

Appui à l'élaboration participative d'une stratégie opérationnelle visant à répondre aux besoins spécifiques en santé secondaire pour les populations vulnérables affectées par des crises humanitaires.



Modélisation d'une stratégie opérationnelle : étude de cas au Burkina Faso en 2024-2025



Table des matières

Liste des sigles et acronymes utilisés	2
1 La méthodologie de modélisation d'une stratégie opérationnelle mise en œuvre au Burkina Faso.....	3
1.1 La Chaîne de l'Espoir (CDE) au Burkina Faso et les besoins en santé secondaire	3
1.2 Les activités réalisées lors de l'étude diagnostique et de l'accompagnement à l'élaboration d'une stratégie opérationnelle	3
1.2.1 L'étude diagnostique.....	3
1.2.2 Ateliers de co-construction	5
1.3 Le cadre de réflexion des scénarii.....	5
1.4 Le scénario retenu	6
1.4.1 Contexte :	6
1.4.2 Evolution de la CDE : à 3 ans.....	6
1.5 Stratégie envisagée et cadre logique opérationnel	7
2 Le Cadre Logique de la stratégie élaborée.....	8

Liste des sigles et acronymes utilisés

CDE	Chaîne de l'Espoir
PDI	Personnes Déplacées Internes
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement

1 La méthodologie de modélisation d'une stratégie opérationnelle mise en œuvre au Burkina Faso

1.1 La Chaîne de l'Espoir (CDE) au Burkina Faso et les besoins en santé secondaire

Depuis le début des années 2010, la CDE intervient au Burkina Faso. Le Burkina Faso est un pays à faible revenu et aux ressources naturelles limitées. Plus de 40 % de sa population vit en dessous du seuil national de pauvreté. Le rapport 2021-2022 de l'Indice de Droits Humains du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), classe le Burkina Faso 184^e sur 191 pays. La **situation humanitaire au Burkina Faso est très préoccupante avec une détérioration depuis 2014**, en raison de la **crise politique et sécuritaire** qui a entraîné des **déplacements massifs de populations**, principalement dans les régions du Nord et de l'Est du pays, ainsi que des **perturbations dans l'accès aux services de base** tels que la santé et l'éducation. Le pays est aussi confronté à des **défis économiques et sociaux** importants, notamment une pauvreté généralisée, des taux élevés de chômage, une espérance de vie à la naissance et un des taux de mortalité infantile les plus élevés au monde. La combinaison de ces facteurs a exacerbé les besoins humanitaires dans le pays, avec des **millions de personnes ayant besoin d'une assistance humanitaire** pour répondre à leurs besoins fondamentaux.

La CDE est intervenue au Burkina Faso d'abord en organisant des missions médico-chirurgicales visant à traiter les pathologies maxillo-faciales sévères, telles que le noma, puis, à la faveur d'un cofinancement de l'AFD et de la Fondation Sentinelles, elle y a développé des activités de **formation**, de **prévention** et de **sensibilisation** communautaire ainsi que la chirurgie cardiaque et l'anesthésie locorégionale. En 2023, la CDE a dédié 650 K€ aux actions dans ce pays, grâce notamment à sa capacité de mobilisation de fonds privés.

Aujourd'hui, **la détérioration de la situation politique et sécuritaire au Sahel dans sa globalité** expose les communautés burkinabées à une vulnérabilité croissante, **renforçant le besoin urgent d'aide humanitaire** à tous les niveaux. Dans le domaine de la santé, un **manque d'accès aux soins chirurgicaux spécialisés** est souligné par plusieurs sources, dont le cluster santé et les partenaires de la CDE. De nombreux enfants, femmes et hommes se trouvent en effet sans solution pour leurs besoins chirurgicaux.

En effet, les **assistances humanitaires dans la prise en charge des pathologies chirurgicales sont faibles** et sont d'ordre de renforcement de compétences en chirurgie essentielle. Pour cette dernière, le Burkina Faso fait face à une pénurie de médecin spécialiste en chirurgie générale et pédiatrique lié entre autres aux manques d'attraction des jeunes médecins vers ces spécialités. On a ainsi assisté à un résultat de **zéro candidat lors des 3 dernières concours de l'Etat** de recrutement des médecins généralistes pour une formation spécialisées dans ces deux disciplines.

1.2 Les activités réalisées lors de l'étude diagnostique et de l'accompagnement à l'élaboration d'une stratégie opérationnelle

1.2.1 L'étude diagnostique

1.2.1.1 Analyse documentaire

L'analyse documentaire a constitué une étape primordiale de l'approche méthodologique, fournissant un **cadre général** pour l'étude et permettant d'établir des **hypothèses préliminaires** à confronter avec les données qualitatives et quantitatives recueillies par la suite. Les documents collectés (liste détaillée en annexe) présentent des informations essentielles sur les besoins, les défis et les stratégies existantes pour renforcer les soins de santé en contexte de crise.

1.2.1.2 Entretiens individuels semi-directifs

Les entretiens semi-directifs ont été réalisés pour **approfondir la compréhension des dynamiques locales, des enjeux logistiques et de l'efficacité des stratégies** mises en place. Ces entretiens ont été menés auprès de **personnes-ressources clés sélectionnées** pour représenter différentes entités et rôles impliqués, tant au siège de la CDE que sur le terrain : au ministère de la Santé et de l'hygiène publique du Burkina Faso, à Ouagadougou et dans les structures déconcentrées dans les régions Nord et Est, auprès des acteurs humanitaires (ONG) et des partenaires techniques et financiers (PTF). La liste détaillée se trouve en annexe.

- **Préparation des entretiens**

La préparation des entretiens a commencé par la définition des objectifs spécifiques de chaque session. Chaque entretien visait à explorer des aspects précis de l'intervention humanitaire, notamment l'efficacité des stratégies, les défis logistiques et l'impact perçu par les acteurs sur le terrain. Un guide d'entretien semi-directif a été élaboré, avec des questions ouvertes qui favorisaient une discussion fluide tout en garantissant que tous les points clés de l'étude étaient abordés. Ce guide a été conçu pour être flexible afin que les intervieweurs puissent approfondir les thèmes émergents au fur et à mesure des discussions.

- **Déroulement des entretiens**

Les entretiens se sont déroulés de manière confidentielle et éthique. Tous les participants ont été informés des objectifs de l'étude et ont donné leur consentement éclairé avant le début de l'entretien. Les intervieweurs ont respecté les normes internationales en matière d'éthique, garantissant que les participants se sentaient en sécurité pour partager leurs points de vue.

1.2.1.3 Focus Groups

Les focus groups ont été un outil clé pour favoriser une **discussion collective et approfondie sur les forces, faiblesses, opportunités et menaces (SWOT)** des interventions humanitaires existantes et des besoins non couverts (terrain) ainsi que des capacités de la CDE à y répondre (siège). Ces groupes ont été formés avec soin pour inclure des participants homogènes, afin de garantir une liberté de parole et de permettre à chacun d'apporter son expertise issue de son expérience personnelle.

- **Méthodologie des focus groups**

Deux principaux focus groups ont été organisés : un au siège de la CDE et un sur le terrain à Ouagadougou. L'objectif était de recueillir les perceptions des participants sur les stratégies mises en place, les défis rencontrés, et les opportunités d'amélioration. Les groupes ont été animés de manière active pour encourager la participation de tous les membres, et aucune hiérarchie ou facteur bloquant n'a été toléré afin de créer un environnement d'échange ouvert et constructif.

- **Sélection des participants**

La sélection des participants pour les focus groups a été effectuée en collaboration avec les équipes de la CDE, après validation par le comité de suivi. Les bénéficiaires des programmes humanitaires ainsi que les équipes de la CDE ont été invités à participer à ces discussions. Les critères de sélection étaient basés sur la représentativité des différents points de vue afin de garantir une diversité d'opinions et de perspectives.

Les focus groups au siège ont réuni un panel représentatif de fonctions opérationnelles clés. Les focus groups sur le terrain ont concerné les ASBC des districts sanitaires de Séguenega et de Thiou. Au total 12 ASBC ont constitué le focus dont 5 de Thiou et 7 de Séguenega. Trois femmes étaient des ASBC. Les ASBC ont été sélectionnés au regard de leurs expériences dans l'assistance de populations en déplacement après des attaques terroristes. Ils viennent de plusieurs villages des deux districts qui disposent de Personnes Déplacées Internes (PDI) à Séguenega et à Ouahigouya.

L'entretien a porté sur leurs tâches avant et après la situation sécuritaire, les changements majeurs, les difficultés de mener leurs activités, les initiatives mises en place. Il a été question également de leurs expériences de soutiens aux populations vulnérables pour les besoins de soins chirurgicaux et leurs

apports dans la prise en charge des déplacés en cas d'attaques. Le focus group a été réalisé en langue locale « mooré ».

1.2.1.4 Observation sur le terrain

L'observation sur le terrain a été un élément crucial de la méthodologie, permettant de compléter les données issues des entretiens et des focus groups. Elle a donné une compréhension en temps réel des réalités pratiques rencontrées par les acteurs humanitaires et les bénéficiaires des programmes.

- **Méthodologie d'observation**

L'observation a été réalisée dans les centres de santé dans les régions Nord et Est. Les pratiques quotidiennes des professionnels de santé, les interactions avec les patients, ainsi que les conditions logistiques et matérielles des centres de santé ont été observées. Cette observation a permis d'identifier des défis que les entretiens ou les documents ne pouvaient pas nécessairement révéler, comme les difficultés liées à l'approvisionnement en matériel médical ou à la gestion des urgences.

Les équipes des unités de chirurgie des hôpitaux de Ouahigouya (CHUR) et Fada (CHR) ont été visitées. Le bloc du CMA de Gourcy également. Des PSA (Poste de santé avancé), des cliniques mobiles à Ouahigouya ont été également visités ainsi que les centres de réception des PDI à Fada et Ouahigouya.

Les observations ont ensuite été synthétisées et comparées aux résultats des autres méthodes utilisées. Cela a permis de valider ou de nuancer certaines perceptions recueillies lors des entretiens et des focus groups. Par exemple, des problèmes récurrents d'infrastructure et d'approvisionnement, ainsi que des défis logistiques majeurs, ont été constatés directement sur le terrain, corroborant les témoignages des participants aux entretiens.

1.2.1.5 Limites rencontrées sur la collecte de données

Certains interlocuteurs identifiés lors de la phase de cadrage n'ont **pas pu se rendre disponibles** lors de la phase de diagnostic. Il s'agit des acteurs humanitaires (ONG) : **Croix Rouge et MSF Suisse**. Par ailleurs, les **données chiffrées sur les activités des structures de santé** n'ont pas été partagées officiellement par nos interlocuteurs, car il s'agit de « **données sensibles** », comme les chiffres sur les blessés de guerre. Enfin, sur les **questions de genre**, les institutions ont toutes renvoyé à leurs documents de référence de « **politique genre** » et n'ont pas approfondi les analyses au-delà d'une « **prise en compte statistique déclinée par sexe** ».

1.2.2 Ateliers de co-construction

Des **ateliers de réflexion collective** ont été conduits les 2 et 3 octobre 2024. Ces **ateliers participatifs** ont été l'occasion de **discuter du diagnostic établi**, d'élaborer de 2 à 3 scénarios et de choisir le scénario le plus approprié. Ils ont permis aux équipes opérationnelles sur le terrain et au siège de la CDE de poser un diagnostic commun et de réfléchir collectivement une stratégie d'intervention et son mode opératoire en situation de crise. Une stratégie détaillée a été élaborée collectivement pour le scénario retenu, incluant notamment la zone d'intervention, les types d'intervention, les modalités de mise en œuvre, les partenariats, les cibles. Celle-ci est détaillée dans le présent rapport.

1.3 Le cadre de réflexion des scénarii

Il a été rappelé en cours d'exercice que le cadre d'analyse portait sur **la CDE dans son ensemble**, dans une optique de transférabilité sur d'autres terrains d'opération, avec une focale spécifique sur une **future mise en œuvre pilote au Burkina Faso d'une stratégie opérationnelle en situation de crise**.

Pour cette dernière notion, celle-ci a été distinguée de la notion d'intervention d'urgence selon le principe de modalités différentes de **réponses programmées et non programmées** avec des timings et financements différents. Ici, l'étude se focalise sur le **double nexus urgence/crise chronique au Burkina Faso** qui peut ainsi se décliner autour de kits d'urgence (réponse non programmée), mais aussi de plans de continuité et de formations de ressources humaines (RH) pérennes (réponse programmée). A ce stade, conformément au cadrage initial, la **réflexion stratégique de la CDE est**

centrée sur la réponse à la crise chronique au Burkina Faso, à laquelle des **capacités complémentaires d'interventions ponctuelles d'urgence** peuvent être envisagées **en lien avec des partenaires de long terme**. En outre, des **formations des partenaires aux réponses d'urgence** peuvent compléter le dispositif.

Sur cette base, les **objectifs** des ateliers ont été les suivants :

- **Partager un diagnostic commun** sur les besoins non pourvus sur le terrain et les capacités de la CDE à y répondre ;
- **Elaborer des scénarii** d'évolution du contexte burkinabé et des actions de la CDE au Burkina Faso pour les années à venir **et les prioriser**.

Pour cela, les points suivants ont été traités en atelier :

1. Partage des constats et analyse diagnostiques (terrain et siège, cf. Rapport diagnostic en Annexes) ;
2. Discussions et ajustements sur le diagnostic partagé ;
3. Réflexions individuelles sur les scénarii probables (variables sur le contexte et variables sur la CDE, croisement des deux) et les objectifs et résultats/activités que la CDE pourrait se fixer dans chaque scénario ;
4. Partage et validation/priorisation du scénario retenu.

Concernant les **variables retenues** pour la réflexion prospective, les évolutions suivantes ont été envisagées :

- Au Burkina Faso :
 - A. Situation politique et géopolitique qui s'améliore ;
 - B. Situation qui perdure à l'identique ;
 - C. Situation qui se dégrade.
- A la CDE :
 - A. Maintien d'un niveau d'engagement au BF identique au présent et focalisé sur la capitale
 - B. Engagement croissant en périphérie (actions programmées) ;
 - C. Engagement croissant sur des actions programmées et non programmées (crises aiguës) en partenariat avec des ONG urgentistes

1.4 Le scénario retenu

1.4.1 Contexte :

Au cours de l'atelier stratégique, **2 hypothèses** ont été envisagées comme étant les plus probables en termes d'évolution du contexte géopolitique au Burkina Faso dans les deux à trois ans à venir : **1) Situation qui perdure à l'identique ou 2) qui se dégrade dans des proportions qui n'empêchent pas une présence de la CDE en capitale.**

1.4.2 Evolution de la CDE : à 3 ans

Concernant la CDE, l'hypothèse retenue pour les 3 ans à venir est un **engagement qui perdure en capitale et qui croît en périphérie** sur des actions programmées ainsi que la **mise en place progressive des conditions de réponse future à des besoins non programmés** (crises aiguës) en partenariat avec des ONG urgentistes.

Ce scénario nécessitera les **conditions préalables** suivantes :

- Une **volonté de la direction générale**, déjà actée (stratégie 2023-2026) ;

- Une **réflexion plus approfondie sur les changements nécessaires** en termes d'organisation au siège et sur le terrain ;
- Des **moyens à mobiliser sur des appels à projets et un investissement préalable** à engager par une mise en ordre de marche vers ces évolutions dès 2025. En effet, il est nécessaire d'anticiper pour être prêts en cas de financement (kits, formations, pools d'experts bénévoles et salariés, partenariats...). Pour cela, il est préconisé d'investir des fonds propres sur une activité pilote pour disposer de recul, d'une expérience locale et qui pourrait avoir un effet levier sur la mobilisation de fonds lors des appels à projets.

Il est ainsi estimé que ce **changement stratégie opérationnelle nécessitera plusieurs années** pour être mis en place (3 ans).

1.5 Stratégie envisagée et cadre logique opérationnel

Dans le contexte des évolutions probables retenues, il est envisagé d'élaborer une **stratégie adaptée à géométrie variable et progressive** qui dépendra des financements, des partenariats et des opportunités qui se présenteront. Elle est donc ici déclinée selon un idéal final qui pourra voir le jour dans un second temps selon ces opportunités réelles.

2 Le Cadre Logique de la stratégie élaborée

Stratégie d'intervention	Indicateurs	Sources	Hypothèses
OG : Améliorer la prise en charge médicale et chirurgicale en capitale et en périphérie (hôpitaux régionaux et CMA) au Burkina Faso	<i>Effets des effets par année/ indicateurs d'impacts :</i> Les patients bénéficient de prises en charge chirurgicales de meilleure qualité en capitale et en périphérie, y compris grâce à un accès à de la chirurgie essentielle en périphérie Fréquentation des structures de santé appuyées ? Nombre de prises en charge chirurgicale, notamment en périphérie Nombre de projets de réponse aux urgences non programmées		
OS : Accroître les capacités et la résilience des acteurs burkinabés médico-chirurgicaux en contexte de crise et de post-crise	<i>Effets immédiats des activités par année/ indicateurs de résultats :</i> La capacité des acteurs locaux sur la prise charge médico-chirurgicale est accrue : niveau d'autonomie des équipes chirurgicales renforcées Capacité sur la prise charge médico-chirurgicale accrue ? Les capacités de réponse à l'urgence des acteurs de la santé burkinabés sont renforcées : Les capacités de réponse à l'urgence de la CDE : Procédures et RH dédiées à la CDE (siège et terrain) mises en place Appui technique médico-chirurgicale à la coordination et au plaidoyer : Effets constatés sur les thématiques de plaidoyer : ouverture aux attachés de santé, aux infirmiers et ASBC, délégation de tâches, formation de la réserve sanitaire		En termes d'évolution du contexte géopolitique au Burkina Faso dans les années à venir, la situation perdure à l'identique ou se dégrade dans des proportions qui n'empêchent pas une présence de la CDE en capitale.
RA 1 : La capacité des acteurs locaux sur la prise charge médico-chirurgicale est accrue	<i>Taux d'exécution des activités par année :</i> Nombre de personnes formées Evaluation des besoins en formation et cartographie des acteurs de formation réalisé Nombre de formations pratiques de spécialité, compagnonnages et capitalisations réalisées Nombre de formations en cascade, notamment au niveau sous-régional Nombre de formations existantes soutenues 1 pool Equipes médicales sous régionales et internationales (bénévoles) Nombre d'infrastructures, d'équipement et de consommables		
RA 2 : La capacité des acteurs locaux et de la CDE à répondre aux urgences est accrue	Nombre de personnes formées Nombre de formations existantes soutenues Nombre de cliniques mobiles soutenues (formation et équipement/ consommables) Nombre de kits et de guides d'urgence pré positionnés 1 pool Equipes médicales nationales recrutées (contrat salariés) 1 pool Equipes médicales sous régionales recrutées (contrat salariés et bénévoles) 1 pool de chirurgiens internationaux identifiés, notamment sous-régionaux)		
RA 3 : Appui technique médico-chirurgicale à la coordination et au plaidoyer des acteurs nationaux et internationaux de la santé est assuré	Nombre d'acteurs sensibilisés et de dialogues avec les sociétés savantes et les autorités sanitaires engagés Nombre d'expériences capitalisées et de données collectées Nombre de participation aux fora et tables rondes		

Activités		Quand ?	Qui ?
RA 1 : La capacité des acteurs locaux sur la prise charge médico-chirurgicale est accrue			
1. Former et renforcer les équipes de santé communautaire et les équipes paramédicales, médicales et chirurgicales (CHU, CHR, CMA)	○ Renforcer des compétences des équipes paramédicales, médicales et chirurgicales (chirurgie de spécialité et chirurgie essentielle) i. Evaluation des besoins en formation et cartographie des acteurs de formation ii. Formation pratique de spécialité (CHU), compagnonnage et suivi du renforcement de capacités et capitalisation (supports pédagogiques et didactiques) iii. Formation des professionnels à préserver leurs espaces (hygiène hospitalière) et leurs équipements (maintenance biomédicale) iv. Formation en cascade (formation de formateurs, CHR, CMA), notamment au niveau sous-régional v. Soutien à des formations existantes/ accès aux formations (ex : chirurgie essentielle)	Années 1, 2 et 3	Siège, terrain (lead), partenaire
	○ Identifier et mobiliser un pool Equipes médicales sous régionales et internationales (bénévoles) : médecins (chirurgiens, etc...) déployables rapidement	Années 2 et 3	
	○ Accompagnement communautaire en partenariat avec les OSC (prévention et détection) : former les ASC à des dépistages et à des gestes de prévention	Années 1, 2 et 3	
2. Améliorer les infrastructures hospitalières en capitale et dans les régions	○ Diagnostic	Année 1	
	○ Réhabilitation, adaptation des lieux de travail	Années 2 et 3	
3. Evaluer et équiper les services chirurgicaux des hôpitaux et CMA	○ Evaluer/ diagnostic (équipements adéquats préciser)	Année 1	
	○ Fournir les équipements	Années 1, 2 et 3	
	○ Formation à l'utilisation et à la maintenance et capitalisation (supports pédagogiques et didactiques)	Années 2 et 3	
4. Participer à l'approvisionnement des consommables et médicaments (des hôpitaux et CMA)	○ Evaluer/ diagnostic	Année 1	
	○ Fournir les consommables et médicaments (pour les équipes de la CDE ? pour approvisionner des partenaires ? pour stocker ? approvisionnement local ou internationale ?)	Années 1, 2 et 3	
	○ Suivre et actualiser les stocks	Années 2 et 3	

Activités		Quand ?	Qui ?
RA 2 : La capacité des acteurs locaux et de la CDE à répondre aux urgences est accrue			
1. Former et appuyer les équipes de santé communautaire et les équipes paramédicales, médicales et chirurgicales (CHU, CHR, CMA)	○ Evaluer/ diagnostic des besoins en formation de la réserve sanitaire (appui au système de santé en cas de crise/ réponse terrain damage control ?) et des cliniques mobiles	Année 1	
	○ Formation de la réserve sanitaire	Années 2 et 3	
	○ Formation au damage control	Années 2 et 3	
	○ Soutien à des formations existantes/ accès aux formations (ex :)	Années 1, 2 et 3	
	○ Appuyer la mise en œuvre des cliniques mobiles (formation en chirurgie)	Années 1, 2 et 3	
	○ Santé mentale : Accompagnement psychologique des soignants dans les zones à fort défi sécuritaire en partenariat avec d'autres acteurs	Années 1, 2 et 3	
2. Participer à l'approvisionnement, d'équipement de consommables et médicaments	○ Valider le contenu des kits et identifier les fournisseurs	Année 1	
	○ Pré positionnement de kits et de guides d'urgence	Années 2 et 3	
	○ Appuyer la mise en œuvre des cliniques mobiles (équipement) : analyse des besoins en équipement et consommables, achat	Années 2 et 3	
3. Mettre en place des capacités RH de réponses non programmées	○ Procédures et RH dédiées à la CDE (siège et terrain)	Années 1 et 2	Siège (lead), terrain
	○ Identifier et mobiliser un pool Equipes médicales nationales recrutées (contrat salariés) : médecins (chirurgiens, etc...) déployables rapidement identifiées notamment au sein de la Réserve sanitaire	Années 2 et 3	
	○ Identifier et mobiliser un pool Equipes médicales sous régionales recrutées (contrat salariés et bénévoles) : médecins (chirurgiens, etc...) déployables rapidement identifiées	Années 2 et 3	
	○ Identifier et mobiliser un pool de chirurgiens internationaux identifiés pour s'intégrer à une réponse portée par un partenaire (bénévoles et experts rémunérés, notamment sous-régionaux)	Années 2 et 3	
4. Contribuer à la coordination avec les acteurs sanitaires nationaux et internationaux et soutien organisationnel à la réponse d'urgence	○ S'inscrire dans les mécanismes existants de coordination des urgences sanitaires	Années 1, 2 et 3	
	○ Contribuer à des plans de continuité des activités en fonction du modelage d'espace et de la RH pour prendre en charge une urgence et faire continuer les activités à la normale en même temps.	Années 2 et 3	
	○ Appuyer le système de référencement multi-chirurgical en place.	Années 2 et 3	

Activités		Quand ?	Qui ?
RA 3 : Appui technique médico-chirurgicale à la coordination et au plaidoyer des acteurs nationaux et internationaux de la santé est assuré			
1. Réaliser un plaidoyer national	○ Sensibiliser les acteurs et engager le dialogue avec les sociétés savantes et les autorités sanitaires, notamment sur la chirurgie essentielle (ouverture aux attachés de santé, aux infirmiers et ASBC, délégation de tâches, formation de la réserve sanitaire) et la chirurgie pédiatrique en situation d'urgence, l'accès humanitaire...	Années 1, 2 et 3	Terrain (lead), siège (bénévoles)
	○ Collecter des données et capitaliser les expériences pour alimenter le plaidoyer	Années 1, 2 et 3	Terrain (lead)
2. Intégrer la coordination avec les acteurs internationaux et participation aux cadres de concertation internationaux	○ Identifier les fora prioritaires	Année 1	
	○ Participer aux tables rondes et fora	Années 1, 2 et 3	

Activités Année 1		Quand ?	Qui ?
RA 1 : La capacité des acteurs locaux sur la prise charge médico-chirurgicale est accrue			
Former et renforcer les équipes de santé communautaire et les équipes paramédicales, médicales et chirurgicales (CHU, CHR, CMA)	○ Renforcer des compétences des équipes paramédicales, médicales et chirurgicales (chirurgie de spécialité et chirurgie essentielle) i. Evaluation des besoins en formation et cartographie des acteurs de formation ii. Formation pratique de spécialité (CHU), compagnonnage et suivi du renforcement de capacités et capitalisation (supports pédagogiques et didactiques) iii. Formation des professionnels à préserver leurs espaces (hygiène hospitalière) et leurs équipements (maintenance biomédicale) iv. Formation en cascade (formation de formateurs, CHR, CMA), notamment au niveau sous-régional v. Soutien à des formations existantes/ accès aux formations (ex : chirurgie essentielle)	Années 1, 2 et 3	Siège, terrain (lead), partenaire
	○ Accompagnement communautaire en partenariat avec les OSC (prévention et détection) : former les ASC à des dépistages et à des gestes de prévention	Années 1, 2 et 3	
Améliorer les infrastructures hospitalières en capitale et dans les régions	○ Diagnostic	Année 1	
Evaluer et équiper les services chirurgicaux des hôpitaux et CMA	○ Evaluer/ diagnostic (équipements adéquats préciser)	Année 1	
	○ Fournir les équipements	Années 1, 2 et 3	
Participer à l'approvisionnement des consommables et médicaments (des hôpitaux et CMA)	○ Evaluer/ diagnostic	Année 1	
	○ Fournir les consommables et médicaments (pour les équipes de la CDE ? pour approvisionner des partenaires ? pour stocker ? approvisionnement local ou internationale ?)	Années 1, 2 et 3	
RA 2 : La capacité des acteurs locaux et de la CDE à répondre aux urgences est accrue			
Former et appuyer les équipes de santé communautaire et les équipes paramédicales, médicales et chirurgicales (CHU, CHR, CMA)	○ Evaluer/ diagnostic des besoins en formation de la réserve sanitaire (appui au système de santé en cas de crise/ réponse terrain damage control ?) et des cliniques mobiles	Année 1	
	○ Soutien à des formations existantes/ accès aux formations (ex :)	Années 1, 2 et 3	
	○ Appuyer la mise en œuvre des cliniques mobiles (formation en chirurgie)	Années 1, 2 et 3	
	○ Santé mentale : Accompagnement psychologique des soignants dans les zones à fort défi sécuritaire en partenariat avec d'autres acteurs	Années 1, 2 et 3	
Participer à l'approvisionnement, d'équipement de consommables et médicaments	○ Valider le contenu des kits et identifier les fournisseurs	Année 1	
Mettre en place des capacités RH de réponses non programmées	○ Procédures et RH dédiées à la CDE (siège et terrain)	Années 1 et 2	Siège (lead), terrain
Contribuer à la coordination avec les acteurs sanitaires nationaux et internationaux et soutien organisationnel à la réponse d'urgence	○ S'inscrire dans les mécanismes existants de coordination des urgences sanitaires	Années 1, 2 et 3	

RA 3 : Appui technique médico-chirurgicale à la coordination et au plaidoyer des acteurs nationaux et internationaux de la santé est assuré			
Réaliser un plaidoyer national	○ Sensibiliser les acteurs et engager le dialogue avec les sociétés savantes et les autorités sanitaires, notamment sur la chirurgie essentielle (ouverture aux attachés de santé, aux infirmiers et ASBC, délégation de tâches, formation de la réserve sanitaire) et la chirurgie pédiatrique en situation d'urgence, l'accès humanitaire...	Années 1, 2 et 3	Terrain (lead), siège (bénévoles)
	○ Collecter des données et capitaliser les expériences pour alimenter le plaidoyer	Années 1, 2 et 3	Terrain (lead)
Intégrer la coordination avec les acteurs internationaux et participation aux cadres de concertation internationaux	○ Identifier les fora prioritaires	Année 1	
	○ Participer aux tables rondes et fora	Années 1, 2 et 3	

Activités Années 2 et 3		Quand ?	Qui ?
RA 1 : La capacité des acteurs locaux sur la prise charge médico-chirurgicale est accrue			
Former et renforcer les équipes de santé communautaire et les équipes paramédicales, médicales et chirurgicales (CHU, CHR, CMA)	○ Renforcer des compétences des équipes paramédicales, médicales et chirurgicales (chirurgie de spécialité et chirurgie essentielle) i. Evaluation des besoins en formation et cartographie des acteurs de formation ii. Formation pratique de spécialité (CHU), compagnonnage et suivi du renforcement de capacités et capitalisation (supports pédagogiques et didactiques) iii. Formation des professionnels à préserver leurs espaces (hygiène hospitalière) et leurs équipements (maintenance biomédicale) iv. Formation en cascade (formation de formateurs, CHR, CMA), notamment au niveau sous-régional v. Soutien à des formations existantes/ accès aux formations (ex : chirurgie essentielle)	Années 1, 2 et 3	Siège, terrain (lead), partenaire
	○ Identifier et mobiliser un pool Equipes médicales sous régionales et internationales (bénévoles) : médecins (chirurgiens, etc...) déployables rapidement	Années 2 et 3	
	○ Accompagnement communautaire en partenariat avec les OSC (prévention et détection) : former les ASC à des dépistages et à des gestes de prévention	Années 1, 2 et 3	
	○ Réhabilitation, adaptation des lieux de travail	Années 2 et 3	
	○ Fournir les équipements	Années 1, 2 et 3	
	○ Formation à l'utilisation et à la maintenance et capitalisation (supports pédagogiques et didactiques)	Années 2 et 3	
	○ Fournir les consommables et médicaments (pour les équipes de la CDE ? pour approvisionner des partenaires ? pour stocker ? approvisionnement local ou internationale ?)	Années 1, 2 et 3	
	○ Suivre et actualiser les stocks	Années 2 et 3	
RA 2 : La capacité des acteurs locaux et de la CDE à répondre aux urgences est accrue			
Former et renforcer les équipes de santé communautaire et les équipes paramédicales, médicales et chirurgicales (CHU, CHR, CMA)	○ Formation de la réserve sanitaire	Années 2 et 3	
	○ Formation au damage control	Années 2 et 3	
	○ Soutien à des formations existantes/ accès aux formations (ex :) :	Années 1, 2 et 3	
	○ Appuyer la mise en œuvre des cliniques mobiles (formation en chirurgie)	Années 1, 2 et 3	
	○ Santé mentale : Accompagnement psychologique des soignants dans les zones à fort défi sécuritaire en partenariat avec d'autres acteurs	Années 1, 2 et 3	
	○ Pré positionnement de kits et de guides d'urgence	Années 2 et 3	
	○ Appuyer la mise en œuvre des cliniques mobiles (équipement) : analyse des besoins en équipement et consommables, achat	Années 2 et 3	
Mettre en place des capacités RH de réponses non programmées	○ Procédures et RH dédiées à la CDE (siège et terrain)	Années 1 et 2	Siège (lead), terrain

	○ Identifier et mobiliser un pool Equipes médicales nationales recrutées (contrat salariés) : médecins (chirurgiens, etc...) déployables rapidement identifiées notamment au sein de la Réserve sanitaire	Années 2 et 3	
	○ Identifier et mobiliser un pool Equipes médicales sous régionales recrutées (contrat salariés et bénévoles) : médecins (chirurgiens, etc...) déployables rapidement identifiées	Années 2 et 3	
	○ Identifier et mobiliser un pool de chirurgiens internationaux identifiés pour s'intégrer à une réponse portée par un partenaire (bénévoles et experts rémunérés, notamment sous-régionaux)	Années 2 et 3	
Contribuer à la coordination avec les acteurs sanitaires nationaux et internationaux et soutien organisationnel à la réponse d'urgence	○ S'inscrire dans les mécanismes existants de coordination des urgences sanitaires	Années 1, 2 et 3	
	○ Contribuer à des plans de continuité des activités en fonction du modelage d'espace et de la RH pour prendre en charge une urgence et faire continuer les activités à la normale en même temps.	Années 2 et 3	
	○ Appuyer le système de référencement multi-chirurgical en place.	Années 2 et 3	
RA 3 : Appui technique médico-chirurgicale à la coordination et au plaidoyer des acteurs nationaux et internationaux de la santé est assuré			
Réaliser un plaidoyer national	○ Sensibiliser les acteurs et engager le dialogue avec les sociétés savantes et les autorités sanitaires, notamment sur la chirurgie essentielle (ouverture aux attachés de santé, aux infirmiers et ASBC, délégation de tâches, formation de la réserve sanitaire) et la chirurgie pédiatrique en situation d'urgence, l'accès humanitaire...	Années 1, 2 et 3	Terrain (lead), siège (bénévoles)
	○ Collecter des données et capitaliser les expériences pour alimenter le plaidoyer	Années 1, 2 et 3	Terrain (lead)
	○ Participer aux tables rondes et fora	Années 1, 2 et 3	

