SAHEL
UNE NOUVELLE APPROCHE POUR GARANTIR DES SYSTEMES DE SANTE FORTS ET RESILIENTS

EDITION 2018

ACTION AGAINST HUNGER
ACTION CONTRE LA FAIM

Equipe de Recherche

Camile Eric Kouam,
Consultant Indépendant
Département de nutrition, Faculté de Médecine, Université de Montréal
Pavillon Liliane-Stewart, CP 6128 succ. Centre-ville
Montréal Qc Canada H3C 3J7

Fanta TOURE DIOP
Spécialiste en Santé Publique, Conseillère Régionale Nutrition Santé pour le bureau régional Action Contre la Faim à Dakar
Tél : + 221 77 099 35 45
Email: ftoure@wa.acfspain.org
ADRESSE : Action Contre La Faim, Bureau Régional Afrique de l'Ouest / Almadies Lot B, Rond-Point Ngor _BP. 29621 – Dakar Sénégal

Antonio Vargas Brizuela
Responsable de Département Santé & Nutrition,
ADRESSE : Siège Action Contre la Faim Espagne
Calle Duque de Sevilla, 3 – 28002 Madrid – Espagne
Email: avargas@accioncontraelhambre.org
Tél: +34911840835

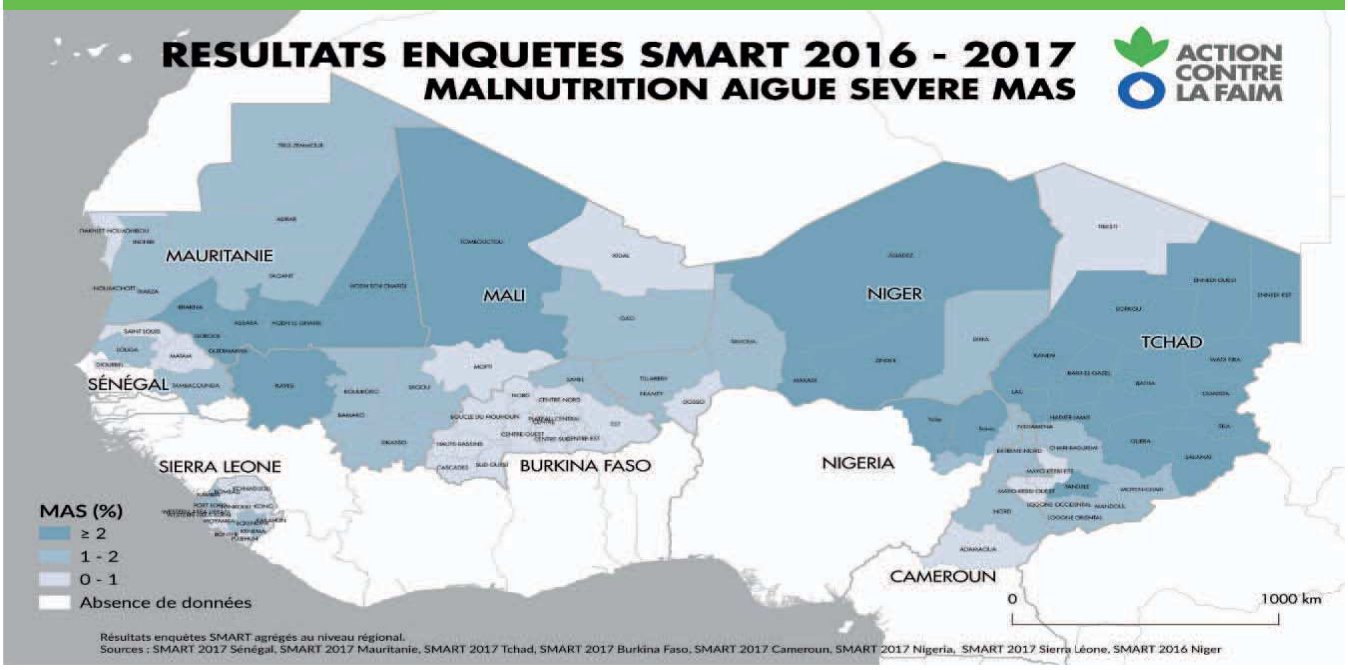
Pour faire référence au document:
Sahel; pour une nouvelle approche qui garantit des systèmes de santé forts et résilients. Camile Eric Kouam, Fanta TOURE DIOP & Antonio Vargas Brizuela. Actión Contre la Faim. Juillet 2018.

Aide humanitaire
et Protection civile

QUELQUES CONCEPTS CLES

Système de Santé : Un système de santé englobe l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont le but est d'améliorer la santé.
Renforcement du Système de Santé: Renforcer le système de santé consiste à agir sur ses six piliers, afin d'améliorer de façon durable et équitable les services de santé et la santé des populations. Cette action, permettant ainsi de changer de paradigme, doit être menée à travers une vision globale et de façon équilibrée au risque de compromettre le succès.
Résilience du Système de Santé : La résilience du système de santé fait référence à la capacité du système de santé d'anticiper, d'absorber, de s'adapter ou de se transformer lorsqu'il est exposé à un choc (comme une pandémie, une catastrophe naturelle ou des conflits armés), tout en maintenant sa capacité à fournir ses services et de conserver le même contrôle sur sa structure et ses fonctions.
Choc de type 1 : Augmentations, hausses subites du nombre de patients quel que soit la cause, la durée et la magnitude de cette augmentation.
Choc de type 2 : Chocs impactant directement la structure intrinsèque du système de santé sans nécessairement générer une augmentation du nombre de patients. Par exemple, une inondation peut altérer le bon fonctionnement (impossibilité d'accès aux structures de santé, ou d'approvisionnement en médicaments) des structures de santé, sans pour autant blesser les populations.

CONTEXTE SANITAIRE ET NUTRITIONNEL AU SAHEL



- **Le Sahel est régulièrement affecté par un cycle de facteurs de vulnérabilité et d'instabilité qui se renforcent mutuellement.** La dernière grande sécheresse de 2011/2012 a laissé plus de 18 millions de personnes confrontées à la faim et un million d'enfants à risque de mourir de malnutrition (Source : OCHA). Les tendances historiques montrent que la région est confrontée à une sécheresse environ tous les trois ans et à une sécheresse majeure tous les cinq à dix ans (Source : PAM).

- Selon les dernières enquêtes Nutritionnelles de 2016-2017 (méthodologie SMART), **la situation nutritionnelle est critique dans ces pays avec pour la plupart des prévalences de la malnutrition aiguë sévère** qui ont augmentées en 2017 par rapport aux années précédentes.

- **Ces dernières années, une récurrence d'épidémies a été noté dans les pays du Sahel, contribuant fortement à stresser et fragiliser les systèmes de santé déjà faibles des pays:** Hépatite E , Ébola, Fièvre de la vallée du rift, Fièvre de Lassa, etc.

- **La faible couverture et la faible qualité des services de santé y compris la nutrition, sont en lien avec la faiblesse des systèmes de santé. Ce qui ne les rend pas résilients face aux chocs de type catastrophe naturelle**. En effet, face à ces différents chocs, les systèmes de santé de ces pays étant déjà très faibles et le plus souvent continuellement sous pression pendant les périodes de pics sanitaires et/ou nutritionnels, se retrouvent dans l'incapacité de fournir des prestations de soins et des services de qualité.

©Action Contre la Faim

EST CE QUE NOUS AVONS DANS LE SAHEL DES SYSTEMES DE SANTE FORTS ET RESILIENTS ?

En 2013, Action Contre la Faim a développé une méthodologie qui vise à comprendre les forces et les faiblesses du système de santé et de la structure communautaire (diagnostic), afin de déterminer les actions prioritaires requises pour leur renforcement (programmation). Des études de diagnostic ont été conduites dans plusieurs pays du Sahel (Burkina Faso, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal, Tchad) et qui ont permis de se faire une idée sur les défis à relever pour le renforcement du système de santé et de la communauté dans les zones d'études.

Cependant, il existe encore peu d'informations sur les stratégies *d'anticipation* et les capacités *d'absorption, d'adaptation et de transformation* des systèmes de santé à répondre aux chocs sanitaires et nutritionnels dans la région. Il est donc primordial de documenter ces insuffisances afin de contribuer à renforcer la résilience des systèmes de santé de la région. C'est dans ce cadre que cette étude a été réalisée par Action Contre la Faim à travers son bureau régional Afrique de l'Ouest.

Il s'agit d'une étude mixte (qualitative et quantitative) de type descriptif.

Cette étude intitulée ***«Evaluation de la résilience des systèmes de santé face aux urgences sanitaires et nutritionnelles»*** s'est déroulée de mars 2017 à Mars 2018, couvrant la région du Sahel, avec des études de cas au Mali et au Niger dans 3 contextes différents (Diffa-Tombouctou - Kita & Maradi)

L'étude s'est déroulée après approbation du comité d'éthique du ministère de la santé au Niger, obtenue le 08 juin 2017, et du comité d'éthique de l'Institut National de Recherche en Santé Publique au Mali, obtenue le 30 juin 2017.

Quatre principales techniques de collecte des données ont été utilisées, à savoir :

(a) La revue documentaire et la récolte des données épidémiologiques,
(b) Des entretiens individuels avec des informateurs clés,
(c) les groupes de discussions avec des acteurs clés et les communautés
(d) les ateliers de collecte des données avec les différents acteurs au niveau Districts, Régional, national et sous régional

Les tendances mensuelles des chocs/pics ont été déterminées pour les cinq dernières années (2012-2016) dans la zone d'étude de chaque pays. Quant aux données qualitatives, l'analyse était essentiellement thématique.

La triangulation a été utilisée avec les données provenant de la revue documentaire et les analyses quantitatives étant comparées à celles provenant des entretiens individuels, des groupes de discussion et des ateliers, afin d'assurer la cohérence.

NOS CONSTATS

Les treize (13) pathologies les plus fréquentes identifiés au Mali et les douze (12) identifiées au Niger, sont, par ordre d'importance, les suivantes:

- **le paludisme,**
- **la malnutrition aiguë,**
- **les infections respiratoires aiguës,**
- **la diarrhée et les infections urinaires,**
- **la rougeole, le VIH et les dermatoses,**
- **la méningite, le choléra, la coqueluche,**
- **l'hépatite E, l'otite aiguë et l'ulcère gastrique.**

Dans la région de Diffa au Niger, l'hépatite E qui ne faisait pas partie des pathologies courantes, est apparue comme un problème important de santé publique en 2016 et 2017, consécutive aux déplacements internes des populations et l'arrivée massive des réfugiés provenant du Nigeria voisin.

- Les facteurs de survenue des quatre principales pathologies les plus graves (paludisme, malnutrition aiguë, IRA, diarrhée) étaient les plus intenses. Cette intensité était moyenne ou faible pour les autres pathologies (Exemple: rougeole, méningite, coqueluche, etc.)
- Dans quatre zones d'étude, les facteurs de survenue du paludisme incluaient l'abondance de pluie, l'accumulation d'eaux stagnantes et la prolifération des moustiques.
- Les facteurs de survenue de la malnutrition aiguë énumérés incluaient la période de soudure, la forte occupation des femmes par les travaux champêtres, les mauvaises conditions d'hygiène et les maladies. S'y ajoutaient les déplacements de populations consécutives à l'insécurité dans le cercle de Tombouctou au Mali et la région de Diffa au Niger.

© Action Contre la Faim

NOS CONSTATS

Le système de santé subit les effets conjoints des pics des quatre principales pathologies durant les mois de mars à septembre, c'est-à-dire 7 mois sur 12 de l'année.

- Le froid en saison hivernale, les poussières et les enfants insuffisamment protégés contre le froid et les vents, étaient les facteurs de survenue d'infections respiratoires aiguës identifiés dans les quatre zones d'étude.
- La pullulation de mouches, les mauvaises conditions d'hygiène, l'insalubrité, les eaux stagnantes, la consommation d'eau non potable et de fruits en décomposition étaient les principaux facteurs de survenue de diarrhée.
- Quant à la rougeole, les facteurs de survenue des pics dans les quatre zones d'étude incluaient les déplacements de population (Diffa, Maradi, Tombouctou), ainsi que la faible couverture vaccinale.
- Et enfin, l'augmentation de la pluviométrie, les mauvaises conditions d'hygiène et la consommation d'eau non potable ont été identifiées comme facteurs de survenue des pics de choléra.
- Dans les deux zones d'études au Mali, les pics de paludisme, malnutrition aiguë et diarrhée se chevauchaient de juin à septembre (4 mois) durant les cinq dernières années. Cependant, le système de santé subissait aussi la pression des IRA durant les mois de mars, avril, mai, allant parfois jusqu'à juillet (5 mois).
- *Dans le cas du Niger*, les pics de paludisme n'étaient pas systématiquement suivis de pics de malnutrition. L'absence de chevauchement entre les pics dans les régions de Maradi et Diffa, s'expliquerait par leur longue expérience et appui des plusieurs partenaires de programme de prise en charge de la malnutrition aiguë, Plusieurs acteurs humanitaires y déploient des actions de lutte contre la malnutrition, ce qui aurait contenu les pics de malnutrition. Le paludisme ne bénéficiant pas d'actions similaires, les pics saisonniers sont restés constants.

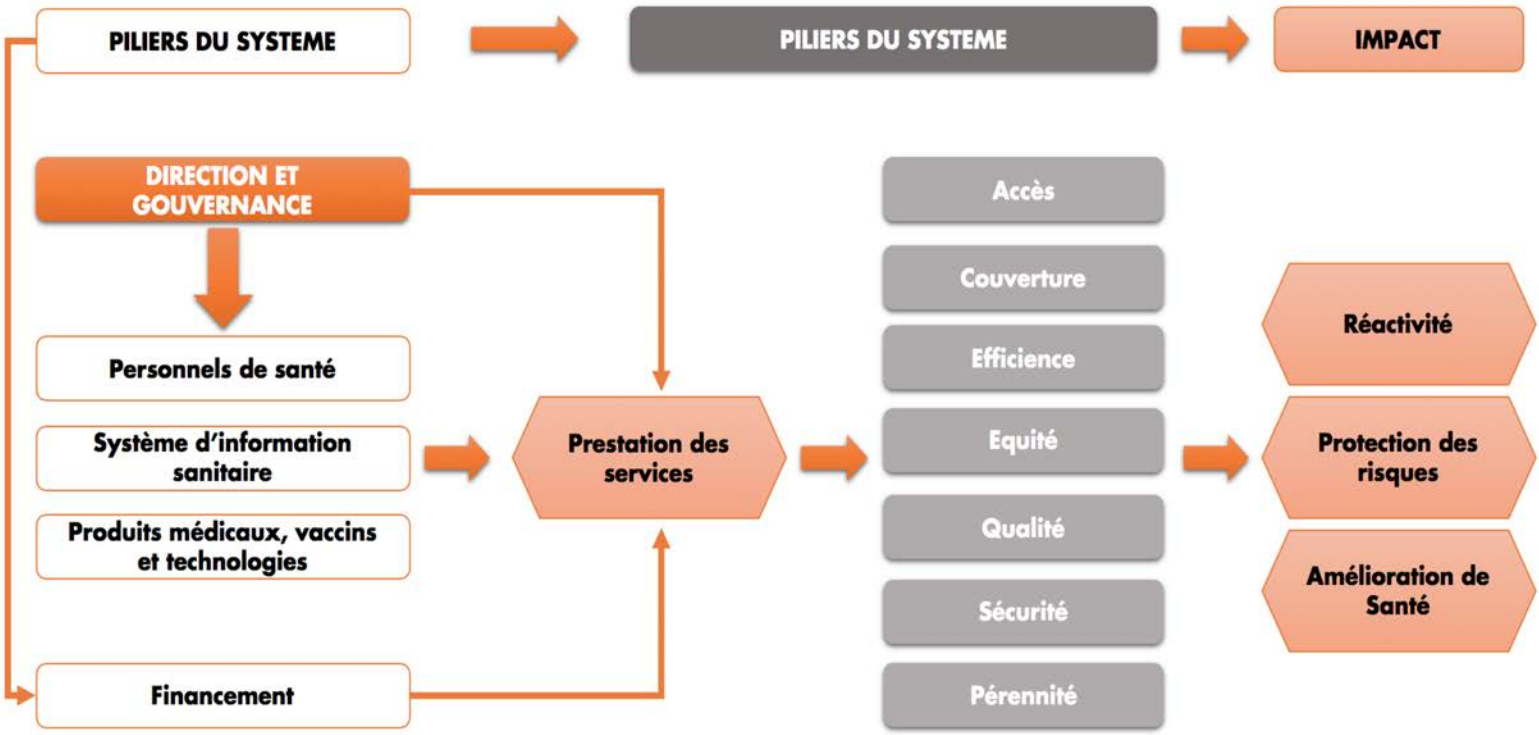
		Janv	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept	Octobre	Novembre	Dec	Evènements ou facteurs favorisants	Intensité
Paludisme	Kita													Hivernage, ↑ pluviométrie, eaux stagnantes, crues, multiplication des moustiques	Élevée
	Tombouctou														
Diarrhée	Kita													Pullulation de mouches, mauvaises conditions d'hygiène, insalubrité, eaux stagnantes, utilisation d'eau non potable	Élevée
	Tombouctou														
Malnutrition	Kita													Soudure, forte occupation des femmes par travaux champêtres, mauvaises conditions d'hygiène, autres maladies, Conflits et déplacement populations	Élevée
	Tombouctou														
IRA	Kita													Fraicheur, vents/harmatan, poussières, enfants pas bien protégés contre le froid et les vents	Élevée
	Tombouctou														
Coqueluche	Kita													Humidité, insuffisance de moyens de protection des enfants, faible couverture vaccinale ++++, promiscuité	Moyenne
	Tombouctou														
Rougeole	Kita													Forte chaleur, faible couverture vaccinale, harmatan	Moyenne
	Tombouctou														Faible
Méningite	Kita													Forte chaleur, faible couverture vaccinale, harmatan	Moyenne
	Tombouctou														Faible
Choléra	Kita, Tombouctou													↑ pluviométrie, eaux stagnantes, crues mauvaises conditions d'hygiène	Faible

		Janv	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept	Octobre	Novembre	Dec	Évènements ou facteurs favorisants	Intensité
Paludisme	Diffa													Hivernage Eaux stagnantes Abondance de pluie Prolifération moustiques	Élevée
	Maradi														
Malnutrition	Diffa													Soudure Maladies (paludisme, diarrhées) Réfugiés, déplacés (Diffa)	Élevée
	Maradi														
IRA	Diffa													Fraicheur, vents/harmatan, poussières	Élevée
	Maradi														
Diarrhée	Diffa													Mauvaises conditions d'hygiène, insalubrité, eaux stagnantes, consommation d'eau non potable et de fruits en décomposition	Élevée
	Maradi														
Rougeole	Diffa													Forte chaleur, faible couverture vaccinale, harmatan, vents chauds, Déplacements populations Frontière Nigéria (Maradi)	Faible
	Maradi														Moyenne
Choléra	Diffa													↑ pluviométrie, eaux stagnantes, mauvaises conditions d'hygiène, Consommation eau non potable	Faible
	Maradi														
Méningite	Diffa													Forte chaleur, faible couverture vaccinale, Frontière Nigéria et importants déplacements populations (Maradi)	Moyenne
	Maradi														Faible
Coqueluche	Diffa													Froid, vents et poussière	Faible
	Maradi														

NOS CONSTATS

Chaque pilier du système de santé subit les effets combinés des pics de pathologies

INTERACTIONS DES PILIERS



Pilier Gouvernance

On observait une forte augmentation des rencontres (réunions) et les visites de terrain effectuées par les autorités gouvernementales et les partenaires, ainsi qu'une accentuation du plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès des bailleurs au moment de la survenue des urgences, mais pas avant ces périodes. La multiplicité des rencontres sans cadrage, ni suivi réel entre les acteurs rendait difficile la coordination des différents cadres de coordination et la mutualisation des ressources. A cela s'ajoutait l'insuffisance de leadership des Etats pour renforcer la coordination.

Pilier financement

Une augmentation des dépenses des gouvernements, des partenaires techniques et financiers, des bailleurs de fonds et des communautés était observée durant les périodes de pics. Mais cette augmentation n'était pas suffisante pour répondre à la forte demande. Les retards de remboursement des frais de la gratuité des soins et le faible recouvrement des coûts chez les adultes fragilisaient le fonctionnement des centres/postes de santé. La survenue des chocs/urgences mettait à mal l'autonomie souhaitée de ces centres/postes en accentuant leur vulnérabilité financière déjà précaire en temps normal. La dépendance financière importante du système de santé des pays du sahel constituait un défi important pour la pérennité.

© Action Contre la Faim

© Action Contre la Faim

Pilier Ressources Humaines

La couverture était en deçà des normes recommandées par l'OMS pour les médecins, infirmiers et sages-femmes dans les quatre zones d'étude. Cette pénurie était accentuée durant les périodes de pics/d'urgence dans les zones stables (Kita au Mali et Maradi au Niger) et dans la région de Tombouctou au Mali et de Diffa au Niger à cause de la psychose liée à l'insécurité. Avant l'apparition de l'épidémie d'hépatite E dans la région de Diffa au Niger, il n'existait aucun plan de riposte ni de personnel formé à prendre en charge cette maladie. Il a fallu l'appui des partenaires sur le terrain et l'intervention de personnes ressources de l'OMS pour effectuer la formation d'équipes d'intervention rapide et les agents de santé communautaire sur les stratégies de prévention et de prise en charge des cas.

L'insuffisance en personnels de santé affectait négativement la délivrance des soins en périodes d'urgences et leur motivation en prenait un coup. Les points d'insatisfaction incluaient un salaire mensuel insuffisant pour couvrir leurs besoins, l'absence de prime d'insécurité et d'éloignement et la charge importante de travail. La majorité d'agents de santé communautaire et relais communautaires était inactive à cause d'incitatifs qu'ils jugeaient insuffisants et de la situation sécuritaire précaire. Les curricula des écoles de santé de ces pays n'incluaient pas de manière effective et systématique la prise en charge de la malnutrition aiguë durant la formation initiale.

Pilier Prestation de services

L'insuffisance des structures de santé et de ressources humaines a affecté négativement la disponibilité et la qualité des soins. Le taux de fréquentation et le taux d'occupation des lits des centres de santé étaient élevés durant les périodes de pics ou chocs, entrainant une désorganisation des services en faveur de la réponse à l'urgence. Pour les pathologies telles que les infections respiratoires aiguës, le choléra et la méningite, le risque de contamination des personnels de santé était aussi élevé durant les périodes de pics. Dans les zones de Kita au Mali et Maradi au Niger, les agents de santé et les relais communautaires éprouvaient des difficultés pour atteindre les populations éloignées à cause de l'insuffisance de moyens roulants (motos) dédiés aux stratégies avancées.

L'interdiction de l'utilisation des motos et les couvre-feux dans les régions d'insécurité (Diffa au Niger) ont contribué à limiter l'accès aux soins. Les supervisions des activités des centres de santé étaient irrégulières ou inexistantes à cause de l'insuffisance des ressources humaines, financières et logistiques destinées à cette activité, de même que la situation d'insécurité.

Pilier système d'information sanitaire (SIS)

L'analyse du pilier système d'information sanitaire a montré qu'au Mali, les données étaient rapportées sur une base mensuelle dans la région de Kita (région stable), mais sur une base trimestrielle dans la région de Tombouctou (zone d'urgence). Au Niger, les données étaient rapportées sur une base hebdomadaire grâce à l'outil de collecte des maladies à déclaration obligatoire. Les agents de santé ont mentionné que le remplissage des registres constituait une charge de travail supplémentaire pour eux, particulièrement lorsqu'il s'agissait de faire un rapportage journalier durant les périodes de pics, ce qui affectait négativement la promptitude et la complétude.

Pilier infrastructures, équipements et approvisionnement

Les structures de santé visitées dans les zones de Kita au Mali et Maradi au Niger, étaient fonctionnelles et construites selon les normes du ministère de la santé, tandis que dans les régions de Tombouctou au Mali et de Diffa au Niger, plusieurs centres de santé avaient fermé à cause de l'insécurité. Les centres de santé des quatre zones d'études avaient des ruptures fréquentes en intrants médicamenteux, nutritionnels et en réactifs pour les tests de laboratoire à cause d'une surconsommation durant les périodes de pics et d'épidémies, accentuée par les mouvements des populations déplacées et réfugiées. Durant les périodes de pics, les médicaments et intrants nutritionnels suivaient un circuit parallèle au système d'approvisionnement formel, à cause de la forte demande et l'incapacité du système national à répondre à ces besoins importants.

Les partenaires techniques et les ONG effectuaient les livraisons directement dans les centres de santé, utilisant un système d'approvisionnement et de distribution qui était parallèle au système national de santé, rendant ainsi difficile la traçabilité des produits.

Les districts sanitaires et les centres/postes de santé ne disposaient pas de salles appropriées pour stocker les intrants convenablement. Les retards de livraison accusés par le système national d'approvisionnement contribuaient au développement d'autres circuits de ventes des médicaments constitués de pharmacies ambulatoires informelles et de tradipraticiens.

NOS CONSTATS

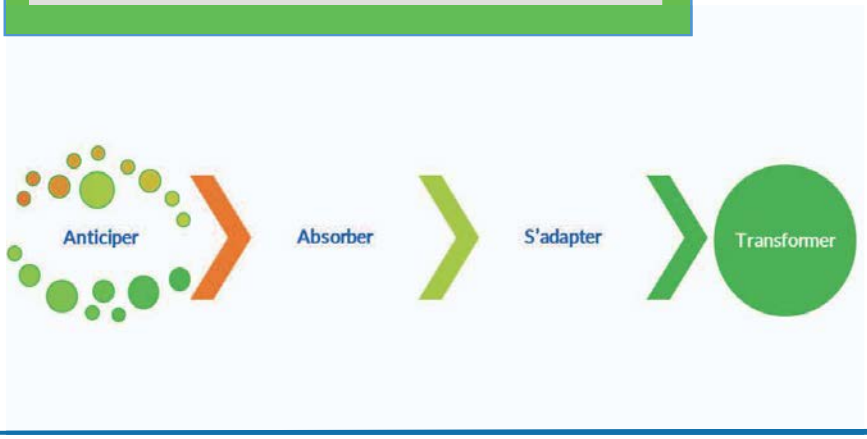
Stratégies de réponse aux urgences ou de résilience des Systèmes de santé et des communautés

- La *capacité d'anticipation* réfère à l'habileté du système de santé à prévenir la survenue de choc, y compris prévoir les moyens de réponse en cas de survenue du choc
- La *capacité d'absorption* réfère à l'habileté du système de santé à continuer de fournir le même niveau de services aux populations en utilisant les mêmes niveaux de capacités, en dépit de la survenue du choc
- La *capacité de transformation* décrit l'habileté des acteurs du système de santé à transformer la structure et le fonctionnement du système de manière à ce que la survenue des chocs n'ait plus aucun impact sur ce système

Aucun système n'avait la capacité de s'adapter, d'absorber les chocs, ni de se transformer de manière à ne plus subir les effets de leur survenue et ceci de façon durable.

- La *capacité d'adaptation* est l'habileté des acteurs du système de santé à fournir les mêmes niveaux de soins avec peu de ressources ou bien des ressources différentes, ce qui nécessite d'ajuster, modifier ou changer les actions organisationnelles

l'adaptation était la forme la plus utilisée par les quatre zones d'étude et les autres pays de la région sahélienne. Cependant la plupart des interventions d'adaptation ont été initiées et mises en œuvre par les ONG, ce qui constituait un facteur limitant pour la pérennité.



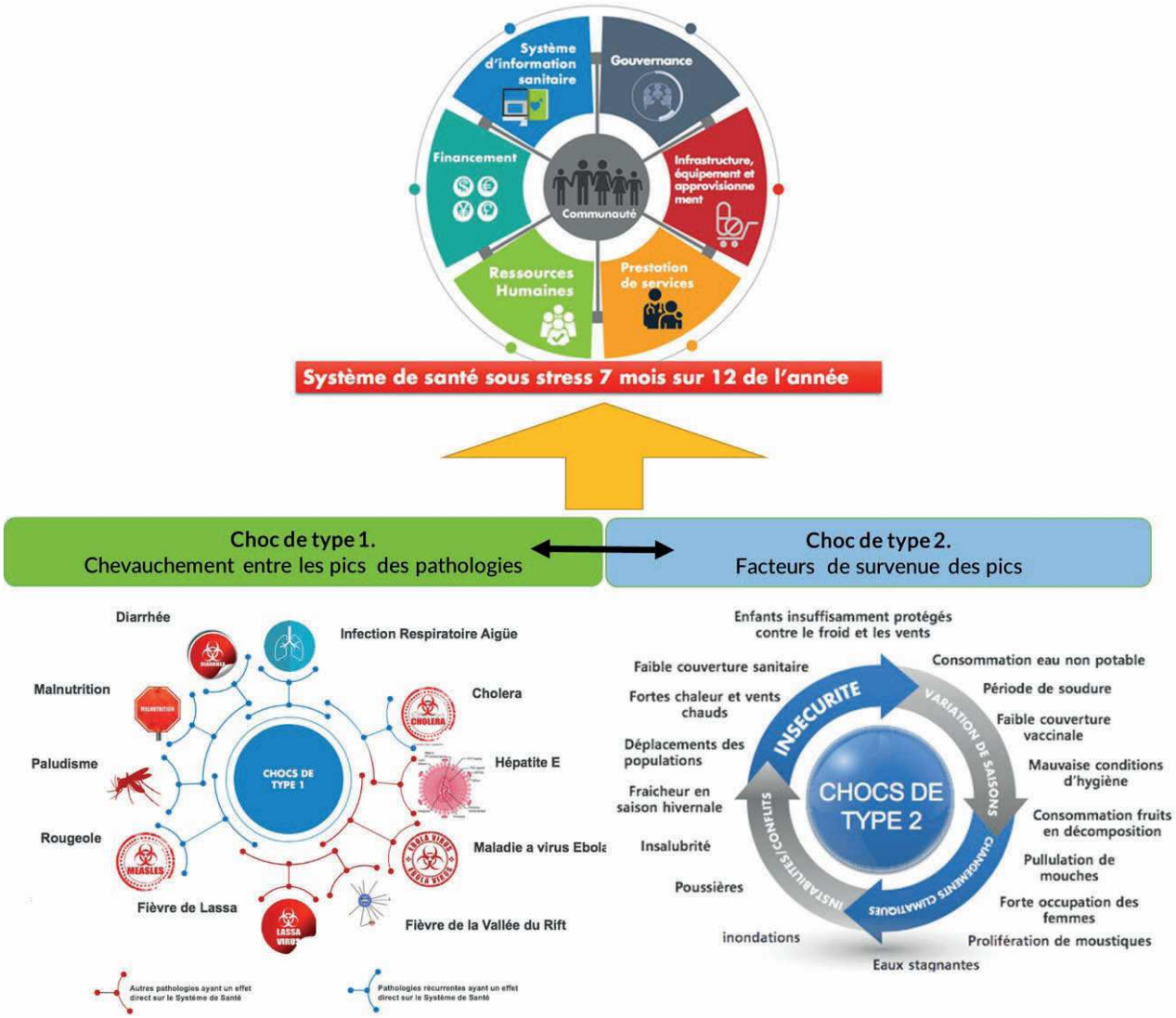
NOS CONSTATS

Notre Modèle causal de stress du système de santé dans le Sahel

La synthèse d'informations analysées durant cette étude a permis d'élaborer un modèle causal de stress du système de santé. Ce modèle établit le lien entre les facteurs de survenue des chocs/pics, l'interaction entre les chocs et leurs effets (stress) sur le système de santé.

7/12

Un système de santé sous stress est un système de santé sous pression sur une durée donnée, dû aux effets combinés ou non des chocs de type 1 ou 2, pouvant empêcher le fonctionnement normal du système de santé à délivrer des services aux populations.



EN CONCLUSION

- Les facteurs de survenue des pics de ces pathologies sont en général **liés à la saison (ou changement de climat) et aux déplacements des populations engendrés le plus souvent par les situations de conflit et d'insécurité.**
- Les pics de malnutrition aiguë sévère et modérée **se chevauchent avec ceux des autres pathologies.**
- Le système de santé subit les **effets conjoints des pics pendant 7 mois de chaque année.**
- Compte tenu du chevauchement des pics, **chaque pilier du système de santé subit les effets combinés des différents chocs,** ce qui constitue une pression importante sur le système de santé.
- **Il n'existe aucune capacité d'anticipation, d'absorption, ni de transformation** développés par les systèmes de santé pour faire face aux chocs.
- **L'adaptation est la principale stratégie** de résilience mise en œuvre par les systèmes de santé et les communautés pour faire face aux pics.

NOS RECOMMANDATIONS POUR GARANTIR DES SYSTEMES DE SANTE FORTS ET RESILIENTS AU SAHEL

- Afin de renforcer la résilience du système de santé de manière à anticiper, à absorber les pics ou de les transformer de manière à ne plus subir leurs effets, **il est primordial d'agir conjointement sur tous les six piliers, en impliquant activement la communauté**.
- Pour être plus efficace et durable, **le renforcement de la résilience du système de santé doit se faire en intégration avec la mise en œuvre de programmes de renforcement de la résilience des individus, des ménages et des communautés** et ceci à travers des programmes de protection sociale (filets sociaux : Exemple : cash pour la santé, la Couverture Maladie Universelle, transferts monétaires, etc.).
- **Les interventions de prise en charge et de prévention des différentes pathologies identifiées (paludisme, Diarrhée, Infections respiratoires Aigües, malnutrition, etc.) doivent être conjointes.** Pour être plus efficient, il est important d'intégrer les stratégies de prévention et de prise en charge de ces différentes pathologies afin de mutualiser les ressources et potentialiser les résultats/effets)
- Il est **essentiel d'investir dans la prévention active à travers des approches multisectorielles de ces différentes pathologies** afin de prévenir une pression importante sur le système de santé déjà faible
- Les stratégies de réponse et surtout de prévention doivent **cibler les facteurs de survenue des pics, et impliquer plusieurs secteurs,** entre autres l'environnement, la santé, la nutrition, l'agriculture, le règlement des conflits, la protection sociale, l'éducation, le genre…
- **Renforcer les cadres et mécanismes de coordination pour la prévention et la réponse aux urgences sanitaires et nutritionnelles** (Ex: coordination multisectorielle et multi acteurs au niveau local et national, etc.)
- Accompagner les pays au développement et à la **mise en œuvre de stratégies de santé communautaire axées sur l'intégration santé et nutrition**

© Action Contre la Faim

QUELLE APPROCHE POUR GARANTIR UN SYSTEME DE SANTE FORT ET RESILIENT POUR LES PAYS DU SAHEL

Fort des constats notés dans le cadre de cette étude, Action Contre la Faim a élaboré un **modèle de renforcement de la résilience des systèmes de santé dans le Sahel** à partir du modèle causal du stress du système de santé.

Les actions doivent répondre d´une manière concrète à améliorer les différentes **composantes de la Résilience du système de santé et de la communauté:** capacité d'anticipation / capacité d'absorption / capacité adaptation / capacité de transformation.

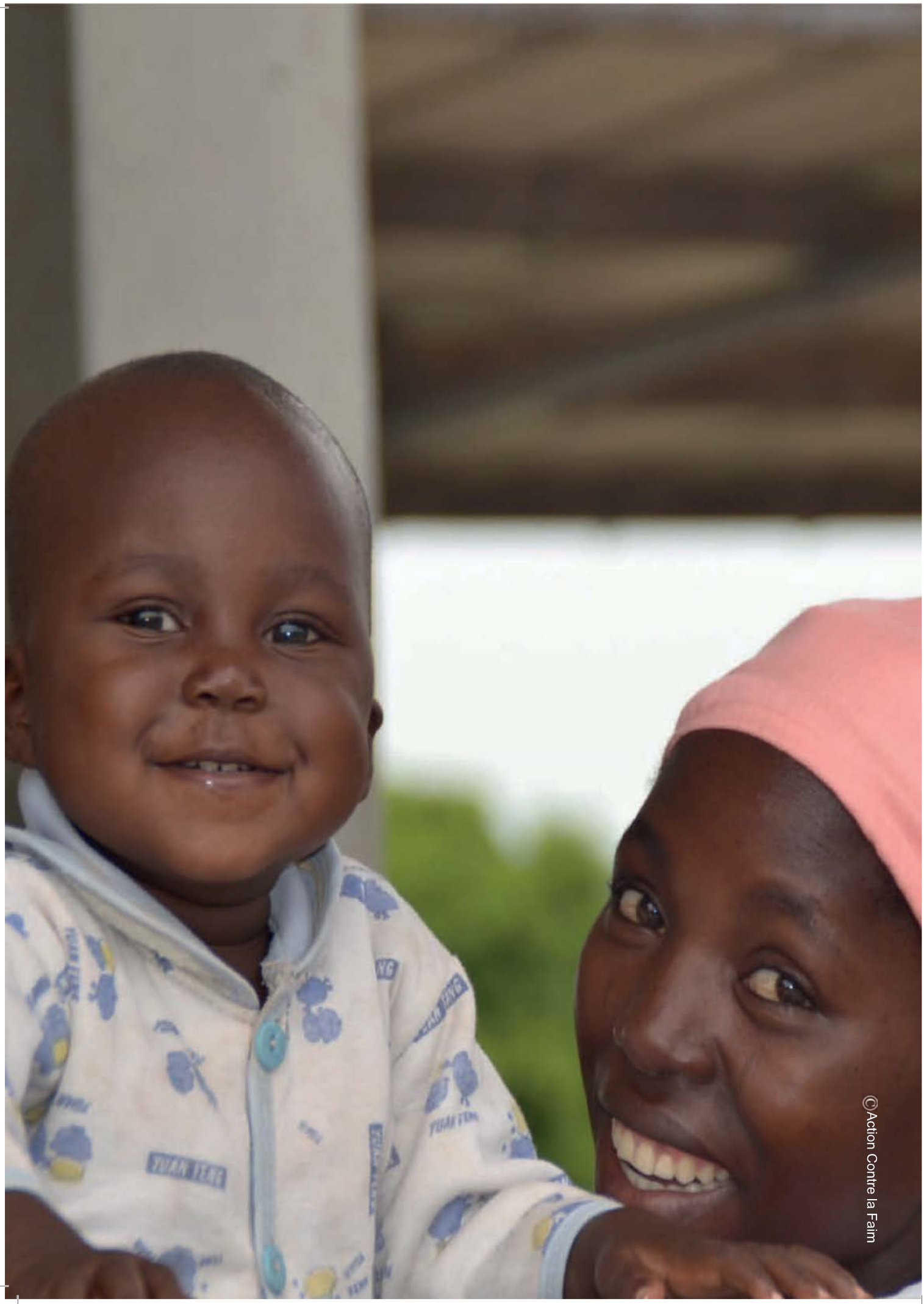
Un **plaidoyer actif** avec **un cadre de MEAL** , **l'appui technique et la recherche** sont les axes stratégiques à mettre en œuvre par Action Contre la Faim, avec les autorités étatiques et les partenaires pour renforcer la résilience des systèmes de santé dans le Sahel.

Les actions devraient être entreprises dans une **approche multi-sectorielle** et **multidimensionnelle** impliquant tous les acteurs clés pour produire le changement désiré, et mettant l'accent sur la prévention et l'anticipation des chocs tant au niveau des différents piliers du système de santé que dans la communauté.

Les actions devraient **poursuivre l´objectif de la Couverture Santé Universelle.** Il faut cibler comme objectifs une augmentation des services, une augmentation de la couverture et de la qualité des services de santé déjà en cours et améliorer les critères d´efficience pour atteindre la soutenabilité des actions tout en intégrant l'approche genre dans tout le processus de changement.

NOTRE THEORIE DU CHANGEMENT

* Les activités proposées pourront être augmentées et aussi adaptées aux besoins et spécificités de chaque contexte



©Action Contre la Faim

Documents et articles consultés

1. ACF. Diagnostic du système de santé. District sanitaire de Pama, Burkina Faso. Février 2014.
2. ACF. Diagnostic du système de santé. District sanitaire de Diapaga, Burkina Faso. Mai 2014.
3. ACF. Diagnostic du système de santé du district sanitaire de Keita, Niger. Mai 2014.
4. ACF. Diagnostic du système de santé de la région sanitaire du Bahr el ghazel, Tchad. Novembre 2014
5. ACF. Renforcement des Systèmes de Santé & Nutrition. Bilan des ateliers d'identification des synergies et de planification des solutions dans les districts sanitaires de Fada N'Gourma et Diapaga. 2014.
6. ACF. Diagnostic du système de santé de la région sanitaire du Guidimakha, Mauritanie. Mars 2016.
7. ACF. Diagnostic du système de santé de la région sanitaire du Hodh El Chargui, Mauritanie. Décembre 2016.
8. Adger WN, Brown K, Fairbrass J, et al. Governance for sustainability: towards a 'thick' analysis of environmental decisionmaking. Environ Plan A. 2003;35(6):1095-1110. doi:10.1068/A35289.
9. Alliance Nutrition Niger. Diagnostic des Centres de Santé Intégrés soutenus par les membres de l'Alliance Nutrition au Niger. Septembre 2015.
10. Alliance Nutrition Niger. Diagnostic des Centres de Santé Intégrés soutenus par les membres de l'Alliance Nutrition au Niger. Octobre 2017.
11. Boyatzis, R.E., Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development. 1998, Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc. xvi, 184.
12. Campbell J, Cometto G, Rasanathan K, et al. Improving the resilience and workforce of health systems for women's, children's, and adolescents' health. BMJ. 2015;351. doi:10.1136/ bmj.h4148.
13. Castleden M, McKee M, Murray V, Leonardi G. Resilience thinking in health protection. J Public Health (Oxf). 2011;33(3):369-377. doi:10.1093/pubmed/fdr027.
14. Folke C, Hahn P, Olsson P, Norberg J. Adaptive giovernance of socio-ecological systems. Annu Rev Environ Resour. 2005; 30:441-473.
15. Institut National de la Statistique (INS). Enquête Démographique et de Santé 2012, Rapport final. Niger.
16. Institut National de la Statistique (INS). Enquête Nutritionnelle et de Mortalité Rétrospective au Mali. Rapport final, Juillet 2016.
17. Institut National de la Statistique (INS). Evaluation de la situation nutritionnelle par la méthodologie SMART au Niger. Rapport final, novembre de 2016.
18. Karl Blanchet, Sara L. Nam, Ben Ramalingam, Francisco Pozo-Martin. Governance and Capacity to Manage Resilience of Health Systems: Towards a New Conceptual Framework. Int J Health Policy Manag 2017, 6(8), 431–435.
19. Kieny MP, Evans DB, Schmets G, Kadandale S. Health system resilience: reflections on the Ebola crisis in western Africa. Bull World Health Organ. 2014;92(12):850. doi:10.2471/ BLT.14.149278.
20. Koerber A, McMichael L: Qualitative sampling methods: a primer for technical communicators. J Bus Tech Commun 2008, 22:454-473.
21. Krueger, R. A. (1994). Focus groups: A practical guide for applied research (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
22. Lebel L, Anderies JM, Campbell B, et al. Governance and the capacity to manage resilience in regional social-ecological systems. Ecol Soc. 2006;11(1):19.
23. Ministère de la Santé Publique Niger. Document du Plan de Développement Sanitaire 2011-2015.
24. Morgan, D. L. (1997). Focus groups as qualitative research (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
25. Nam SL, Blanchet K. We mustn't forget other essential health services during the Ebola crisis. BMJ. 2014;349: g6837. doi:10.1136/bmj. g6837.
26. Olsson P, Folke C, Hahn T. Social-ecological transformation for ecosystem management: the development of adaptive comanagement of a wetland landscape in southern Sweden. Ecol Soc. 2004;9(4):2.
27. Palinkas, L.A., et al., Purposeful Sampling for Qualitative Data Collection and Analysis in Mixed Method Implementation Research. Adm Policy Ment Health, 2013.
28. Rapport SAHEL : un Appel à l'Aide Humanitaire Répondre aux besoins des personnes touchées par les crises au Sahel en 2016. Report from UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs.
29. Ritchie J, Spenzer L: Qualitative Data Analysis for Applied Policy Research. In Analysing Qualitative Data. Edited by Bryman A, Burgess R. London and New York Rotledge; 1994:173–194.
30. Thomas, D.R., A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. American Journal of Evaluation, 2006. 27(2): p. 237-246.
31. Thomas S, Keegan C, Barry S, Layte R, Jowett M, Normand C. A framework for assessing health system resilience in an economic crisis: Ireland as a test case. BMC Health Serv Res. 2013;13(1):450.
32. Tongco, M., Purposive Sampling as a Tool for Informant Selection. Ethnobotany Research & Applications, 2007. 5: p. 147 - 158.
33. Walker B, Carpenter S, Anderies J, et al. Resilience management in social-ecological systems: a working hypothesis for a participatory approach. Conservation Ecology. 2002;6(1):14.
34. Walker BH, Holling CS, Carpenter SR, Kinzig AP. Resilience, Adaptability, and Transformability. Ecology and Society. 2004;9(5).

POUR L'ALIMENTATION.
CONTRE LA FAIM ET LA MALNUTRITION.

POUR L'EAU POTABLE.
CONTRE LES MALADIES MORTELLES.

POUR DES ENFANTS QUI GRANDISSENT BIEN.
CONTRE DES VIES PERDUES TROP VITE.

POUR DES RÉCOLTES CETTE ANNÉE ET LES ANNÉES SUIVANTES.
CONTRE LA SÉCHERESSE ET LES CATASTROPHES NATURELLES.

POUR CHANGER LES MENTALITÉS.
CONTRE L'IGNORANCE ET L'INDIFFÉRENCE.

POUR METTRE UN TERME À LA FAIM.
POUR TOUS.
POUR TOUJOURS.

POUR L'ACTION.
CONTRE LA FAIM.

ACTION AGAINST HUNGER
ACTION CONTRE LA FAIM

Action Against Hunger
Action Contre la Faim
West Africa Regional Office
Bureau Régional de l'Afrique de l'Ouest
Email : waro@wa.acfspain.org
Tél : +221 33 820 83 24
Almadies Lot B. Rond point Ngor

ACTION AGAINST HUNGER
ACTION CONTRE LA FAIM