

# Évaluation du secteur Santé à MISEREOR - Synthèse des résultats

Il s'agit de la deuxième évaluation menée par les agences de développement des Églises conformément aux principes ratifiés par le BMZ (ministère allemand de la coopération économique et du développement), les « Grandes lignes du contrôle des performances axé sur les objectifs et les effets - dans le domaine de l'appui aux projets de développement mis en œuvre par les Églises ». Le BMZ, le Service des Églises évangéliques (EED) et MISEREOR ont décidé d'un commun accord d'évaluer le secteur Santé. MISEREOR a chargé la société evaplan GmbH, rattachée au CHU de Heidelberg, d'effectuer cette évaluation entre août 2012 et décembre 2013. L'évaluation était axée sur les soins de santé primaires, et plus particulièrement sur les projets adoptés entre 2005 et 2007 et achevés avant la fin 2011. Cette évaluation a vocation à nourrir le processus d'apprentissage que MISEREOR s'efforce de mettre en œuvre dans les échanges avec ses partenaires, mais contribue aussi à rendre compte à l'opinion publique et au BMZ.

## 1.1 Objet de l'évaluation

Pendant la période considérée (2005-2007), 264 projets de santé ont été adoptés : 126 en Asie, 91 en Afrique, 43 en Amérique latine, 4 au niveau international. 119 de ces projets, axés sur les soins de santé primaires, ont été sélectionnés pour cette évaluation : 55 en Asie, 39 en Afrique et 25 en Amérique latine. Ils couvraient un vaste éventail de mesures :

infrastructures/établissements de santé de référence, installation et équipement de centres de santé primaires (1<sup>er</sup> niveau) et d'hôpitaux (2<sup>e</sup> niveau), prévention et traitement de maladies infectieuses, médecine traditionnelle et alternative.

Les fonds accordés à ces différents projets, compris entre 25 000,00 € et 1,2 million d'euros, sont destinés à l'achat de véhicules, mais aussi à de vastes programmes de santé primaire impliquant trois continents (18 pays en Afrique, 10 en Asie et 10 en Amérique latine). Les projets n'étant pas entièrement comparables, il a fallu varier les méthodes employées et différencier les priorités thématiques. Le concept d'évaluation retenu permet toutefois de tirer des conclusions et d'émettre des recommandations d'ordre général. De ce fait, les résultats recueillis nous fournissent de précieuses informations pour le processus d'apprentissage.

## 1.2 Approche méthodologique

L'analyse de données qualitatives et quantitatives concernant les 119 projets de santé primaire a été effectuée en suivant les normes professionnelles et méthodologiques habituelles et en tenant compte des termes de référence établis par MISEREOR. L'approche stratégique utilisée, la triangulation, permet, grâce au panachage de plusieurs méthodes, comme l'examen des sources, les interviews, les discussions de groupe, et à l'utilisation de diverses sources d'information lors de la phase de bureau et de la phase de terrain, d'obtenir des informations hautement fiables. Les principales sources d'information utilisées lors de la phase de bureau étaient les suivantes : documents de position de MISEREOR, demandes des partenaires, dossiers destinés aux commissions d'allocation, système de saisie de données de MISEREOR comportant des informations sur les projets, des rapports de visite et des comptes rendus d'évaluation, interviews individuelles ou en groupe des personnes travaillant sur les projets et des consultants mandatés par MISEREOR, analyse de sites Internet pertinents. Lors de la phase de terrain, des interviews et des discussions de groupe ont été réalisées avec le personnel des organisations partenaires et des bénéficiaires du projet.

Le processus d'évaluation s'articule en deux étapes :

1) La première étape (phase de bureau) était consacrée à une vaste étude de dossiers. Il s'agissait d'une enquête ex-post s'appuyant sur des données et des informations datant de la période considérée. L'étude des dossiers s'est déroulée en trois temps :

- a) Pour l'ensemble des 119 projets : compilation de données statistiques et analyse des mesures réalisées à partir d'environ 450 documents axés sur les programmes et de 71 autres documents sectoriels complémentaires.
- b) Analyse des groupes cibles, de la démarche méthodologique et des informations disponibles sur les effets. A cette fin, environ les 2/3 des projets (soit un total de 74) ont été sélectionnés de manière aléatoire, mais en respectant le prorata de chaque continent. Cette sélection aléatoire a permis de procéder à une évaluation transversale, à partir d'un échantillon moyen de projets et pas simplement de projets particulièrement brillants ou particulièrement faibles.
- c) Sélection de 32 projets et analyse approfondie de la nature des effets atteints.

2) A partir des résultats de l'étude des dossiers et des critères de sélection en résultant, dix projets, concernant cinq pays différents, ont été retenus pour l'enquête sur le terrain. Le panachage de différentes méthodes a permis d'aborder, en plus des questions spécifiques, des caractéristiques propres aux différents pays, partenaires et projets. Les questions et thèmes clés ont été définis par l'ensemble de l'équipe d'évaluation. Lors de la préparation de l'enquête sur le terrain, les méthodes suivantes ont été utilisées : analyse de documents, échanges avec les interlocuteurs concernés de MISEREOR, contacts par courrier électronique, téléphone ou Skype avec les organisations partenaires et les experts-consultants locaux. Parallèlement, il a fallu sélectionner les informateurs et interlocuteurs ou groupes d'interlocuteurs et mettre au point un concept d'évaluation et des outils d'enquête pour les différents interlocuteurs ou groupes d'interlocuteurs. Pour collecter les données lors de l'enquête sur le terrain, les outils suivants ont été utilisés : enquêtes à partir de questions clés et discussions avec des personnes-ressources (représentants de l'organisation partenaire, partenaires de coopération, personnel des établissements de santé, du diocèse, du système de santé public, autorités régionales et locales), observation directe des installations lors de visites, mais aussi discussions et entretiens avec les personnes utilisant ce qui a été réalisé grâce au projet (groupes cibles, bénéficiaires). En plus des interviews individuelles, des discussions avec des groupes témoins et des ateliers d'auto-évaluation, des interviews ont été menées selon la méthode du « Changement le plus significatif »<sup>1</sup>.

Les résultats de ces exemples représentatifs ont également été analysés sur la base de critères définis ensemble et résultant des termes de référence donnés et des objectifs visés par MISEREOR. En plus des critères CAD<sup>2</sup> et des questions approfondies s'y référant, l'analyse portait notamment sur les facteurs susceptibles de favoriser ou d'entraver la réussite des projets : stratégies et approches des projets, liens de coopération (intégration dans des stratégies / structures nationales ou ecclésiales), capacités d'action et de pilotage, système PME des organisations partenaires.

---

<sup>1</sup> Les interviews selon la méthode du « Changement le plus significatif » (Most Significant Change, MSC) permettent de comprendre en détail la corrélation entre les effets et les processus ayant mené à ces effets lorsque les projets faisant l'objet de l'évaluation ne disposent pas d'indicateurs pour mesurer les effets.

Dans le contexte de l'évaluation transversale, la méthode MSC a été utilisée afin que les groupes cible et les acteurs significatifs donnent le plus d'informations possible sur le processus de changement lorsqu'aucun indicateur d'effet n'avait été défini. Lors d'interviews ouvertes, les interlocuteurs ont été invités à nous raconter leur vécu (*story telling*) : Quels sont les trois principaux changements dans le contexte ? Qu'est-ce qui serait différent s'il n'y avait pas eu de projet ?

<sup>2</sup> Normes de qualité du CAD pour l'évaluation du développement (OCDE)

### 1.3 Champs d'action des partenaires et orientation stratégique

MISEREOR aide de nombreuses organisations d'une très grande diversité à mettre en œuvre un large éventail de projets dans le secteur de la santé primaire en partant de l'objectif suivant : « Améliorer durablement les conditions de vie et la santé de la population » et en mettant particulièrement l'accent sur les groupes défavorisés : personnes pauvres, marginalisées, femmes et enfants. MISEREOR ne dispose pas, pour ce type de projets, de stratégie d'appui globale à proprement parler qui lui servirait de base pour accorder des subventions aux projets. Néanmoins, les cadres d'orientation et les documents stratégiques, continentaux et régionaux, ainsi que le document de position sur la santé offrent quelques points de repère. Ainsi, pour prétendre à une subvention, les projets doivent s'appuyer obligatoirement sur une aide à l'autopromotion durable qui renforce les capacités propres des groupes cibles ainsi que les initiatives et le potentiel national tout en favorisant un échange d'expériences fructueux aux niveaux national, international et interrégional (échanges Sud-Sud et Sud-Nord). Ces dernières années, un des aspects importants de la stratégie globale de MISEREOR a été de promouvoir la mise en réseau et les synergies transsectorielles, c'est-à-dire de soutenir des approches intégrées qui dépassent la pensée sectorielle. Pour les pays possédant un système de santé peu développé, la tendance est de privilégier des projets plus vastes accordant une large place à la mise en réseau ainsi qu'au travail de lobbying et de plaidoyer pour revendiquer le respect des droits humains dans le domaine de la santé (« accès universel aux soins de santé »). Même s'il n'existait pas, pendant la période considérée, de directives globales en matière de stratégie d'appui ni de cadre d'orientation sectoriel contraignant, de nombreux projets de santé primaire comportent un grand nombre de points communs et s'insèrent harmonieusement dans les domaines d'intervention de l'ensemble des corrélations hypothétiques entre causes et effets mis au point par MISEREOR (voir tableau à la fin du document), ce qui montre que MISEREOR et les organisations partenaires ont une conception similaire de la santé primaire. C'est cette approche de la santé primaire qui bénéficie de l'appui et du soutien de MISEREOR. La grande diversité des projets, allant de programmes complexes de santé primaire à la livraison de matériels d'équipement, peut également être perçue comme un appui adapté aux besoins mais aussi aux situations et problèmes particuliers des différents pays. En matière d'approche genre, il n'existe pas, au-delà du concept d'orientation général de MISEREOR qui la définit comme un thème transversal de la coopération au développement, de démarche stratégique contraignante de la part de MISEREOR pour renforcer l'importance accordée à la justice de genre dans les projets (par exemple en préconisant et en soutenant un monitoring différencié selon le genre). Cela vaut également pour les organisations partenaires, les contenus et l'orientation des projets ainsi que pour la mise en œuvre des projets.

### 1.4 Appréciation des projets selon les critères CAD

#### **Pertinence**

Il est essentiel de se poser la question suivante : Faisons-nous ce qu'il faut ? Tous les projets examinés dans le cadre de l'étude de dossiers avaient une pertinence très élevée : ils étaient ciblés, pour la plupart, sur les groupes qui avaient le moins accès aux prestations de santé, notamment sur les femmes et les enfants. Il apparaît que globalement les projets et leurs mesures étaient adaptés aux conditions particulières, d'une très grande diversité, des différents pays et continents. Il s'avère que la plupart des projets avaient axé leurs objectifs sur les problèmes centraux et la situation spécifique de leur pays et que leur démarche répondait aux besoins et aux normes professionnelles à la période donnée. Pour toutes ces raisons, il est établi que les projets ont une pertinence élevée.

#### **Efficacité**

L'étude des dossiers a révélé que l'efficacité des projets était globalement « bonne » ou « assez bonne ». Les documents étudiés fournissent des informations prouvant que la plupart des projets ont atteint les objectifs envisagés, c'est-à-dire les extrants recherchés, et ce, en dépit de conditions de travail défavorables et de l'ignorance fréquente des autorités sanitaires publiques comme par exemple au Guatemala, en Haïti ou en République démocratique du Congo. Mais cela ne vaut pas de la même manière pour toute la palette d'objectifs figurant en tant qu'effets attendus dans les documents d'allocation. Il s'avère notamment qu'il est d'autant plus aisé de prouver l'atteinte des objectifs que ceux-ci ont été formulés simplement. Plus les objectifs étaient complexes et ambitieux, plus il était rare qu'ils soient considérés comme atteints, les rapports faisant état d'activités menées à bien avec succès, mais ne précisant pas si les objectifs avaient été atteints. Ceci est dû à l'analyse souvent imprécise de la situation du groupe cible concret et du nombre de personnes le constituant ainsi qu'à la formulation trop vague des objectifs, mais aussi au montant des fonds alloués (en général compris entre 25 000 € et 150 000 €), trop limité pour la mise en œuvre d'objectifs globaux - comme, par exemple, la baisse de la mortalité maternelle. L'étude des dossiers n'a généralement fourni que des chiffres très imprécis quant aux bénéficiaires des projets et au taux d'utilisation des mesures. La plupart des projets mentionnaient comme groupes cibles « les pauvres » ou « les femmes et les enfants » des communautés ou des régions constituant la zone d'intervention du projet, c'est-à-dire, selon les projets, entre 25 000 et 1 500 000 personnes. Bien souvent, aucune différence n'était établie entre la population cible et le groupe cible, c'est-à-dire les véritables utilisateurs. Les résultats de l'enquête sur le terrain sont tout à fait différents : dans les projets faisant l'objet de l'évaluation, les bénéficiaires étaient clairement définis, que ce soit au niveau des groupes cibles ou du nombre de personnes touchées. Le taux d'utilisation des mesures était enregistré dans tous les projets par le biais du système PME et correspondait globalement à ce qui avait été prévu initialement, ce qui témoigne aussi de l'efficacité des mesures réalisées.

### **Efficiences**

L'efficacité était plus difficile à évaluer que les deux critères précédemment mentionnés étant donné qu'il n'était pas possible de calculer le rapport utilité/prix à partir des informations obtenues lors de l'étude des dossiers. Seule l'enquête de terrain a permis d'obtenir des informations plus concrètes. Il en résulte que l'efficacité est globalement bonne : dans tous les projets évalués, la présence attestée de structures organisationnelles a permis une mise en œuvre efficace des interventions prévues. Le tableau était plus nuancé au niveau du professionnalisme et des qualifications du personnel d'encadrement : seuls quelques projets disposaient d'une direction ou de structures leur permettant de modifier les stratégies des projets en fonction des besoins. Compte tenu de leur situation financière, de nombreux projets n'ont, dans le meilleur des cas, qu'un seul cadre parfaitement compétent ; ils ne disposent ni de remplaçant adéquat ni de management intermédiaire bien formé. De plus, de nombreux projets doivent faire face à une grande fluctuation de leur personnel. A noter également que durant la période considérée (2005-2007), très peu de projets possédaient un système PME opérationnel pour suivre les effets. Cette situation perdure encore bien souvent aujourd'hui. Néanmoins, il est apparu clairement que la plupart des organisations partenaires et le personnel des projets saisissaient bien les facteurs susceptibles de favoriser ou d'entraver la réussite des projets, mais aussi les effets atteints ou pouvant être atteints.

### **Impacts en termes de développement**

D'une manière générale, il est difficile, en matière de santé, de mesurer les impacts étant donné que les services de santé n'opèrent pas dans des conditions maîtrisables. Tout le monde s'accorde à dire, et cela est suffisamment démontré scientifiquement, que la santé - de l'individu comme de la collectivité - a une valeur intrinsèque élevée.

Lors de la planification de la plupart des projets, il a été question des impacts qui figurent dans l'ensemble des corrélations hypothétiques entre causes et effets. Il y a lieu de supposer que les projets contribuent effectivement à l'atteinte de ces impacts. La preuve n'en a été établie qu'en

relation avec les effets directs des projets évalués sur le terrain. Ces effets étaient globalement « bons » à « satisfaisants ».

Lors de la phase de bureau, il n'a été possible que dans un très petit nombre de cas de repérer ces impacts à partir des informations figurant dans les dossiers, car il n'y avait guère de bases de référence chiffrées. A l'inverse, lors de la phase de terrain, il a été possible d'enregistrer ces impacts dans tous les projets étudiés. Et même s'il n'a été possible dans aucun des projets étudiés de vérifier des indicateurs d'impact explicites, des changements résultant des interventions réalisées entre 2005 et 2008 ont pu être constatés, sur la base des dossiers et du temps écoulé (jusqu'à 8 ans). Il faut souligner néanmoins que les changements ne sont pas dus exclusivement aux interventions soutenues par MISEREOR. Mais il est avéré que les projets faisant l'objet de l'évaluation ont apporté une contribution essentielle aux effets observés (conformément aux effets directs et indirects de l'ensemble des corrélations). En outre, il apparaît que certains projets ont contribué au développement structurel de leur région, leur impact sur le système de santé étant immense. De ce fait, ces projets, mis en œuvre au Libéria, en Inde, au Salvador et aux Philippines, peuvent être qualifiés d'exemplaires.

### **Pérennité**

Conformément aux résultats présentés par la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS<sup>3</sup>, les investissements efficaces dans le secteur de la santé réduisent la pauvreté et favorisent la croissance économique. Il y a donc lieu de supposer que les projets faisant l'objet de la présente évaluation, qui ont fait les preuves de leur efficacité et ont produit des effets visibles, contribuent aussi au développement durable. Les résultats de l'enquête confirment cette estimation ainsi que les hypothèses de la phase de bureau concernant la pérennité structurelle et financière.

Dans tous les projets étudiés, une amélioration durable des services (pérennité structurelle) a été constatée, ce dont témoigne par exemple la meilleure qualification du personnel de santé. Celle-ci se traduit souvent par un changement d'attitude et par une diminution de la stigmatisation et de la discrimination envers les groupes de population défavorisés. La bonne mise en réseau des partenaires bénéficiant d'aides de MISEREOR contribue à l'amélioration de la pérennité structurelle à moyen terme. Citons parmi les exemples positifs, le « fonds de solidarité » ainsi que l'appui aux personnes et aux groupes de population les plus vulnérables. Il faut néanmoins préciser que l'approche résolument sociale adoptée par MISEREOR dans de nombreux pays, comme l'Inde, le Guatemala, Haïti ou la République démocratique du Congo, a été freinée et même entravée par le non-respect des engagements des autorités sanitaires publiques (paiement des salaires, des matériels, livraison de médicaments, etc.) et, comme par exemple en Haïti ou en RDC, par le transfert presque intégral des services de santé à des organisations religieuses, des ONG et des institutions internationales.

En matière de pérennité financière, il y a lieu de constater, en conclusion, que la majeure partie des institutions et projets de santé financés par MISEREOR sont encore tributaires de prestations et de financements extérieurs. Néanmoins dans les projets étudiés, il apparaît que les bailleurs de fonds sont de plus en plus diversifiés, ce qui diminue la dépendance vis-à-vis de l'unique donateur (par exemple MISEREOR). Aucune différence n'a pu être constatée en termes de retrait (phasing out) ou de stratégie de sortie entre les projets financés par des fonds de MISEREOR ou des fonds de la Katholische Zentralstelle für Entwicklungshilfe e.V. (fonds du BMZ).

## **1.5 Conclusions et enseignements**

### **Orientation stratégique et développement**

---

<sup>3</sup> OMS - Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé. Genève Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2001.

L'importance politique et stratégique du secteur de la santé est incontestable, tant pour MISEREOR que pour ses partenaires, et elle se reflète clairement dans l'approche des projets évalués, même si elle ne se traduit pas toujours en termes de subventions allouées. Les principes politiques et stratégiques fondamentaux d'appui de MISEREOR se retrouvent dans tous les projets à des degrés différents : aide pour s'auto-aider durablement, « renforcement des capacités » de groupes et partenaires choisis, forte imbrication avec d'autres secteurs, travail de plaidoyer et de lobbying.

### **Coopérations et appui aux réseaux**

Les liens étroits entre les structures ecclésiales nationales et les communautés locales constituent la spécificité de l'action de développement de l'Église dans le domaine de la santé. Cette proximité, à laquelle MISEREOR est très attachée, est reconnaissable tout au long de la chaîne (motivation religieuse du personnel et des groupes bénéficiaires), même si elle n'est pas thématifiée ni décrite dans tous les projets.

### **Promouvoir les compétences des partenaires à l'action et au pilotage**

Dans tous les projets évalués, les approches choisies en matière de mise en œuvre, de services et d'instruments se sont révélées fondamentalement appropriées pour l'orientation stratégique des mesures. Des déficits sont apparus au niveau des synergies entre les offres de conseils et de services et de la coordination avec les institutions publiques ou d'autres institutions nationales/internationales travaillant dans les mêmes domaines. Par ailleurs, les systèmes de PME utilisés étaient généralement insuffisants. Un besoin d'appui se fait ressentir ici.

### **Gestion des connaissances : bonnes pratiques**

Les expériences d'apprentissage et la gestion des connaissances constituent un aspect important de l'orientation stratégique de la coopération au développement. Dans certains pays, chez certaines organisations partenaires, il a été possible, lors de la phase de terrain, de consigner les bonnes pratiques qui pourraient servir à l'apprentissage dans d'autres projets (par exemple en Inde et au Salvador). Ces approches, ces composantes exemplaires se distinguent par les éléments suivants : innovation et efficacité, approche participative axée sur le renforcement des capacités, prise en compte de l'approche genre, orientation vers les effets, bon rapport utilité/prix, pérennité et transférabilité.

### **Recommandations**

Les éléments différenciateurs de MISEREOR, le fort appui participatif de partenaires locaux et la saisie de thèmes ciblés sur les besoins de la base, devraient continuer à guider la coopération avec les organisations partenaires.

Il faudrait élaborer des documents stratégiques pour chaque pays et les actualiser régulièrement ; il faudrait discuter de leurs orientations spécifiques comme par exemple une intensification de la coopération avec d'autres secteurs liés à la santé, un renforcement de l'appui aux projets de formation formels ou une prise en compte plus intensive de thèmes transversaux comme l'approche genre ou le droit à la santé.

Il faudrait consigner les bonnes pratiques de manière plus conséquente et les mettre à la disposition d'autres projets afin de faciliter l'apprentissage mutuel. D'une manière générale, il semble important de renforcer les capacités d'action et de pilotage des partenaires en intensifiant le dialogue avec eux et en assurant un accompagnement continu (appui technique) en ce qui concerne l'orientation vers les effets dans le cadre du système PME. L'existence de bons rapports d'évaluation basés sur les effets et d'enquêtes de base explicites peut aider les partenaires à attirer l'attention sur leur travail et à faire un travail de lobbying fondé. La capitalisation et la valorisation des expériences positives dans les institutions de santé (leçons apprises d'autres projets) devraient être mieux prises en compte dans la planification des projets et des mesures d'appui.



L'amélioration des capacités de gestion devrait aller de pair avec le renforcement des compétences des personnes concernées et de leurs organisations (formation continue adaptée, participation accrue à des activités de concertation et de pilotage des programmes). Pour réussir dans le long terme, il faut réfléchir à des modèles de financement qui s'autofinancent, à la planification des budgets et à une plus grande diversification des bailleurs de fonds et des sources de financement. Il s'agit d'utiliser ici plus systématiquement le potentiel de synergie de la coopération avec les réseaux ecclésiaux et publics.

*Auteurs : Evaplan GmbH / Dr. Michael Marx (équipe d'experts-consultants : Jane Bañez-Ockelford, Valerie Broch-Alvarez, Pinaki Ranjan, Dr. Svetla Loukanova, Dr. François Zioko Mbenza, Maria Margarita Palacios Monroy, Angelika Pochanke-Alff, Dr. Winfried Zacher)*

### **Suivi (MISEREOR)**

L'évaluation du rapport de la phase de synthèse s'est déroulée en deux temps : une rencontre entre l'équipe d'évaluation d'evaplan et le groupe d'accompagnement à MISEREOR, et une autre avec le BMZ. Les aspects importants pour la suite de la discussion interne sont les suivants :

- La santé est un volet important de la mission de MISEREOR. Il est donc important de mettre l'accent de manière explicite sur ce secteur d'appui. Il faut néanmoins tenir compte du contexte général des différents pays et respecter le principe de MISEREOR consistant à répondre aux demandes de partenaires (c'est-à-dire une orientation flexible en fonction des demandes des partenaires). Deux questions restent à clarifier : la façon dont les fondements stratégiques du secteur d'appui seront établis et la forme qu'ils devront prendre.
- Il est aussi positif de constater que les organisations d'Église entretiennent souvent de bons rapports avec la population et parviennent à orienter leurs offres en fonction des besoins. Il y a néanmoins une contradiction entre le désir d'atteindre les populations pauvres et la nécessité d'assurer la pérennité financière des services. Les organisations partenaires devraient développer des stratégies pour améliorer la concertation et la coopération avec les services gouvernementaux et exploiter de nouvelles sources de financement. MISEREOR considère qu'il est de sa mission de discuter davantage des questions de pérennité avec ses partenaires tout en continuant à clarifier sa propre position.

Au terme de l'entretien final, le groupe d'accompagnement de l'évaluation sectorielle, composé de membres de MISEREOR travaillant dans le secteur de la santé et de chargés de mission continentaux, a proposé des mesures concrètes de suivi qui seront mises en œuvre très prochainement.

Les conditions de vie et la santé de la population se sont durablement améliorées

Réduction des maladies évitables et des décès

Le droit aux soins de santé est respecté

Soins de santé permanents et durables

Une partie plus importante de la population défavorisée a accès à des soins de santé adaptés

La population utilise les offres de traitement

Les comportements en matière de prévention des maladies, d'hygiène et d'alimentation évoluent positivement

L'égalité des genres en matière d'accès des femmes aux services de santé progresse

L'État assume davantage ses responsabilités dans le domaine des soins de santé

Les groupes cibles ont accès à des services de santé et ils les utilisent

Les groupes cibles ont un meilleur accès et utilisent les informations offertes, les conseils et les traitements

Renforcement de la confiance en soi, de l'action libre et délibérée

Participation des groupes cibles

Augmentation du financement des services de santé publics

Augmentation de la qualité des services de santé publics

Amendements législatifs ; application des directives approuvées, protocoles d'accord

Les établissements de santé de base et les établissements de santé de référence coopèrent selon les besoins

Le personnel de santé travaille selon les besoins et dans le respect des procédures

Le personnel de santé (tant salarié que bénévole) reçoit un appui professionnel

Les frais de traitement diminuent

L'accès à une assurance de base a augmenté

Etablissements de santé appropriés ; transport et équipements adéquats

Personnel de santé motivé et qualifié

Programmes appropriés pour la formation du personnel de santé

Offres de services de santé (médecine conventionnelle et médecine traditionnelle)

Formations de groupes d'auto-promotion, de comités de santé, de multiplicateurs bénévoles, implication des autorités locales  
Sensibilisation et information  
Systèmes de financement

Sensibilisation et information ; collecte de données ; publications ; campagnes ; formation d'alliances

Etablissements de santé (1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> niveaux) / infrastructures

Emploi, formation et recyclage, perfectionnement du personnel (bénévole ou salarié)

Prévention, éducation, traitement et réadaptation (médecine conventionnelle et médecine alternative)

Participation active de la population

Travail de réseau ; plaidoyer et lobbying

Impacts

Utilisation des services et effets directs

Extrants

Domaines

