et les besoins subsistants (non satisfaits) doivent être transmises régulièrement à l'ensemble des parties prenantes (y compris aux donateurs) et aux médias d'information.


Organisme chef de file du groupe sectoriel Santé

- ☑ Organiser la production régulière d'un bulletin du groupe sectoriel Santé (présentant les données et tendances en matière de santé) et d'une lettre d'information (donnant les informations générales et techniques sur la santé, les questions transversales) en fixant des procédures et des délais pour la présentation de l'information et des articles, et l'approbation rapide des projets par un petit groupe éditorial nommé par le groupe sectoriel (ne sous-estimez pas le temps requis pour la compilation et la préparation des matériaux).
- ☑ Diffuser largement le bulletin – auprès des établissements du ministère de la santé à tous les niveaux, de toutes les autres entités gouvernementales pertinentes, des institutions des Nations Unies, des organisations non gouvernementales, des donateurs, des médias d'information, etc.
- ☑ Établir et mettre à jour régulièrement un site Internet « santé », ou fournir des contributions qui seront intégrées à un autre forum d'information intersectorielle. Lorsqu'il existe un centre d'information humanitaire (HIC) par exemple, les questions du secteur santé peuvent être intégrées au site Internet du centre d'information humanitaire.
- ☑ Établir et entretenir des contacts avec les journalistes/les représentants des médias d'information locaux et internationaux.
- ☑ Préparer des communiqués de presse et organiser des points de presse chaque fois que des informations importantes doivent être rendues publiques.
- ☑ Organiser des séances de questions-réponses et des visites sur le terrain pour les journalistes nationaux et internationaux.
- ☑ Mettre sur pied une photothèque et rassembler systématiquement et cataloguer les photos de la situation sanitaire et des événements importants.

Enseignements et conseils pratiques issus de l'expérience sur le terrain

En Ouganda, le groupe sectoriel Santé diffuse un bulletin et une lettre d'information trimestriels. En outre, des rapports mensuels du groupe sectoriel et des rapports de situation quotidiens ou hebdomadaires sont diffusés. Les canaux de distribution sont les listes d'expédition, le site Internet du groupe sectoriel et un groupe de partage Google.

Lectures complémentaires

 Un exemple de bulletins santé en anglais est inclus sur le CD-ROM.

1

RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2

UNE COORDINATION EFFICACE

3

EVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4

ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5

ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6

NORMES

7

SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8

SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9

SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS



ANNEXES

3

EVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

Principaux points :

- ✓ Il faut disposer d'informations sur : la situation et les risques sanitaires, la disponibilité des ressources sanitaires (y compris des services), et les performances des systèmes de santé.
- ✓ L'analyse de la situation fournie par une évaluation des besoins doit être régulièrement mise à jour sur la base des informations obtenues grâce au suivi permanent de la situation et aux rapports provenant du système d'alerte rapide.
- ✓ Assurer une participation maximale des autorités de santé aux niveaux national et local ainsi que des autres partenaires dans le cadre des évaluations entreprises, du suivi de la situation, et de la gestion et de la diffusion de l'information. Les mêmes indicateurs, normes, protocoles et définitions de cas, différenciés selon le sexe, doivent être utilisés par tous.
- ✓ Les informations et les connaissances générées par la collecte d'informations doivent être diffusées en temps voulu pour être utiles à la prise de décision concernant la planification et la gestion des interventions. Les données doivent, dans toute la mesure du possible, être ventilées en fonction de la zone géographique, du groupe de population, de l'âge et du sexe.

Résultats escomptés du groupe sectoriel Santé

- ✓ Evaluations conjointes des besoins.
- ✓ Mises à jour conjointes régulières de la situation reposant sur le suivi des interventions dans le secteur de la santé.

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

ANNEXES

Les éléments indispensables sont les suivants :

<p>✓ Des <i>données secondaires antérieures à la crise</i> dans le domaine de la santé qui soient de bonne qualité, y compris des profils au niveau local (par exemple du district) ;</p>	
<p>✓ Des <i>évaluations</i> des besoins sanitaires de qualité effectuées en temps voulu en début de crise et chaque fois que cela est nécessaire au cours d'une crise qui se prolonge, portant sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> – la <i>situation sanitaire</i> des groupes de population affectés, et les risques sanitaires ; – l'<i>accès</i> que les différents groupes de population ont aux services de santé (incluant une analyse selon le sexe) ; – les capacités et le fonctionnement du <i>système de santé et des services</i> ; et – des informations sur le <i>contexte</i> général dans les domaines social, économique, sécuritaire et humanitaire à prendre en compte dans l'analyse de la situation sanitaire⁸; 	<p>Voir les sections 3.3 et 3.4</p>
<p>✓ Un <i>système d'alerte et d'intervention rapides</i> qui soit <i>approprié</i> pour les maladies à tendance épidémique et les autres situations critiques ;</p>	<p>Voir la section 3.5</p>
<p>✓ Un système de <i>suivi/surveillance</i> sanitaire approprié qui fournisse des données régulières sur la mortalité, la morbidité, le traitement des traumatismes et la réadaptation, les risques sanitaires potentiels, les performances des services de santé, et les changements dans le contexte général qui peuvent avoir une incidence sur la santé ou les services de santé ;</p>	<p>Voir la section 3.6</p>

Une *gestion de l'information* sanitaire appropriée, incluant la diffusion de celle-ci, est également nécessaire et devrait permettre :

- le tri, la compilation, l'analyse et le stockage systématiques des données ;

⁸ Normalement, ces informations relatives au contexte doivent être disponibles auprès du coordonnateur humanitaire/BCAH et d'autres sources afin que les équipes de santé ne soient pas obligées de consacrer du temps et des efforts à leur collecte.

- le partage des bases de données et/ou d'un site Internet (relié au centre d'information sanitaire du BCAH ou à son équivalent) ; *et*
- la production et la publication de bulletins sanitaires périodiques et, si nécessaire, de rapports spéciaux.

Voir les sections 2.5 et 2.6.

« ÉVALUATION DES BESOINS » ET « SUIVI/SURVEILLANCE » DE LA SITUATION

L'évaluation et le suivi permanent de la situation sont des éléments complémentaires. Alliés à la compréhension de la situation antérieure à la crise, ils permettent progressivement :

- d'améliorer la connaissance et la compréhension de la situation et des possibilités de subvenir aux besoins recensés, et
- d'accélérer la mise en place ou le [r]établissement des services de santé essentiels et d'un accès équitable à ceux-ci.

- **Les évaluations** des besoins sont des exercices limités dans le temps qui fournissent des indications sur la situation à un moment précis sur la manière dont l'équipe d'évaluation s'attend à ce que la situation évolue, et sur les risques auxquels on peut être confronté.
- **Le suivi/la surveillance de la situation** est une activité continue qui donne des informations régulières permettant de mettre à jour l'analyse de la situation fournie par la dernière évaluation, de définir les tendances et de détecter tout changement significatif ou toute nouvelle menace. Il/elle a une portée plus vaste que la surveillance des maladies dans la mesure où il/elle examine également les changements dans le contexte ainsi que les ressources disponibles, qui peuvent avoir une incidence sur la santé et les risques sanitaires.

Les partenaires du groupe sectoriel doivent convenir d'un ensemble cohérent et coordonné d'activités d'évaluation des besoins et de suivi de la situation qui soient adaptées au contexte local et permettent de définir les priorités et de fournir des informations en temps voulu aux responsables de la prise des décisions concernant à la fois les besoins humanitaires et les besoins liés au relèvement rapide.

1
RÔLE ET
FONCTIONNEMENT
D'UN GROUPE DE
RESPONSABILITÉ
SECTORIELLE
SANTÉ

2
UNE
COORDINATION
EFFICACE

3
ÉVALUATION
DES BESOINS ET
SUIVI DE LA
SITUATION
SANITAIRE

4
ANALYSE ET
HIÉRARCHISATION

5
ÉLABORATION
D'UNE
STRATÉGIE ET
PLANIFICATION

6
NORMES

7
SENSIBILISATION
ET MOBILISATION
DES RESSOURCES

8
SUIVI DE LA
PERFORMANCE
DU GROUPE –
ENSEIGNEMENTS
TIRÉS DE
L'EXPÉRIENCE

9
SERVICES
STANDARD
ET LISTES
D'INDICATEURS

ANNEXES

« Lacunes » fréquentes dans l'évaluation des besoins

Constatations issues de 10 études de cas menées dans les pays (2004-2007)

Exemples	Solutions proposées
<p>L'évaluation à l'échelle du secteur des besoins sanitaires de la population affectée n'est pas complète, ne comprend pas tous les éléments ou n'est pas effectuée en temps voulu. Parmi les exemples rencontrés figurent des évaluations effectuées au niveau central, excluant les zones périphériques, ne comprenant pas une analyse différenciée selon le sexe et l'âge des besoins de la population ; ou trop lente pour influencer sur la planification.</p> <p>Représentation insuffisante des acteurs de la santé dans les évaluations intersectorielles des situations d'urgence.</p>	<p>Mener une évaluation épidémiologique précoce de l'ensemble de la population concernée, les données étant ventilées selon l'âge et le sexe. Veiller à ce que le processus d'évaluation des besoins soit différencié selon le sexe, implique des hommes et des femmes de la communauté concernée, des évaluateurs et des traducteurs hommes et femmes, et que les besoins soient analysés selon le sexe et l'âge. Veiller à ce que les évaluations conjointes soient liées à un résultat – par exemple un mécanisme de financement ou un processus de planification conjoint – et que la réalisation des évaluations conjointes ne remplace pas ou ne retarde pas les évaluations menées individuellement par des organisations et utilisées pour la conception, le suivi et l'évaluation des programmes.</p> <p>Veiller à une représentation appropriée des organisations du domaine de la santé lors des premières évaluations rapides conjointes.</p>

« Lacunes » fréquentes dans l'information sanitaire

<p>Absence de données pour le suivi et la planification, y compris concernant la malnutrition, la mortalité et la morbidité.</p> <p>Le système d'information sanitaire n'est pas adapté à la phase de riposte. Par exemple, utilisation continue de la surveillance par site sentinelle plutôt que des données basées sur la population au cours de la phase de relèvement rapide.</p>	<p>Etablir un système d'information sanitaire commun coordonné par une institution afin d'obtenir des données complètes en temps voulu de tous les établissements. Mettre en place un système efficace de collecte des données relatives à la mortalité (tel qu'une collecte communautaire des données de mortalité utilisant les agents de santé communautaires). Mener le cas échéant une enquête sur la mortalité.</p> <p>Mettre en œuvre un système d'information sanitaire reposant sur la population dans la phase de relèvement rapide (le cas échéant).</p>
--	---

3.1 ÉVALUER LES BESOINS ESSENTIELS EN MATIÈRE D'INFORMATION SANITAIRE, PROCESSUS ET OUTILS

Il est indispensable de disposer d'informations de bonne qualité et de les partager si l'on veut que la riposte sanitaire et les interventions des différents partenaires des groupes sectoriels (et des autres acteurs de la santé) apportent une réponse appropriée et efficace aux problèmes prioritaires.

Quelques principes fondamentaux

- ✓ Les données doivent être collectées et analysées – et les informations et recommandations qui en résultent transmises aux responsables de la prise de décision – en temps voulu pour être utiles aux décisions politiques et opérationnelles concernant les interventions sanitaires.
- ✓ Les données secondaires doivent être utilisées au maximum, mais l'ensemble de ces données, qu'elles portent sur la situation actuelle ou sur la situation antérieure à la crise, doivent faire l'objet d'un examen pour déterminer leur fiabilité et le(s) domaine(s), la (les) population(s) et les périodes de temps précis auxquels elles ont trait.
- ✓ Les données doivent être ventilées selon, au minimum, la zone géographique, l'âge et le sexe, afin de déterminer qui est touché, qui a actuellement accès aux interventions, et par conséquent fournir une base pour la planification.
- ✓ Les professionnels locaux qui ont connaissance du contexte doivent être mobilisés et contribuer au processus d'évaluation et d'analyse.
- ✓ Des dispositions doivent être prises pour répondre aux besoins en matière d'information sanitaire tout au long de la crise et, dans le même temps, préparer le terrain pour le relèvement – et, le cas échéant, l'amélioration – des systèmes d'information et de surveillance sanitaires préexistants.

Des outils spécifiques d'évaluation des besoins, de suivi et de gestion de l'information sont nécessaires pour collecter, analyser et

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

ANNEXES

gérer les informations sanitaires pendant une crise. Ils sont indispensables parce qu'une crise désorganise généralement les systèmes ordinaires d'information et de surveillance sanitaires et engendre aussi des besoins d'information spécifiques qui ne sont pas (ou rarement) couverts par les systèmes habituels.

Besoins en matière d'information

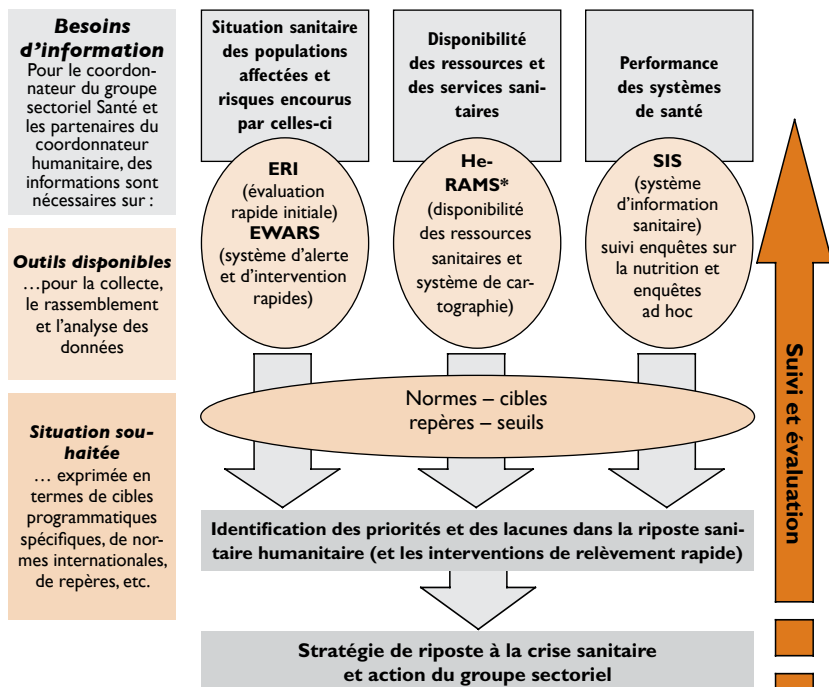
Les données relatives à trois aspects essentiels doivent être collectées et systématiquement analysées :

<i>Situation et risques sanitaires</i>	<i>Disponibilité des ressources et des services sanitaires</i>	<i>Performance des systèmes sanitaires</i>
La situation sanitaire actuelle des groupes de population affectés (par exemple la mortalité, la morbidité et leurs principales causes) et les risques sanitaires (par exemple les flambées potentielles ou l'interruption prolongée des services ou de programmes essentiels de lutte contre certaines maladies).	<p><i>Dans un premier temps, mettre l'accent sur :</i> les installations, le personnel, les fournitures et les services des autorités sanitaires nationales, des autres acteurs nationaux ou privés, et des partenaires internationaux.</p> <p><i>Plus tard,</i> lorsque la phase initiale aiguë de la crise est passée et en particulier lorsque l'on cherche à faciliter le relèvement : les données ci-dessus plus d'autres éléments du système de santé (systèmes de gestion, de financement, etc.).</p>	<p>La couverture et la qualité (efficacité) des services actuellement disponibles.</p> <p>L'accès (accès physique et dans le temps) que les hommes, les femmes, les garçons et les filles ont à ces services et l'utilisation qu'ils en font.</p>

La Figure 3a indique les outils disponibles pour la collecte, le rassemblement et l'analyse des données sur ces aspects essentiels et la manière dont les priorités et les lacunes sont recensées – par le biais de la comparaison avec les repères établis – et dont une stratégie de riposte est définie. Un suivi et une évaluation constants permettent d'apporter des informations en retour pour mettre à jour l'information et adapter les plans. La situation *antérieure à la crise* est cruciale pour ces trois aspects essentiels, afin de replacer chaque élément dans son contexte et de comprendre ce qui a changé.

Outre ces trois aspects essentiels, des informations sont nécessaires sur les points suivants :

Figure 3a Besoins essentiels en matière d'information, outils et résultats



* Le système HeRAMS est lié à la base de données 4W gérée par le BCAH qui fournit aussi des informations sur les ressources.

- ✓ le *contexte* – politique, social, économique et pour ce qui est des conditions de sécurité, etc. – afin d'éclairer les recommandations relatives aux interventions visant à répondre aux problèmes de santé prioritaires et aux lacunes dans les services (voir la section 3.6) ;
- ✓ les *leçons* tirées des interventions de riposte face à de précédentes crises dans le pays, ou dans les pays voisins, afin de s'inspirer des opérations réussies et d'éviter de répéter les erreurs commises.

Les outils auxquels il est fait référence sont les suivants :

- l'évaluation rapide initiale (ERI) menée par divers groupes/secteurs – voir la section 3.3 ;
- le système de recensement des ressources sanitaires disponibles (HeRAMS) – voir la section 3.2 ;

- le système d'alerte et d'intervention rapides (EWARS) du groupe sectoriel Santé mondiale de l'OMS et le logiciel HANDS mis au point par le service de suivi en matière de nutrition et de santé – voir la section 3.5 ;
- le système d'information sanitaire ordinaire (SIS) – voir la section 3.6.

Processus et outils de collecte et d'analyse des données

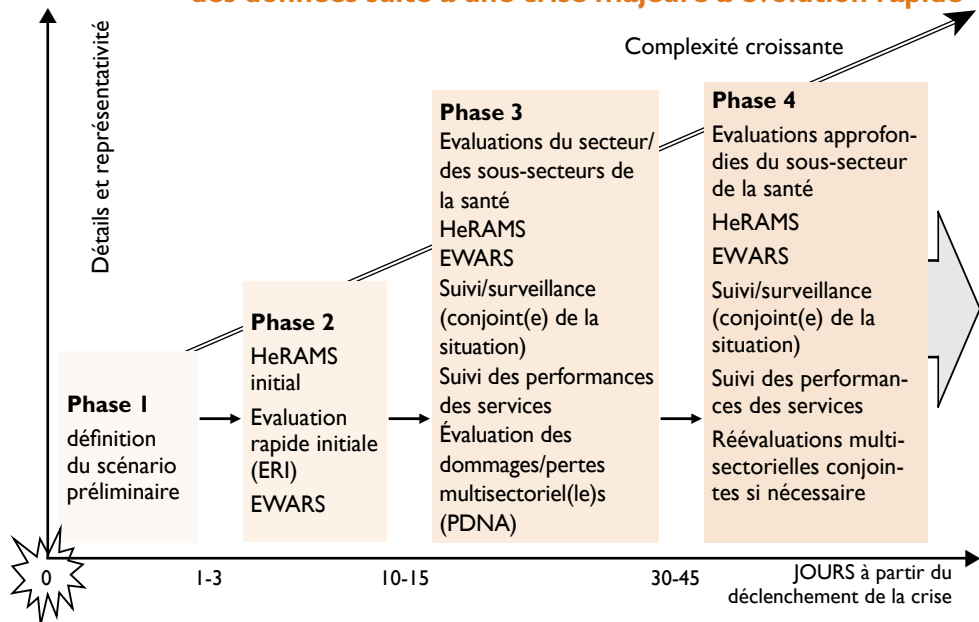
Il est utile de reconnaître quatre phases distinctes pour la collecte et l'analyse des données, qui sont liées aux décisions en matière de planification et de gestion de la riposte suite à une crise majeure à évolution rapide. Ces quatre phases sont illustrées dans la Figure 3b⁹. Celle-ci indique les caractéristiques de chaque phase, les outils utilisés, les résultats en matière d'information, et les décisions auxquelles elles serviront à différents moments donnés.

Lorsque des dispositions relatives aux évaluations initiales et à la gestion de l'information ont été convenues à l'avance dans le contexte de la planification des interventions d'urgence entre institutions, ces activités peuvent être mises en œuvre rapidement et de manière efficace. Dans le cas contraire, beaucoup de temps sera sans doute perdu au cours des tout premiers jours et il est probable que les interventions de riposte initiales manquent de coordination ou soient retardées (certaines pourront même être inappropriées).

Les délais prévus pour les différentes phases peuvent être adaptés à chaque contexte particulier et notamment s'il s'agit d'une crise à évolution lente ou à évolution progressive. Toutefois, des informations de qualité sont nécessaires dans un délai de 10 à 15 jours après le déclenchement de toute crise : elles seront utilisées pour prendre les décisions concernant les premières interventions, le financement et l'appel éclair du BCAH.

⁹ Ces quatre phases ont été proposées par le BCAH et adoptées par les participants au cours d'un atelier « d'évaluation des besoins communs » multi-organisations qui a eu lieu à Bangkok en janvier 2009. Il devrait apparaître dans les directives du CPI.

Figure 3b Phases de la collecte, de l'analyse et de la planification des données suite à une crise majeure à évolution rapide



Phase 1 (jours 0-3)	Phase 2 (jours 4-10/15)	Phase 3 (jours 15-30/45)	Phase 4 (jours 30/45+)
Méthodes d'évaluation			
<ul style="list-style-type: none"> Interprétation des premiers rapports et données à distance par les experts Peu de visites sur le terrain 	<ul style="list-style-type: none"> Méthodes d'évaluation rapide uniquement (informateurs-clé, observateurs & discussions en groupe) Échantillonnage 	<ul style="list-style-type: none"> Enquête au niveau des foyers + méthodes d'évaluation rapide Échantillonnage représentatif 	<ul style="list-style-type: none"> Enquête au niveau des foyers + méthodes d'évaluation rapide Échantillonnage représentatif
Résultats en matière d'information			
<ul style="list-style-type: none"> Scénario de travail préliminaire 	<ul style="list-style-type: none"> Identification des principaux problèmes, risques et lacunes – scénario de planification initial 	<ul style="list-style-type: none"> Analyses initiales des problèmes, des risques et des lacunes – scénario de planification mis à jour 	<ul style="list-style-type: none"> Analyses complètes et actualisées et scénario de planification (constantes, régulières)
Utilisation de l'information			
<ul style="list-style-type: none"> Stratégie préliminaire de riposte à la crise sanitaire (pour les interventions au cours des tout premiers jours) 	<ul style="list-style-type: none"> Stratégie initiale de riposte à la crise sanitaire Ajustement des interventions initiales Proposition de projets spécifiques Appel éclair 	<ul style="list-style-type: none"> Plan stratégique détaillé de riposte face à la crise sanitaire Affinement des projets en cours Proposition de projets supplémentaires Appel global 	<ul style="list-style-type: none"> Stratégie de riposte à la crise sanitaire actualisée, projets et appels mis à jour

Mesure à prendre par le coordonnateur et le groupe sectoriel Santé

Lors du déclenchement d'une crise

- ☑ Établir un premier système initial de *recensement des ressources sanitaires disponibles* (i-HeRAMS) immédiatement dès le déclenchement d'une crise. Le développer pour parvenir à un système complet dès que possible. Voir le point 3.2.
- ☑ Travailler avec les autres groupes sectoriels concernant la nutrition, l'eau et l'assainissement et avec le ministère de la santé (et les conseillers pertinents sur les questions transversales, le cas échéant) afin d'entreprendre une *évaluation rapide initiale* (ERI) conjointe au cours des 10 à 15 premiers jours et de produire une analyse conjointe initiale des problèmes, des risques et des lacunes prioritaires. Voir la section 3.3.
- ☑ Établir, avec le ministère de la santé, chaque fois que cela est possible, un *système d'alerte et d'intervention rapides* (EWARS). Voir la section 3.5.
- ☑ Mettre au point, avec le ministère de la santé, chaque fois que cela est possible, les dispositions permettant de *suivre la situation et de produire des rapports périodiques* sur la situation sanitaire et l'utilisation des services. Voir la section 3.6.







Plus tard et lorsque la crise se poursuit

- ☑ Veiller à la mise à jour du système de *recensement des ressources sanitaires disponibles* (HeRAMS). Voir la section 3.2.
- ☑ Collaborer aux *évaluations détaillées des besoins du secteur/des sous-secteurs de la santé* ou aux enquêtes par sondage portant sur les aspects qui, lors de l'évaluation initiale rapide, sont apparus importants et nécessitant une évaluation plus approfondie. Celles-ci peuvent être menées par le ministère de la santé, des membres du groupe sectoriel ou d'autres organes compétents. Voir la section 3.4.
- ☑ *Assurer le suivi* conjoint de la situation de manière permanente. Voir la section 3.6.
- ☑ Organiser des *évaluations rapides conjointes* (en utilisant l'évaluation initiale rapide ou un processus similaire) après tout changement significatif de la situation ou lorsqu'une zone auparavant inaccessible devient accessible. Voir la section 3.3.
- ☑ Collaborer aux évaluations des besoins « après la catastrophe » et « post-confliktuels » – *PDNA et PCNA* –, faisant intervenir plusieurs institutions et plusieurs secteurs, menées par le PNUD et la Banque mondiale une fois que la situation s'est stabilisée, en mettant l'accent sur

les dommages et les besoins correspondants en matière de relèvement et de reconstruction. Ces évaluations doivent tirer parti des informations déjà disponibles par l'intermédiaire de l'évaluation initiale rapide et du système de recensement HeRAMS ainsi que des informations complémentaires, plus détaillées et mises à jour, qui ont été mises à la disposition des partenaires du groupe sectoriel. Voir la section 3.4.

Lorsqu'il existe déjà un groupe sectoriel lors du déclenchement d'une crise à évolution rapide, celui-ci peut procéder à une analyse estimative de la situation reposant sur les constatations découlant d'une évaluation/reconnaissance préliminaire menée au cours du premier ou des deux premiers jours. Cette évaluation pourra utilement être résumée sous forme d'un « scénario de travail préliminaire » qui servira de base aux interventions de l'ensemble des parties au cours des tout premiers jours et au projet d'évaluation initiale rapide¹⁰.

Lectures complémentaires

-  Annexe B, sur le CD-ROM – *Types et phases d'évaluations lors d'une crise humanitaire*.
-  Annexe C, sur le CD-ROM – *Principes généraux pour toutes les activités de collecte de données – évaluations, enquêtes et surveillance*.
-  CPI. *Shared Assessment and Analysis*. Cluster-Sector Leadership Training Tip Sheets, Comité permanent interorganisations, 2007.
-  Darcy J, Hofmann C-A. *According to need? Needs assessment and decision-making in the humanitarian sector*. HPG Report # 15, septembre 2003.
-  Lippeveld T, Sauerborn R, Bodart C (eds). *Design and implementation of health information systems*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2000 (non disponible sur le CD-ROM).
-  Pavignani E et Colombo A. *Analysing disrupted health sectors – A modular manual*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, Interventions sanitaires en cas de crise, juin 2009.

¹⁰ Voir les sections 3.2, 3.3 et annexe B8 de *Managing WHO humanitarian response in the field*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

ANNEXES



3.2 CARTOGRAPHIER LES RESSOURCES ET LES SERVICES DE SANTÉ – UTILISER LE SYSTÈME HeRAMS

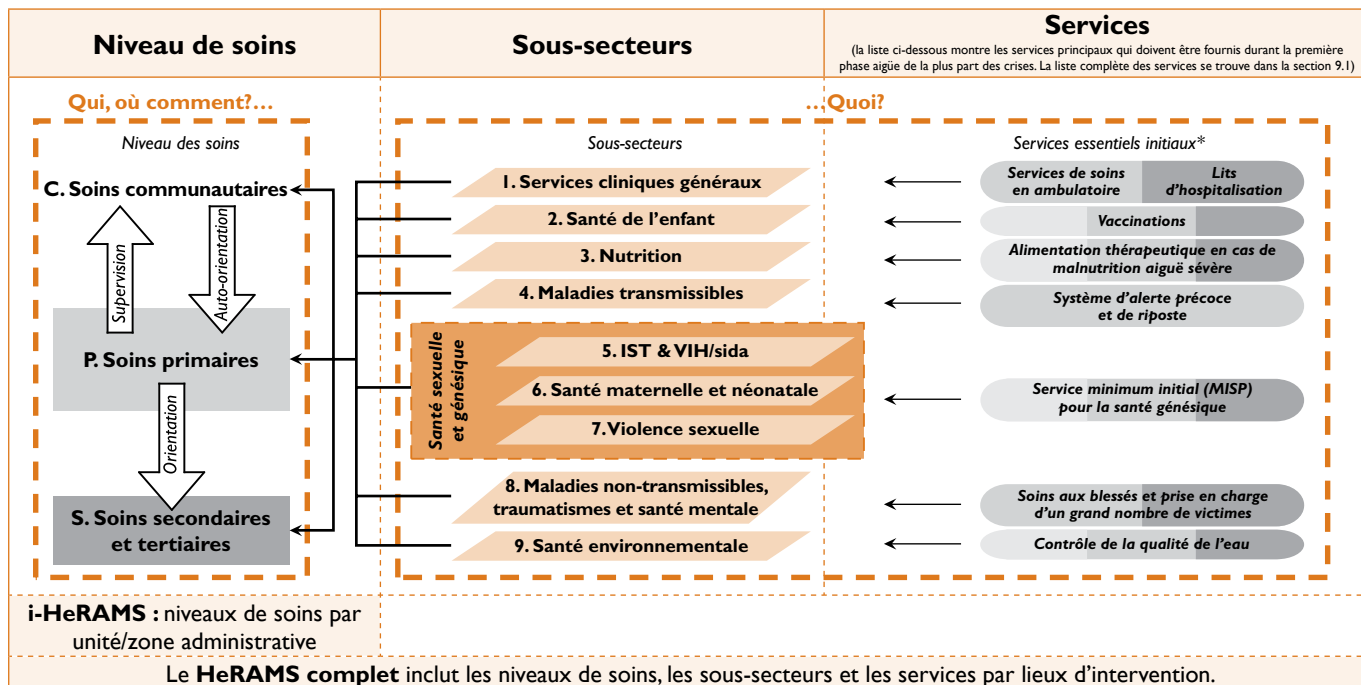
Le système HeRAMS est un système d'information utilisant un logiciel mis au point par le groupe sectoriel Santé mondial afin de permettre la collecte, le regroupement et l'analyse des informations sur la disponibilité des ressources sanitaires dans des zones et lieux différents, en fonction du type de lieu de prestation et du niveau de soins. Par « ressources » de santé, on entend les établissements de santé (l'infrastructure), le personnel, ainsi que les services fournis. Le système HeRAMS peut être utilisé pour cartographier la prestation des services, mais il ne permet pas de suivre l'accès de la population aux services ni l'utilisation qu'elle fait de ceux-ci. Ces deux aspects doivent être évalués et suivis séparément, soit en utilisant le système d'information sanitaire habituel, soit par l'intermédiaire d'enquêtes. Il existe deux versions du système HeRAMS :

- Le système *HeRAMS initial* (« i-HeRAMS ») est l'outil à utiliser au cours des *tout premiers jours/semaines d'une crise aiguë* afin d'enregistrer et d'analyser les données ventilées concernant le nombre des partenaires actifs dans le domaine de la santé, le nombre des établissements de santé fonctionnant par type, le nombre des personnels de santé essentiels (médecins, infirmières, sages femmes) et le niveau des services de santé disponibles en fonction du *niveau administratif* (par exemple au niveau du district, du sous-district).
- Le système *HeRAMS* (« *complet* ») est l'outil qui doit être utilisé dès que possible puis tant que dure la crise afin d'enregistrer et d'analyser les données sur les ressources disponibles et les *services spécifiques* assurés à chaque « *lieu de prestation* ». Les services sont enregistrés conformément à la liste de contrôle figurant à la section 9.1¹¹.

Les « lieux de prestation » sont les lieux précis où les services de santé sont assurés, mais il ne s'agit pas uniquement d'établissements de santé. Les services peuvent être assurés par un établissement de santé, un dispensaire ambulatoire ou un agent de santé communautaire. Pour permettre une cartographie précise des ressources et des services de santé, le système HeRAMS définit les lieux (ville, village rural, camp de personnes déplacées...) et les modalités (établissement de santé, dispensaire ambulatoire, services communautaires...) séparément, afin d'aboutir à une analyse et un suivi détaillés des interventions du secteur de la santé.

¹¹ Le système enregistre également qui est propriétaire de chaque établissement, qui en assure actuellement la gestion, qui (le cas échéant) contribue à la prestation de services de santé spécifiques.

Figure 3c Niveaux de soins, sous secteurs et services essentiels initiaux



* Les services essentiels initiaux indiqués dans la Figure 3c constituent la prise en charge minimale à assurer au début d'une crise. Les services proposés concernant la santé de l'enfant, la nutrition, les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles et la santé environnementale peuvent être substitués par d'autres services prioritaires selon la nature de la crise et/ou le contexte local. Pour les autres sous-secteurs, les services recommandés doivent être pleinement assurés avant l'introduction d'autres services



Données saisies et produites par le système HeRAMS

Les données sont recueillies par l'intermédiaire d'*entretiens* structurées avec les directeurs des établissements de santé ou des programmes sanitaires. Celles-ci sont menées par des personnes qualifiées – habituellement des médecins – qui sont en poste dans les zones touchées. Elles saisissent directement les données sur les formulaires/feuilles de calcul électroniques normalisées pour la collecte des données. (Cela permet au système d'être mis en place rapidement, de garantir l'homogénéité et la qualité des données, et de couvrir des zones où l'accès est limité.)

Une liste standard de zones et de noms de lieux administratifs provenant du BCAH est incorporée dans le système dès le départ. Il s'agit d'un élément clé des jeux communs minimaux de données opérationnelles. Cela permet d'assurer la compatibilité et la transférabilité avec leur base de données « Qui fait quoi, où et quand » (4W) ainsi qu'avec les autres systèmes d'information interinstitutions. Le système inclut une *validation automatique* au fur et à mesure que les données sont saisies afin de garantir des saisies correctes et normalisées, et d'accroître la fiabilité et la cohérence de l'information¹².

La liste standard des niveaux de services de santé, des sous-secteurs et des composantes des *services* de santé figurant dans la section 9.1 est intégrée au système de recensement HeRAMS. Il s'agit des services qui doivent être assurés, dans toute la mesure du possible, pour toute population touchée par une crise.

Outre la mise à disposition immédiate de l'information sur les services et les ressources dans des endroits particuliers, le système HeRAMS génère des *rapports ventilés standard* pour différents niveaux administratifs, et des rapports récapitulatifs et analytiques sur les établissements, le personnel et les partenaires du domaine de la santé présents. Des rapports supplémentaires peuvent être produits en réponse à des demandes spécifiques émanant des responsables de la prise de décision.

Le système peut aussi être utilisé pour *illustrer* les effets des changements susceptibles de se produire – tels que le retrait d'une organisation lorsque son projet arrive à son terme ou lorsque les fonds sont épuisés – sur la disponibilité des ressources et des services.

¹² Depuis fin 2008, le système repose sur une feuille de calcul Excel reliée à une base de données Access. Il est possible qu'une version avancée soit disponible en 2009. La validation automatique élimine le besoin de prévoir une étape distincte de nettoyage des données et la perte de temps qui s'ensuit fréquemment.

Les données peuvent être exportées (en format Excel) en vue d'une autre *analyse plus détaillée* dans tout autre programme de base de données par un analyste compétent. Les lieux standard sont géo-référencés de sorte que les données peuvent être importées dans tout logiciel de cartographie et de Système d'Information Géographique (SIG) afin de *cartographier* les ressources sanitaires, d'appuyer la prise de décision en matière de planification et de servir à la sensibilisation.

Mesures à prendre par le coordonnateur et le groupe sectoriel Santé

- ☑ Adapter les définitions des établissements de santé pour qu'elles correspondent à la structure du système de santé dans le pays.
- ☑ Recenser toutes les normes liées aux variables sur lesquelles les données sont recueillies (personnel, typologies, etc.), discuter et convenir de celles-ci.
- ☑ Déterminer quels personnels de santé mèneront les interviews afin de recueillir et de gérer les données pour le système HeRAMS, et les former.

Enseignements et conseils pratiques issus de l'expérience sur le terrain

L'expérience acquise au Soudan a démontré combien il importait de confier la responsabilité de la collecte des données pour le système HeRAMS aux responsables des services de santé primaires (au niveau du district). Leur compréhension de la situation dans les zones où ils travaillent a permis de garantir un niveau élevé de qualité des données recueillies. L'exercice a également permis de renforcer les liens avec l'ensemble des partenaires participants.

Des entretiens face à face ne sont pas toujours nécessaires. Les données peuvent être recueillies par le biais d'entretiens téléphoniques.

Lecture complémentaire

- 📖 Voir sur le CD-ROM le document *HeRAMS health resources availability mapping system*. Organisation mondiale de la Santé, 2009.

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

ANNEXES



3.3 ORGANISER UNE ÉVALUATION INITIALE RAPIDE

L'outil d'évaluation rapide initiale (ERI) a été mis au point conjointement par les groupes sectoriels Santé, Nutrition et Eau et Assainissement¹³. Il permet de recueillir, rassembler et analyser les informations sur la situation sanitaire de la population, les déterminants sanitaires (nutrition, approvisionnement en eau, assainissement, etc.), et les caractéristiques actuelles des services de santé (couverture, ressources, services disponibles, accès, etc.). L'outil comprend des directives, un formulaire standard de collecte des données, un aide-mémoire associé pour les équipes de terrain, et un modèle et logiciel de saisie et d'analyse des données. Il est conçu pour fournir une description rapide initiale de la situation actuelle et recenser les problèmes et les risques prioritaires en matière de santé publique, ainsi que les lacunes dans la prestation des services. Un système de classement de la gravité de la situation selon quatre niveaux (« grave/inquiétante/relativement normale/données insuffisantes ») pour chaque secteur est intégré à la fiche récapitulative complétée pour chaque site.

Quelques principes fondamentaux

- ✓ Une évaluation initiale rapide doit être menée conjointement par les groupes sectoriels Santé, Nutrition, Eau et Assainissement et Abris, et doit être coordonnée et planifiée par l'équipe du groupe sectoriel Santé ou le dispositif de coordination intergroupes sectoriels, en collaboration avec le ministère de la santé et les autres entités gouvernementales et/ou non gouvernementales pertinentes.
- ✓ Une ERI doit normalement débiter dans les deux à quatre jours qui suivent le déclenchement d'une crise. Un rapport comportant au moins des résultats préliminaires doit être établi dans les 10 à 15 jours qui suivent le déclenchement de la crise afin d'apporter des informations utiles à la planification des interventions initiales et de l'appel éclair des Nations Unies. (Une ERI peut aussi être entreprise à tout moment lorsqu'une zone auparavant inaccessible peut désormais être atteinte ou lorsqu'une nouvelle évaluation est nécessaire suite à un changement significatif du contexte humanitaire général.)

¹³ Une évaluation rapide initiale est une évaluation multisectorielle à laquelle participent de multiples parties prenantes et, pour cette raison, il a été suggéré d'en modifier le nom (l'une des suggestions étant de parler d'« évaluation rapide initiale multisectorielle »).

- ✓ Le contenu du formulaire de collecte des données pour l'ERI peut être adapté en fonction des besoins du pays mais les modifications doivent être minimales. Pour faciliter cette adaptation, quatre rubriques « ouvertes » sont proposées à la fin de chacune des cinq sections techniques. Le logiciel de saisie et d'analyse des données inclut ces rubriques pour chaque secteur.
- ✓ Le succès d'une ERI et la valeur du rapport dépendent largement de la qualité de la planification effectuée avant les visites sur le terrain. Celle-ci est facilitée lorsqu'une planification interinstitutions des interventions d'urgence a eu lieu avant la crise¹⁴.

Les données recueillies sur les formulaires d'ERI doivent être saisies dans l'outil d'entrée et d'analyse des données de l'ERI basé sur Excel. L'analyse automatique produit un rapport pour chaque site distinct et des rapports ventilés pour des sites multiples (par exemple l'ensemble des sites au sein d'un district) selon les besoins. Les rapports présentent les données suivant un modèle standard, un espace étant prévu pour que les équipes d'évaluation et les spécialistes du secteur puissent ajouter leurs propres observations et leur interprétation.

Les principaux éléments de la planification et de la réalisation d'une évaluation et du rapport qui s'ensuivra sont indiqués dans la Figure 3d. Dans la plupart des cas, les étapes de la planification 3 à 10 seront entreprises plus ou moins simultanément. On trouvera à la section 4.1 de brefs conseils sur l'analyse.

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

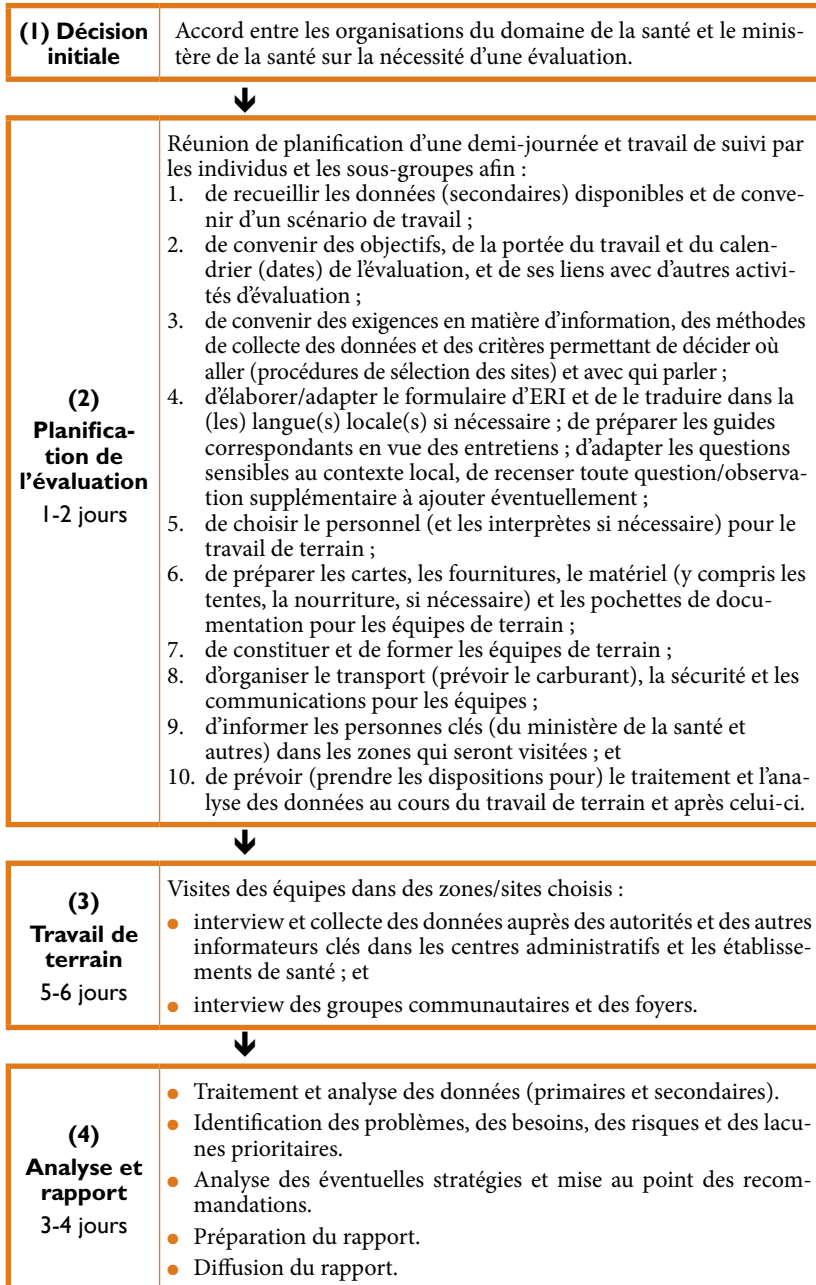
8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

○ ANNEXES

¹⁴ Il peut être difficile et long d'obtenir un accord interinstitutions sur un outil commun et sur la manière d'entreprendre une évaluation. Lorsque de tels accords n'ont pu être obtenus à l'avance, on a constaté que des semaines entières étaient perdues et que la qualité des informations recueillies à partir de questions qui n'avaient pas fait l'objet d'essais était médiocre.

Figure 3d Principales étapes dans l'organisation et la réalisation d'une évaluation rapide



La Figure 3e indique quels sont les principaux résultats attendus de l'évaluation initiale rapide : il convient que chacun garde ceux-ci clairement à l'esprit lors de la planification et de la réalisation d'une ERI et de la préparation du rapport.

Figure 3e Résultats attendus d'une ERI dans le domaine de la santé y compris les variations entre zones géographiques et groupes de population

<i>Situation et risques sanitaires</i>	<i>Ressources sanitaires disponibles *</i>	<i>Performances du système de santé</i>
<p>Indications relatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● aux principales causes de mortalité et de morbidité, y compris aux changements par rapport à la situation normale ● aux sources potentielles de morbidité et de mortalité futures ● à la disponibilité d'un système d'alerte rapide qui fonctionne pour les maladies à tendance épidémique ● à la couverture par la vaccination contre la rougeole des enfants de moins de 5 ans 	<ul style="list-style-type: none"> ● Fonctionnement des établissements sanitaires ● Ressources humaines disponibles ● Fournitures et matériels disponibles ● Quels acteurs humanitaires font quoi, et depuis quand ● Niveaux de soins et de sous secteurs de services fournis – situation actuelle et ce qui a changé ● Programmes de lutte contre les maladies – situation actuelle et ce qui a changé 	<p>Indications relatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● à l'accès des populations aux installations et aux services de santé ● à l'utilisation des services de santé par la population ● au changement dans le nombre des consultations par jour ● au changement dans les activités de soins préventives ● au fonctionnement global des sous-secteurs et services
<p>* y compris les données issues de l'i-HeRAMS</p>		
<p>Conclusions et recommandations</p>		
<ul style="list-style-type: none"> → Problèmes sanitaires prioritaires (y compris les éventuelles disparités hommes/femmes) → Principaux risques sanitaires prévisibles → Lacunes graves dans les services de santé (lacunes dans la couverture géographique ou dans des sous-secteurs particuliers) → Facteurs contextuels qui ont une incidence sur la situation sanitaire, les services de santé et les possibilités d'action humanitaire dans le domaine de la santé → Recommandations spécifiques en vue des interventions initiales dans le domaine de la santé → Recommandations spécifiques en vue du suivi, d'évaluations ou d'enquêtes plus détaillées concernant les sous secteurs 		

Mesures à prendre par le coordonnateur et le groupe sectoriel Santé

- ☑ Dès que possible après le déclenchement de la crise, discuter au sein de l'équipe du groupe sectoriel Santé ou du dispositif de coordination intersectoriel, et consulter les organismes gouvernementaux et/ou non gouvernementaux pertinents pour convenir des dispositions relatives à l'ERI. (Le faire dans le cadre de la planification interinstitutions des interventions en cas d'urgence, lorsque celle-ci existe.)
- ☑ Faire en sorte que le plus grand nombre possible d'acteurs essentiels dans le domaine de la santé participe à une réunion de planification conjointement aux acteurs essentiels en provenance d'autres secteurs, le premier jour si possible :
 - Convenir du but/des objectifs et du calendrier de l'évaluation.
 - Définir les responsabilités et les délais pour l'ensemble des activités de préparation.
 - Adapter le format standard de collecte des données de l'ERI au contexte local, si nécessaire, et définir comment les éventuelles données supplémentaires seront saisies et analysées. Prendre contact avec le centre d'appui du groupe sectoriel Santé mondial pour obtenir des conseils si nécessaire¹⁵.
 - Obtenir des conseils sur les questions de sexospécificité ainsi que sur les autres questions transversales qui peuvent revêtir une importance particulière dans le contexte local.
- ☑ Revoir rapidement les *données secondaires* liées à la santé disponibles au niveau national (à moins que cela ait déjà été fait dans le cadre de la planification des interventions d'urgence) – voir le point 2.3 de la note d'orientation relative à l'ERI, en particulier le Tableau 2.
- ☑ Puis, conjointement avec les autres groupes sectoriels :
 - Composer les *équipes multidisciplinaires d'évaluation sur le terrain*. Veiller à ce qu'elles soient équilibrées en termes de compétences et de représentation hommes/femmes et entre personnel national et international. Donner la priorité à l'expérience générale en matière de santé publique – voir le point 2.4 de la note d'orientation relative à l'ERI.

¹⁵ Une adaptation peut être nécessaire si : i) d'importantes populations urbaines sont concernées ou des groupes de population différents (par exemple réfugiés, personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et résidents), ou ii) pour prendre en compte les maladies endémiques locales [sections 5.2.2. et 6.2.2. du formulaire ERI] et la structure des services de santé locaux [section 6.3]). Les modifications doivent avoir pour but d'apporter des éclaircissements, de retirer les points qui sont clairement inappropriés ou hautement sensibles, ou d'ajouter de la substance. La structure de base du formulaire doit être conservée.

- Choisir les zones à visiter. Utiliser l'échantillonnage stratifié pour choisir non seulement les zones dont on pense qu'elles sont particulièrement gravement touchées mais aussi celles couvrant un éventail de situations et de groupes de population divers pouvant être affectés différemment et se trouvant confrontés à différents problèmes et risques sanitaires – voir le point 2.5 de la note d'orientation relative à l'ERI.
- Définir les critères et les procédures à appliquer par les équipes d'évaluation dans la *sélection des différents sites* à visiter au sein des zones sélectionnées.
- Préciser les (quelques) éléments de données (essentiels) sur *d'autres secteurs* que les membres des équipes d'évaluation du domaine de la santé doivent collecter en l'absence de membres d'équipe pour d'autres secteurs, et vice-versa.
- Fournir des *notes d'orientation* (y compris des définitions de cas) et organiser une formation rapide – et une séance d'information sur la sécurité si nécessaire – pour l'ensemble des équipes d'évaluation de terrain.
- Fournir aux équipes de terrain les *données secondaires* disponibles sur les zones qu'elles visiteront avant qu'elles commencent les visites de terrain, de sorte que les interviews et la collecte des données primaires puissent être ciblées de manière appropriée.
- Planifier avec soin la *logistique* et veiller à ce que toutes les équipes disposent des autorisations nécessaires (le cas échéant), de moyens de transport (y compris de carburant, etc.), de moyens de communication (radios et/ou accès à des téléphones), de GPS (et soient formées à leur utilisation), et d'accès à un logement (matériel de camping si nécessaire), d'eau et de nourriture.
- Prendre les dispositions nécessaires pour recevoir et regrouper rapidement et analyser les rapports des équipes d'évaluation, des établissements sanitaires, des équipes de secours et d'autres sources. (Ces dispositions *doivent* être prises à l'avance dans le cadre de la planification de l'évaluation. Trop souvent, l'analyse des données issues des évaluations « rapides » demande plusieurs semaines !)
- Préparer un budget réaliste pour l'ensemble du processus d'évaluation – comprenant les voyages sur le terrain et l'analyse des données – et obtenir les fonds.

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE


9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS





• ANNEXES

- ☑ Veiller à assurer un suivi constant des équipes d'évaluation sur le terrain et leur apporter un soutien au cours du travail de terrain.
- ☑ Prendre des dispositions pour recevoir les rapports des équipes de terrain en toute sécurité et saisir rapidement les données dans l'outil d'analyse de l'ERI (et les dispositions pour la saisie séparée des éventuels ajouts au formulaire standard d'ERI).
- ☑ Faire en sorte que les responsables des équipes/les équipes d'évaluation puissent revoir les rapports automatisés pour chaque site et insérer leurs propres observations et interprétations, et que les données provenant de toute rubrique ajoutée au formulaire standard de l'ERI soient analysées et insérées séparément.
- ☑ Préciser les niveaux administratifs auxquels les rapports ventilés sont nécessaires, et faire en sorte qu'un groupe multidisciplinaire de spécialistes sectoriels et de généralistes expérimentés :
 - examinent les rapports ventilés automatisés et insèrent leurs observations et interprétations ; et
 - établissent les rapports et les recommandations générales.
- ☑ Prendre les dispositions nécessaires en vue d'une approbation rapide de l'ensemble du rapport par tous les groupes sectoriels (et les entités gouvernementales pertinentes si nécessaire) et le diffuser immédiatement à l'ensemble des acteurs de la santé, aux donateurs et aux autres parties prenantes en utilisant le courrier électronique, un site Internet ou des copies papier du document.

Si cette planification conjointe n'est pas faisable au cours des tout premiers jours : convoquer rapidement une réunion avec les principaux acteurs de la santé, essayer d'obtenir un accord sur un ensemble commun et standard d'informations clés à introduire dans les formulaires de collecte des données et sur une approche normalisée pour la collecte des données ; s'efforcer d'assurer une couverture raisonnable de l'ensemble des zones d'importance ; puis compiler les données provenant des différentes évaluations menées par les organisations et organiser un exercice d'analyse conjoint.

Lectures complémentaires

-  Annexe D, sur le CD-ROM – «Etablir un plan, un agenda et un budget d'évaluation», tiré de: PAM. *Manuel d'évaluation de la sécurité alimentaire en situation d'urgence*, 1ère éd., Programme alimentaire mondial, 2005.

-  CPI. *Évaluation rapide initiale: Notes directrices*. Comité permanent interorganisations, juin 2009.
-  CPI. *Cadre d'analyse des besoins. Renforcement de l'analyse et présentation des besoins humanitaires dans le CAP*. Comité permanent interorganisations, Groupe de travail sur la procédure d'appel global, mars 2006.
-  CPI. *Femmes, filles, garçons et hommes: des besoins différents, des chances égales – Guide pour l'intégration de l'égalité des sexes dans l'action humanitaire*. Genève: Comité permanent interorganisations, 2006.
-  UNHCR. *Tool for participatory assessment in operations*. Genève: Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, 2006.

3.4 ORGANISER DES ÉVALUATIONS ET DES ENQUÊTES DE SUIVI

En fonction des conclusions de l'évaluation initiale, du contexte et du type de crise, des évaluations ou des enquêtes par sondage détaillées devront peut-être être entreprises dans des lieux particuliers pour assurer un suivi et obtenir des informations sur certains ou l'ensemble des points suivants :

- ✓ Taux de mortalité (taux de mortalité des enfants et taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans) et taux de morbidité.
- ✓ Principales causes de décès, de traumatisme et de maladie et leur répartition entre les différents groupes de population (ventilés par âge, sexe, zone géographique et toute autre caractéristique locale pertinente).
- ✓ L'impact psychologique sur la population et sur le personnel de santé et des services de secours.
- ✓ L'impact sur les vecteurs de maladie et les programmes de lutte antivectorielle.
- ✓ L'impact sur la capacité des hommes, des femmes, des garçons et des filles à accéder aux services de santé.
- ✓ Les dommages aux installations de santé – enquêtes détaillées effectuées par des techniciens et des ingénieurs compétents afin

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

○ ANNEXES

d'élaborer des plans précis et des estimations de coût pour la réparation/reconstruction.

- ✓ Les ressources humaines et autres et la capacité à assurer les services de santé à moyen terme.
- ✓ Les autres composantes du système de santé : politiques, infrastructure, financement, approvisionnements et gestion.

L'ensemble des évaluations et des enquêtes de suivi nécessitent une planification soigneuse. Pour les enquêtes, des ressources considérables (humaines, financières et logistiques) sont nécessaires si l'on veut que les résultats soient fiables et utiles. Les résultats peuvent parfois être politiquement sensibles et ils doivent donc être maniés avec prudence. Il convient de toujours prendre soin de ne pas surcharger une enquête en s'efforçant de répondre à des demandes de données trop disparates !

Mesures à prendre par le coordonnateur et le groupe sectoriel Santé

Lors de la planification des évaluations ou des enquêtes de suivi ou de la participation à celles-ci :






- Définir soigneusement les objectifs et la portée, et rédiger un plan d'analyse.
- Mobiliser les compétences des spécialistes pertinents ainsi que des partenaires du groupe sectoriel.
- Revoir de manière complète et approfondie les données secondaires disponibles avant de définir les besoins en matière de collecte des données primaires.
- Faire un essai des formulaires d'enregistrement des données et des guides pour les entretiens avant de former les équipes de terrain.
- Préciser clairement les procédures d'échantillonnage et la taille des échantillons (à la fois pour les enquêtes en population et les enquêtes dans les établissements)¹⁶.

¹⁶ Une liste plus complète sera établie par le groupe sectoriel Santé mondial en 2009.

Exemples d'outils pour les évaluations détaillées ultérieures

1.	HCR. <i>Public health facility toolkit</i> (Évaluation des établissements de santé publique). Janvier 2008. http://tinyurl.com/6jo88c
2.	OMS. <i>Health facility survey</i> (Enquête sur les établissements de santé). 2003. http://tinyurl.com/6mv873
3.	UNICEF, OMS, FNUAP. <i>Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux</i> . Seconde édition révisée, 1997. http://tinyurl.com/6noqjb
4.	OMS. <i>Maternité sans risque – Evaluation des besoins</i> . 2001. http://tinyurl.com/6pdqcr
5.	USAID, CDC. <i>Reproductive health assessment toolkit for conflict-affected women</i> (Santé génésique, outil d'évaluation pour les femmes victimes de conflits). 2007. http://tinyurl.com/5z6j9q

Lectures complémentaires

-  Annexe D, sur le CD-ROM – « Etablir un plan, un agenda et un budget d'évaluation », tiré de: PAM. *Manuel d'évaluation de la sécurité alimentaire en situation d'urgence*, 1ère éd., Programme alimentaire mondial, 2005.
-  CEPALC. *Handbook for estimating the socio-economic and environmental effects of disasters* (chapitre IV, secteur de la santé). Commission économique pour l'Amérique Latine et les Caraïbes (CEPALC), 2003. Un document également utilisé et conseillé par la Banque mondiale.
-  Pavignani E et Colombo A. *Analysing disrupted health sectors – A modular manual*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.
-  Groupe de travail sectoriel sur le redressement précoce. *Guidance note on early recovery*. Groupe de travail sectoriel sur le redressement précoce en coopération avec le Groupe de travail sur la transition du Groupe des Nations Unies pour le développement et du Comité exécutif pour les affaires humanitaires, avril 2008.
-  UNDG, PNUD, Banque mondiale. *Practical guide to multilateral needs assessments in post-conflict situations*. Groupe des Nations Unies pour le développement, Programme des Nations Unies pour le développement, Banque mondiale, août 2004.

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

ANNEXES



3.5 ASSURER ET METTRE EN PLACE UN SYSTÈME D'ALERTE ET D'INTERVENTION RAPIDES

Dans une situation de crise – en particulier une situation d'urgence prolongée – un système très réactif est indispensable pour détecter rapidement certaines situations à tendance épidémique et mettre en œuvre des mesures immédiates de lutte contre la flambée, lorsque cela est nécessaire. Il convient de disposer d'un *système d'alerte et d'intervention rapides* (EWARS) qui prévoit des rapports hebdomadaires systématiques et des rapports immédiats dans des situations critiques particulières par l'intermédiaire des établissements de santé ordinaires et des équipes de secours d'urgence (un réseau d'alerte et d'intervention rapides). Celui-ci peut être construit autour d'un système de surveillance des maladies préexistant, mais ce type de système est à lui seul rarement approprié.

Quelques principes fondamentaux

- ✓ La participation active de l'ensemble des acteurs humanitaires du domaine de la santé est essentielle.
- ✓ Des épidémiologistes expérimentés doivent prendre l'initiative du choix d'un petit nombre de situations (au maximum 10) à suivre. Parmi celles-ci peuvent figurer la malnutrition aiguë sévère et les intoxications.
- ✓ Il convient de rassembler des informations à partir d'une grande variété de sources dont les médias d'information et les sources informelles. Les rumeurs doivent faire l'objet d'une enquête et être soit traitées soit écartées.
- ✓ Il convient de mobiliser des compétences particulières – normalement en provenance de l'OMS – pour mettre en place un système d'alerte et d'intervention rapides.

Mesures à prendre par le coordonnateur et le groupe sectoriel Santé

Travailler avec le ministère de santé, le cas échéant, pour :

- Revoir les procédures de surveillance antérieures à la crise et convenir de dispositions appropriées pour mettre en place un système d'alerte et d'intervention rapides dans les zones touchées par la crise.

- ☑ Veiller à ce qu'une équipe centrale du système soit mise en place – ayant des tâches et des responsabilités précises et située dans un endroit approprié – au cours des tout premiers jours après le déclenchement de la crise.
- ☑ S'assurer que l'ensemble des éléments essentiels énumérés dans l'encadré ci-dessous sont en place.
- ☑ Veiller à la participation de tous les partenaires du groupe sectoriel, et à ce qu'ils rendent compte de la situation rapidement.
- ☑ Veiller à ce que l'information soit transmise en retour aux unités chargées d'établir les rapports de situation et diffusée à l'ensemble des autres parties intéressées dans un délai de quelques heures en cas de flambée (ou de tout autre événement requérant une réaction immédiate).

ÉLÉMENTS ESSENTIELS COMPOSANT UN SYSTÈME D'ALERTE ET D'INTERVENTION RAPIDES EFFICACE

- ✓ Consensus entre l'ensemble des organisations du domaine de la santé sur une brève liste de situations prioritaires à suivre, correspondant à des définitions basées sur des syndromes, sur un formulaire de notification standard, et sur la nécessité de tirer parti des systèmes d'alerte rapide existants.
- ✓ Des moyens de communication fiables et rapides.
- ✓ Des directives à l'intention des unités sur le terrain comprenant les critères pour lesquels ou les seuils à partir desquels elles doivent transmettre les alertes et prendre des mesures particulières.
- ✓ Formation des agents cliniques à des niveaux de soins primaires et secondaires au fonctionnement du système.
- ✓ Capacité d'appui des laboratoires et procédures claires pour prélever et transmettre des échantillons biologiques, et fournir des informations en retour aux unités chargées d'établir les rapports.
- ✓ Stock de trousse d'échantillonnage, de médicaments et de vaccins.
- ✓ Plans d'intervention d'urgence pour une réponse globale aux épidémies, y compris des plans prévoyant des services de soins en isolement dans les hôpitaux.

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES


7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

ANNEXES

Outils et lectures complémentaires

 Le système d'analyse des événements de santé et surveillance des données nutritionnelles (HANDS – *events Analysis & Nutrition Data Surveillance*), une application mise au point par le Health and Nutrition Tracking Service (HNTS), doit être utilisé pour saisir et analyser les données produites par le système hebdomadaire d'alerte et d'intervention rapides, ainsi que par les autres systèmes ordinaires de surveillance des données de la morbidité et de la mortalité. Le HANDS, ainsi qu'un guide à l'usage des utilisateurs (en anglais et en français), est disponible sur le site Internet du groupe sectoriel Santé mondiale et sur le CD-ROM ci-joint.

3.6 SUIVRE LA SITUATION SANITAIRE, RÉINSTAURER UN SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE (SIS) RÉGULIER

Il est nécessaire de disposer d'informations actualisées de manière permanente tout au long de la crise, qui seront utiles pour prendre les décisions sur les mesures d'intervention, suivre les effets des interventions sanitaires et permettre que des ajustements soient faits lorsque cela est nécessaire, et pour appuyer les efforts de mobilisation des ressources.

Quelques principes fondamentaux

- ✓ Le suivi pendant la crise doit reposer sur le système de surveillance des maladies/le SIS existant, dans la mesure du possible, mais peut être *adapté au contexte et aux besoins de la crise* et porter sur :
 - la situation sanitaire globale ;
 - les déterminants sociaux (y compris le sexe et l'âge) et économiques de la santé publique ;
 - les performances du système de santé (y compris la capacité de riposte, la qualité et l'équité de l'accès) ; et
 - les progrès et résultats des activités humanitaires (et de relèvement rapide) dans le domaine de la santé.
- ✓ L'information sera rassemblée de façon plus efficace si les éléments suivants sont *combinés* :
 - des rapports réguliers en provenance des établissements de santé et des équipes sur le terrain – soit « *l'ensemble* » de ceux-ci soit

un nombre soigneusement sélectionné d'entre eux qui font office de « sites sentinelles » ;

- des enquêtes par échantillon ponctuelles ou périodiques ; et parfois, ce qui peut être très utile,
- des comptes rendus réguliers provenant des comités sanitaires au niveau des communautés (« surveillance communautaire »).

- ✓ Un système d'information sanitaire national approprié doit être rétabli de manière durable aussi vite que possible.
- ✓ Une organisation – l'organisme chef de file ou un autre partenaire du groupe sectoriel – doit prendre la responsabilité de la coordination du système de suivi et diriger les efforts internationaux visant à établir ou à rétablir un système d'information sanitaire approprié, le cas échéant.

Dans de nombreux cas, en particulier lorsque les catastrophes se sont répétées et que les périodes de relèvement ont été insuffisantes, les capacités nationales des systèmes d'information sanitaire peuvent être limitées. Le soutien au rétablissement d'un SIS approprié doit par conséquent être un élément majeur de la stratégie adoptée pour faire face à la crise sanitaire.

Mesures à prendre par le coordonnateur et le groupe sectoriel Santé

Travailler avec le ministère de la santé, selon les besoins, pour :

- ☑ Convenir d'un ensemble d'indicateurs clés différenciés selon le sexe, adaptés à la situation et aux capacités locales, et de quelle manière, à partir d'où et à quelle fréquence les informations seront recueillies.
- ☑ Rassembler et analyser régulièrement les informations en provenance de toutes les sources sur la situation sanitaire, les déterminants de la santé et la performance des services de santé, et recenser ainsi les éventuels nouveaux problèmes, les lacunes importantes ou les domaines où l'intervention est nécessaire.
- ☑ Convenir d'une stratégie afin d'améliorer progressivement la couverture et le contenu des rapports provenant des établissements de santé, des équipes sanitaires et des autres acteurs du domaine de la santé, et renforcer ou rétablir un système national

1
RÔLE ET
FONCTIONNEMENT
D'UN GROUPE DE
RESPONSABILITÉ
SECTORIELLE
SANTÉ

2
UNE
COORDINATION
EFFICACE

3
ÉVALUATION
DES BESOINS ET
SUIVI DE LA
SITUATION
SANITAIRE

4
ANALYSE ET
HIÉRARCHISATION

5
ÉLABORATION
D'UNE
STRATÉGIE ET
PLANIFICATION

6
NORMES

7
SENSIBILISATION
ET MOBILISATION
DES RESSOURCES

8
SUIVI DE LA
PERFORMANCE
DU GROUPE –
ENSEIGNEMENTS
TIRÉS DE
L'EXPÉRIENCE

9
SERVICES
STANDARD
ET LISTES
D'INDICATEURS

ANNEXES

d'information sanitaire comprenant des équipes au niveau des zones le cas échéant.

- ☑ Convenir de l'organisation (organisme chef de file ou autre) qui prendra l'initiative du soutien au système d'information sanitaire national, et de la manière dont les autres partenaires du groupe sectoriel contribueront à cet effort coordonné.
- ☑ Veiller à ce que les éléments essentiels énumérés dans l'encadré ci-dessous soient en place et assurer le suivi du fonctionnement du système.
- ☑ Veiller à ce que les conclusions tirées du suivi soient publiées rapidement et transmises régulièrement aux responsables de la prise de décision dans l'ensemble des entités regroupant les principales parties prenantes – ministère de la santé, organismes de coordination des secours au niveau national, organisations internationales, principales organisations non gouvernementales dans le pays, donateurs, médias d'information, etc. (Les rapports peuvent être distribués en même temps que le bulletin sanitaire périodique.)

Les antennes locales du groupe sectoriel Santé, qui reçoivent l'appui d'épidémiologistes ou d'autres analystes des données expérimentés, lorsqu'ils sont disponibles, doivent assurer une analyse locale rapide en collaboration avec les autorités sanitaires du district/de la province et les autres parties prenantes. Celle-ci doit permettre de déterminer les priorités en vue des interventions urgentes et fournir au coordonnateur du groupe sectoriel Santé et à l'équipe centrale du SIS une interprétation locale ainsi que les données brutes.

ÉLÉMENTS ESSENTIELS D'UN SYSTÈME EFFICACE DE SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

- ✓ Ensemble composé dès le départ de quelques indicateurs clés de base (différenciés selon le sexe) (voir le Tableau 9.2) puis élargissement de celui-ci afin d'inclure davantage d'indicateurs une fois que le système fonctionne et que les capacités le permettent.
- ✓ L'ensemble des acteurs importants dans le domaine de la santé de toutes les zones participent au système, y compris, lorsque cela est faisable, les autorités locales et les organisations communautaires.
- ✓ Les formulaires de notification sont simples, conçus pour être aisément complétés et pour faciliter l'extraction ultérieure des données ; ils utilisent un langage précis et sont traduits.
- ✓ Des directives et une formation sont prévues pour l'ensemble des établissements de santé, des équipes de terrain et des autres personnes qui sont amenées à rendre compte de la situation. Elles expliquent clairement le but et l'importance des rapports et fournissent des instructions pratiques afin que l'ensemble des établissements et des équipes puissent établir régulièrement des rapports de bonne qualité.
- ✓ Les dispositions en vue de la transmission des rapports sont clairement définies, et les moyens permettant de les recevoir et de les examiner, de les compiler et de les analyser rapidement existent, l'objectif étant d'identifier les changements, les tendances et les divergences à partir des normes établies.
- ✓ Au sein de l'équipe centrale du SIS, du personnel (à plein temps) se consacre à cette tâche et dispose d'un lieu approprié doté d'ordinateurs, de téléphones et d'autres matériels (par exemple des radios), selon les besoins.
- ✓ Des procédures claires permettent une analyse rapide des rapports. (Les retards bureaucratiques dans la production et la diffusion des informations peuvent grandement réduire leur validité et leur utilité.)

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE








9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

○ ANNEXES

Enseignements et conseils pratiques issus de l'expérience sur le terrain

En Ouganda, le groupe sectoriel Santé utilise les équipes sanitaires de village pour mener une surveillance des maladies reposant sur la communauté afin de suivre l'évolution des maladies au niveau communautaire. Une approche novatrice de ce type pourrait être reproduite dans d'autres lieux une fois que la situation s'est stabilisée.

Lectures complémentaires

-  OMS. *Setting priorities in communicable disease surveillance*. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2007.
-  OMS. « Surveillance », tiré de: *Communicable disease control in emergencies – A field manual*. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2005.
-  OMS. *Rapid health assessment protocols for emergencies*. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 1999.
-  OMS, ONUSIDA. *Normes recommandées par l'OMS pour la surveillance*. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2000.
-  OMS, OPS. « Epidemiologic surveillance and disease control », tiré de: *Natural disasters – protecting the public's health*. Washington, D.C.: Organisation Panaméricaine pour la Santé, 2000.
-  OPS. *Surveillance épidémiologique après un désastre naturel*. Washington, D.C.: Organisation Panaméricaine pour la Santé, 1982.
-  www.unhcr.org/his (UNHCR Health Information System 2008)



3.7 SUIVRE LES RÉSULTATS DES SERVICES DE SANTÉ¹⁷

Quelques principes fondamentaux

- ✓ Le suivi des résultats doit mettre l'accent sur les services qui sont les plus importants compte tenu de la situation qui prévaut.
- ✓ Un ou deux indicateurs, différenciés selon le sexe, doivent être choisis et suivis pour chaque service important.

¹⁷ Le groupe sectoriel Santé mondial n'a pas (encore) mis au point de directives spécifiques sur ce point ; cela sera l'une de ses tâches en 2009. La présente section fournit quelques indications préliminaires en mettant l'accent sur la « couverture ».

Les questions d'ordre général qui méritent d'être traitées ont trait *au suivi de la disponibilité des services clés et à leur couverture.*

L'encadré ci-dessous donne des indications pour calculer la couverture : les modifications dans la couverture sont un moyen important d'évaluer l'efficacité de la riposte sanitaire globale ainsi que des projets individuels de prestation de services.

La Figure 3f donne l'exemple des indicateurs utilisés au Soudan, montrant comment la collecte et l'analyse des données peuvent être affinées au fur et à mesure de l'évolution de la situation, depuis le stade de la phase aiguë initiale jusqu'au relèvement. Au Soudan, différentes situations existent simultanément dans différentes parties du pays – dans certaines zones, la phase d'urgence aiguë est toujours en vigueur, tandis que dans d'autres, le relèvement est bien avancé ; le suivi varie en conséquence.

Lorsque la violence à l'égard des femmes est un sujet de préoccupation majeur, il peut être utile d'inclure des informations sur la couverture des services médicaux destinés aux survivantes de viol et des systèmes d'orientation permettant d'obtenir des services juridiques, des services de protection et des services psychosociaux.

Une liste plus détaillée d'indicateurs figure dans la section 9.2 ainsi que quelques notes sur l'estimation des taux de mortalité. Le tableau inclut les repères largement reconnus et les seuils à partir desquels il existe un problème, et indique si l'indicateur a trait aux apports, aux produits ou aux résultats.

Mesures à prendre par le coordonnateur et le groupe sectoriel Santé

Travailler avec le ministère de la santé et les autres acteurs de la santé, le cas échéant, pour :

- Déterminer un ensemble minimum d'indicateurs de résultats portant sur la situation dans le pays, y compris des indicateurs différenciés selon le sexe, moyennant un processus de consultation (par exemple un groupe de suivi et d'évaluation, un atelier).
- Veiller à l'introduction de ces indicateurs (ou des données pertinentes) dans les formulaires de notification standard.
- Veiller à ce que tous les partenaires du groupe sectoriel – et autant d'autres acteurs de la santé que possible – comprennent les indicateurs et transmettent les données pertinentes régulièrement.

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 ASSURER UNE COORDINATION EFFICACE

3 BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – LES ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS


○ ANNEXES

Figure 3f Exemples d'indicateurs-clés permettant d'évaluer les résultats des services de santé et différents niveaux d'analyse géographique au cours des différentes phases de l'intervention¹

N°	Indicateurs clés pour les secteurs de la santé et de la nutrition	Phase aiguë initiale	Poursuite des interventions humanitaires	Relèvement rapide	Relèvement et transition vers le développement
1	Disponibilité géographique des structures de santé (SS) : population moyenne couverte par SS, et par type de SS	par État et localité	par unité administrative		
	Passer au % de la population se trouvant à 5 km d'un SS				
2	Utilisation des installations ambulatoires : moyenne de consultations/année		par État et localité		par unité administrative
3	Couverture par la vaccination contre la rougeole (9 mois-15 ans)	par État et localité			par unité administrative
4	Couverture des enfants de moins d'un an ayant reçu toutes les vaccinations		par État et localité		par unité administrative
5	% des SS ayant un service de planification familiale	par État et localité	par unité administrative		
	Ajouter le taux de couverture des actions en matière de contraception				par unité administrative
6	% de SS ayant des services de soins prénatals		par État et localité		par unité administrative
	ajouter le taux de couverture pour les soins prénatals (3 visites et +)				par unité administrative
7	% des accouchements attendus effectués par césarienne	par État	par localité		
8	% de flambées avec enquête et intervention activées dans les 48 heures à compter de l'alerte	par État	par localité		
9	% de SS ayant 0 jour de rupture de stock pour les 4 médicaments sentinelles ²		par État et localité		par unité administrative

10	Couverture des programmes de supplémentation alimentaire et d'alimentation thérapeutique visés ³	par État et localité	par unité administrative
	ajouter la couverture du suivi de la croissance chez les moins de 5 ans		par unité administrative
<p>¹ Adapté du plan de travail 2008 des Nations Unies au Soudan.</p> <p>² Médicaments sentinelles : un pour chacun des groupes de médicaments essentiels suivants : antipaludiques, antibiotiques, analgésiques/antipyrétiques, antihelminthiques.</p> <p>³ Les programmes de supplémentation alimentaire et d'alimentation thérapeutique visés pour les enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition aiguë, estimée comme étant modérée ou sévère, taux de guérison des enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition aiguë sévère.</p>			

Lectures complémentaires

 Griekspoor A, Loretto A et Colombo A. *Tracking the performance of essential health and nutrition services in humanitarian responses*. Document de conférence général préparé pour l'atelier « Tracking health performance and humanitarian outcomes » organisé par l'Organisation mondiale de la Santé le 1 et 2 décembre 2005.

ESTIMATION DE LA COUVERTURE

Par « couverture », à des fins épidémiologiques, on entend « une évaluation de la mesure dans laquelle les services assurés couvrent le besoin potentiel de ces services dans une communauté. Elle s'exprime sous forme de pourcentage dans lequel le numérateur est le nombre de services assurés et le dénominateur est le nombre de cas dans lesquels le service aurait dû être assuré ». [D'après Last JM. *A dictionary of epidemiology*. Oxford University Press, 2001]

Les estimations relatives à la couverture sont généralement calculées sous forme de pourcentage :

$$\text{Couverture de la population (\%)} = \frac{\text{Nombre de personnes ayant accès au service} \times 100}{\text{Population totale concernée (N)}}$$

En situation de crise humanitaire, la couverture peut être calculée par rapport à la population totale touchée, la population totale touchée pouvant être atteinte ou, pour une intervention ciblée, la population totale visée.

Ces différents taux de couverture peuvent être exprimés sous les formes suivantes :

- *couverture humanitaire potentielle*, où N = population totale touchée,
- *couverture humanitaire opérationnelle*, où N = population totale touchée pouvant être atteinte,
- *couverture de la population visée*, où N = population totale visée.

Les changements dans la couverture peuvent être utilisés pour évaluer dans quelle mesure un programme réussit à atteindre la population ciblée. Aux fins de l'évaluation, un changement dans la couverture est une simple mesure de la différence entre les niveaux de couverture à différents points dans le temps.

$$\% \text{ de changement dans la couverture} = \frac{\text{Couverture au point 2} - \text{couverture au point 1} \times 100}{\text{Couverture au point 1}}$$

Pour que la comparaison entre les estimations soit valable, les niveaux de couverture doivent être estimés en utilisant la même méthodologie normalisée à chaque point dans le temps.

[Résumé à partir de Griekspoor A, Loretta A et Colombo A. *Tracking health performance and humanitarian outcomes*. OMS, 2005]

4

ANALYSE
ET HIÉRARCHISATION**Principaux points :**

- ✓ Les données n'ont de valeur que lorsqu'elles ont été analysées et interprétées en fonction de leur contexte.
- ✓ Leur analyse et leur interprétation exigent à la fois expertise technique et connaissance du contexte local.
- ✓ Les équipes chargées de l'évaluation des besoins sur le terrain (collecte des données) doivent, elles aussi, participer à la première analyse.
- ✓ Les données doivent être étudiées sous différents angles et dans différentes combinaisons ; cela permet de voir ce qu'elles recouvrent.
- ✓ Outre leur analyse et leur interprétation, leur présentation est importante. Elles doivent être transcrites sous forme de tableaux, de diagrammes, de cartes, de graphiques chronologiques ou en une combinaison de données issues de différents groupes de données pour être exploitées de façon pertinente et créative. Une évaluation des besoins donne généralement un aperçu instantané. Il est important de trouver le moyen d'illustrer les changements et les tendances.
- ✓ L'analyse d'une situation obtenue à la suite d'une évaluation des besoins doit être actualisée régulièrement à partir des informations tirées du rapport de suivi régulier des situations et du rapport du système d'alerte précoce.
- ✓ Il faut tenir compte des variations saisonnières telles que les saisons des pluies et les saisons sèches – et de la multiplication périodique des actes de violence dans certaines situations d'urgence complexes – et de leur incidence habituelle sur les pathologies, la prestation des services et l'accès à ces services.

Résultats escomptés du groupe sectoriel Santé

Une analyse conjointe de la situation du secteur de la santé, et un accord sur les problèmes et les risques de santé prioritaires qui doivent être traités par les partenaires du groupe sectoriel Santé.

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 EVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

ANNEXES



4.1 IDENTIFIER ET ANALYSER LES PROBLÈMES, LES RISQUES ET LES LACUNES

Une analyse réalisée à des fins de planification comporte deux étapes :

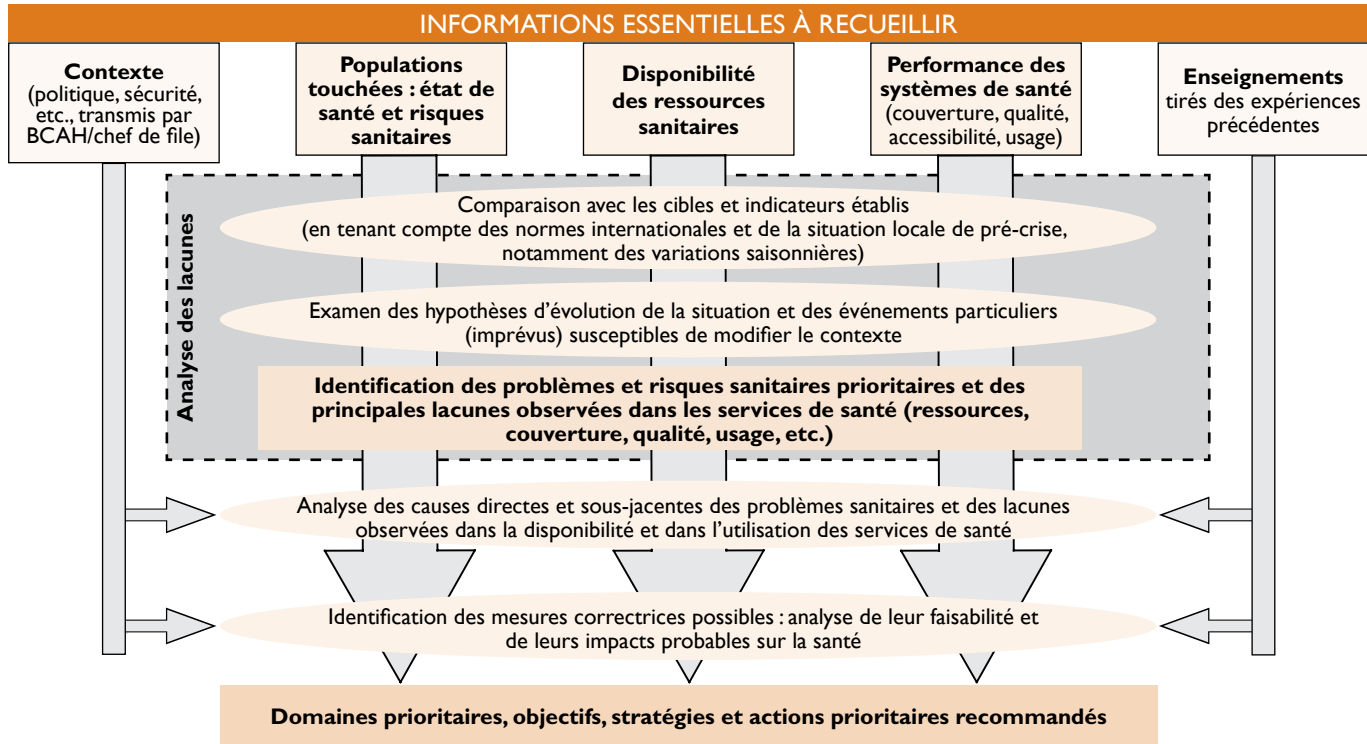
1. Une *analyse des lacunes*, qui recouvre l'identification des *problèmes* et *risques* sanitaires et des *lacunes dans les services* et leur hiérarchisation en fonction des risques sanitaires identifiés – le nombre de personnes (femmes, hommes, filles et garçons) exposés au risque de mourir ou de contracter une maladie ou une incapacité grave, lié à chaque problème identifié.
2. Une analyse des *options possibles* (faisables et acceptables) pour résoudre les lacunes et/ou problèmes prioritaires et déterminer l'ordre de priorité des *mesures* sanitaires en tenant compte des ressources nécessaires et des bienfaits pour la santé que l'on pourra en retirer dans le contexte local et notamment compte tenu des conditions de sécurité, des contraintes opérationnelles et d'autres facteurs contextuels. Une telle analyse est rarement départie d'une critique professionnelle subjective.

Les processus d'identification et de hiérarchisation des problèmes et des mesures à prendre doivent être *transparentes*. Le critère de hiérarchisation doit être *relevé* de façon explicite. L'analyse doit prendre en compte les trois aspects essentiels mais aussi le contexte et les enseignements tirés des expériences passées, comme souligné dans la Figure 4a.

Comme tout autre volet des processus d'évaluation et d'action, l'identification et la hiérarchisation des problèmes, risques et lacunes, et l'analyse des causes, doivent suivre une méthode continue et itérative :

- Une analyse *préliminaire* – la définition préliminaire du scénario – dans les premières 24 à 72 heures sert de base aux mesures de riposte pendant les premières journées.
- Une analyse *initiale* réalisée dans le contexte de la première évaluation rapide achevée dans un délai de 10 à 15 jours permet d'appuyer les premières décisions plus importantes de planification. Elle peut être utile pour synthétiser l'analyse dans un « scénario initial de planification ».
- L'*actualisation* de l'analyse de situation et du scénario de planification, selon les besoins, à la suite de chaque examen ou réévaluation périodique effectué après un changement notable dans la situation globale.

Figure 4a Cadre d'analyse de la situation sanitaire



Analyse des problèmes et des lacunes

L'analyse des problèmes est une première étape essentielle. Elle doit identifier :

- Les *taux* de mortalité et de morbidité et leur évolution et les comparer aux taux considérés comme normaux pour la saison ;
- Les *causes immédiates* de mortalité et de morbidité évitables (il peut s'agir d'un traumatisme, d'une maladie transmissible, de malnutrition, etc.) et le nombre de personnes exposées à un risque (désagrégé par âge et par genre, dans la mesure du possible) ;
- Les *causes sous-jacentes* (racines) de problèmes particuliers et immédiats – par exemple, réseau d'assainissement défectueux, eau polluée, accès impossible ou difficile aux services médicaux et aux soins de santé, insécurité sanitaire des aliments, mauvaises habitudes alimentaires, etc. parmi différents groupes de population ;
- Les *autres menaces pour la santé* que l'on pourrait anticiper, parmi lesquelles les risques saisonniers et des risques exceptionnels, et le nombre de personnes exposées (désagrégé par âge et par genre dans la mesure du possible) ;
- Les *lacunes* dans la disponibilité des services de santé pour les populations qui se trouvent en situation de crise humanitaire et couverture des services prioritaires de qualité ;
- Toute lacune importante dans les *informations* sanitaires, et enfin
- Les problèmes intersectoriels qui risquent de bouleverser les priorités, la planification et la mise en place des mesures correctrices (genre, âge, VIH/sida, etc.).

Quelques éléments de référence largement acceptés sont présentés à la section 9.1.

Les *Gap guidance materials* du CPI (dans le CD-ROM ci-joint) donnent des exemples de lacunes identifiées au cours d'interventions sanitaires mises en place dans plusieurs situations d'urgence survenues récemment et proposent un certain nombre de mesures correctrices possibles. Ils portent sur certains aspects du statut, des services et des informations sanitaires et proposent des éléments de référence pour certains aspects sur lesquels n'existe aucune norme internationale.

Une fois passée la première phase critique de la situation d'urgence, l'analyse doit examiner les problèmes liés à des éléments spécifiques du système de santé, notamment des politiques, les infrastructures sanitai-

res, les ressources humaines, le financement de la santé, la gestion et les approvisionnements pharmaceutiques et enfin la prestation des services de santé. Les organigrammes d'analyse des problèmes peuvent aider à identifier la hiérarchie des problèmes et leurs causes. Ils peuvent aussi aider à identifier les problèmes sur lesquels il faudrait se centrer pour en retirer les plus grands bienfaits pour la santé.

L'analyse contextuelle

L'analyse contextuelle doit se composer d'analyses des éléments suivants :

- Les *facteurs politiques, sociaux et culturels* (entre autres les questions sexospécifiques) qui influent – de façon positive ou négative – sur l'état de santé, les services de soins de santé et la faisabilité des interventions sanitaires ;
- La situation liée à la *sécurité*, notamment les causes du conflit et ses implications en vue d'une action sanitaire ;
- Les *ressources* et les *capacités* disponibles, et ce que l'on peut raisonnablement espérer mobiliser ;
- Les rôles et l'influence des nouveaux acteurs ou *partenaires* dans le domaine de la santé (par exemple forces militaires, organismes non gouvernementaux) ;
- Les *possibilités* d'amélioration ou d'innovation dans les comportements se répercutant sur la santé ou dans la prestation des services de santé ;
- Les *contraintes* portant sur les actions sanitaires, notamment les contraintes logistiques, opérationnelles, administratives et culturelles, et enfin
- L'*évolution* prévisible de la situation globale et ses répercussions sur la santé, sur la prestation des services de santé et sur l'accès à ces services.

Les analyses qui peuvent être utiles sont notamment :

- L'analyse des partenaires (essentielle dans tous les cas) en vue d'identifier les intérêts de tous les « partenaires » susceptibles de mettre en péril la situation et les interventions sanitaires ou inversement d'être mis en péril par la situation et les interventions sanitaires – voir l'annexe E ;

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

● ANNEXES

- L'analyse SWOT (forces – faiblesses – opportunités – dangers) ; analyse de terrain des forces en œuvre (étude des forces pour et contre une décision particulière ou le cours d'une intervention) ; analyse d'impact (prévoir toutes les conséquences des modifications proposées dans un système) ;
- L'analyse du conflit et l'analyse de la capacité à « ne pas nuire » dans toute situation de conflit ou de répression¹⁸.

Ces analyses permettront également de revoir les *enseignements* tirés des expériences précédentes dans le pays ou dans des situations analogues dans des pays voisins et de déterminer leur lien éventuel avec la situation présente.

Mesures à prendre par le coordonnateur et le groupe sectoriel Santé

- Collaborer avec les responsables de la santé agissant à l'échelon local ou national et d'autres partenaires, le cas échéant, à tous les stades d'évaluation et d'intervention pour décider des analyses des *problèmes* et des *facteurs contextuels* s'y rapportant, qu'il conviendra de réaliser à chacun de ces stades. Il s'agit notamment de s'entendre sur :
 - les répercussions spécifiques de la crise sur la situation, les systèmes et le personnel de santé ;
 - les problèmes, lacunes et risques sanitaires les plus brûlants à chaque stade ;
 - les critères de hiérarchisation des problèmes sanitaires, en veillant à ce qu'ils soient enregistrés et compris de chacun ;
 - une liste, par ordre de priorité, des problèmes (y compris des lacunes et des risques) qui sera mise à jour chaque fois que nécessaire ; et enfin
 - les opportunités et contraintes spécifiques qui influent sur la situation sanitaire et sur la prestation des services, en tenant compte des perspectives d'évolution de la situation dans son ensemble.
- Veiller à ce que les analyses soient exhaustives et factuelles :
 - indiquer clairement toutes les extrapolations et les hypothèses ;
 - effectuer une triangulation des données issues de différentes sources et examiner (évaluer) la fiabilité des diverses données et de leurs sources ;

¹⁸ Une analyse de conflit est l'étude systématique du profil, des causes, des acteurs et de la dynamique du conflit. Elle aide les organisations œuvrant pour le développement, dans l'aide humanitaire ou pour la paix à mieux comprendre le contexte dans lequel elles travaillent et leur rôle dans ce contexte.

- tenir compte du sexe, des aspects droits de l'être humain et de la protection, de l'incidence du VIH/sida, des conditions de sécurité et de toute autre limitation dans les conditions d'accès ; et enfin
 - identifier – rechercher – les différences entre les localités et entre les différents groupes de population, et les différences selon l'âge et le sexe (envisagez les différentes situations et les besoins des hommes, des femmes, des filles et des garçons).
- ☑ Étudier soigneusement toutes divergences dans les informations ou les cas où des observations signalées diffèrent de ce à quoi on aurait pu s'attendre. Quelles pourraient être les raisons de ces divergences ? Que signifient-elles ?
- ☑ Rechercher les sources d'erreurs ou de distorsions possibles dans les données communiquées. Veillez à ce qu'on ne sous-estime ni ne surestime les besoins dans les zones isolées (où les communications peuvent être interrompues) et faire en sorte de ne pas surestimer les besoins compte tenu de la concentration des données issues des zones les plus gravement touchées.
- ☑ Identifier tout sujet, zone ou groupe de population pour lequel on ne dispose d'aucune information ou pour lequel les informations disponibles ne sont pas fiables. Pourquoi les informations ne sont-elles pas disponibles ou pas fiables ? Qu'est-ce que cela signifie ? Quelles sont les principales lacunes en matière d'informations ? Que peut-on faire pour les combler, quand et par qui ?

Lectures et outils complémentaires

- 📖 Annexe E, sur le CD-ROM – *Analyse des parties intéressées*.
- 📖 CPI. *Femmes, filles, garçons et hommes : des besoins différents, des chances égales – Guide pour l'intégration de l'égalité des sexes dans l'action humanitaire*. Comité permanent interorganisations, Genève, 2006.
- 📖 CPI. *Cadre d'analyse des besoins. Renforcement de l'analyse et présentation des besoins humanitaires dans le CAP*. Comité permanent interorganisations, Groupe de travail sur la procédure d'appel global, mars 2006.

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION







6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

• ANNEXES

-  FEWER, International Alert et Saferworld. *Conflict-sensitive approaches to development, humanitarian assistance and peace-building: A resource pack*. Africa Peace Forum, Center for Conflict Resolution, Consortium of Humanitarian Agencies, Forum on Early Warning and Early Response, International Alert, Saferworld, 2004.
-  Groupe sectoriel Santé mondial. *Gap guidance materials – Assisting the health sector coordination mechanism to identify and fill gaps in the humanitarian response*. Groupe sectoriel Santé mondial, 26 octobre 2007.
-  OMS, FNUAP, UNHCR. *La santé reproductive en situations de réfugiés: manuel de terrain interorganisations*. Genève: Organisation mondiale de la Santé, Fond des Nations Unies pour la population et Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, 2001.
-  MSF. *Refugee health: an approach to emergency situations*. Médecins sans Frontières, Paris, 1997.
-  OMS, OPS. *Guidelines for the use of foreign field hospitals in the aftermath of sudden impact disasters*. Organisation mondiale de la Santé, Organisation Panaméricaine pour la Santé, 2003.
-  Pavignani E et Colombo A, *Analysing disrupted health sectors – A modular manual*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, Interventions sanitaires en cas de crise, juin 2009.



4.2 HIÉRARCHISER LES PROBLÈMES ET INTERVENTIONS

Nous présentons ci-dessous certaines questions essentielles auxquelles il faudra répondre :

- Quelles sont à l'heure actuelle les principales causes de mortalité évitable ?
- Quelles sont à l'heure actuelle les principales causes de mortalité et d'incapacités évitables ?
- Quels seront, dans les mois à venir, les principaux risques sanitaires ?
- Lesquels de ces problèmes touchent le plus grand nombre de personnes ?

Vous avez besoin de données désagrégées par âge et par sexe et de connaître la zone géographique pour répondre à ces questions. La prochaine étape, décrite dans la section 5.1, consistera à répondre à la question suivante : Quelles options existent pour résoudre ces problèmes, quelles ressources seront nécessaires et quelles sont les répercussions prévisibles ?

Mesures à prendre par le coordonnateur et le groupe sectoriel Santé

- Donner les moyens à tous les partenaires du groupe sectoriel de participer au processus de hiérarchisation des problèmes et des interventions, afin d'obtenir le plus large consensus possible et leur totale adhésion aux conclusions.
- S'attacher, avant tout, à l'identification et au traitement des menaces immédiates pour la vie et des risques pour la santé publique les plus urgents. Rassembler des données pertinentes et fiables et réaliser une analyse exhaustive de la situation, des risques et des questions de pérennité avant de proposer de nouveaux programmes.

La figure 4b peut servir de fiche de travail et de support pour indiquer les motifs des décisions prises.

1
RÔLE ET
FONCTIONNEMENT
D'UN GROUPE DE
RESPONSABILITÉ
SECTORIELLE
SANTÉ

2
UNE
COORDINATION
EFFICACE

3
ÉVALUATION
DES BESOINS ET
SUIVI DE LA
SITUATION
SANITAIRE

4
ANALYSE ET
HIÉRARCHISATION

5
ÉLABORATION
D'UNE
STRATÉGIE ET
PLANIFICATION

6
NORMES

7
SENSIBILISATION
ET MOBILISATION
DES RESSOURCES

8
SUIVI DE LA
PERFORMANCE
DU GROUPE –
ENSEIGNEMENTS
TIRÉS DE
L'EXPÉRIENCE

9
SERVICES
STANDARD
ET LISTES
D'INDICATEURS

○ ANNEXES

Figure 4b Exemple de fiche de travail sur laquelle identifier les priorités

	Points préoccupants		
	Point n°1	Point n°2	Point n°3
Mesure et tendance actuelle			
Comparaison avec les références internationales (par ex. SPHERE ou autres normes) [% écart ?]			
Comparaison avec une situation de pré-crise [% écart ?] ou avec les niveaux d'un pays voisin			
Risque de mortalité, de morbidité ou d'incapacité [taux 1–5] ¹			
Urgence – Immédiateté du risque [taux 1–5] ¹			
Nombre de personnes exposées directement au risque			
En fonction des réponses précédentes : problèmes et risques sanitaires prioritaires [taux 1–5] ¹			
Causes sous-jacentes : liens avec d'autres facteurs			
Faisabilité de l'intervention et possibilité d'obtenir à court terme un impact mesurable ²			
Contribution des interventions pour reconstituer le système de santé et protéger la santé publique ³			
En fonction des réponses précédentes : priorité accordée aux interventions humanitaires et/ou de relèvement rapide [taux 1–5] ¹			

¹ Catégorie Risque/urgence/priorité : 1 = très bas ; 5 = très élevé (selon l'évaluation d'un professionnel)

² La faisabilité recouvre la notion d'accessibilité (sécurité, logistique, etc.), d'acceptabilité des interventions possibles (culture, histoire, etc.) et de capacités disponibles ou qui devraient normalement être disponibles, pour mener ces interventions à bien, dans la période de planification déterminée (compétences et nombres d'agents de santé, installations, chaîne du froid, etc.)

³ Dans certains cas, il peut être pertinent de placer au rang des priorités « la bonne chose à faire ». Par exemple, l'évacuation de déchets toxiques dans une localité touchée par une crise ne sera peut-être pas un point de préoccupation sanitaire immédiate mais il sera intéressant de placer ce point parmi les priorités pour mettre fin au mécontentement du public et apaiser les inquiétudes.

5

ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE
ET PLANIFICATION**Principaux points :**

- ✓ Pour que l'action sanitaire humanitaire soit cohérente et coordonnée, il est essentiel de convenir d'une stratégie d'intervention du secteur de la santé, notamment de définir des objectifs précis et des activités stratégiques. Les principaux acteurs du secteur de la santé doivent tous participer à la définition de ces éléments, qui doivent être compris par toutes les parties prenantes et, si possible, être acceptés par les autorités nationales et locales.
- ✓ L'évaluation des besoins, l'analyse, l'élaboration de la stratégie et la planification sont des processus itératifs. L'exposé de la stratégie d'intervention, qui est la base de toutes les activités du groupe sectoriel, doit être élaboré et progressivement affiné (voir figure 3b à la section 3.1) :
 - Il faut d'abord préparer, les premiers jours, une *ébauche préliminaire* de la stratégie puis présenter les bases d'une intervention initiale des partenaires du groupe sectoriel et un cadre pour l'appel éclair [voir 7.1] ainsi qu'une série de propositions en vue d'une demande au CERF [voir 7.2]¹⁹.
 - Un premier exposé, *plus détaillé*, de la stratégie d'intervention du secteur de la santé doit être préparé à partir des résultats de l'évaluation rapide initiale. Il doit être relié à l'élaboration de l'appel éclair révisé puis du Plan d'action humanitaire commun, nécessaire pour le premier appel global, s'il y a lieu, généralement dans les deux mois qui suivent le début de la crise [voir 7.3].

Cette stratégie peut être *actualisée* si nécessaire en fonction de nouvelles informations tirées d'évaluations ultérieures de sous-secteurs et du suivi de la situation après toute évolution

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

ANNEXES

¹⁹ L'élaboration d'un « scénario » préliminaire peut faciliter la préparation de cette ébauche de stratégie – voir section 3.3 et annexe B8 de *Managing WHO humanitarian response in the field*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

importante de la situation et avant la préparation d'un nouveau plan d'action humanitaire commun (et d'un appel global).

- ✓ La stratégie, les objectifs et les activités stratégiques doivent être examinés et actualisés si nécessaire.
- ✓ Le coordonnateur du groupe sectoriel doit guider les partenaires dans leur choix des zones et des activités à privilégier et les ressources mises en commun dont le groupe peut disposer doivent servir à combler les lacunes les plus importantes.
- ✓ Des plans d'urgence doivent être établis pour parer aux menaces prévisibles planant sur la santé ou les services de santé.

Résultats escomptés du module sectoriel Santé

- ✓ Stratégie d'intervention sanitaire conjointe et régulièrement actualisée, assortie de priorités et d'objectifs clairs, permettant de s'attaquer aux problèmes, aux risques et aux lacunes sanitaires prioritaires.
- ✓ Répartition des responsabilités entre les partenaires selon leur capacité à agir sur le terrain.
- ✓ Plan d'urgence conjoint à appliquer en cas d'événement susceptible d'avoir une incidence sur la santé des populations ou sur les activités des partenaires.

« STRATÉGIE D'INTERVENTION EN CAS DE CRISE SANITAIRE » ET « ACTIVITÉS STRATÉGIQUES »

Une *stratégie d'intervention sanitaire* est un exposé concis de l'approche globale à laquelle les partenaires du groupe sectoriel doivent souscrire afin de *réduire la mortalité, la morbidité et les incapacités évitables et de restaurer dans les meilleurs délais et, si possible, durablement la prestation de soins de santé préventifs et curatifs et l'accès à ces soins*. La stratégie doit définir les domaines prioritaires à aborder pendant une période donnée, les objectifs précis du groupe/secteur et les approches adoptées pour atteindre ces objectifs dans les délais fixés.

Les *activités stratégiques* sont les approches adoptées pour atteindre des objectifs précis (par exemple, prévenir une flambée de rougeole – ou réduire le risque de sa survenue –, assurer un approvisionnement continu en médicaments essentiels ou restaurer et améliorer le système d'information sanitaire), au cours d'une période donnée.

Lors d'une crise, on tend à accorder moins d'importance à la planification, dont la portée se réduit alors à des projets. Il en résulte une fragmentation et une prolifération d'unités spéciales de planification qui travaillent indépendamment les unes des autres. La définition d'une stratégie et l'élaboration d'un macro-plan global peuvent pallier à cette fragmentation.

Sélectionner des activités stratégiques revient à décider comment aborder certains problèmes et risques prioritaires afin d'atteindre les objectifs fixés et d'éviter tout effet négatif éventuel. Par exemple :

- Pour limiter le risque de flambée de rougeole, on pourrait organiser une campagne de vaccination de masse. Mais si l'on estime la couverture vaccinale actuelle est suffisante, il est peut-être préférable de renforcer les systèmes de vaccination systématique tout en concentrant les efforts et les ressources sur d'autres priorités sanitaires.
- En cas de pénurie de médicaments, on pourrait importer des médicaments en vrac, importer des trousseaux de médicaments ou acheter des médicaments sur le marché local. Il faut faire un choix en tenant compte de divers facteurs, dont les délais de livraison et les effets probables sur l'approvisionnement à moyen terme.

On trouvera à l'annexe G d'autres exemples, et des exemples d'effets négatifs.

5.1 ÉLABORER D'UNE STRATÉGIE D'INTERVENTION DU SECTEUR DE LA SANTÉ EN SITUATION DE CRISE

En situation de crise, il est essentiel de disposer d'une stratégie d'intervention du secteur de la santé afin que l'action menée par les différents acteurs, notamment les acteurs extérieurs, complète les mesures prises par les autorités sanitaires nationales et locales et les autres acteurs locaux, et serve d'appui à ces dernières. La stratégie fournit un cadre pour planifier l'action sanitaire dans toutes les zones touchées, y compris en ce qui concerne l'allocation des ressources.

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

ANNEXES

« Lacunes » fréquentes dans la planification Constatations issues de 10 études de cas menées dans les pays (2004-2007)	
Exemples	Solutions proposées
<p>Absence de plan de mise en œuvre correspondant à la phase de l'action (en particulier, la réhabilitation structurelle) pour l'ensemble de la zone touchée.</p> <p>Mise en œuvre déterminée par les capacités et le mandat des organismes, la disponibilité des fonds et les possibilités offertes par la situation, plutôt que par les besoins (p.ex. soutien d'un hôpital et de soins tertiaires au détriment des soins primaires).</p>	<p>Définir conjointement les priorités sur des bases factuelles, en recensant les principales causes de morbidité et de mortalité et en privilégiant les services de santé préventifs et curatifs permettant d'y faire face.</p> <p>Convenir du minimum de services de santé à assurer (y compris dans le domaine de la santé génésique) à chaque niveau de soins, selon la phase de l'urgence.</p> <p>Élaborer, avec les ONG, la population touchée et le ministère de la santé, un plan d'action commun axé sur les priorités sanitaires, conforme aux principes de soins de santé primaires et, notamment pendant la phase de relèvement rapide, trouver un équilibre entre la satisfaction des besoins urgents et le renforcement du système à plus long terme.</p>

Quelques principes de base

- ✓ Il faut d'abord s'attacher à assurer les services essentiels et ne prévoir d'élargir la portée des activités que lorsqu'on y est parvenu. Il est plus facile d'élargir l'offre de soins de santé que de la restreindre.
- ✓ Lorsque les ressources ne suffisent pas à satisfaire tous les besoins – comme c'est presque toujours le cas – il faut concentrer l'essentiel des efforts et des ressources là où il est possible d'apporter une vraie amélioration. Si on éparpille le peu de ressources disponibles, on risque d'être inefficace.
- ✓ Il faut définir rapidement une stratégie initiale puis l'améliorer et la préciser lorsqu'on dispose d'informations plus fiables, qu'on est parvenu à un consensus avec les parties intéressées et que des ressources sont disponibles. Il ne faut pas perdre de temps à préparer des plans exhaustifs et très détaillés qui pourraient rapidement être obsolètes.
- ✓ Il doit exister des liens évidents et manifestes entre i) les problèmes, les risques et les lacunes prioritaires recensés et ii) les objectifs et les stratégies choisies. Les autres solutions envisagées pour régler les problè-

mes prioritaires doivent être examinées et les raisons motivant le choix de certaines stratégies doivent être expliquées dans le document.

- ✓ Les variations saisonnières et leurs effets habituels sur les caractéristiques des maladies, la prestation des services et l'accès aux services doivent être pris en compte. Il faut par exemple tenir compte des saisons des pluies et des saisons sèches, et des accès saisonniers de violence dans certaines situations d'urgence complexes.
- ✓ La stratégie d'intervention en cas de crise doit prévoir des étapes afin d'assurer une couverture minimale par les services de base avant d'offrir un plus grand nombre de services essentiels. Elle doit également englober tous les aspects : ressources humaines, bâtiments, matériel et fournitures.
- ✓ Le relèvement doit être favorisé dès que possible, ce qui suppose une planification à long terme. Il faut s'efforcer d'utiliser et de renforcer les structures existantes et de re(mettre) en place des moyens au niveau local, si possible. Les effets négatifs potentiels doivent être envisagés et autant que possible atténués.
- ✓ Les questions transversales, telles que l'appartenance sexuelle, le VIH/sida, l'environnement et la protection, doivent être intégrées à la planification.

Étapes de l'élaboration d'une stratégie d'intervention du secteur de la santé en situation de crise

La Figure 5a récapitule schématiquement le processus d'élaboration d'une stratégie d'intervention du secteur de la santé à partir d'une analyse de situation.

L'analyse du contexte, y compris des capacités, des ressources et des contraintes, est essentielle pour définir des objectifs (qui doivent être réalistes), pour déterminer les interventions possibles, pour choisir les activités stratégiques (qui doivent être appropriées et réalisables) et pour préparer la stratégie globale d'intervention du secteur de la santé (qui doit aussi être réaliste).

Fort heureusement, les domaines prioritaires et les stratégies ne sont pas forcément définis à partir de rien. Dans de nombreux contextes, certaines interventions peuvent apparaître comme « évidentes »

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

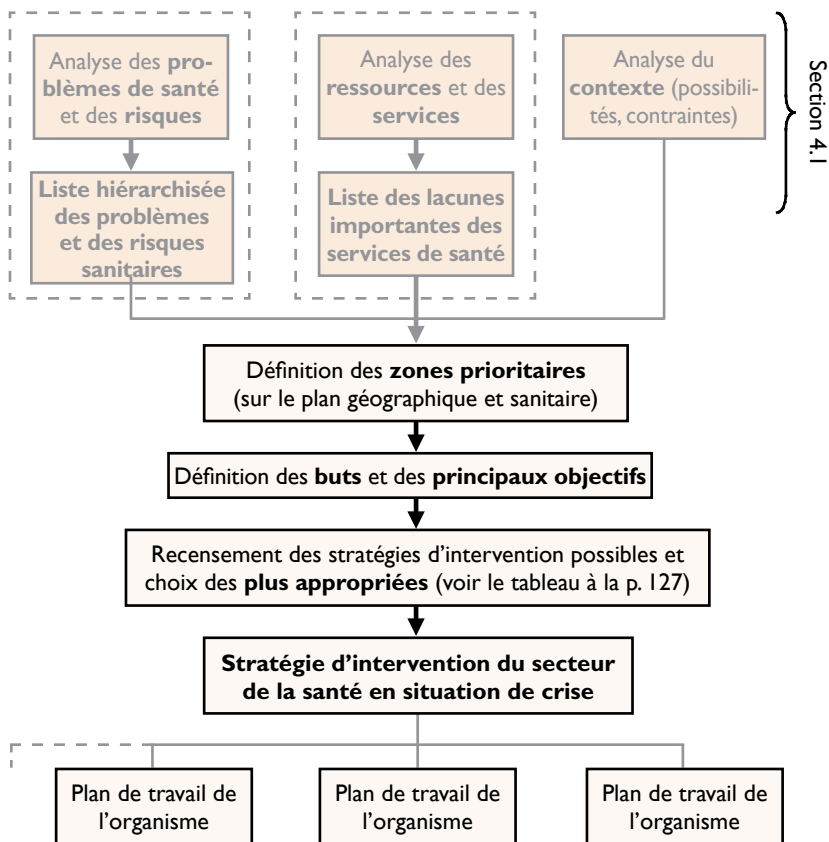
7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

ANNEXES

Figure 5a De l'analyse à une stratégie d'action du secteur de la santé en situation de crise



sur la base d'une longue expérience, acquise au cours de nombreuses crises, et les décisions à prendre sont claires. Ainsi, une campagne de vaccination contre la rougeole est souvent indiquée lorsque les systèmes de vaccination systématique ne fonctionnent plus. La nécessité probable de ces interventions doit être admise et analysée. C'est particulièrement important pendant la première phase, aiguë, de l'intervention alors que le temps est un atout précieux. Cependant, il faut en général définir des objectifs précis et choisir des activités stratégiques après avoir évalué les résultats obtenus et soigneusement déterminé des priorités afin d'obtenir avec les ressources dont on espère disposer pendant la période couverte par la planification les bénéfices maximum sur le plan de la santé.

Définition des zones prioritaires

- ☑ Définir les zones géographiques touchées en fonction des problèmes et des risques sanitaires prioritaires. Il faut tenir compte des principales causes de décès et de maladie dans le contexte local et des principaux obstacles à l'accès aux soins et à l'offre de soins.

On s'attachera d'abord à *satisfaire les besoins humanitaires vitaux*, sans négliger les systèmes de relèvement et de reconstruction. Dès que les *besoins vitaux* sont satisfaits, on passera progressivement au *rétablissement des systèmes et des capacités nationaux* tout en veillant à ce que les autres besoins humanitaires soient satisfaits.

Définition des objectifs

- ☑ Veiller à ce que les objectifs correspondent aux problèmes et aux risques prioritaires recensés lors des évaluations des besoins, soient adaptés à chaque phase de l'intervention et tiennent compte :
 - du contexte, des capacités et des ressources disponibles ;
 - des variations saisonnières et de l'évolution prévue de la situation générale ;
 - de toutes les questions relatives à la protection et aux droits de l'homme, des conséquences du VIH/sida, des conditions de sécurité, de tout obstacle et de toute contrainte imposée à la population et empêchant la prestation des services, et des différences entre hommes, femmes, garçons et filles.

Les objectifs devront parfois aussi tenir compte des attentes auxquelles il faut répondre – les politiques et les valeurs des différentes parties prenantes, qui influenceront sur l'évolution de la situation globale et sur la mise en œuvre d'activités liées à la santé. Il pourra s'agir, par exemple, d'améliorer l'information et de renforcer les systèmes mais aussi d'obtenir directement des résultats en termes de santé.

Choix d'activités stratégiques

Les stratégies d'intervention doivent être *appropriées* – c'est-à-dire s'attaquer aux problèmes et aux risques prioritaires de façon efficace et cohérente en tenant compte du contexte local, et *applicables* – c'est-à-dire pouvoir être mises en œuvre dans le contexte local,

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

ANNEXES

avec les ressources dont on espère disposer. Dans la mesure du possible, ces stratégies doivent contribuer à « reconstruire en mieux ».

- ☑ Choisir les stratégies sur la base d'une analyse explicite et exposée par écrit des avantages et des inconvénients des différentes interventions possibles pour s'attaquer aux problèmes et atteindre des objectifs précis.
- ☑ Analyser soigneusement les différentes possibilités pour trouver les stratégies les plus appropriées – celles qui permettent d'atteindre les objectifs définis tout en atténuant au maximum tout effet négatif potentiel (en particulier dans une situation de conflit). Notons que les mesures prises à court terme pour faire face à un problème systémique immédiat lié à la prestation des services peut perturber l'ensemble du système de santé à long terme – voir les exemples à l'annexe G.
- ☑ Tirer parti de l'expérience acquise lors de crises déjà survenues dans la même région ou dans des populations similaires de pays voisins. Si des mesures sont proposées sur la base d'expériences acquises dans des lieux plus éloignés, il convient d'analyser attentivement les différences et les similitudes entre les deux contextes. Ce qui a marché (ou échoué) dans un contexte ne va pas forcément marcher (ou échouer) dans un autre!

Pour choisir parmi plusieurs interventions, il faut analyser le contexte et les informations pertinentes du secteur de la santé. Il aussi faut pouvoir comparer la situation en cours à d'autres contextes similaires, tirer des enseignements du passé et s'associer à un large éventail de parties intéressées, et si possible à de nouveaux intervenants (société civile, acteurs non étatiques, etc.) selon les besoins. Cela suppose d'émettre des jugements de valeur et de faire preuve de diplomatie et de sagesse politique afin que le point de vue des principales parties prenantes soit intégré dans l'analyse et pris en compte dans la stratégie finale.

Une matrice comme celle présentée sur la page suivante peut aider à faire le bilan des principaux problèmes et des interventions possibles.

Problème/ risque	Principaux points de l'analyse de la situation	Objectifs précis	Interven- tions possibles	Avantages (arguments pour)	Inconvénients (arguments contre)	Expérience pertinente dans des contextes similaires
			1 :	1 :	1 :	
			2 :	2 :	2 :	
			1 :	1 :	1 :	
			2 :	2 :	2 :	

Mesures à prendre par le coordonnateur et le groupe sectoriel Santé

Pendant les premiers jours

- Lorsqu'il existe un plan d'urgence interinstitutions ou du secteur de la santé pour le type de crise dont il s'agit, examiner les objectifs et les stratégies envisagés dans ce plan et les ajuster au scénario initial. Lorsqu'il n'y a pas de plan d'urgence pertinent, définir les objectifs et les stratégies sur la base du scénario initial.*
- Préparer un exposé très bref des objectifs généraux de l'action sanitaire, des problèmes prioritaires à régler pendant la phase initiale du plan (peut-être le premier mois), des objectifs précis pour cette période, des principales stratégies à appliquer, du rôle

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

de chaque intervenant et des principales lacunes (besoins prioritaires non satisfaits, activités prioritaires non mises en œuvre).

Il faut veiller à ce que les objectifs initiaux soient réalistes et répondent à des besoins humanitaires vitaux tout en exploitant toutes les possibilités immédiates de relèvement qui peuvent se présenter.

Il faut s'attacher à combler les lacunes constatées dans les services vitaux, dans les régions où l'on sait (ou l'on pense) qu'un grand nombre de gens sont gravement touchés, et pallier au manque d'informations cruciales pour déterminer les besoins et planifier une intervention appropriée.

Il faut veiller à ce que chaque organisation qui prend en charge un domaine ou une activité dispose des moyens et des systèmes nécessaires pour soutenir les activités prévues.

Une fois l'évaluation initiale achevée

- ☑ Définir des objectifs pour les 6 à 12 mois à venir sur la base de l'évaluation rapide initiale et des nouvelles informations disponibles, en prévoyant la poursuite de l'action humanitaire, tout en privilégiant progressivement le relèvement. Il faut tenir compte des variations saisonnières prévisibles et de l'évolution probable de la situation en général.
- ☑ Prévoir des projets et des activités pour consolider ou améliorer, si nécessaire, les capacités d'obtention et de gestion de l'information sanitaire et faciliter la coordination tout en tentant de réduire progressivement, dans la mesure du possible, la dépendance vis-à-vis de l'aide extérieure.
- ☑ Réexaminer à intervalles réguliers, dans le cadre de bilans périodiques, les objectifs et les stratégies qui ont été définis. Vérifier qu'ils sont encore appropriés et réalistes et les réviser ou les affiner si nécessaire, en accord avec toutes les parties concernées.
- ☑ Établir des plans d'urgence en cas d'événements susceptibles d'avoir une incidence sur la santé de la population et/ou sur les opérations d'aide humanitaire du secteur de la santé au cours des prochains mois. Voir la section 5.5.

À intervalles réguliers ou après tout changement important

- ☑ Revoir la stratégie et l'impact des activités mises en œuvre, et faire les ajustements nécessaires, en veillant à adapter la stratégie selon l'évolution du contexte.

Les stratégies destinées, dans un but humanitaire, à réduire la surmortalité [la mortalité évitable], peuvent ne plus être adaptées dans un contexte de relèvement ou de transition, lorsque la surmortalité est maîtrisée et qu'il faut rétablir les services de santé essentiels. Les activités stratégiques peuvent, et devraient, être modifiées si elles ne permettent pas d'atteindre les buts et les objectifs fixés. Il faudra peut-être réajuster les objectifs et souvent en diminuer l'ambition et la portée.

CONTENU DE LA STRATÉGIE D'INTERVENTION DU SECTEUR DE LA SANTÉ

La stratégie doit présenter les zones prioritaires, les objectifs, les activités stratégiques, ainsi qu'un exposé des motifs. Cet exposé doit présenter, de manière concise, les raisons pour lesquelles certaines priorités ont été fixées et certaines stratégies choisies. L'exposé des motifs devra être bref dans la stratégie préliminaire et plus détaillé aux étapes suivantes. La stratégie doit :

- comporter une analyse concise de la situation et la liste hiérarchisée des principaux problèmes et de leurs causes, et expliquer pourquoi certaines zones prioritaires ont été choisies ;
- présenter les objectifs pour chaque grand domaine d'intervention (p. ex. lutte contre les maladies transmissibles, réadaptation post-traumatique, surveillance, gestion de l'approvisionnement pharmaceutique) et les stratégies proposées pour atteindre les objectifs, en montrant comment objectifs et stratégies découlent des résultats de l'évaluation des besoins et de l'analyse de la situation ; et
- signaler les contraintes opérationnelles et les questions intersectorielles transversales considérées comme particulièrement importantes pour la santé compte tenu de la situation qui prévaut, expliquer comment ces contraintes et questions ont été prises en compte et montrer comment les principes généraux de programmation en situation d'urgence ont été appliqués.

1
RÔLE ET
FONCTIONNEMENT
D'UN GROUPE DE
RESPONSABILITÉ
SECTORIELLE
SANTÉ

2
UNE
COORDINATION
EFFICACE

3
ÉVALUATION
DES BESOINS ET
SUIVI DE LA
SITUATION
SANITAIRE

4
ANALYSE ET
HIÉRARCHISATION

5
ÉLABORATION
D'UNE
STRATÉGIE ET
PLANIFICATION

6
NORMES

7
SENSIBILISATION
ET MOBILISATION
DES RESSOURCES

8
SUIVI DE LA
PERFORMANCE
DU GROUPE –
ENSEIGNEMENTS
TIRÉS DE
L'EXPÉRIENCE

9
SERVICES
STANDARD
ET LISTES
D'INDICATEURS




• ANNEXES

PLANIFICATION PAR ÉTAPES ET APPROCHES PROGRESSIVES

Dans certaines situations, il est parfois possible de définir – et d’arrêter – dès le départ une *planification par étapes* pour régler un problème précis. Par exemple : « Dans une situation de relèvement donnée, on constate un grave déséquilibre des effectifs parmi les personnels de santé, notamment une pénurie importante de sages-femmes, principalement en milieu rural. Il faut investir des sommes considérables pour accélérer la formation de nouvelles sages-femmes. Dans l’intervalle, on envisage de mettre en place des mesures incitatives pour que les sages-femmes aillent travailler dans des zones sous-desservies pendant les trois ans à venir, alors que les nouvelles sages-femmes se forment. Un plan global de développement des ressources humaines pour les dix prochaines années sera lancé avec l’aide technique du donateur X. »

Dans bien des cas, notamment lorsque les points de vue sont contradictoires et qu’il y a des pressions, il faut adopter une *approche progressive* jusqu’à ce que les buts fixés aient été atteints, en tenant compte des résistances et des possibilités qui se feront jour au cours du processus. Cela suppose de parvenir à un consensus sur des objectifs *intermédiaires*, d’atteindre ces objectifs et de viser un objectif plus ambitieux dès que le contexte le permet. Il est essentiel d’assurer un suivi de qualité et peut-être une évaluation en temps réel pour connaître les résultats immédiats et convenir plus facilement des mesures à prendre à la phase suivante.

Lectures complémentaires

-  Annexe G, sur le CD-ROM – Exemples d’activités stratégiques et d’effets négatifs éventuels, tiré de *Managing WHO humanitarian response in the field*, Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2008.
-  CPI. *Femmes, filles, garçons et hommes : des besoins différents, des chances égales – Guide pour l’intégration de l’égalité des sexes dans l’action humanitaire*. Genève : Comité permanent interorganisations, 2006.
-  CPI. *Cadre d’analyse des besoins. Renforcement de l’analyse et présentation des besoins humanitaires dans le CAP*. Comité permanent interorganisations, Groupe de travail sur la Procédure d’appel global, mars 2006.

- 📖 CPI, Groupe sectoriel santé mondial. *Health Cluster guidance note on health recovery*. 1ère ébauche. Comité permanent interorganisations, novembre 2008 (version finale attendue en 2010).
- 📖 ONU. *Integrated mission planning process guidelines*. Organisation des Nations Unies, 13 juin 2006.
- 📖 Pavignani E et Colombo A, *Analysing disrupted health sectors – A modular manual*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, Interventions sanitaires en cas de crise, juin 2009.
- 📖 Groupe de travail sectoriel sur le redressement précoce. *Guidance note on early recovery*. Groupe de travail sectoriel sur le redressement précoce en coopération avec le Groupe de travail sur la transition du Groupe des Nations Unies pour le développement et du Comité exécutif pour les affaires humanitaires, April 2008.
- 📖 UNDG, ECHA. *Transitional strategy guidance note*. Groupe des Nations Unies pour le développement et Groupe de travail sur les transitions du Comité exécutif pour les Affaires Humanitaires, 25 octobre 2005.
- 📖 UNDG, Banque mondiale. *An operational note on transitional results matrices*. Groupe des Nations Unies pour le développement et Banque mondiale, janvier 2005.

5.2 PRÉPARER LA COMPOSANTE SANTÉ DU PLAN D'ACTION HUMANITAIRE COMMUN

Le plan d'action humanitaire commun est un plan stratégique global couvrant tous les secteurs concernés. Il est au cœur de l'appel global (voir section 7.3) mais il peut aussi servir de référence aux organisations qui décident de ne pas y participer :

Un plan d'action humanitaire commun comporte :

- une analyse du contexte et des conséquences humanitaires (besoins et risques humanitaires compte tenu des capacités et des faiblesses des différents groupes de la population touchés) ;
- des scénarios (les meilleurs, les pires et les plus probables) ;
- des priorités stratégiques et un exposé clair des objectifs et des buts à long terme ; *et*
- des plans hiérarchisés pour chaque secteur (dont celui de la santé).

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

○ ANNEXES

Le plan d'action humanitaire (commun) est mis au point par l'équipe humanitaire nationale du CPI, sous l'égide du coordonnateur humanitaire. Les organismes qui ne font pas partie du CPI, par exemple les organisations non gouvernementales, peuvent aussi prendre part à l'élaboration du plan. D'autres parties prenantes de l'action humanitaire, en particulier le gouvernement hôte et les donateurs, doivent également être consultés.

Mesures à prendre par le coordonnateur et le groupe sectoriel Santé

Le coordonnateur dirigera les discussions entre les partenaires du groupe sectoriel et consultera les autorités nationales et locales pour : i) mettre au point la section sur le contexte général et les conséquences humanitaires ; ii) définir les priorités stratégiques pour l'ensemble des opérations humanitaires et iii) fixer les critères généraux de choix et de hiérarchisation des projets.

Au cours de cette démarche, il faut s'assurer que :

- ✓ toutes les conséquences sanitaires actuelles et potentielles sont dûment prises en compte ;
- ✓ les relations entre les besoins et les risques de santé publique sont clairement mises en évidence ; *et*
- ✓ la situation et les faiblesses des différents sous-groupes de la population sont prises en compte (selon le contexte, les sous-groupes peuvent être distingués selon leur origine ethnique, leurs incapacités, leur sexe, leur âge, leur statut vis-à-vis du VIH/sida, etc.) ;

Élaboration d'une stratégie sanitaire dans le cadre du plan d'action humanitaire commun

- ☑ Le groupe sectoriel doit arrêter une stratégie de deux pages pour le secteur de la santé (sans oublier les besoins psychosociaux). On peut utiliser le résumé d'un rapport relatif au cadre d'analyse des besoins du secteur de la santé, ou des informations tirées d'une autre analyse factuelle et interinstitutions des besoins.
- ☑ Il faut prévoir, si nécessaire, des projets permettant de soutenir des éléments cruciaux du système de santé et de faciliter la coordination sanitaire, ainsi que des projets pour la livraison de fournitures et la prestation de services. Il faut toujours tenir compte des questions transversales (protection, sexe, âge, etc.)

Choix et hiérarchisation des projets (à inclure dans le plan d'action humanitaire commun)²⁰

- ☑ Organiser une réunion pour choisir et hiérarchiser les projets à inclure dans le plan d'action humanitaire commun et dans l'appel global. Si le groupe sectoriel est important, il peut être utile de constituer un groupe de *travail technique* composé des représentants de chaque catégorie de parties intéressées, p. ex. gouvernements, organisations non gouvernementales nationales et internationales, grandes et petites, autres institutions nationales et donateurs. Il faudra élire un président et un coprésident, l'un des deux au moins venant d'une organisation non gouvernementale ou bien de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge.
- ☑ Revoir les critères établis par l'équipe humanitaire nationale pour le choix et la hiérarchisation des projets en général et convenir des critères précis à appliquer pour les projets touchant à la santé.
- ☑ Demander aux organisations qui font partie du groupe sectoriel de préparer un exposé d'une page pour chaque projet suivant les lignes directrices techniques de l'appel global et de présenter ces exposés au président et au coprésident. Souligner que les projets doivent répondre à des besoins prioritaires et faciliter la mise en œuvre de la stratégie du secteur de la santé qui a été définie.
- ☑ Examiner les propositions – les débats doivent être animés par le président et le coprésident désignés. Renvoyer aux organisations qui en sont les auteurs les propositions qui ne répondent pas aux critères établis.
- ☑ Soumettre les propositions choisies au coordonnateur de l'action humanitaire ou au BCAH. Le président et le coprésident devraient ensuite participer à un examen intergroupes afin que les propositions pour les différents secteurs soient cohérentes.

La décision finale incombe au coordonnateur du groupe sectoriel, qui doit informer le coordonnateur des secours d'urgence afin que les projets prévus dans l'appel soient conformes aux besoins humanitaires et aux priorités stratégiques qui ont été définis.

²⁰ D'après *Guidance for CAP project selection and prioritisation*, Comité permanent inter-organisations, juin 2004.

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 EVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

ANNEXES

Il faut aussi prévoir le soutien nécessaire pour assurer le bon fonctionnement du module sectoriel Santé et permettre à l'organisme chef de file et au coordonnateur d'assumer leurs responsabilités. Il faudra peut-être prévoir un budget pour l'information, la gestion, la communication et les évaluations.

CONTENU DE LA STRATÉGIE SANITAIRE DANS LE CADRE D'UN APPEL GLOBAL OU D'UN PLAN D'ACTION HUMANITAIRE COMMUN

Le plan d'action humanitaire commun – section 3 de l'appel global – doit normalement comporter :

- ✓ un énoncé des besoins et des risques sanitaires prioritaires ;
- ✓ une stratégie sanitaire correspondante ne comportant pas plus de cinq *objectifs* pour le secteur de la santé et pas plus de cinq *indicateurs* sanitaires essentiels pour mesurer la progression vers la réalisation des objectifs ;
- ✓ une liste des organisations qui contribueront à la mise en œuvre de cette stratégie sanitaire et un plan ou un tableau faisant ressortir la complémentarité entre les différentes activités proposées ;
- ✓ une explication succincte des modalités de contrôle de la mise en œuvre et de la réalisation des objectifs par le groupe sectoriel ;
- ✓ un exposé des conséquences de la non-application de la stratégie sanitaire.

La stratégie doit être fondée sur des bases factuelles et clairement reliée à une ou plusieurs des priorités stratégiques humanitaires préalablement définies, et prévoir la participation des principales organisations intervenant dans le secteur de la santé.

Chaque projet doit être examiné et accepté par le groupe sectoriel Santé et soutenir la stratégie d'intervention sanitaire qui a été définie (voir l'encadré ci-dessous).

[D'après le *Guide technique pour les appels globaux*, BCAH, 2006]

EXEMPLES DE CRITÈRES DE SÉLECTION/ HIÉRARCHISATION DES PROJETS

- ✓ **Stratégie** : le projet couvre les zones prioritaires définies dans la stratégie d'intervention en cas de crise sanitaire et il permettra d'atteindre des objectifs précis, par le biais d'activités stratégiques.
- ✓ **Capacités d'organisation** : l'organisation qui lance l'appel dispose des compétences techniques dans le pays, ainsi que d'un mandat et des moyens lui permettant de mettre en œuvre le projet, et elle peut mobiliser ces capacités opérationnelles selon les besoins.
- ✓ **Population** : le projet cible une ou plusieurs catégories vulnérables et prioritaires de la population recensées par le CPI ou l'équipe humanitaire nationale.
- ✓ **Zone géographique** : le projet sera mis en œuvre dans une région considérée comme prioritaire pour l'action humanitaire.
- ✓ **Durée** : le projet peut avoir un effet mesurable pendant la durée de l'appel (habituellement un an).
- ✓ **Autres critères selon le contexte**, p. ex. : projets en faveur de l'égalité des sexes, projets contre le VIH/sida (là où c'est un réel problème) et/ou aide au renforcement des capacités.

[D'après *Guidance for CAP project selection and prioritisation*, Comité permanent interorganisations, juin 2004, disponible sur le CD-ROM ci-joint]

Lectures complémentaires



Voir la page Internet du CPI consacrée à la Procédure d'appel global (en anglais) : <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/page-loader.aspx?page=content-subsidi-common-default&sb=12>. Voir aussi sur le CD-ROM le document *Consolidated appeals 2009 guidelines* (en anglais) et le document *Guide technique pour les appels globaux 2006* du BCAH.



À titre d'exemple, voir le *Plan d'action humanitaire 2008 pour la République démocratique du Congo* : <http://ochaonline.un.org/humanitarianappeal/webpage.asp?Page=1628> (aussi disponible sur le CD-ROM).

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

ANNEXES



5.3 AIDER AU RELÈVEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

Après une *catastrophe à évolution rapide*, le renforcement ou le rétablissement des systèmes de santé locaux et des capacités peut commencer dès le premier jour par la conception et la mise en œuvre de tous les programmes et toutes les activités sanitaires d'urgence. La phase de relèvement après une catastrophe permet de « reconstruire en mieux » – de veiller à ce que le système de santé soit adapté et durable, de mettre en place des systèmes de préparation ainsi que des moyens face à une crise future et d'instituer des mesures de réduction de la vulnérabilité.

Après une *crise prolongée*, ou vers la fin d'une telle crise, le relèvement est complexe et long. Les partenaires internes et externes doivent collaborer pour permettre à nouveau à l'État d'assurer des services de santé et d'autres services essentiels, tout en rétablissant l'activité économique. La planification du relèvement du système de santé doit commencer tôt. Il est essentiel de formuler des politiques rationnelles, des stratégies adéquates et des plans flexibles afin d'élaborer un cadre d'action dans un environnement très fragmenté.

La période qui suit la catastrophe ou la crise offre des possibilités intéressantes. L'enthousiasme pour la reconstruction peut être grand, la générosité des donateurs considérable et la réticence au changement moindre. Pendant une crise prolongée, il se peut que la place et les responsabilités de l'homme et de la femme aient changé et que les possibilités d'autonomisation de la femme et d'égalité entre les sexes soient plus grandes. Si avant la crise le système de santé était source d'inégalités (comme c'est souvent le cas), la phase de relèvement permettra peut-être d'apporter des améliorations. Ces chances doivent être saisies.

Principes directeurs

On trouvera ci-dessous quelques principes fondamentaux :

- ✓ **Penser à long terme** : il faut être conscient du fait que les décisions prises et les investissements consentis pendant les premières phases d'une crise peuvent avoir des conséquences néfastes à long terme, pendant le relèvement et la reconstruction²¹.

²¹ Par exemple, des postes de santé construits ou agrandis dans des villes ou des zones relativement sûres peuvent se révéler inutiles lorsque la situation redevient normale ; des agents de santé peu qualifiés qui aurait reçu une formation courte et ponctuelle peuvent penser qu'ils seront intégrés dans le système de santé ; plusieurs voies d'approvisionnement en médicaments peuvent être utilisées au

- ✓ **Adopter une approche « systémique » et privilégier les six composantes essentielles du système de santé** : il faut admettre que de nombreuses composantes contribuent à la prestation des soins de santé et qu'une mesure qui touche à l'une d'entre elles peut avoir une incidence sur toutes les autres. Une intervention rationnelle et menée à bon escient repose nécessairement sur l'analyse et la compréhension de toutes les composantes du système de santé et de leurs liens réciproques. La connaissance et la compréhension du contexte historique, politique, économique et social améliorent considérablement l'analyse du système de santé et, par conséquent, l'efficacité des interventions. L'encadré à la fin de cette section présente quelques problèmes clés relatifs aux six composantes essentielles du système de santé telles que définies par l'OMS²².
- ✓ **Se concentrer sur les buts et les résultats** : il faut prêter attention à la qualité des services, à la couverture qu'ils assurent, aux possibilités d'y accéder et à la sécurité afin qu'ils répondent aux besoins, qu'ils soient efficaces et qu'ils permettent d'améliorer la santé de l'ensemble de la population (équité).
- ✓ **Promouvoir – et rendre possible – le leadership national** : la planification et la mise en œuvre des activités de relèvement doivent être dirigées par les autorités et les organismes nationaux compétents aux niveaux central et local. Il faut, si nécessaire, (re)donner des moyens à ces entités en tenant compte de toute modification constitutionnelle qui permettrait une décentralisation plus importante qu'avant la crise²³.
- ✓ **Collaborer avec de nouveaux acteurs et partenaires** : il faut nouer des relations avec des institutions financières internationales et d'autres entités œuvrant en faveur du développement.
- ✓ **Assurer la coordination avec d'autres secteurs** : les efforts dans le domaine de la santé (et pour d'autres services sociaux de base) doivent être planifiés et déployés en parallèle à d'autres activités afin de parvenir à une bonne gouvernance et au rétablissement des communautés.

détriment des voies officielles ; plusieurs systèmes d'information peuvent être mis en place et générer le fonctionnement d'un système uniforme, etc.

²² OMS, *Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes : WHO's Framework for Action*, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (sur le CD-ROM ci-joint).

²³ Il faut établir un plan global national, accepté par tous les donateurs et désigner un « acteur principal » qui définisse un projet clair, supervise des évaluations conjointes et prépare des politiques, des stratégies et des plans généraux. Ce rôle incombe normalement au ministère de la santé. Si ce dernier n'en a pas les capacités, cette fonction peut être assumée par un organisme international respecté, en accord avec le gouvernement.

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

ANNEXES

- ✓ **Utiliser les objectifs du millénaire pour le développement** (à mi-parcours) comme points de repère pour les activités de relèvement après une crise prolongée. Après une telle crise, il est rare que les services de santé puissent être rétablis tels qu'ils étaient avant la crise. Il faut toujours procéder à des réformes plus ou moins importantes. Les objectifs liés à la santé peuvent servir de repère pour évaluer les stratégies et les programmes pendant la phase de relèvement.
- ✓ **Collaborer avec les partenaires locaux et la société civile et renforcer leurs capacités**: il faut notamment collaborer avec des groupes pauvres et marginalisés afin qu'ils participent à la prestation de services de santé, y compris à la gestion, au suivi et à la création de systèmes favorisant la transparence.
- ✓ **Promouvoir un programme de réforme et de changement au niveau local**.
- ✓ **Procéder par étapes**: la réforme politique et sectorielle ne doit pas représenter une surcharge de travail pour des institutions fragiles ou dépasser les faibles moyens disponibles.
- ✓ **Faire en sorte que les activités financées par les donateurs correspondent à la stratégie, à la politique et aux systèmes du gouvernement**: si ce n'est pas possible, les donateurs doivent harmoniser leurs approches en élaborant des mécanismes qui aideront le gouvernement à orienter l'action du secteur de la santé.

Ne pas oublier que, dans un souci d'équité, on ne se préoccupera pas de l'efficacité. Par exemple, on utilisera des unités mobiles pour desservir des zones isolées.

Mesures à prendre par le coordonnateur et le groupe sectoriel Santé

Préservation et renforcement des capacités locales dès le départ

- ☑ Collaborer, le cas échéant avec le ministère de la santé afin que tous les programmes et toutes les activités sanitaires d'urgence soient conçus et mis en œuvre de manière à reconstituer les capacités locales. Il faut notamment veiller à ce que :
 - les structures et systèmes existants soient utilisés, rétablis et réparés si possible – et à éviter la mise en place de systèmes parallèles à moins que ce ne soit absolument nécessaire ;
 - les compétences disponibles dans le pays soient recensées et utilisées dans toute la mesure du possible ;

- le personnel local participe à toutes les activités d'évaluation des besoins, de planification et d'intervention ;
 - les besoins de (reprise de la) formation soient recensés et qu'une formation pratique appropriée soit dispensée dès que possible ;
 - les hommes et les femmes aient les mêmes possibilités de participation et de formation.
- ☑ Tenter de parvenir à un accord avec les principaux acteurs du secteur de la santé sur :
 - l'importance de maintenir et, si possible, de renforcer les capacités du ministère de la santé et les structures sanitaires locales ;
 - les moyens d'éviter de vider ces structures de leur personnel (par exemple, par des mesures financières incitatives. Imaginer des solutions avec les partenaires).
 - ☑ Décourager tous les acteurs du secteur de la santé de créer des systèmes parallèles, à moins que ce ne soit absolument nécessaire.
 - ☑ Faciliter la création de partenariats internationaux ou nationaux avec et entre les organisations non gouvernementales afin de renforcer les capacités locales.
 - ☑ Promouvoir les principes en matière de partenariat présentés à la section 1.1.

Favoriser le relèvement rapide des systèmes de santé

- ☑ Tout en garantissant l'action de santé publique pour sauver des vies et lutter contre les maladies et les handicaps évitables, donner progressivement plus d'importance au relèvement, en tenant compte des conditions socioéconomiques globales, des capacités institutionnelles du gouvernement et des acteurs non étatiques, de la nature de la crise et des différences entre les régions géographiques.
- ☑ Collaborer à l'évaluation des besoins d'après-conflit – habituellement menée par les Nations Unies et la Banque mondiale, en consultation étroite avec les autorités nationales –, et à d'autres évaluations d'après-crise menées par plusieurs organisations et axées sur le relèvement, telles que les missions d'évaluation conjointes et les évaluations des besoins après une catastrophe.
- ☑ Tout en utilisant la procédure d'appel global pour mobiliser des ressources en vue d'organiser quelques premières activités de relèvement rapide, en accord avec le module sectoriel Santé et l'équipe humanitaire nationale, étudier les possibilités de financer des activités de relèvement plus poussées, par le biais d'ac-

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 EVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

● ANNEXES

cords bilatéraux ou multilatéraux, y compris de fonds d'affectation spéciale multidonateurs, et inclure les activités prioritaires dans le cadre de l'aide des Nations Unies aux pays.

- ☑ Accélérer le renforcement des capacités dans les organismes nationaux afin que ces organismes et les entreprises nationales puissent diriger la reconstruction des infrastructures et des services et donc prendre plus vite le contrôle du processus et des résultats. (Démontrer que les organismes nationaux ont la volonté de jouer un rôle important dans le processus de relèvement et donc de devenir plus vite autonome des sources extérieures.)
- ☑ Recenser des organismes et des entreprises locaux qui fonctionnent bien et qui peuvent servir de modèle ou d'appui pour des établissements ou des services de santé qui fonctionnent mal.

Lorsqu'il n'y a plus de situation d'urgence et que quelques acteurs externes du secteur de la santé s'en vont, la prise en main des services de santé par le gouvernement doit être soigneusement planifiée – il faut en définir les étapes et le calendrier.

- ☑ Favoriser et soutenir le recensement des personnels de santé et des besoins en ressources humaines, à l'aide de l'analyse des lacunes dans le secteur de la santé.
- ☑ Aider le ministère de la santé à recenser et à suivre les investissements et les contributions financiers dans le secteur de la santé.
- ☑ Inciter toutes les parties intéressées du secteur de la santé à fonder leurs engagements financiers et leurs plans de relèvement sur des données tirées d'analyses récentes du secteur de la santé, et notamment de données de l'HeRAMS, pour estimer les besoins en médicaments et en matériel.
- ☑ Aider le ministère de la santé et d'autres acteurs du secteur de la santé à prendre clairement position, sur la base de données factuelles, s'agissant du paiement par l'utilisateur (et d'autres modalités de financement lorsque le paiement par l'utilisateur a été supprimé ou considérablement réduit).

Lectures complémentaires

- 📖 CPI, Groupe sectoriel santé mondial. *Health cluster guidance note on health recovery*. 1ère ébauche. Comité permanent interorganisations, novembre 2008. Version finale attendue en 2010.
- 📖 Islam, M (ed.). *Health systems assessment approach: A how-to manual*, présenté à l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) en collaboration avec Health Systems 20/20, Partners for Health Reform plus, Quality Assurance Project et Rational Pharmaceutical Management Plus. Arlington, VA, Management Sciences for Health, 2007.

- 📖 OMS. *Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2007.
- 📖 OMS. *Towards a framework for health recovery in transition situations*. Consultation mondiale sur le relèvement du secteur de la santé en situation de transition. Montreux (Suisse), 4-6 décembre 2007. Organisation mondiale de la Santé, document de référence.
- 📖 Pavignani E et Colombo A. *Analysing disrupted health sectors – A modular manual*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Interventions sanitaires en cas de crise, juin 2009.
- 📖 Smith J. *Guide to health workforce development in post-conflict environments*. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2005.
- 📖 Smith JH, Kolehmainen-Aitken RL. *Establishing human resource systems for health during post-conflict reconstruction*. Management Sciences For Health (MSH), occasional paper No.3, 2006.

LES SIX ÉLÉMENTS ESSENTIELS DU SYSTÈME DE SANTÉ – ASPECTS CRUCIAUX À PRENDRE EN COMPTE PENDANT LA PHASE DE RELÈVEMENT

On trouvera ci-dessous les éléments essentiels définis dans l'ouvrage *Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action* (OMS, 2007) qui doivent tous être pris en compte pendant la phase de relèvement, sans oublier les résultats sanitaires, qui sont essentiels :

1. **Direction et gouvernance**

La direction et la gouvernance sont cruciales pour définir une politique sanitaire globale et l'appliquer pour élaborer des stratégies et des plans annuels susceptibles d'être financés et mis en œuvre, mais qui sont souvent compromis en cas de crise ou de conflit prolongé. Il faut notamment tenir compte des éléments ci-dessous :

- ✓ Le renforcement des capacités pour permettre au ministère de la santé d'assumer son rôle de direction (il peut avoir besoin d'une aide technique à court terme et d'un renforcement des capacités à plus long terme).
- ✓ La formulation de politiques et de stratégies afin d'indiquer des orientations et un cadre d'action commun (la négociation et l'échange étant aussi importants que le résultat).

1
RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2
UNE COORDINATION EFFICACE

3
ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4
ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5
ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6
NORMES

7
SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8
SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9
SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

○ ANNEXES

- ✓ L'élaboration de plateformes de coordination auxquelles participent tous les intervenants importants.
- ✓ L'aide à la décentralisation en renforçant la planification et les capacités de gestion aux niveaux des provinces et des districts. Les responsabilités et les procédures doivent être clairement définies, les ressources (humaines et financières) allouées doivent être suffisantes et une aide à la gestion doit être assurée.

Il faut encourager les partenaires du secteur de la santé (y compris les donateurs) à participer au renforcement des capacités de gestion sanitaire (à tous les niveaux), dans le cadre de tout plan ou projet de relèvement.

2. *Ressources humaines*

Pour que les personnels de santé soient compétents, efficaces et travaillent à un coût abordable, il faut :

- ✓ créer rapidement une base de données pour les ressources humaines et un système d'information pour une planification à court terme et à long terme des ressources humaines ;
- ✓ étudier les questions salariales, les évolutions récentes concernant la formation et les migrations, ainsi que le recrutement et la formation éventuels de personnel non qualifié pour certaines tâches ; et
- ✓ établir rapidement un plan afin de disposer de ressources humaines suffisantes et de les développer sur la base d'une réflexion et d'une analyse rationnelles.

Il faut éviter d'étendre exagérément le réseau sanitaire (sans disposer des ressources humaines pour le gérer correctement ou des fonds pour assumer les dépenses récurrentes) et mener des activités de formation et de fidélisation du personnel. Toutefois, il faut éviter d'organiser un grand nombre de formations ponctuelles. (La formation d'agents de santé peu qualifiés peut être justifiée à court terme mais il est essentiel de planifier la formation initiale à long terme.)

L'*externalisation* de certains services est parfois proposée comme solution pour étendre la couverture des services de santé essentiels lorsque l'environnement est dangereux et le secteur de la santé dispose de peu de ressources (comme en Afghanistan en 2008). Elle est parfois utile lorsque l'État est pratiquement absent mais elle doit être utilisée avec précaution pour ne pas compromettre le développement de l'État à long terme.

3. *Financement*

Il faut faire une estimation réaliste du coût des activités de relèvement et du budget mis probablement à disposition par l'État, du financement humanitaire encore disponible (mais en baisse), de nouveaux plans de développement, du financement bilatéral, de divers fonds mondiaux et des prêts concédés par des institutions financières internationales. Il est inutile d'élaborer des stratégies et d'établir des plans sans calculer les ressources dont on peut raisonnablement espérer disposer. La question du paiement par l'utilisateur – faut-il instaurer un tel système, le maintenir ou le supprimer ? – risque d'être épineuse.

4. *Médicaments et technologie*

En cas de crise prolongée, les modalités d'approvisionnement en médicaments et autres fournitures médicales auront en général changé considérablement et on assistera à un morcellement. La création ou le rétablissement d'une pharmacie centrale ou d'un dispositif similaire doit être soigneusement planifié après une analyse détaillée des facteurs qui empêchent l'approvisionnement des établissements publics en médicaments et fournitures essentiels. Il faut mettre en avant la notion de médicament essentiel et les protocoles thérapeutiques standardisés.

5. *Information*

Pendant le relèvement, il est absolument prioritaire d'instaurer ou de rétablir un système approprié de gestion de l'information sanitaire qui permette de recueillir des données fiables ventilées par âge et par sexe et qui fournisse une base solide pour la planification à court terme et à plus long terme. Il faudra procéder, sur la base des données existantes et d'enquêtes, à une évaluation approfondie des établissements de santé. Les facteurs qui empêchent l'enregistrement et la communication d'informations des autorités centrales aux autorités locales et de rapports des autorités locales aux autorités sous-régionales et centrales doivent être recensés. La surveillance épidémiologique et les systèmes d'alerte rapide doivent être intégrés dans les opérations régulières aux niveaux des provinces et des districts.

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

ANNEXES

6. *Prestation des services*

Pendant la phase de relèvement, il faudra absolument renforcer les soins de santé primaires, en particulier ceux énumérés dans le tableau de la Figure 3e (section 3.3). Cela suppose de planifier le rétablissement des services et leur extension aux zones sous-desservies (l'équilibre entre la politique, l'équité et l'efficacité est difficile à trouver) et d'instaurer de nouveaux modèles de prestation de services, le cas échéant. Il faut associer les enseignements tirés de pays étrangers à une bonne connaissance du contexte local. Il faudra aborder certains domaines précis, tels que la sécurité transfusionnelle, la stérilisation dans les établissements de santé, l'élimination du matériel d'injection et des fournitures médicales contondantes et l'élimination des déchets médicaux.



5.4 PRENDRE EN COMPTE LES QUESTIONS TRANSVERSALES

Toutes les activités doivent être planifiées en tenant compte des droits de l'homme, de l'égalité entre les sexes, des questions environnementales, ainsi que des risques et des contraintes liés au VIH/sida.

Liste de contrôle relative aux questions transversales²⁴

Droits de l'homme et protection

- Les stratégies proposées et les modalités pour les mettre en œuvre garantissent-elles l'égalité d'accès de toutes les catégories de la population à l'aide et aux services, et une protection adéquate aux bénéficiaires, aux travailleurs humanitaires et aux agents de santé?
- Seraient-elles susceptibles d'aggraver la discrimination ou d'accroître les risques?
- Les activités ou les modalités pour les mettre en œuvre pourraient-elles être modifiées pour mieux garantir le respect des droits de l'homme et la protection, en particulier pour les catégories particulièrement vulnérables (p. ex. femmes chefs de famille, hommes et femmes atteints de handicaps, personnes vivant avec le VIH/sida, adolescents)?

²⁴ Cette liste de contrôle est basée sur les questions clés des lignes directrices pour l'élaboration d'un plan d'action humanitaire commun et des éléments concernant le VIH/sida et le soutien psychosocial.

- ☑ Y a-t-il une collaboration efficace entre les groupes sectoriels Santé et Protection afin d'assurer la protection, le traitement et le soutien psychosocial des catégories énumérées ci-dessus, les enfants non accompagnés et les victimes de violence sexuelle ?

Égalité entre les sexes

- ☑ Les stratégies proposées et les modalités pour les mettre en œuvre favorisent-elles l'égalité entre les sexes et atténuent-elles les risques de violence sexuelle ?
- ☑ Seraient-elles susceptibles d'aggraver les inégalités existantes ?
- ☑ Les activités ou les modalités pour les mettre en œuvre pourraient-elles être modifiées pour favoriser davantage l'égalité entre les sexes ?

VIH/sida

- ☑ Les stratégies proposées tiennent-elles compte de la prévalence du VIH/sida et atténuent-elles les risques de transmission, d'une façon culturellement adaptée ?
- ☑ Les activités ou les modalités pour les mettre en œuvre pourraient-elles être modifiées pour mieux répondre aux besoins des personnes atteintes de VIH/sida et réduire les risques de transmission ?
- ☑ Les précautions standard sont-elles effectivement prises dans toutes les régions ? (première chose à vérifier avec d'envisager toute autre mesure)
- ☑ A-t-on pris des dispositions pour assurer la poursuite du traitement des patients déjà sous antirétroviral ?
- ☑ Les stratégies préventives mises en place avant la crise sont-elles toujours appliquées ?

Environnement

- ☑ Les stratégies proposées et les modalités pour les mettre en œuvre garantissent-elles la protection de l'environnement et des ressources naturelles ?
- ☑ Seraient-elles susceptibles de produire inutilement des déchets supplémentaires ?
- ☑ Les activités ou les modalités pour les mettre en œuvre pourraient-elles être modifiées pour mieux protéger l'environnement ?

1
RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2
UNE COORDINATION EFFICACE

3
ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4
ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5
ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6
NORMES

7
SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8
SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9
SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

○
ANNEXES

Soutien psychosocial

- ☑ Les stratégies proposées supposent-elles une action coordonnée et multisectorielle qui permette de fournir à la population un soutien psychosocial de base ?
- ☑ Les stratégies proposées créent-elles les conditions d'une mobilisation communautaire, d'un contrôle par la communauté, d'une autonomisation de la communauté et d'un soutien communautaire, et tiennent-elles compte des pratiques médicales traditionnelles ?
- ☑ Les stratégies proposées et les modalités pour les mettre en œuvre tiennent-elles compte de considérations sociales (aide en toute sécurité dans le respect de la dignité de tous, compte tenu des pratiques culturelles et des ressources de la communauté) ?

Lectures complémentaires

- 📖 Annexe F, sur le CD-ROM, qui récapitule les principales questions dans ce domaine.
- 📖 CPI. *Directives concernant les interventions relatives au VIH/sida dans les situations d'urgence*. Comité permanent interorganisations, 2003.
- 📖 CPI. *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence*. Comité permanent interorganisations, Genève, 2007.
- 📖 CPI. *Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire: centrage sur la prévention et la réponse à la violence sexuelle dans les situations d'urgence*. Comité permanent interorganisations, Genève, septembre 2005.
- 📖 CPI. *Femmes, filles, garçons et hommes: des besoins différents, des chances égales – Guide pour l'intégration de l'égalité des sexes dans l'action humanitaire*. Genève: Comité permanent interorganisations, 2006.



5.5 ÉLABORER DES PLANS D'URGENCE (AU COURS D'UNE CRISE)

Les plans d'urgence dont il est ici question sont établis pendant la crise pour faire face, à l'avenir, à des événements qui pourraient compliquer la situation.

Quelques principes fondamentaux

- ✓ Les événements susceptibles d'avoir des conséquences sur la santé de la population ou sur les opérations humanitaires au cours des mois à venir doivent être anticipés.
- ✓ Des plans d'urgence doivent être établis pour faire à d'éventuelles nouvelles menaces pour la santé et pour garantir autant que possible la continuité des services et de l'aide humanitaire en faveur des populations cibles. Ces plans doivent figurer en annexe de la stratégie d'intervention en cas de crise sanitaire.

Les événements à anticiper sont, par exemple :

- les catastrophes secondaires : la réapparition d'un danger initial ou d'un phénomène secondaire tel qu'une épidémie ou une saison de cyclones ;
- la dégradation de la situation sécuritaire, notamment l'éventualité que la reprise d'un conflit touche certains établissements de santé, entraîne des [de nouveaux] déplacements de population ou perturbe les corridors d'approvisionnement ;
- la rupture des chaînes d'approvisionnement dans le pays si les services des provinces sont surchargés.

N. B. : Les variations saisonnières du climat, par exemple les saisons des pluies et les saisons sèches, et leurs effets habituels sur les caractéristiques des maladies, la prestation des services et l'accès aux services doivent aussi être pris en compte mais ces éventualités devraient être intégrées dans la stratégie d'intervention de base face à la crise. Les autres événements, plus exceptionnels, doivent être prévus par des plans d'urgence.

Mesures à prendre par le coordonnateur et le groupe sectoriel Santé

En collaboration avec le ministère de la santé et les autres parties prenantes :

- recenser et hiérarchiser les problèmes éventuels qui, au cours des prochains mois, pourraient avoir un impact sur :
 - la santé de la population ou
 - l'action humanitaire en cours dans le secteur de la santé ;
- déterminer, au sein du groupe sectoriel, en coordination avec le ministère de la santé et d'autres acteurs importants du secteur de la santé, comment ces événements seront gérés – comment

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE



9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

ANNEXES

les nouveaux besoins sanitaires seront satisfaits et comment le soutien et les services opérationnels continueront d'être assurés si ces événements se produisent ou quand ils se produiront ;

- estimer quelles seraient les ressources – humaines, matérielles et financières – supplémentaires nécessaires pour faire face à cette nouvelle situation et déterminer comment ces ressources pourraient être mobilisées et où prépositionner les stocks ;
- veiller au contrôle permanent des stocks d'urgence et à leur reconstitution si nécessaire ;
- rédiger un plan d'urgence conjoint du module sectoriel Santé qui décrive le(s) scénario(s) anticipé(s), qui précise les dispositions à prendre pour une évaluation et une planification conjointes immédiates, qui présente la stratégie d'intervention, ainsi que les mesures à prendre et les ressources probablement nécessaires, et qui définisse les rôles et les responsabilités si ces événements se produisent ou lorsqu'ils se produiront mais aussi dans le cadre d'une préparation immédiate ;
- diffuser le plan auprès de toutes les parties prenantes et veiller à ce que tous les partenaires du groupe sectoriel prennent les mesures voulues pour assumer leur rôle ou leurs responsabilités si ces événements se produisent ou lorsqu'ils se produiront. Élaborer, si nécessaire, des projets précis pour améliorer la préparation et tenter de mobiliser les ressources nécessaires auprès des donateurs ;
- revoir régulièrement i) la liste des problèmes et des scénarios éventuels et ii) le plan d'urgence. Les actualiser si nécessaire.

Lectures complémentaires

-  CPI. *Directives relatives à la planification de mesures d'urgence pour l'assistance humanitaire*. Sous-Groupe de travail sur les mesures préalables et la planification de mesures d'urgence, Comité permanent interorganisations, novembre 2007.
-  CPI. *Contingency planning*. Cluster-Sector Leadership Training Tip Sheets, Comité permanent interorganisations, 2007.

6

NORMES

Principaux points :

- ✓ Parvenir à une large couverture tout en garantissant la qualité. Dégager un consensus sur l'application des meilleures pratiques.
- ✓ Suivre l'application/la mise en œuvre des interventions fondées sur des données factuelles.
- ✓ Promouvoir un environnement propice à la mise en œuvre/l'adoption de pratiques fondées sur des données factuelles.

Résultats escomptés du groupe sectoriel Santé

- ✓ Adopter des normes, protocoles et lignes directrices s'appliquant à la prestation de soins de santé essentiels, ainsi que des modèles types de notification.
- ✓ Mettre à la disposition de tous les partenaires des matériels et possibilités de formation pour améliorer leurs compétences, ainsi que des normes relatives à la prestation de services, s'il y a lieu.

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

ANNEXES

« Lacunes » fréquentes dans les normes relatives à la prestation de services de santé
 Constatations issues de 10 études de cas menées dans les pays (2004-2007)

Exemples	Solutions proposées
<p>Malnutrition</p> <p>Les cas de malnutrition aiguë globale chez les enfants de 6 à 59 mois sont très nombreux, même dans des situations d'urgence de longue durée et en cas de relèvement rapide.</p> <p>Les soins de santé dispensés aux enfants malnutris ne sont pas toujours conformes aux normes internationales, s'agissant en particulier du traitement courant du paludisme dans les centres d'alimentation thérapeutique. On a par exemple enregistré un nombre de décès particulièrement élevé dus au paludisme dans un centre de ce type. La promotion de l'allaitement maternel est insuffisante.</p>	<p>Créer des liens entre le secteur de la santé et le mécanisme de coordination pour les questions de nutrition. Veiller à ce que l'on dispose de données suffisantes sur la prévalence de la malnutrition pour la prise de décisions.</p> <p>Diffuser des directives opérationnelles aux partenaires, ainsi qu'à ceux chargés de la nutrition, en insistant sur les soins communautaires (y compris les soins thérapeutiques communautaires et la promotion de l'allaitement maternel).</p>
<p>Maladies transmises par l'eau</p> <p>Absence de prévention, de promotion de l'hygiène et de prise en charge clinique normalisée des cas de diarrhée, et de liens avec les activités liées à l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH). Manque d'accès à des quantités suffisantes d'eau potable dans beaucoup d'endroits.</p>	<p>Créer des liens entre le secteur de la santé et le mécanisme de coordination pour les questions WASH afin de veiller à ce que les conditions d'accès à l'eau potable répondent aux normes internationales minimales, et élaborer et diffuser des normes et des directives opérationnelles sur la promotion de l'hygiène et la prise en charge des cas de diarrhée.</p>
<p>Rougeole</p> <p>La couverture de la vaccination antirougeoleuse n'est pas conforme aux normes internationales, en particulier en dehors des camps.</p>	<p>Organiser des campagnes de vaccination antirougeoleuse de masse en collaboration avec les organismes et les autorités nationales, lorsque cela est indiqué, et assurer un suivi efficace. Renforcer les programmes de vaccination systématique comme indiqué, par phase d'intervention.</p>
<p>Flambées épidémiques</p> <p>Manque de normalisation de la notification et de la définition des cas, absence d'analyse en temps réel et lent retour de l'information. Confirmation tardive des flambées en laboratoire. Lents délais d'intervention (plus de 48 heures).</p>	<p>Désigner un organisme pour coordonner la surveillance des maladies, la détection des flambées et les interventions à mener. Planifier les interventions en cas de flambée, y compris l'identification des laboratoires (aux niveaux local, national et international) pour la confirmation. Mettre en place dans les meilleurs délais un système d'alerte et d'intervention rapides. Prévoir des approvisionnements de réserve pour les interventions en situation d'urgence.</p>
<p>Paludisme</p> <p>Absence de prévention et de traitement normalisés du paludisme adaptés au contexte épidémiologique et à la phase d'intervention, ainsi qu'aux groupes particuliers comme les personnes souffrant de malnutrition sévère.</p>	<p>Elaborer et diffuser des normes et des directives opérationnelles, promouvoir des directives thérapeutiques fondées sur des données factuelles, et prévoir un appui supplémentaire pour l'approvisionnement en médicaments et en matériel en cas de besoin.</p>

Exemples	Solutions proposées
<p>Santé génésique (y compris obstétrique)</p> <p>Taux élevé de mortalité maternelle, avec un accès limité aux soins obstétricaux d'urgence et à des soins de santé génésique complets.</p>	<p>Distribuer aux partenaires des kits de soins élémentaires spécifiques à chaque phase (y compris des trousse obstétricales permettant aux femmes enceintes d'accoucher dans de bonnes conditions d'hygiène en situations d'extrême urgence, et promouvoir des accouchements dans une infrastructure sanitaire dotée d'un praticien qualifié lorsque la situation est moins précaire).</p>
<p>Violence à l'encontre des femmes</p> <p>Absence de mesures multisectorielles efficaces pour prévenir la violence à l'encontre des femmes et intervenir face à ce problème (manque de coordination intersectorielle).</p>	<p>Veiller à ce que le secteur sanitaire participe à une stratégie intersectorielle de prévention de la violence à l'encontre des femmes et d'intervention dans ce domaine.</p> <p>Mettre au point et diffuser des modes opératoires normalisés pour intervenir en cas de violence à l'encontre des femmes, notamment pour l'identification des rôles et des responsabilités, la notification normalisée, la gestion de l'information, la prise en charge clinique et l'orientation-recours.</p> <p>Collaborer avec le groupe sectoriel Protection et définir un « cadre local » pour les mesures de prévention et le soutien juridique et psychosocial aux premiers stades de l'intervention.</p>
<p>VIH/sida et infections sexuellement transmissibles (IST)</p> <p>Les services de prévention et de soins du VIH/sida sont négligés, inadaptés, ou ne sont pas intégrés dans la prestation de services de santé. Manque de prévention et de traitement des IST et du VIH/sida adaptés en fonction de l'âge et du sexe, en coordination avec d'autres secteurs.</p> <p>Les déchets ne sont pas toujours éliminés dans de bonnes conditions de sécurité.</p> <p>Les transfusions sanguines ne sont pas toujours pratiquées dans de bonnes conditions de sécurité.</p>	<p>Mettre en place un ensemble minimal de services communautaires essentiels de prévention des IST et du VIH, en fonction du sexe et de l'âge.</p> <p>Prévoir des approvisionnements suffisants pour la prévention, le diagnostic et le traitement, y compris en antirétroviraux lorsque ces traitements sont introduits.</p> <p>Distribuer des préservatifs par différents canaux pour garantir un accès universel.</p> <p>Mettre au point et diffuser des normes et des lignes directrices opérationnelles pour la mise en œuvre et le suivi de pratiques sûres en matière d'élimination des déchets et de transfusion sanguine.</p>
<p>Santé mentale et soutien psychosocial</p> <p>La planification du soutien psychologique et psychosocial propre à chaque étape est désorganisée, voire inexistante, en particulier pour la prise en charge de l'alcoolisme. Manque d'approche communautaire de la santé mentale.</p>	<p>Collaborer avec le groupe sectoriel Protection et définir un « cadre local » pour le soutien psychologique et psychosocial dès le début de l'intervention d'urgence. Durant la phase d'urgence, les mesures devraient être essentiellement sociales, les agents de santé communautaires fournissant un appui social et une aide psychologique d'urgence, tout en assurant une protection aux personnes atteintes de graves troubles mentaux.</p>
<p>Élimination des cadavres (médecine légale)</p> <p>L'enterrement des cadavres dans des fosses communes est socialement et culturellement inadapté.</p>	<p>Diffuser des normes et des lignes directrices opérationnelles.</p> <p>Promouvoir auprès des autorités nationales des sépultures culturellement adaptées, comme indiqué.</p>

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10



6.1 GARANTIR DES NORMES – PROMOUVOIR LES MEILLEURES PRATIQUES

La qualité des interventions sanitaires d'urgence est essentielle si l'on veut faire baisser la mortalité et la mortalité. Si, par exemple, à l'issue d'une campagne de vaccination rougeoleuse, on ne parvient pas à un taux de couverture de 95 %, cela signifie que le risque de flambée de rougeole n'aura pu être écarté. La qualité est également un déterminant clé de l'utilisation des services, qui est essentielle en situation d'urgence.

Quelques principes fondamentaux

- ✓ Les services et activités assurés par tous les acteurs sanitaires devraient normalement être conformes aux politiques et directives thérapeutiques nationales mais, si celles-ci ne tiennent pas compte des dernières données factuelles disponibles au niveau mondial ou des pratiques recommandées, l'organisme chef de file et le coordonnateur du groupe devraient favoriser le dialogue entre toutes les parties prenantes pour décider d'appliquer les meilleures pratiques et renforcer les politiques et directives pertinentes au niveau national.
- ✓ Lorsqu'il existe des directives et des protocoles mais qu'ils ne sont pas largement appliqués, ou qu'ils ne sont pas utilisés, aux niveaux de la communauté et des infrastructures, des efforts devraient être faits pour améliorer les connaissances et les pratiques et suivre la mise en œuvre de normes et de protocoles à ces niveaux.

Aux fins du groupe sectoriel, la *Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors de catastrophes*, du Projet Sphère (2004, chapitre 4 sur la Santé) constitue l'une des principales références. D'autres sont indiquées dans le tableau ci-après.

Mesures à prendre par le coordonnateur et par le groupe sectoriel Santé

- Veiller à ce que tous les acteurs sanitaires aient connaissance des lignes directrices nationales.
- Convenir des normes et meilleures pratiques à appliquer si les politiques et les lignes directrices nationales ne sont pas conformes aux dernières données factuelles disponibles au niveau mondial ou aux pratiques recommandées.

- ☑ Garantir un environnement propice à la mise en œuvre des meilleures pratiques cliniques et de santé publique. Favoriser et promouvoir le respect des meilleures pratiques et des normes de soins.
- ☑ S'occuper de la préparation et de la diffusion des lignes directrices techniques et organiser une formation conjointe, si nécessaire (voir section 6.2).
- ☑ Veiller à ce que le système de suivi et de surveillance permette de collecter et de compiler les données nécessaires pour s'assurer que les normes sont bien appliquées (voir section 3.6).
- ☑ Suivre conjointement la mise en œuvre des normes nationales/convenues et échanger des données d'expérience en vue de maintenir une norme très élevée relative à la prestation de services pour toutes les communautés.

Si cela est jugé utile, des experts de questions intersectorielles pertinentes liées au contexte de crise pourront être invités à fournir un appui approprié en vue d'intégrer efficacement ces questions dans toutes les activités menées par le groupe.

Mesures spécifiques à prendre par l'organisme chef de file

- ☑ Veiller à ce que les organisations non gouvernementales internationales et tous les autres partenaires du groupe connaissent les politiques et priorités de santé nationales, ainsi que les protocoles et meilleures pratiques au niveau international, et sachent s'ils sont pertinents compte tenu de la situation actuelle. Les encourager à respecter ces politiques et protocoles et à préserver et renforcer les capacités locales en vue de mettre en place des services (y compris des systèmes d'information sanitaire/d'alerte et des infrastructures de santé) viables sur le long terme.
- ☑ Dissuader toute organisation de prendre des mesures qui ne soient pas conformes aux normes en vigueur.
- ☑ Lorsque les avis divergent concernant les normes de soins, favoriser le dialogue pour faire en sorte que toutes les communautés aient accès sur un pied d'égalité aux « meilleurs » soins disponibles.

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

• ANNEXES

- ☑ Veiller à ce que les données soient systématiquement ventilées par sexe et par âge et que les partenaires sanitaires bénéficient d'un appui pour la collecte de ces données, si nécessaire.
- ☑ Créer des possibilités de tirer des enseignements et d'analyser conjointement des données sur la performance des services.
- ☑ Suivre les indicateurs de l'état de santé et de la prestation de services de santé publique et, le cas échéant, appeler l'attention sur les différences par rapport aux normes nationales et aux meilleures pratiques internationales, et proposer des solutions possibles pour améliorer ces normes. Veiller à ce que les indicateurs soient différenciés selon le sexe.
- ☑ Organiser des réunions d'information destinées aux nouvelles organisations s'installant dans le pays pour travailler dans le secteur de la santé ; si nécessaire, aider le ministère de la santé à organiser ces réunions. Elles peuvent notamment porter sur les questions suivantes :
 - profil épidémiologique du pays, politiques et programmes de santé nationaux, et couverture des services de santé avant une situation d'urgence ;
 - compétences techniques disponibles aux niveaux national et international (par exemple pour des maladies tropicales propres à un pays, certaines organisations non gouvernementales étrangères n'ayant peut-être aucune expérience dans ce domaine) ;
 - structure du ministère de la santé et liste des points focaux pour la santé dans d'autres organisations ;
 - modalités détaillées de coordination pour les situations sanitaires d'urgence.

L'organisme chef de file/coordonnateur du groupe pourra conseiller les équipes de secours étrangères qui viennent d'arriver dans le pays sur les mesures à prendre pour protéger leur propre santé et s'assurer qu'elles disposent de procédures d'évacuation médicale d'urgence.

On trouvera dans le tableau ci-après un résumé des meilleures pratiques, ainsi que des références pour plus d'informations.

Bonnes pratiques et matériel de référence recommandé par sous-secteur

Services de santé généraux	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Il doit exister au minimum une unité de santé de base pour 10 000 personnes. ✓ Il doit exister un service de soins obstétricaux d'urgence de base, dispensant 6 types d'interventions essentielles, au niveau des centres de santé, ceux-ci devant être au nombre de un pour 30 000 personnes. ✓ La norme recommandée est un service de soins obstétricaux d'urgence complets et quatre services de soins obstétricaux d'urgence de base pour 500 000 personnes, mais dans une zone de conflit, les services doivent être aussi accessibles que possibles à la population étant donné qu'il est impossible d'envoyer les patients vers un centre spécialisé. ✓ Le rôle des praticiens médicaux de niveau intermédiaire (personnel infirmier, sages-femmes, fonctionnaires des services de santé) dans la prestation de soins de santé curatifs doit être renforcé. ✓ Les agents de santé communautaires peuvent jouer un rôle dans la prestation de soins curatifs pour les maladies de l'enfant, par exemple dans la prise en charge communautaire des cas de pneumonie dans des régions isolées, ce qui constitue une stratégie possible pour atteindre les communautés dispersées et isolées, ainsi que les camps de déplacés inaccessibles. ✓ Les risques de flambées de maladie doivent être évalués. <ul style="list-style-type: none"> • Normes minimales établies par le Projet Sphère. • IAWG. <i>Reproductive health in refugee situations: an inter-agency field manual</i>. Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, 1999. • MSF. <i>Refugee health; an approach to emergency situations</i>. Médecins Sans Frontières, 1997.
Santé de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les enfants souffrant de pneumonie doivent avoir accès à un traitement adapté dans les 24 à 48 heures suivant l'apparition des symptômes. ✓ Supplémentation en zinc pour traiter la diarrhée chez l'enfant. ✓ Supplémentation en vitamine A pour tous les enfants de moins de cinq ans. ✓ Sels de réhydratation orale (SRO) – administrés à domicile, pour traiter la déshydratation. ✓ Traitement antipaludique- association médicamenteuse comportant de l'artémisinine (ACT) recommandée, ainsi qu'un test diagnostique rapide ou un diagnostic à l'aide du microscope. <ul style="list-style-type: none"> • MSF. <i>Guide clinique et thérapeutique pour les programmes curatifs des hôpitaux et des dispensaires</i>. Médecins Sans Frontières, 2010. • OMS. <i>Malaria control in complex emergencies: an interagency field handbook</i>. Organisation mondiale de la Santé, 2005. • OMS. <i>Manuel de prise en charge des enfants en situation d'urgence humanitaire</i>. Organisation mondiale de la santé, 2009.
Nutrition	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prise en charge des cas de malnutrition sévère aiguë au niveau des centres de santé. ✓ Si le niveau de malnutrition dépasse la norme nationale ou est supérieur à 10 % GAM (malnutrition aiguë globale) et à 1 % SAM (malnutrition aiguë sévère), il faut travailler en collaboration avec le groupe Nutrition pour une prise en charge communautaire éventuelle de la malnutrition aiguë. <ul style="list-style-type: none"> • OMS. <i>La prise en charge de la malnutrition sévère: Manuel à l'usage des médecins et autres personnels de santé à des postes d'encadrement</i>. Organisation mondiale de la Santé, 2000. • Valid International and Concern Worldwide. <i>Community-based therapeutic care: a field manual</i>. Valid International, 2006.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Bonnes pratiques et matériel de référence recommandé par sous-secteur

Maladies transmissibles	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Un système d'alerte et d'intervention rapides doit être en place, y compris pour collecter des données auprès des prestataires de services, les analyser et les diffuser. ✓ On doit intervenir en cas de flambée dans les 28 à 48 heures suivant la notification des cas. ✓ Le taux de létalité pendant les flambées de choléra et de rougeole devrait être inférieur à 1%. ✓ Les campagnes de vaccination rougeoleuse doivent viser à obtenir une couverture supérieure à 95% des enfants de 6 à 59 mois.
	<ul style="list-style-type: none"> • MSF. <i>Conduite à tenir en cas d'épidémie de rougeole</i>. Médecins Sans Frontières, 1996. • MSF. <i>Prise en charge d'une épidémie de méningite à méningocoque</i>. Médecins Sans Frontières, 2008. • OMS. <i>Communicable diseases control in emergencies: field manual</i>. Organisation mondiale de la Santé, 2005. • OMS. <i>Flambées de choléra; évaluations des mesures mises en œuvre en cas de flambée et amélioration de la préparation</i>. Organisation mondiale de la Santé, 2004.
IST et VIH/sida	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Garantir des précautions standard au niveau des infrastructures. ✓ Assurer la continuité du traitement antirétroviral pour ceux qui sont déjà sous traitement (renouveler les stocks). ✓ Garantir la sécurité transfusionnelle. ✓ Distribuer gratuitement des préservatifs aux membres de la communauté. ✓ Assurer la prise en charge syndromique des cas d'IST. ✓ Dépister rapidement la syphilis dans le cadre de la consultation prénatale. ✓ Mettre en place des services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) là où le VIH/sida est la principale cause de décès (en Afrique subsaharienne, par exemple).
	<ul style="list-style-type: none"> • OMS. <i>Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur</i>. Organisation mondiale de la Santé, 2005. • OMS. <i>Practical guidelines for infection control in health care facilities</i>. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Asie du Sud-Est, Bureau régional du Pacifique occidental, 2004.
Santé maternelle et néonatale	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ensemble minimal de services initiaux (MISP). ✓ Des trousse obstétricales sont fournies aux femmes enceintes pour qu'elles puissent accoucher dans de bonnes conditions d'hygiène, ainsi que des conseils pour les utiliser et suivre le plan d'accouchement. ✓ Les soins postnatals (à la mère et au nouveau-né) doivent être dispensés immédiatement par le personnel médical (ou des agents de santé communautaires qualifiés) dans les 24 à 48 heures suivant l'accouchement. ✓ Les interventions essentielles dans le cadre des soins obstétricaux d'urgence de base doivent être pratiquées au niveau des centres de santé. ✓ Des dispositifs d'orientation-recours doivent être en place, pour pouvoir dispenser des soins obstétricaux d'urgence complets en particulier. ✓ Des services de réanimation néonatale et du matériel à cet effet doivent être disponibles dans tous les lieux de prestation de services de santé et le personnel

Bonnes pratiques et matériel de référence recommandé par sous-secteur

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ doit être formé à la prestation de soins essentiels aux nouveau-nés, y compris à la réanimation. ✓ Le but est d'accroître la proportion d'accouchements pratiqués au niveau des infrastructures de santé. 	1
	<ul style="list-style-type: none"> • Commission des femmes. <i>Dispositif minimum d'urgence (DMU) en santé reproductive dans les situations de crise : module d'apprentissage à distance</i>. Reproductive Health Response in Conflict (RHRC) Consortium, septembre 2006. • MSF. <i>Obstétrique en situation d'isolement. Guide pratique à l'usage des praticiens non spécialistes</i>. Médecins Sans Frontières, 2007. • OMS, FNUAP, UNICEF, Banque mondiale. <i>Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement. Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période postnatale</i>. Organisation mondiale de la Santé, 2009. 	2 3
Violence sexuelle	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Le personnel médical doit avoir les compétences pour prendre médicalement en charge les cas de violence sexuelle. ✓ La prophylaxie post-exposition au VIH/sida, les traitements des IST, les vaccins contre l'hépatite B, les contraceptifs d'urgence doivent être disponibles au niveau des unités de soins de santé de base, et les stocks renouvelés. ✓ Un soutien psychosocial doit être fourni, ou un lien vers un programme de ce type. 	4
	<ul style="list-style-type: none"> • CPI. <i>Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire</i>. Comité permanent interorganisations, 5 décembre 2007. • OMS, FNUAP, UNHCR. <i>Gestion clinique des victimes de viol</i>. Organisation mondiale de la Santé, Haut Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies, 2005. 	5
Maladies non transmissibles, traumatismes et santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A l'issue d'une catastrophe naturelle, par exemple un séisme, des services de sauvetage et d'évacuation, de premier secours et de soins chirurgicaux doivent être immédiatement disponibles. ✓ Il faut garantir les approvisionnements nécessaires pour pouvoir traiter les maladies chroniques lorsque la charge de ces maladies est élevée. ✓ Il faut protéger et soigner notamment les personnes atteintes de troubles mentaux placées en institution. 	6
	<ul style="list-style-type: none"> • CPI. <i>Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence</i>. Comité permanent interorganisations, 2007. 	7
Hygiène du milieu	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Des systèmes sécurisés d'élimination des déchets médicaux piquants et tranchants doivent être en place dans toutes les infrastructures sanitaires. ✓ Le personnel de santé de ces infrastructures sanitaires doit être formé aux précautions standard. 	8
		9



6.2 DÉFINIR ET SATISFAIRE LES BESOINS DE FORMATION – RENFORCER LES CAPACITÉS

Il est souvent nécessaire de former les agents et les auxiliaires de santé pour améliorer les normes à suivre, en particulier durant une crise qui se prolonge. Il faut la plupart du temps étendre les activités de renforcement des capacités, y compris élaborer des politiques et des systèmes, et améliorer l'équipement pour faciliter le relèvement, en particulier dans une situation de crise complexe (liée à un conflit).

Quelques principes fondamentaux

- ✓ Toutes les formations doivent être conçues pour combler des lacunes spécifiques au niveau de la prestation de services ou de la performance des services et doivent être fondées sur une évaluation des besoins.
- ✓ Les normes, critères, programmes et matériels de formation définis au niveau national doivent constituer la structure de base et être mis à jour, intégrés ou simplifiés en consultation avec les autorités sanitaires nationales/locales.
- ✓ La formation doit être coordonnée entre les acteurs sanitaires pour veiller à ce que le contenu et les normes soient cohérents.
- ✓ Pendant la phase d'intervention initiale, il faut veiller en particulier à encourager la mise en œuvre des priorités, par exemple de l'ensemble minimal de services initiaux (MISP) et du système d'alerte et d'intervention rapides (y compris des définitions normalisées des cas), et assurer une formation continue sur des questions essentielles pour résoudre les problèmes qui se posent dans l'immédiat.

Mesures à prendre par le coordonnateur et par le groupe sectoriel Santé

- ☑ Déterminer les priorités de formation du personnel tant du secteur de la santé à l'échelon local (relevant du ministère de la santé) que des partenaires du groupe en se fondant sur les lacunes recensées au niveau des services et des capacités de prestation de services. Prévoir une formation à la prestation de services ainsi qu'à l'utilisation des outils du groupe, si nécessaire.

- ☑ Coordonner la mise au point (ou la mise à jour/l'adaptation) des matériels de formation en se fondant autant que possible sur les normes et les programmes nationaux, et les mettre à la disposition de tous les partenaires du groupe.
- ☑ Coordonner la planification et la mise en œuvre des activités de formation des partenaires et faciliter la mise en place d'activités de formation communes si possible.
- ☑ Tenir des informations à jour sur les activités de formation en cours ou celles qui sont planifiées, ou qui ont été menées à bien.
- ☑ Déterminer d'autres activités de renforcement des capacités nécessaires pour faciliter un relèvement rapide ; coordonner la planification et la mise en œuvre de ces activités entre les partenaires pour qu'elles soient le plus complémentaire possible.

Enseignements et conseils pratiques issus de l'expérience sur le terrain

En Ouganda, un atelier de trois jours consacré à la santé, la nutrition et le VIH/sida a été organisé à l'intention des membres de trois groupes sectoriels (venant d'institutions des Nations Unies, d'organisations non gouvernementales et du gouvernement). Toute une série de sujets y ont été abordés, notamment l'approche de la responsabilité sectorielle, la gestion de l'information sanitaire en situation de crise, l'élaboration d'une stratégie sanitaire commune, et le passage des priorités de santé à l'action. Les membres des ces groupes ont ainsi eu l'occasion de planifier une action conjointe qui a débouché sur l'élaboration du plan commun de santé, de nutrition et de lutte contre le VIH/sida pour la région de Karamoja. Le groupe a également financé la formation de certains de ses membres dans le cadre de plusieurs cours internationaux organisés par le groupe sectoriel Santé mondiale, l'OMS et l'organisation non gouvernementale Merlin.

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

ANNEXES

7

SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

Principaux points :

- ✓ L'organisme chef de file et le coordonnateur du groupe sectoriel Santé doivent faire connaître l'ensemble des priorités et des besoins du secteur de la santé par tous les moyens disponibles, notamment les réunions des équipes humanitaires/du CPI dans les pays et les réunions des donateurs, afin d'attirer l'attention sur la situation et les besoins dans le domaine de la santé et, dans le cadre de la stratégie de riposte convenue face à la crise sanitaire, sur les besoins de financement de tous les partenaires.
- ✓ Les éléments des appels conjoints – notamment des appels éclairs et des appels globaux – relevant du secteur de la santé doivent être préparés dans le cadre de processus de collaboration, dirigés par le coordonnateur du groupe sectoriel Santé et auxquels participeront le plus grand nombre de partenaires du groupe sectoriel possible.
- ✓ L'ensemble des partenaires du groupe sectoriel Santé doivent faire connaître les priorités convenues pour le secteur de la santé et présenter leurs propres activités dans le contexte de l'effort global du secteur de la santé – et de la stratégie de riposte convenue face à la crise sanitaire – chaque fois que cela est possible et utile.
- ✓ L'organisme chef de file doit : demander au coordonnateur humanitaire d'activer la composante « Réponse rapide » du CERF si/ lorsque les indicateurs montrent que la situation sanitaire se détériore et qu'une intervention d'urgence est nécessaire ; et consolider les éléments dont dispose le groupe sectoriel Santé pour formuler des demandes auprès de la composante « Crises sous-financées » du CERF lorsque des lacunes critiques existent et qu'aucunes autres ressources ne peuvent être mobilisées rapidement.
- ✓ Lorsque des lacunes critiques persistent malgré les efforts concertés pour y remédier, l'organisme chef de file est chargé de travailler avec les autorités nationales, le coordonnateur humanitaire et les donateurs pour obtenir que des mesures appropriées soient prises par les parties pertinentes et pour mobiliser les ressources nécessaires en vue d'interventions utiles et appropriées. (Voir Dernier recours à la fin de la section 1.3)

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

ANNEXES

Résultats escomptés du groupe sectoriel Santé

- ✓ Accord sur les éléments relevant du secteur de la santé dans le cadre des appels conjoints et des demandes formulées auprès du CERF; accord sur les priorités pour l'attribution des ressources communes.
- ✓ Stratégie et plan de sensibilisation communs.

On trouvera sur le CD-ROM des exemples de demandes formulées auprès du CERF, d'appels éclairs et de fiches de projets pour la procédure d'appel global.

« Lacunes » fréquentes dans les ressources Constatations tirées de 10 études de cas menées dans les pays (2004-2007)	
Exemples	Solutions proposées
Ressources inappropriées pour mettre en œuvre les mesures essentielles pour limiter au minimum la mortalité et la morbidité évitables. Au cours de la phase aiguë, insuffisance des ressources aggravée par le manque de flexibilité des fonds d'urgence, et l'absence de transparence dans les fonds alloués aux ONG. Lacunes dans les ressources souvent constatées lors du passage de la phase d'urgence à la phase de relèvement rapide.	<p>Sensibiliser les donateurs et les gouvernements nationaux à la nécessité d'attribuer des ressources plus importantes, de façon plus transparente. Améliorer la base de données permettant d'argumenter en ce sens, par exemple grâce à des évaluations conjointes, et diffuser les résultats. Encourager la couverture de la situation par les médias populaires, y compris par des personnalités largement reconnues telles que les « ambassadeurs itinérants ».</p> <p>Eviter de recourir aux paiements directs par les usagers qui, dans la plupart des cas, ne permettront pas de libérer des fonds appropriés pour améliorer la qualité et la couverture mais affecteront de manière disproportionnée les populations défavorisées.</p>

7.1 PRÉPARER LES DONNÉES SANITAIRES POUR UN APPEL ÉCLAIR

L'appel éclair est un outil permettant de structurer une riposte humanitaire coordonnée pendant les trois à six premiers mois d'une situation d'urgence et de mobiliser les ressources nécessaires auprès des dona-

teurs. Le coordonnateur humanitaire déclenche un appel éclair en consultation avec l'ensemble des parties prenantes et définit le calendrier de préparation de celui-ci.

Normalement, le coordonnateur humanitaire et l'équipe humanitaire dans le pays doivent préparer un projet dans les cinq à sept premiers jours après le déclenchement d'une crise. L'appel est ensuite publié par le BCAH à Genève environ 48 heures plus tard. Habituellement, une révision du projet est prévue près d'un mois plus tard ; elle sera basée sur les informations supplémentaires disponibles et comprendra davantage de projets de relèvement rapide (l'appel éclair peut être transformé en appel global si une riposte interorganisations est nécessaire au-delà de six mois).

Quelques principes fondamentaux

- ✓ L'organisme chef de file/le coordonnateur du groupe sectoriel Santé est responsable de la présentation au coordonnateur humanitaire d'un plan de riposte initial pour le secteur de la santé qui est élaboré en collaboration avec les partenaires de la santé et en consultation avec le ministère de la santé.
- ✓ Le plan de riposte doit inclure une stratégie de riposte initiale pour répondre à la crise sanitaire, une déclaration sur les rôles et responsabilités, et il décrit les projets spécifiques proposés – tous étant basés sur les informations disponibles, les premières estimations et les hypothèses les plus probables.
- ✓ Le plan de riposte initial doit être axé sur les besoins urgents vitaux ainsi que sur tous les projets de relèvement rapide qui peuvent être définis, planifiés et mis en œuvre au cours des tout premiers mois.
- ✓ Les appels et les projets (y compris les besoins budgétaires) peuvent être mis à jour en ligne à tout moment par l'intermédiaire du Service de surveillance financière (FTS).

L'appel éclair peut inclure des projets des institutions des Nations Unies, des organisations internationales et des organisations non gouvernementales. Il peut inclure des partenariats en vue de projets avec la Société nationale de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge. Il n'est pas possible pour les ministères de demander des fonds directement dans le cadre d'un appel éclair, mais ils peuvent

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

ANNEXES

être partenaires dans le cadre de projets des Nations Unies ou des organisations non gouvernementales.

Mesures à prendre par le coordonnateur et le groupe sectoriel Santé

L'organisme chef de file/le coordonnateur du groupe sectoriel Santé doit :

- rassembler l'ensemble des acteurs qui comptent dans le domaine de la santé et favoriser un processus permettant :
 - d'analyser les informations tirées des évaluations des besoins qui sont disponibles et de convenir d'une stratégie de riposte initiale (voir la section 5.1) ;
 - d'examiner soigneusement les projets proposés par les différentes organisations ; et
 - d'obtenir un consensus sur les projets à inclure dans l'appel, en veillant à ce qu'ils soient tous pertinents, prioritaires, coordonnés et réalisables ;
- organiser des consultations avec le ministère de la santé et tenir les représentants locaux des donateurs informés ;
- rédiger le plan conformément à la présentation requise pour le document d'appel ;
- établir des liens avec les autres groupes sectoriels – notamment les groupes Nutrition et Eau et Assainissement (WASH) – afin de veiller à ce que l'ensemble des activités ayant trait à la santé publique soient complémentaires et de répondre correctement aux problèmes prioritaires.

Le projet du secteur santé devra normalement être présenté au coordonnateur humanitaire dans les trois ou quatre jours qui suivront la décision de lancer un appel éclair ; les dates effectives seront précisées par le coordonnateur humanitaire dans chaque cas.

Activités	Conditions
<i>Critères : Activités ayant une incidence immédiate sur la santé de la population touchée par une situation d'urgence</i>	
Coordination des aspects sanitaires dans le contexte des catastrophes naturelles et des urgences complexes.	Dans le cadre d'une initiative plus large (elle peut être incluse dans le cadre de la coordination intersectorielle globale).
Surveillance des maladies et diffusion des informations sanitaires critiques, réactifs de laboratoire en vue d'un diagnostic rapide.	Mesures de dépistage des cas et surveillance épidémiologique par l'intermédiaire des systèmes d'alerte rapide existants.
Assurer un accès équitable en temps voulu aux soins de santé primaires d'urgence, et notamment : mise en place des infrastructures et systèmes de soutien, du personnel de santé indispensable, approvisionnement en produits pharmaceutiques complémentaires, en matériel de base, suppression du paiement direct par les usagers et orientation individuelle vers les services de soins secondaires. Fourniture, distribution et réapprovisionnement des stocks d'urgence dont la rotation est élevée.	Toutes ces activités se déroulent dans le contexte des interventions spécifiques aux situations d'urgence.
Activités liées à la violence à l'égard des femmes : soutien médical et psychosocial aux survivantes de viol. Kits de prophylaxie postexposition et contraception d'urgence.	
Prise en charge d'un grand nombre de victimes.	
Prise en charge des affections engageant le pronostic vital liées aux maladies transmissibles (vaccinations, lutte contre les flambées).	
Risque pour la mère et le nouveau-né, interventions d'urgence en matière de santé génésique (y compris la fourniture de kits de santé génésique d'urgence basés sur l'ensemble minimal de services initiaux (MISP)).	
Soins de santé de niveau secondaire (uniquement dans le cadre du suivi des catastrophes naturelles).	Au cas par cas.
Soutien psychosocial aux survivants de situations d'urgence.	Au cas par cas.
Sensibilisation au VIH/sida dans les situations d'urgence et fourniture de matériels d'information/de préservatifs. Conseil, dépistage et traitement pour le VIH pour les groupes vulnérables.	Au cas par cas et uniquement dans le contexte des catastrophes naturelles ou des urgences complexes.

1

2

3

4

5

6




7

8

9

○

Lectures complémentaires

-  BCAH. *Revised flash appeal guidance*. Bureau de la coordination des affaires humanitaires, mars 2009.
-  CPI. *CERF life-saving criteria and sectoral activities guidelines*. Comité permanent interorganisations, 7 août 2007.
-  *Formulaire de demande* du CERF dans les documents de référence sur le CD-ROM ci-joint (en anglais).



7.2 FORMULER DES DEMANDES AUPRÈS DU CERF POUR LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Le Fonds central d'intervention pour les urgences humanitaires (CERF) est un fonds de secours établi par les Nations Unies pour permettre une assistance humanitaire plus rapide, fiable et équitable aux victimes de catastrophes naturelles et d'autres types d'urgence. Il vise à compléter – non à remplacer – les appels éclairs et appels globaux. Il se compose de deux volets de financement :

- « Réponse rapide » – le CERF peut fournir des fonds de démarrage permettant de lancer des opérations d'urgence.
- « Urgences sous-financées » – le CERF peut financer des projets vitaux dans le cadre d'une situation d'urgence qui dure et ne bénéficie pas d'un financement suffisant (projets prioritaires qui ne sont pas encore couverts par d'autres donateurs).

Le Fonds est destiné à soutenir les interventions d'urgence de manière générale mais les ONG ne peuvent pas avoir accès aux fonds du CERF directement. Seules les institutions des Nations Unies peuvent présenter des demandes pour obtenir un financement du CERF. L'organisme chef de file (ou une institution des Nations Unies pertinente si l'organisme n'est pas une institution des Nations Unies) peut – et doit – élaborer et présenter une proposition incorporant les besoins en matière de financement des projets des autres partenaires du groupe sectoriel qui ne font pas partie des Nations Unies. L'organisme chef de file/l'institution des Nations Unies est alors chargé(e) de veiller à ce que les fonds du CERF alloués aux projets des organisations non gouvernementales soient transmis aux organisations non gouvernementales concernées.

Mesures à prendre par le coordonnateur et le groupe sectoriel Santé

- ☑ Établir une demande au CERF parallèlement à l'appel éclair. L'appel fait office d'analyse contextuelle pour la demande auprès du CERF.
- ☑ Sélectionner à partir de l'appel éclair les projets les plus urgents pour lesquels aucune indication claire de financement n'a encore été reçue de la part des donateurs : les organisations concernées doivent alors préparer des résumés de projet concis selon le modèle requis par le CERF.
- ☑ Présenter la proposition relative au secteur santé au coordonnateur humanitaire pour qu'elle soit incluse dans la demande globale présentée au CERF.

Activités vitales dans le secteur de la santé pouvant bénéficier d'un financement du CERF

Le tableau figurant à la page 165 est tiré du document intitulé *CERF Life-saving criteria and sectoral activities* (Bureau de la coordination des affaires humanitaires, août 2007). Pour les mises à jour, veuillez consulter le site : <http://ochaonline.un.org/Funding-Finance/CERF/tabid/1109/Default.aspx>.

7.3 PRÉPARER, SUIVRE ET RÉVISER UN APPEL GLOBAL

L'appel global est davantage qu'un document permettant de lever des fonds. Il est aussi conçu pour permettre de planifier, de coordonner, de mettre en œuvre et de suivre les activités humanitaires afin de répondre à une urgence majeure ou complexe ou à une catastrophe naturelle. Un appel global est élaboré lorsque le coordonnateur des secours d'urgence et le CPI décident, en consultation avec le coordonnateur humanitaire et l'équipe du CPI dans le pays, qu'une approche globale est nécessaire pour mobiliser les ressources.

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

ANNEXES

Quelques principes fondamentaux

- ✓ Un appel global est élaboré entre les organisations sur le terrain, sous la direction du coordonnateur humanitaire. Habituellement, le processus prend environ un mois.

L'organisme chef de file, le coordonnateur du groupe sectoriel Santé et les partenaires du groupe sectoriel Santé :

- ✓ contribuent à la définition (par le coordonnateur humanitaire et le BCAH) des priorités intersectorielles et de la stratégie d'intervention globales ;
- ✓ préparent la section ayant trait à la santé du Plan d'action humanitaire commun (CHAP) et proposent un ensemble cohérent de projets correspondant aux priorités et à la stratégie convenues ;
- ✓ assurent le suivi des contributions par rapport à la composante santé de l'appel et mènent à bien un examen en milieu d'année.

L'examen de milieu d'année doit :

- ✓ *mesurer* les progrès effectués dans la réalisation des buts et objectifs CHAP et transmettre les conclusions aux parties prenantes ;
- ✓ *déterminer* si la stratégie convenue a ou non l'impact désiré, et si nécessaire modifier la stratégie pour l'adapter aux nouvelles conditions ;
- ✓ *mettre à jour* le portefeuille des projets ;
- ✓ *redéfinir* les priorités dans les activités et les projets d'intervention humanitaire ;
- ✓ *analyser* le financement et, sur cette base, s'efforcer d'obtenir le soutien des donateurs.

Mesures à prendre par le coordonnateur et le groupe sectoriel Santé

Préparer un appel global

- Convoquer une réunion de planification du groupe sectoriel Santé – ou constituer un groupe chargé de la planification – afin d'élaborer des propositions spécifiques. La réunion/le groupe doit être coprésidé(e) par une institution des Nations Unies et une organisation non gouvernementale.
- Elaborer la section ayant trait à la santé du Plan d'action humanitaire commun comme il est indiqué à la section 5.2.
- Convenir de critères précis pour la sélection des projets qui seront inclus dans l'appel.

- ☑ Les organisations participant à l'appel élaborent des *fiches de projet* d'une page conformément aux directives techniques du Plan d'action humanitaire et les présentent au président et au coprésident de la réunion/du groupe de planification. Les projets doivent porter sur les priorités convenues et contribuer à la réalisation des objectifs spécifiques de la stratégie d'intervention face à la crise sanitaire.
- ☑ Convenir des projets à inclure dans l'appel en se basant sur les critères préalablement convenus.
- ☑ Etablir des liens avec d'autres groupes sectoriels – notamment les groupes Nutrition et Eau et Assainissement (WASH) – afin de veiller à ce que l'ensemble des activités liées à la santé publique soient complémentaires et permettent de résoudre de manière appropriée les problèmes prioritaires.

Contrôler les contributions pour un appel (suivi)

- ☑ Utiliser la base de données du FTS pour suivre les contributions correspondant à la composante santé de l'appel.

Le FTS est une base de données mondiale en ligne et en temps réel des besoins et contributions en matière de financement humanitaire. Il fournit une série de tables analytiques indiquant les flux d'aide humanitaire destinés à des crises spécifiques et permet aux utilisateurs de produire des tableaux personnalisés à la demande.

Mener un examen en milieu d'année

- ☑ Revoir la composante santé du Plan d'action humanitaire commun à la lumière des informations mises à jour suite aux évaluations et au suivi, et proposer des ajustements si nécessaire.
- ☑ Revoir l'ensemble des projets proposés dans le cadre du processus d'appel global et vérifier que chacun d'entre eux reste pertinent (n'est pas devenu inutile), faisable, et qu'il ait été inscrit au budget. Les propositions de projet qui ne satisfont pas à ces critères doivent être supprimées, ou révisées par l'organisation les ayant proposées.
- ☑ Etablir des priorités parmi les projets restants qui ne sont pas financés ou sont sous-financés, en utilisant au moins un système à deux niveaux (priorités de premier et de second ordre).

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

• ANNEXES

- ☑ Veiller à ce que toutes les propositions et projets pertinents soient pris en compte (y compris ceux des organisations non gouvernementales qui sont pertinents bien qu'ils n'apparaissent pas dans le document d'appel original)²⁵.

Les organisations doivent individuellement permettre à leur siège d'examiner rapidement les nouveaux projets ou les projets révisés au cours du processus d'examen de milieu d'année, afin de limiter au minimum les erreurs d'interprétation et les changements de dernière minute.

Lectures complémentaires

Préparer un appel global

- 📖 BCAH. *Guide technique pour les appels globaux 2006*. Bureau de la coordination des affaires humanitaires, 2006.
- 📖 CPI. *Guidance for CAP project selection and prioritization*. Comité permanent interorganisations, juin 2004.

Assurer le suivi des contributions

- 📖 BCAH. *OCHA field offices and the FTS*.

Mener un examen de milieu d'année

- 📖 BCAH. *Guidelines for mid-year review*. Bureau de la coordination des affaires humanitaires, avril 2009.

²⁵ Les projets déjà financés mais qui ne sont pas comptabilisés dans le processus d'appel global doivent être pris en compte dans le cadre de l'examen de milieu d'année (pour autant qu'ils soient conformes au Plan d'action humanitaire commun), afin d'évaluer exactement le financement par rapport aux besoins.

7.4 TRAVAILLER AVEC LES DONATEURS – ACCÉDER À DES FONDS EN PROVENANCE D'AUTRES SOURCES

Travailler avec les donateurs

L'organisme chef de file et le coordonnateur du groupe sectoriel Santé doivent, au nom du groupe sectoriel et du secteur de la santé dans son ensemble :

- ☑ prendre l'initiative d'établir un contact avec les représentants locaux des donateurs, de toute fondation et de tout donateur potentiel du secteur privé représenté dans le pays afin d'expliquer quelles sont les priorités du secteur de la santé et les besoins en matière de ressources. Faire le bilan de leurs intérêts particuliers et les tenir régulièrement informés ;
- ☑ encourager les donateurs potentiels à participer aux réunions et aux séances de coordination du groupe sectoriel ;
- ☑ inviter les donateurs à se joindre aux missions d'évaluation et aux visites sur les lieux des projets. Apporter leur aide aux missions d'enquête conjointes effectuées par les donateurs ;
- ☑ préparer des documents et des exposés d'information – comprenant des graphiques – concis et adaptés aux donateurs. Ne préparer et ne fournir de matériel et d'exposés techniques détaillés que lorsqu'un donateur particulier le demande ;
- ☑ établir des liens entre les donateurs potentiels et des partenaires spécifiques du groupe sectoriel, lorsque cela se justifie ;
- ☑ mettre en place un système afin d'enregistrer les contacts tenus avec les donateurs (propositions présentées, intérêt manifesté).

Dans l'idéal, la planification conjointe et la mise en œuvre coordonnée des activités convenues seraient suivies d'un *compte rendu conjoint des activités à l'intention des donateurs* – la préparation d'un rapport descriptif commun qui serait présenté à l'ensemble des donateurs conjointement aux rapports financiers distincts de chaque organisation pour chaque donateur. L'organisme chef de file et le coordonnateur du groupe sectoriel Santé doivent proposer de procéder ainsi aux partenaires et donateurs du groupe sectoriel

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

ANNEXES

et, lorsque ceux-ci ont accepté, prendre l'initiative de la préparation d'un rapport descriptif global basé sur la stratégie et les résultats escomptés présentés dans un appel éclair ou un appel global.

Accéder à des fonds en provenance d'autres sources (non traditionnelles)

Dans certaines circonstances, les fonds destinés aux activités humanitaires et/ou aux relèvements rapides peuvent être obtenus auprès :

- de fonds humanitaires communs (établis pour des pays particuliers) ;
- de fonds d'affectation spéciale multidonateurs ;
- d'un fonds pour la paix et la stabilité des communautés.

Pour les activités de relèvement, le financement peut être obtenu par l'intermédiaire du mécanisme du Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD).

Les fonds peuvent aussi être recherchés auprès de fondations ou du secteur privé.

Partage des ressources

Lorsque des ressources « mises en commun » sont disponibles pour les interventions dans le domaine de la santé :

- convenir au sein du groupe sectoriel – dans le cadre d'une réunion du groupe sectoriel – des critères pour le choix des interventions dans les domaines prioritaires et l'attribution des ressources aux différentes organisations ;
- inviter les organisations à présenter des propositions (par exemple en utilisant le modèle de demande du CERF) conformément aux critères convenus ;
- constituer un groupe chargé de l'évaluation des projets comprenant des représentants de chacun des principaux groupes de parties prenantes (par exemple du gouvernement, des principales organisations non gouvernementales internationales – que ce soit les principales organisations internationales ou nationales, ou de petites organisations internationales, et des autres organisations et donateurs nationaux) afin de revoir les propositions et de sélectionner les projets à financer²⁶;

²⁶ Le même groupe d'évaluation peut aussi trier et sélectionner les propositions qui seront incluses dans un appel éclair ou une procédure d'appel global, et les demandes en vue d'obtenir des fonds du CERF.

- ☑ veiller à ce que les procédures pour le transfert des fonds (par exemple en provenance du CERF) vers les organisations de mise en œuvre concernées soient claires et comprises par toutes les personnes concernées²⁷.

Lectures complémentaires

- 📖 Development Initiatives. *Review of trust fund mechanisms for transition financing, Phase 2 Report*. Development Initiatives, 28 avril 2006.
- 📖 PNUD. *Memorandum of Understanding regarding operational aspects of the peacebuilding funds*, Programme des Nations Unies pour le Développement, 2007.
- 📖 Stoddard A, Salomons D, Haver K, Harmer A. *Common funds for humanitarian action in Sudan and the Democratic Republic of Congo: monitoring and evaluation study*, Draft 1, Center in International Cooperation New York University en collaboration avec le Humanitarian Policy Group, Overseas Development Institute, novembre 2006.
- 💻 Multi-donors Trust Fund (MDTF) du Fond des Nations Unies pour le Développement. Plus de détails (en anglais) disponibles à <http://www.undp.org/mdtf/overview.shtml>

²⁷ Par exemple, quand l'OMS est l'organisme chef de file du groupe sectoriel, les fonds du CERF seront transférés dans un premier temps au Groupe Action sanitaire en situation de crise de l'OMS à Genève, puis de là vers les sièges internationaux des organisations concernées après signature d'un accord correspondant. (Cela permet généralement à l'organisation concernée de commencer les opérations plus rapidement que si les fonds étaient transférés directement sur un compte dans le pays des interventions.)

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

• ANNEXES

8

SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – LES ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

Principaux points:

- ✓ Le suivi et l'évaluation devraient faire partie intégrante de la stratégie d'intervention.
- ✓ Les partenaires du groupe sectoriel Santé devraient collectivement suivre la mise en œuvre de la stratégie globale d'intervention en cas de crise sanitaire et veiller à évaluer l'intervention du secteur/groupe dans son ensemble.
- ✓ Lorsque l'approche de la responsabilité sectorielle sera pleinement mise en œuvre et que les acteurs sanitaires concernés travailleront en partenariat, le groupe pourra également organiser le suivi et l'évaluation en commun de projets individuels.
- ✓ Il faudrait tenir compte des différences entre les sexes dans le suivi et l'évaluation, ainsi que d'autres questions transversales pertinentes au niveau local (un groupe de travail multipartenaire pourra apporter une contribution et se mettre d'accord sur les indicateurs différenciés selon le sexe et sur d'autres aspects de la conception et de la mise en œuvre du suivi et de l'évaluation dès les premières étapes de la planification de l'intervention).
- ✓ Le suivi et l'évaluation devraient faire appel autant que possible aux parties prenantes. Plus les activités dans ces domaines engageront la participation de ces dernières, plus il y aura de chances qu'elles reflètent la situation réelle et l'opinion des parties prenantes du secteur sanitaire, y compris des communautés locales.
- ✓ Le suivi devrait être assuré dès les premiers stades de l'intervention et porter en particulier sur quelques indicateurs clés. Le système pourra être amélioré et développé par la suite. Il faut commencer à assurer un suivi le plus tôt possible sans attendre qu'un système complexe soit mis au point.
- ✓ Il faut toujours veiller à ne pas collecter plus de données que ce qui sera en fait nécessaire.
- ✓ Il pourra être utile de mener une évaluation en temps réel dès les premiers stades de l'intervention et le groupe Santé devrait être prêt à procéder à ce type d'évaluation ou, ce qui serait préférable, à participer à une évaluation intersectorielle en temps réel.

1
RÔLE ET
FONCTIONNEMENT
D'UN GROUPE DE
RESPONSABILITÉ
SECTORIELLE
SANTÉ

2
UNE
COORDINATION
EFFICACE

3
ÉVALUATION
DES BESOINS ET
SUIVI DE LA
SITUATION
SANITAIRE

4
ANALYSE ET
HIÉRARCHISATION

5
ÉLABORATION
D'UNE
STRATÉGIE ET
PLANIFICATION

6
NORMES

7
SENSIBILISATION
ET MOBILISATION
DES RESSOURCES

8
SUIVI DE LA
PERFORMANCE
DU GROUPE –
ENSEIGNEMENTS
TIRÉS DE
L'EXPÉRIENCE

9
SERVICES
STANDARD
ET LISTES
D'INDICATEURS

ANNEXES

Résultats escomptés du groupe sectoriel Santé

- ✓ Effectuer conjointement des visites de suivi sur le terrain ; mener des évaluations conjointes et tirer en commun les enseignements de l'expérience.

« Lacunes » fréquentes dans le suivi et l'évaluation Constatations issues de 10 études de cas menées dans les pays (2004-2007)	
Exemples	Solutions proposées
<p>Suivi</p> <p>Absence de contrôle de la qualité, et de suivi des résultats ou de l'impact. Lorsqu'un suivi est effectivement assuré, l'accent est mis sur le champ couvert et sur les moyens (en particulier la promotion de la santé), mais aucun lien n'est établi avec des dispositifs de suivi.</p>	<p>Confier en bonne et due forme la responsabilité du suivi du contrôle qualité à un organisme, assorti d'un budget adéquat à cet effet. Veiller à ce que le suivi porte sur l'accès aux services par les groupes vulnérables, et à ce qu'il tienne compte du sexe et de l'âge. Publier trimestriellement les activités menées par cet organisme ainsi que les résultats obtenus, à l'aide d'indicateurs normalisés (pour les situations d'urgence de longue durée). Etablir des liens entre les mécanismes de financement du programme et la performance.</p>
<p>Évaluation</p> <p>Aucune évaluation de l'impact des services de santé en cas de crise humanitaire à l'échelle du secteur n'a été menée du point de vue de la population.</p>	<p>Mener une évaluation sanitaire inter-institutions.</p>

8.1 SUIVRE LA MISE EN ŒUVRE DE L'INTERVENTION DU GROUPE SANTÉ

Le suivi des projets/programmes fait partie intégrante de la gestion courante de projets. Des informations sont ainsi transmises à la direction pour lui permettre d'identifier les problèmes de mise en œuvre et de les résoudre, et d'évaluer les progrès dans l'exécution des activités planifiées. Le coordonnateur du groupe et le groupe santé s'occupent du suivi de la mise en œuvre de la stratégie d'intervention en cas de crise sanitaire et de la contribution des partenaires à l'action menée par l'ensemble du secteur de la santé.

Des modalités doivent être définies pour l'établissement de rapports types sur la mise en œuvre par tous les partenaires du groupe – par tous les acteurs sanitaires, si possible – et pour recevoir, compiler et analyser ces rapports. Il faudrait pour cela travailler en collaboration avec le ministère

de la santé (ou d'autres autorités nationales pertinentes). Aucun autre système de notification parallèle à l'intention du groupe et du ministère de la santé ne doit être établi !

Il est essentiel d'effectuer des *évaluations* périodiques conjointes. Tous les acteurs sanitaires concernés devraient y participer et examiner non seulement les progrès accomplis pour certains types d'activités mais aussi déterminer si le groupe atteint ses objectifs en termes de partenariat, de normes et de lacunes à combler, et s'il tient suffisamment compte de l'évolution des besoins. Il faudrait analyser à la fois les données provenant du suivi du programme et de la surveillance de la situation sanitaire (voir section 3.4).

Il est important d'effectuer des évaluations semestrielles de l'appel global mais, dans certains cas, il peut être utile également de procéder à des examens intermédiaires tous les 2 ou 3 mois.

QUELQUES QUESTIONS AUXQUELLES RÉPONDRE LORS DU SUIVI ET DES ÉVALUATIONS²⁸

- Quelles sont les activités en cours et quels sont les progrès réalisés ?
- A quelle vitesse les ressources sont-elles utilisées et quelle est leur consommation par rapport à l'avancement de la mise en œuvre (résultats) ? Quelles ont été les dépenses réalisées par rapport au budget ? [efficacité]
- A-t-on obtenu les résultats escomptés (par exemple lors d'un compte rendu trimestriel) ? [efficacité]
- Dans quelle mesure ces résultats contribuent-ils à atteindre les objectifs de la stratégie sanitaire (par exemple lors d'une analyse semestrielle) ?
- Quels changements se sont produits dans le contexte général ? Les hypothèses de départ se vérifient-elles ?
- Les interventions menées ont-elles été suffisamment améliorées et adaptées compte tenu des nouvelles informations disponibles ? [réactivité]
- Comment le groupe santé lui-même a-t-il fonctionné ? Quelle a été la qualité des relations entre les partenaires ?
- Les activités menées avec les autres groupes ont-elles été efficaces ?

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

ANNEXES

²⁸ *Manuel gestion du cycle de projet*, Service d'Aide Humanitaire de la Commission européenne (ECHO), juin 2005.

Mesures à prendre par le coordonnateur et par le groupe sectoriel Santé

- ☑ Mettre à jour l'état d'avancement des activités – et le tableau des responsabilités/localisation des acteurs sanitaires – à chaque réunion de coordination grâce aux nouvelles informations communiquées par les partenaires suivant le modèle établi (pas de longues déclarations en plénière!).
- ☑ Conduire des évaluations semestrielles selon le calendrier prévu, ainsi que des évaluations intermédiaires si cela est jugé utile par les partenaires du groupe.

Lectures complémentaires

- 📖 BCAH. *Guidelines for mid-year review*. Bureau de la coordination des affaires humanitaires, avril 2009.
- 📖 Le Projet Sphère. *Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors de catastrophes*, édition révisée 2004. Genève: Le Projet Sphère, 2004.

8.2 PROCÉDER À DES ÉVALUATIONS ET TIRER LES ENSEIGNEMENTS DE L'EXPÉRIENCE

Une évaluation devrait fournir des informations fiables et utiles, permettant d'intégrer les enseignements tirés de l'expérience dans la prise de décisions tant par les bénéficiaires que par les donateurs²⁹. L'évaluation peut être menée en cours de mise en œuvre (« à mi-parcours »), à la fin du processus (« évaluation finale ») ou après coup (« évaluation ex post »), pour contribuer à piloter le projet ou en vue de tirer des enseignements pour de futurs projets et la programmation³⁰.

D'après une définition de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) unanimement acceptée, cinq critères d'évaluation de base ont été établis : pertinence et réalisation des objectifs, effi-

²⁹ Le groupe sectoriel Santé mondial n'a pas (encore) élaboré de recommandations spécifiques sur cette question. La présente section rappelle certains principes essentiels bien établis et suggère de quelle façon un groupe sectoriel Santé au niveau du pays devrait procéder aux évaluations et tirer les enseignements de l'expérience.

³⁰ *Manuel gestion du cycle de projet*, Service d'Aide Humanitaire de la Commission européenne (ECHO), juin 2005.

cience, efficacité, impact et viabilité. Le réseau ALNAP³¹ a proposé trois autres critères pour évaluer les opérations humanitaires : interconnectivité, cohérence et champ couvert.

Principes essentiels pour mener des évaluations et tirer les enseignements de l'expérience

- ✓ Il faudrait organiser des évaluations conjointes et tirer en commun les enseignements de l'expérience – séparément le plus souvent – au moment opportun, à savoir lorsqu'il est possible de générer des informations précises, fiables et utiles.
- ✓ Les évaluations et les échanges d'enseignements doivent être organisés au niveau national ou dans des zones opérationnelles particulières. Ils doivent permettre de repérer des dysfonctionnements opérationnels et sanitaires critiques, et d'affiner les stratégies pour y remédier. Les lacunes doivent être recensées pour que l'on puisse prendre des mesures pour les combler. Les résultats obtenus devraient conduire à l'élaboration de recommandations de politiques, opérationnelles et techniques.
- ✓ Il peut être utile de mener une évaluation en temps réel au démarrage d'une opération humanitaire de grande ampleur. L'objectif sera de contribuer à obtenir les meilleurs résultats possibles pour les populations touchées en recensant tous les problèmes de coordination, de planification et de gestion de l'intervention – et en proposant des solutions – et de garantir la transparence.
- ✓ Dans toutes les situations de crise importante, il faudrait pouvoir tirer les derniers enseignements de l'expérience au plus tard un mois après la fin des opérations humanitaires, et traiter en particulier des aspects liés aux programmes et aux opérations. Cette démarche devrait être intégrée dans le plan de travail et le budget du groupe/groupe de coordination sectorielle.
- ✓ La finalité de chaque évaluation ou synthèse des enseignements tirés doit être clairement définie, son cahier des charges établi avec soin – voir encadré ci-après –, assorti d'un budget adéquat.
- ✓ Les évaluations et les synthèses des enseignements tirés devraient examiner la performance non seulement par rapport à la stratégie d'intervention définie en cas de crise sanitaire, mais aussi

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

ANNEXES

³¹ L'ALNAP (Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action), réseau d'apprentissage actif pour la redevabilité et la performance dans l'action humanitaire, a été créé en 1997, à l'issue de l'évaluation du génocide au Rwanda menée par plusieurs organismes. Voir le site : <http://www.alnap.org/>

par rapport à l'objectif visant à réduire la mortalité, la morbidité et les incapacités évitables, et à rétablir la prestation de soins de santé préventifs et curatifs, ainsi que l'accès équitable à ces soins, de même que la capacité à réagir aux changements en situation de crise.

- ✓ La participation de tous les partenaires du secteur, y compris du ministère de la santé, à la planification de l'évaluation pour faire en sorte qu'ils soient véritablement parties prenantes constitue un facteur de réussite essentiel de l'évaluation du programme sectoriel. Tous les principaux acteurs sanitaires devraient prendre part à la planification de cette évaluation et en définir ensemble le cahier des charges (il est plus complexe d'évaluer un programme sectoriel qu'une intervention indépendante!).
- ✓ Un responsable de l'évaluation doit être désigné pour chaque évaluation ou synthèse des enseignements tirés. Il/elle doit être en mesure de consacrer suffisamment de temps à la gestion du processus. Les équipes d'évaluation devraient réunir un ensemble de compétences et d'expériences pertinentes, et respecter un bon équilibre hommes-femmes.
- ✓ Les rapports, conclusions et recommandations doivent être rapidement diffusés à toutes les parties concernées et portés à l'attention des responsables qui ont besoin d'être informés pour pouvoir prendre des décisions.
- ✓ Un plan d'action est mis au point pour assurer le suivi des recommandations. Ce plan établit clairement les responsabilités en matière de suivi et l'on doit s'assurer qu'il est bien mis en œuvre.

Il faut veiller à bien distinguer « l'efficacité » de « l'efficience » et à évaluer séparément ces deux notions :

- *L'efficacité* indique dans quelle mesure les objectifs d'une intervention (ses objectifs spécifiques) ont été atteints.
- *L'efficience* indique dans quelle mesure les moyens (les ressources utilisées) sont convertis en résultats (les produits obtenus ou les services fournis par une intervention).

Mesures à prendre par le coordonnateur et par le groupe sectoriel Santé

Il faut œuvrer de concert avec le ministère de la santé et d'autres acteurs sanitaires importants, selon le cas, dans le but suivant :

- Déterminer le moment approprié pour mener une évaluation conjointe ou tirer en commun les enseignements de l'expérience, et rechercher l'appui de la proposition de la part des principales parties prenantes.

- ☑ Organiser des consultations pour : i) recenser à la fois les sujets (domaines généraux qui doivent être étudiés) et les questions spécifiques auxquelles apporter une réponse ; et ii) se mettre d'accord sur le cahier des charges et sur un plan.
- ☑ Veiller à désigner un(e) responsable de l'évaluation et lui apporter son soutien, si nécessaire.

ÉTABLIR LE CAHIER DES CHARGES DE L'ÉVALUATION OU DE LA SYNTHÈSE DES ENSEIGNEMENTS TIRÉS

Quelles que soient la finalité et l'approche, il importe de bien définir le cahier des charges. Celui-ci doit concerner directement les décisions à prendre par les utilisateurs visés. Le temps et les efforts consacrés à établir un bon cahier des charges seront payants en termes de qualité, de pertinence et d'utilité.

- ✓ Le cahier des charges devrait énoncer les objectifs (finalité) de la démarche, la méthodologie à suivre, les différentes étapes, ainsi que les rôles et responsabilités incombant à toutes les parties concernées.
- ✓ Les questions doivent être limitées aux points les plus importants et à ceux auxquels on peut réalistement répondre compte tenu des circonstances du moment ; les classer par ordre de priorité.
- ☺ Ne pas surcharger le cahier des charges ! Le problème se pose souvent lorsque plusieurs personnes ajoutent leurs propres questions, en particulier lors d'évaluations conjointes par plusieurs organismes. Il faut se concentrer sur l'essentiel et hiérarchiser les différents besoins des utilisateurs ou parties prenantes possibles.
- ☺ Faire preuve de prudence lorsqu'une même évaluation a à la fois pour objet de tirer des enseignements et de rendre des comptes – les questions et les utilisateurs cibles n'étant pas les mêmes, il risque d'il y avoir une ambiguïté au niveau des priorités et de l'approche.

Le cahier des charges est aussi important pour les équipes internes que pour les équipes externes, même si ces dernières peuvent exiger plus de détails sur le contexte général et sur les publics et utilisations visés. Il aura peut-être besoin d'être traduit à l'échelle des pays. Pour une évaluation à l'échelle du secteur, toutes les parties prenantes doivent se mettre d'accord sur ce document. Les méthodologies et outils à employer auront peut-être besoin d'être adaptés/améliorés et expérimentés pendant la phase de conception initiale.

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT D'UN GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ

2 UNE COORDINATION EFFICACE

3 ÉVALUATION DES BESOINS ET SUIVI DE LA SITUATION SANITAIRE

4 ANALYSE ET HIÉRARCHISATION

5 ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE ET PLANIFICATION

6 NORMES

7 SENSIBILISATION ET MOBILISATION DES RESSOURCES

8 SUIVI DE LA PERFORMANCE DU GROUPE – ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

9 SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS




• ANNEXES

RÔLE DU RESPONSABLE DE L'ÉVALUATION

Le/la responsable de l'évaluation fait partie de l'équipe d'évaluation, tout en ayant un rôle et une optique spécifiques. Ses tâches consistent notamment à :

- ✓ *assurer la préparation financière et logistique* : une budgétisation méticuleuse et une préparation logistique rigoureuse sont indispensables- ne pas sous-estimer le coût, le temps et les ressources nécessaires à une évaluation, en particulier le volet « activités de terrain ».
- ✓ *accorder suffisamment de temps à l'évaluation*, adopter une démarche systématique (dans la planification et la supervision), être sensible (aux besoins de l'équipe et des autres parties concernées) et être axé(e) sur les solutions (anticiper et trouver rapidement des solutions aux problèmes qui se feront inévitablement jour).
- ✓ *veiller à prévoir des délais suffisants* pour établir le niveau d'interaction approprié et assurer un retour permanent de l'information entre l'équipe d'évaluation, le responsable de l'évaluation, le personnel opérationnel et les autres parties prenantes.
- ✓ *assurer un suivi*- les rapports/conclusions et recommandations doivent être rapidement communiqués à toutes les parties concernées et portés à l'attention des responsables qui en ont besoin pour pouvoir prendre des mesures.

Lectures complémentaires

-  Beck T. *Evaluating humanitarian action using the OEDC-DAC criteria*. An ALNAP guide for humanitarian agencies. London: Overseas Development Institute, March 2006.
-  IHE. *Guidelines for implementing interagency health and nutrition evaluations in humanitarian crises*. Inter-Agency Health and Nutrition Evaluations in Humanitarian Crisis (IHE) Initiative, August 2007.
-  Turner R, Baker J, Zaw MO, Naing SA. *Inter-agency real time evaluation of the response to Cyclone Nargis*. 17 décembre 2008.

9

SERVICES STANDARD ET LISTES D'INDICATEURS

9.1 NIVEAUX DE SOINS, SOUS-SECTEURS ET SERVICES

La liste standard de sous-secteurs et de services de santé que l'on trouvera ci-après sert au recueil, à l'enregistrement et à l'analyse de données, y compris l'HeRAMS, l'ERI et d'autres évaluations (voir les sections 3.2, 3.3 et 3.4), au recensement des lacunes et à la planification (voir les sections 4.1 et 5.1). La liste des sous-secteurs est aussi utilisée dans la base de données 4W administrée par le BCAH.

1

RÔLE ET
FONCTIONNEMENT
D'UN GROUPE DE
RESPONSABILITÉ
SECTORIELLE
SANTÉ

2

UNE
COORDINATION
EFFICACE

3

ÉVALUATION
DES BESOINS ET
SUIVI DE LA
SITUATION
SANITAIRE

4

ANALYSE ET
HIÉRARCHISATION

5

ÉLABORATION
D'UNE
STRATÉGIE ET
PLANIFICATION

6

NORMES

7

SENSIBILISATION
ET MOBILISATION
DES RESSOURCES

8

SUIVI DE LA
PERFORMANCE
DU GROUPE –
ENSEIGNEMENTS
TIRÉS DE
L'EXPÉRIENCE

9

SERVICES
STANDARD
ET LISTES
D'INDICATEURS

ANNEXES

SERVICES DE SANTE – LISTE DE CONTRÔLE

par niveau de soins et par sous-secteurs sanitaires, pour les établissements de santé,
les dispensaires ambulants et les interventions communautaires

Niveau de soins	Domaine/ sous-secteurs		Services de santé (services de santé génésique de base en gras)	
C. Soins communautaires	C0	Recueil de statistiques vitales	C01	Naissances et décès
			C02	Autres : e.g. mouvements de population ; recensement des femmes enceintes et des nouveau-nés
	C2	Santé de l'enfant	C21	Éléments communautaires de la PCIME : IEC des personnes s'occupant d'enfants et recherche active des cas
			C22	Traitement à domicile de la fièvre et du paludisme, des infections respiratoires aiguës/de la pneumonie et de la déshydratation due aux diarrhées aiguës
			C23	Mobilisation communautaire en faveur de campagnes de vaccination de masse et/ou d'administration de médicaments ou de traitements en masse
	C3	Nutrition	C31	Dépistage de la malnutrition (périmètre brachial à mi-hauteur – MUAC)
			C32	Suivi des enfants recevant des compléments alimentaires ou une alimentation thérapeutique (comptabilisation des patients ayant abandonné le traitement)
			C33	Prise en charge thérapeutique communautaire de la malnutrition aiguë
	C4	Maladies transmissibles	C41	Lutte antivectorielle (IEC + moustiquaires imprégnées d'insecticide + pulvérisation d'insecticides à l'intérieur et à l'extérieur)
			C42	Mobilisation communautaire en faveur de campagnes de vaccination de masse et/ou d'administration de médicaments ou de traitements en masse
			C43	IEC sur les maladies prioritaires au niveau local (p. ex. tuberculose, paludisme ou autres)
	C5	IST & VIH/sida	C51	Sensibilisation des dirigeants communautaires aux IST et au VIH
			C52	IEC sur la prévention des IST/de l'infection à VIH et communication sur le changement de comportement
			C53	Accès gratuit aux préservatifs

Niveau de soins	Domaine/ sous-secteurs		Services de santé (services de santé génésique de base en gras)	
C. Soins communautaires	C6	Santé maternelle et néonatale	C61	Accouchement à domicile dans de bonnes conditions d'hygiène , distribution de kits aux femmes visiblement enceintes, IEC et communication sur le changement de comportement, connaissance des signes d'alerte et informations sur les endroits où s'adresser pour obtenir de l'aide, promotion de l'allaitement maternel
	C8	Maladies non transmissibles, traumatismes et santé mentale	C81	Promotion de l'initiative personnelle en matière de soins, soins de santé de base et soutien psychosocial, dépistage et orientation des cas graves en vue d'un traitement, suivi des personnes sortant d'établissements de santé, services sanitaires et sociaux pour les personnes atteintes de maladies chroniques, de handicaps et de problèmes de santé mentale
	C9	Santé environnementale	C91	IEC sur la promotion de l'hygiène, l'eau et l'assainissement, mobilisation communautaire pour des campagnes de nettoyage et/ou d'autres activités d'assainissement
P. Soins primaires	P1	Services cliniques généraux	P11	Services de soins en ambulatoire
			P12	Services de laboratoire de base
			P13	Capacité d'hospitalisation de courte durée (5 à 10 lits)
			P14	Orientation des patients : procédures, moyens de communication et de transport
	P2	Santé de l'enfant	P21	PEV: vaccination systématique contre toutes les maladies ciblées au niveau national et chaîne du froid adéquate
			P22	Examen clinique des enfants de moins de cinq ans effectué par des soignants formés à la PCIME
			P23	Dépistage de la sous-nutrition/malnutrition (surveillance de la croissance, du paramètre brachial à mi-hauteur, du poids pour la taille, de la taille pour l'âge)

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Niveau de soins	Domaine/ sous-secteurs		Services de santé (services de santé génésique de base en gras)	
P. Soins primaires	P3	Nutrition	P31	Prise en charge de la malnutrition aiguë modérée
			P32	Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère
	P4	Maladies transmissibles	P41	Site sentinelle pour une alerte rapide en cas de maladies à tendance épidémique et pour la riposte aux épidémies (système d'alerte précoce et de riposte)
			P42	Diagnostic et traitement du paludisme
			P43	Diagnostic et traitement de la tuberculose
			P44	Diagnostic et traitement d'autres maladies transmissibles présentes localement (p. ex. trypanosomiase humaine africaine)
	Santé sexuelle et génésique	P5 IST & VIH/sida	P51	Prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles
			P52	Précautions standard : aiguilles et seringues jetables, boîtes de sécurité, équipement de protection personnelle, stérilisateur, P 91
			P53	Accès gratuit aux préservatifs
			P54	Prophylaxie et traitement des infections opportunistes
			P55	Dépistage du VIH et conseil
			P56	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME)
			P57	Traitement antirétroviral
		P6 Santé maternelle et néonatale	P61	Planification familiale
P62			Soins prénatals: évaluation de la grossesse, planification de la naissance et des mesures d'urgence, résolution des problèmes (observés et/ou rapportés), conseils en matière de nutrition et d'allaitement maternel, initiative personnelle en matière de soins et planification familiale, traitements préventifs le cas échéant	
P63			Accouchement normal pratiqué par du personnel qualifié afin d'en garantir l'hygiène et la sécurité	

Niveau de soins	Domaine/ sous-secteurs		Services de santé (services de santé génésique de base en gras)
P. Soins primaires	Santé sexuelle et génésique	P6 Santé maternelle et néonatale	P64 Soins essentiels au nouveau-né: réanimation élémentaire + réchauffement (méthode kangourou recommandée) + prophylaxie oculaire + coupure du cordon ombilical dans de bonnes conditions d'hygiène + allaitement au sein exclusif et précoce
			P65 Soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB): administration par voie parentérale d'antibiotiques + ocytotiques/ anticonvulsivants + extraction manuelle du placenta + évacuation de la cavité utérine par aspiration manuelle + accouchement par voie vaginale assisté 24 h/24 h et 7 j/7 j
			P66 Soins après l'accouchement : examen de la mère et du nouveau-né (jusqu'à 6 semaines), réponse aux signes observés, promotion de l'allaitement maternel, promotion de la planification familiale
			P67 Prise en charge complète de l'avortement: avortement provoqué dans de bonnes conditions de sécurité dans tous les cas où cela est légal, évacuation utérine par aspiration manuelle ou à l'aide de méthodes médicamenteuses, prophylaxie antibiotique, traitement des complications, conseil en matière d'avortement et de contraception après un avortement
		P7 Violence sexuelle	P71 Prise en charge clinique des victimes de viol (y compris soutien psychologique)
			P72 Contraception d'urgence
			P73 Prophylaxie post-exposition (PPE) des IST et de l'infection à VIH

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Niveau de soins	Domaine/ sous-secteurs		Services de santé (services de santé génésique de base en gras)	
P. Soins primaires	P8	Maladies non transmissibles, traumatismes et santé mentale	P81	Soins aux blessés et prise en charge d'un grand nombre de victimes
			P82	Traitement de l'hypertension
			P83	Traitement du diabète
			P84	Soins de santé mentale: soulagement du stress et de l'anxiété aiguës, prise en charge des troubles mentaux graves et courants en première intention
	P9	Santé environnementale	P91	Gestion et élimination des déchets liés aux soins de santé en toute sécurité
S. Soins secondaires et tertiaires	S1	Services cliniques généraux	S11	Services hospitaliers (médecine, pédiatrie, obstétrique et gynécologie)
			S12	Interventions chirurgicales d'urgence et programmées
			S13	Service de laboratoire (y compris de santé publique)
			S14	Banques de sang
			S15	Service de radiologie
	S2	Santé de l'enfant	S21	Prise en charge des enfants atteints de maladies graves ou très graves (administration de liquides et de médicaments par voie parentérale, O2)
	S6	Santé maternelle et néonatale	S61	Soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC): soins obstétricaux essentiels + césarienne + transfusion sanguine
	S8	Maladies non transmissibles, traumatismes et santé mentale	S81	Réadaptation en cas de handicap et de traumatisme
			S82	Soins psychiatriques et soutien psychologique en ambulatoire
			S83	Service de psychiatrie pour l'hospitalisation des cas aigus

9.2 INDICATEURS ET VALEURS DE RÉFÉRENCE

Le tableau ci-dessous présente quelques indicateurs couramment utilisés, ainsi que les valeurs correspondantes largement acceptées. On trouvera dans le tableau suivant des indications concernant l'estimation des taux de mortalité.

Catégorie	Nb	Nom de l'indicateur	Type	Méthode de collecte des données	Critères de références
Disponibilité des ressources sanitaires	A.1	Population moyenne couverte par structure de santé (SS) fonctionnelle, par type de SS et par unité administrative	Intrant, proxy	HeRAMS	Standards SPHERE: 10.000 par unité de santé; 50.000 par centre de santé; 250.000 par hôpital rural/de district
	A.2	Nombre de SS avec soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB) / 500.000 population, par unité administrative	Intrant, proxy	HeRAMS	> = 4 SOUB /500.000
	A.3	Nombre de SS avec soins obstétricaux d'urgence complet / 500.000 population, par unité administrative	Intrant	HeRAMS	> = 1 SOUC /500.000
	A.4	Pourcentage de SS sans stock de médicaments essentiels de 4 groupes de médicaments, par unité administrative	Intrant	IRA	100%
	A.5	Nombre de lits hospitaliers (y compris la maternité) par 10.000 habitants, par unité administrative	Intrant	HeRAMS	> 10
	A.6	Pourcentage de SS avec prise en charge des survivants de viol + contraception en urgence + PPE	Intrant	HeRAMS	100%
	A.7	Nombre de personnels de santé (docteurs + infirmie(ière)s + accoucheuses) par 10.000 habitants, par unité administrative (%m/f)	Intrant	HeRAMS	> 22
	A.8	Nombre d'agents de santé communautaires par 10.000 habitants, par unité administrative	Intrant	HeRAMS	> = 10

Catégorie	Nb	Nom de l'indicateur	Type	Méthode de collecte des données	Critères de références
Couverture des services de santé	C.1	Nombre de consultations externes par personne par an, par unité administrative	Extrant, proxy	Système d'information sanitaire (SIS) / Système d'alerte précoce et de réponse aux épidémies	> = 1 nouvelle visite par personne par an
	C.2	Nombre de consultations par clinicien par jour, par unité administrative	Extrant	SIS	Moins de 50/ par jour / par clinicien
	C.3	Couverture de la vaccination contre la rougeole (6 mois-15 ans)	Extrant	SIS, enquête	> 95 % dans des camps ou en milieu urbain > 90 % en milieu rural
	C.4	Couverture de DTC3 chez < 1 an, par unité administrative	Extrant	SIS, enquête	> 95 %
	C.5	Pourcentage des naissances assistées par du personnel qualifié	Extrant	SIS, enquête	> 90 %
	C.6	Pourcentage des accouchements par césarienne, par unité administrative	Extrant	Surveillance prospective basée sur les SS	> = 5 % et < = 15 %
Facteurs de risques	R.1	Nombre de cas ou incidence de maladies spécifiques au contexte local (choléra, rougeole, méningite aiguë, autres)	Impact	Système d'alerte précoce et de réponse aux épidémies, IRA, surveillance prospective basée sur les SS, enquêtes	Mesure des tendances
	R.2	Nombre de cas ou incidence des cas de violence sexuelle	Impact	Surveillance prospective basée sur les SS, enquêtes	Mesure des tendances
	R.3	Létalité des maladies les plus fréquentes	Impact, proxy	Surveillance prospective basée sur les SS	Mesure des tendances
	R.4	Mortalité proportionnelle	Impact, proxy	Surveillance prospective basée sur les SS	Mesure des tendances
	R.5	Nombre d'admissions dans les CNS et CNT	Impact, proxy	Surveillance prospective basée sur les SS	Mesure des tendances
	R.6	Proportion/nombre de cas de MAG et MAS chez les < 5 ans détectés dans les SS (OPD/IPD)	Impact, proxy	Surveillance prospective basée sur les SS	Mesure des tendances
	R.7	Proportion de personnes avec < 15L d'eau/jour		Évaluations	Mesure des tendances
Mesure d'impact sur la santé	O.1	Taux brut de mortalité	Impact	Enquêtes, surveillance communautaire prospective	Seuil d'urgence, soit: > = 2x taux de base OU > 1/10.000/jour*
	O.2	Taux de mortalité infantile	Impact	Enquêtes, surveillance communautaire prospective	Seuil d'urgence, soit: > = 2x taux de base OU > 2/10.000/jour*

Catégorie	Nb	Nom de l'indicateur	Type	Méthode de collecte des données	Critères de références
Mesure d'impact sur la santé	O.3	Prévalence de la MAG	Impact	Enquêtes	< 10 %, mesure des tendances
	O.4	Prévalence de la MAS	Impact	Enquêtes	Mesure des tendances
	O.5	Pourcentage de la population se situant dans le pire quintile de fonctionnement, y compris ceux présentant des difficultés de fonctionnement sévères ou extrêmes	Impact	Enquêtes WHODAS 2.0*	Les seuils doivent être définis en fonction du contexte local et de la nature de la crise. Mesure de tendances

* Measuring Health and Disability, Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0, WHO 2010.




ESTIMATION DES TAUX DE MORTALITÉ

Pour pouvoir comparer l'évolution au cours du temps des taux de mortalité dans une population, ou entre différentes populations, il faut d'abord calculer un taux à partir du nombre de décès recensés sur une période donnée, en utilisant la population comme dénominateur. Les taux de mortalité peuvent être exprimés de deux façons, selon la situation :

Situation	Fréquence habituelle du recueil des données	Calcul du taux de mortalité
Situation d'urgence aiguë	Quotidienne ou presque quotidienne	Nombre de décès/ 10 000 habitants/jour
Situation sanitaire stabilisée	Mensuelle	Nombre de décès/ 1000 habitants/mois

N. B. : Dans bien des situations, on ne dispose que d'une estimation approximative pour la population totale et on assiste parfois à de nombreux déplacements de population à l'intérieur et au-delà des frontières. Le dénominateur est alors incertain et variable. Dans ce cas, on calculera le taux de mortalité à partir de la moyenne (arithmétique) du nombre d'habitants pendant la période concernée.

Lectures complémentaires

-  Checchi F et Roberts L. *Interpreting and using mortality data in humanitarian emergencies*. HPN Network Paper No. 52, Sept. 2005.
-  SMART. *Measuring mortality, nutritional status, and food security in crisis situations: SMART methodology*. Version 1 avril 2006.
-  CDC et PAM. *A manual: measuring and interpreting mortality and malnutrition*. Centers for Diseases Control and Prevention et Programme alimentaire mondial, 2005.



CE QUE VOUS TROUVEREZ DANS LE CD-ROM (la liste complète des outils et annexes est disponible en pages 8 et 9)

1. La version électronique du *Guide Responsabilité Sectorielle Santé*
2. Les outils du groupe de responsabilité sectorielle Santé
3. Documents de référence
4. Annexes du *Guide Responsabilité Sectorielle Santé* (telles que mentionnées dans le texte)
5. Lectures complémentaires

- BCAH (2006). *Guide technique pour les appels globaux 2006*.
- BCAH (2007). *Consolidated appeal 2007 for Liberia*.
- BCAH (2008). *Plan d'action humanitaire 2008 pour la République démocratique du Congo*.
- BCAH (2009). *Consolidated appeal 2009: guidelines*.
- BCAH (2009). *Guidelines for mid-year review*.
- BCAH (2009). *Revised flash appeal guidance*.
- BCAH. *OCHA field offices and the FTS*.
- Beck T (2006). *Evaluating humanitarian action using the OEDC-DAC criteria. An ALNAP guide for humanitarian agencies*. ODI.
- CDC, PAM (2005). *A manual: measuring and interpreting mortality and malnutrition*.
- CDC, USAID (2007). *Reproductive health assessment toolkit for conflict-affected women*.
- CEPALC (2003). *Handbook for estimating the socio-economic and environmental effects of disasters*.
- CERF *Application Template 2009*.
- Checchi F et Roberts L (2005). *Interpreting and using mortality data in humanitarian emergencies*. HPN Network Paper No. 52.
- Commission des femmes pour les femmes et les enfants réfugiés (septembre 2006). *Dispositif minimum d'urgence (DMU) en santé reproductive dans les situations de crise : module d'apprentissage à distance*.
- CPI (1999). *Reproductive health in refugee situations: an inter-agency field manual*.
- CPI (2003). *Directives concernant les interventions relatives au VIH/sida dans les situations d'urgence*.
- CPI (2004). *Guidance for CAP project selection and prioritization*.
- CPI (2006). *Femmes, filles, garçons et hommes : des besoins différents, des chances égales – Guide pour l'intégration de l'égalité des sexes dans l'action humanitaire*.
- CPI (2006). *Strengthening NGOs participation in the IASC. A discussion paper*.
- CPI (2007). *Advocating with national authorities, Building and managing Consensus, Contingency planning, Information Management, Leadership in Cluster, Shared assessment & analysis, Smarter Coordination Meetings*. Cluster-Sector Leadership Training Tip Sheet.
- CPI (2007). *CERF life-saving criteria and sectoral activities guidelines*.
- CPI (2007). *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence*.
- CPI (2007). *Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire*.
- CPI, Groupe de travail (2007). *Rome statement on cluster roll-out, 5-7 novembre 2007*.
- CPI, Groupe de travail sur la procédure d'appel global (2006). *Cadre d'analyse des besoins. Renforcement de l'analyse et présentation des besoins humanitaires dans le CAP*.
- CPI, Groupe sectoriel Santé mondial (2008). *Health Cluster guidance note on health recovery* (version finale pour 2010).
- CPI, Sous-Groupe de travail sur les mesures préalables et la planification de mesures d'urgence (2007). *Directives relatives à la planification de mesures d'urgence pour l'assistance humanitaire*.
- Darcy J, Hofmann C-A (2003). *According to need? Needs assessment and decision-making in the humanitarian sector*. HPG Report # 15.
- Development Initiatives (2006). *Review of trust fund mechanisms for transition financing, Phase 2 Report*.
- Dispositif mondial d'aide humanitaire (2007). *Principes en matière de partenariat. Déclaration d'engagement*.
- ECHO (2005). *Manuel de gestion du cycle de projet*.
- FEWER, International Alert et Saferworld (2004). *Conflict-sensitive approaches to development, humanitarian assistance and peace-building: A resource pack*.
- Global WASH Cluster Coordination Project (2009). *WASH Cluster Coordinator Handbook*.
- Griekspoor A, Loretta A et Colombo A (2005). *Tracking the performance of essential health and nutrition services in humanitarian responses*.
- Groupe sectoriel Santé mondial (2007). *Gap guidance materials – Assisting the health sector coordination mechanism to identify and fill gaps in the humanitarian response*.
- Groupes de travail sur le redressement précoce et sur la transition du UNDG et de ECHA (2008). *Guidance note on early recovery*.
- IAWG, UNHCR (1999). *Reproductive health in refugee situations: an inter-agency field manual*.
- Inter-Agency Health and Nutrition Evaluations in Humanitarian Crisis (IHE) Initiative (2007). *Guidelines for implementing interagency health and nutrition evaluations in humanitarian crises*.
- Islam, M éd. (2007). *Health systems assessment approach: A how-to manual*. USAID, Health Systems 20/20, Partners for Health Reformplus, Quality Assurance Project, Rational Pharmaceutical Management Plus. Management Sciences for Health.
- Moss WJ et al. Child health in complex emergencies. *Bulletin of the World Health Organization* 2006; 84(1).
- MSF (1996). *Conduite à tenir en cas d'épidémie de rougeole*.
- MSF (1997). *Refugee health. An approach to emergency situations*.

Le CD contient le texte intégral du Guide avec des hyperliens vers des documents de référence. Pour plus de commodité, **le CD contient aussi la plupart des documents de référence en version électronique** afin que les utilisateurs qui ont difficilement ou qui n'ont pas du tout accès à Internet puissent les consulter.

Pour consulter les documents qui se trouvent sur le CD, introduisez le disque dans un lecteur de CD-ROM (interne ou externe). S'il ne s'ouvre pas automatiquement, ouvrez-le à partir de l'ordinateur et double-cliquez sur le fichier **index.html**.

- MSF (2007). *Guide clinique et thérapeutique pour les programmes curatifs des hôpitaux et des dispensaires*.
- MSF (2007). *Obstétrique en situation d'isolement. Guide pratique à l'usage des praticiens non spécialistes*.
- MSF (2008). *Prise en charge d'une épidémie de méningite à méningocoque*.
- OMS (1999). *La prise en charge de la malnutrition sévère: Manuel à l'usage des médecins et autres personnels de santé à des postes d'encadrement*.
- OMS (1999). *Rapid health assessment protocols for emergencies*.
- OMS (2001). *Safe motherhood needs assessment*.
- OMS (2003). *Health facility survey: tool to evaluate the quality of care delivered to sick children attending outpatient facilities*.
- OMS (2004). *Flambées de choléra; évaluations des mesures mises en œuvre en cas de flambée et amélioration de la préparation*.
- OMS (2004). *Practical guidelines for infection control in health care facilities*.
- OMS (2005). *Communicable disease control in emergencies – A field manual*.
- OMS (2005). *Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur*.
- OMS (2005). *Malaria control in complex emergencies. An inter-agency field handbook*.
- OMS (2007). *Principes d'éthique et de sécurité recommandés par l'OMS pour la recherche, la documentation et le suivi de la violence sexuelle dans les situations d'urgence*.
- OMS (2007). *Setting priorities in communicable disease surveillance*.
- OMS (2007). *Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- OMS (2007). *Towards a framework for health recovery in transition situations*. Consultation mondiale sur le relèvement du secteur de la santé en situation de transition. Montreux (Suisse), 4-6 décembre 2007.
- OMS (2008). *Health Cluster bulletin (Mozambique)*. 10-22 février 2008.
- OMS (2008). *Managing WHO humanitarian response in the field (ébauche)*.
- OMS (2009). *HeRAMS. Health Resources Availability Mapping System*.
- OMS (2009). *Manuel de prise en charge des enfants en situation d'urgence humanitaire*.
- OMS, FNUAP, UNHCR (2001). *La santé reproductive en situations de réfugiés: manuel de terrain interorganisations*.
- OMS, FNUAP, UNICEF, Banque mondiale (2009). *Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement. Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période postnatale*.
- OMS, ONUSIDA (2000). *Normes recommandées par l'OMS pour la surveillance*.
- OMS, OPS (2000). *Natural disasters – protecting the public's health*.
- OMS, OPS (2003). *Guidelines for the use of foreign field hospitals in the aftermath of sudden impact disasters*.
- OMS, UNHCR (2005). *Gestion clinique des victimes de viol: développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays*. Ed. rév.
- ONU (1991). *Résolution 46/182 de l'Assemblée générale du 19 décembre 1991 sur le renforcement de la coordination de l'aide humanitaire d'urgence de l'Organisation des Nations Unies*.
- ONU (2006). *Integrated mission planning process guidelines*.
- ONU (2008). *Rapporter et interpréter les données relatives à la violence sexuelle en provenance de pays où sévissent des conflits «ce qu'il faut faire et ne pas faire»*. Non Au Viol, Initiative des Nations Unies contre la violence sexuelle dans les pays en conflit.
- OPS (1982). *Surveillance épidémiologique après un désastre naturel*.
- Pavignani E et Colombo A (2009). *Analysing disrupted health sectors. A modular manual*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- PNUD (2007). *Memorandum of Understanding regarding operational aspects of the peacebuilding funds*.
- Projet Sphère (2004). *Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors de catastrophes. Edition révisée*.
- ReliefWeb (2008). *Glossary of Humanitarian Terms*.
- Seeds for change. *Consensus decision-making*.
- Seeds for change. *Consensus in large groups*.
- SMART (2006). *Measuring mortality, nutritional status, and food security in crisis situations: SMART methodology*. Version 1.
- Smith J (2005). *Guide to health workforce development in post-conflict environments*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- Smith JH, Kolehmainen-Aitken RL (2006). *Establishing human resource systems for health during post-conflict reconstruction*. Management Sciences For Health (MSH), occasional paper No.3.
- Stoddard A, Salomons D, Haver K et Harmer A (2006). *Common funds for humanitarian action in Sudan and the Democratic Republic of Congo: monitoring and evaluation study*. Overseas Development Institute.
- Turner R, Baker J, Zaw M O, Naing S A (2008). *Inter-agency real time evaluation of the response to Cyclone Nargis, 17 décembre 2008*.
- UNDG, Banque mondiale (2005). *An operational note on transitional results matrices*.
- UNDG, ECHA (2005). *Transitional strategy guidance note*.
- UNDG, PNUD, Banque mondiale (2004). *Practical guide to multilateral needs assessments in post-conflict situations*.
- UNHCR (2006). *Tool for participatory assessment in operations*.
- UNHCR (2008). *Public Health Facility Toolkit*.
- Valid International and Concern Worldwide (2006). *Community-based therapeutic care: a field manual*.