

Politique de santé

pour la coopération internationale



3^e édition

Croix-Rouge suisse
Coopération internationale
iz@redcross.ch www.redcross.ch
PC 30-4200-3
Conception graphique et impression
graphic-print

Berne, janvier 2021

Photo de couverture:
Malawi ©CRS, Caspar Martig

Table des matières

1. Introduction	5
1.1 Raisonnement et portée	5
1.2 Intégration de la politique de santé dans le cadre référentiel de la CRS et de la FICR	5
1.3 Reconnaissance des cadres de référence internationaux	7
2. Contexte et défis	8
3. Le cadre conceptuel du département CI de la CRS pour la santé	11
4. Objectifs de l'engagement de la CRS en matière de santé	13
4.1 But général	13
4.2 Effets	13
5. Thèmes prioritaires	15
6. Engagement des parties prenantes	18
6.1 Renforcement des compétences en matière de santé des communautés locales et des personnes (côté demande)	18
6.2 Renforcement des systèmes de santé en vue d'un accès aux soins pour tous (côté prestataires)	19
6.3 Activités de plaidoyer et participation au dialogue politique local en matière de santé	20
7. Gestion de la qualité	21
7.1 Pertinence et impact	21
7.2 Suivi, évaluation et apprentissage	21
7.3 Conseil thématique et méthodique	22
Annexe I: Modèle d'impact de la politique de santé	23
Annexe II: Indicateurs d'effets standards	24
Notes	26
Liste des figures et des tableaux	
Figures	
1 Politique de santé de la CRS au sein du cadre politique de la CRS	6
2 Le cadre conceptuel du département CI de la SRC pour la santé	11
3 Modèle d'engagement des parties prenantes de la CRS	20
Tableau	
1 Thèmes prioritaires et stratégies d'intervention de la CRS en matière de santé	16

Abréviations

CI	Coopération internationale
CRS	Croix-Rouge suisse
EAH	Eau, assainissement et hygiène
FICR	Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
MNT	Maladie non transmissible
Mouvement	Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge
National Society	Société nationale de la Croix-Rouge ou du Croissant Rouge
ODD	Objectif de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PRITI	Pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure)
RANAS	(approche) Risque, Attitude, Norme, Capacité, Autorégulation
VIH/sida	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'immunodéficience acquise

1. Introduction

1.1 Raisonement et portée

Contribuer à ce que les personnes et les communautés particulièrement vulnérables puissent vivre en bonne santé et être mieux capables de gérer les risques de catastrophes est la mission de la Croix-Rouge suisse.

La Politique de santé fixe le cadre des programmes conduits dans ce domaine par le département Coopération internationale de la CRS. Elle couvre tout le spectre des activités de la CRS, allant de l'aide d'urgence au développement en passant par le relèvement et sert de base au dialogue avec les organisations partenaires, les autorités de santé et d'autres institutions intéressées.

La Politique de santé précise les principes directeurs, objectifs, approches prioritaires et priorités thématiques des programmes sanitaires encadrant le travail de la coopération internationale de la CRS. Depuis son entrée en vigueur en 2012, les cadres référentiels mondiaux ont changé et de nouvelles priorités thématiques ont vu le jour. Conjointement au modèle d'impact de la CRS, qui oriente le travail de la CRS en matière de santé et de gestion des risques de catastrophe, la Politique de santé a été revue à la lumière de ces développements et a été adaptée pour être appliquée tout le long du nexus aide d'urgence, relèvement et développement. La présente version de la Politique de santé prend effet en 2020.

1.2 Intégration de la politique de santé dans le cadre référentiel de la CRS et de la FICR

La Politique de santé de la CRS se fonde sur les sept Principes fondamentaux du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge: humanité, impartialité, neutralité, indépendance, volontariat, unité et universalité. Elle s'inscrit dans le cadre stratégique et politique de la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR) et de la CRS.

La Politique de santé s'aligne sur la *Stratégie 2030 de la FICR – une plateforme pour le changement*¹, qui considère la santé comme l'un des cinq défis mondiaux clés et qui comprend les trois objectifs stratégiques suivants:

- Objectif stratégique 1: tout le monde peut anticiper les crises, y faire face et s'en relever rapidement;
- Objectif stratégique 2: tout le monde mène une vie sûre et saine dans la dignité, et a des possibilités de prospérer;
- Objectif stratégique 3: tout le monde se mobilise pour bâtir des communautés inclusives et pacifiques.

La Politique de santé et le **Cadre de la FICR relatif à la santé et aux soins**². Ce dernier reflète de trois manières la contribution de la FICR aux soins de santé universels: il présente les priorités collectives et les modalités de programmation qui définissent le travail du réseau santé et soins de la FICR; il illustre une voie d'engagement des Sociétés nationales auprès des autorités sanitaires comme auxiliaires dans les domaines de la santé et des soins; et il relie le travail du réseau santé et soins de la FICR à l'agenda mondial des ODD.

Les programmes de la CRS s'inscrivent également dans les autres cadres thématiques de la FICR, tels que le *Cadre de la FICR sur la résilience des communautés*,³ le *Cadre de la santé mère-enfant de la FICR*⁴ et le *Cadre stratégique de la FICR relatif aux questions d'égalité de genre et à la diversité*⁵.

La **Stratégie 2030 de la CRS** définit la santé comme l'une de trois sphères d'action. Il fait référence au premier plan de la CRS dans le domaine de la santé en tant qu'organisation humanitaire en Suisse et en tant qu'acteur important de l'aide d'urgence et de la coopération au développement à l'étranger. La CRS reconnaît que la santé est un droit humain et qu'une bonne santé est une précondition du développement économique.

La Stratégie 2030 de la CRS intègre la vision du **département Coopération internationale de la CRS pour 2030**⁶, selon laquelle la CRS mettra en œuvre ses engagements à la lumière de ses approches et compétences passées, afin d'atteindre ses bénéficiaires de manière efficace et durable. Afin de localiser encore plus son agenda de l'aide, de s'aligner plus étroitement sur les stratégies et les plans des Sociétés nationales hôtes et d'améliorer la coordination et la coopération au sein du Mouvement, la CRS travaille encore plus à travers les Sociétés Nationales dans des programmes nationaux sélectionnés, s'engageant dans une action conjointe avec la Société nationale hôte pour mettre en œuvre les programmes avec le Ministère de la santé, les organisations communautaires et les ONG.

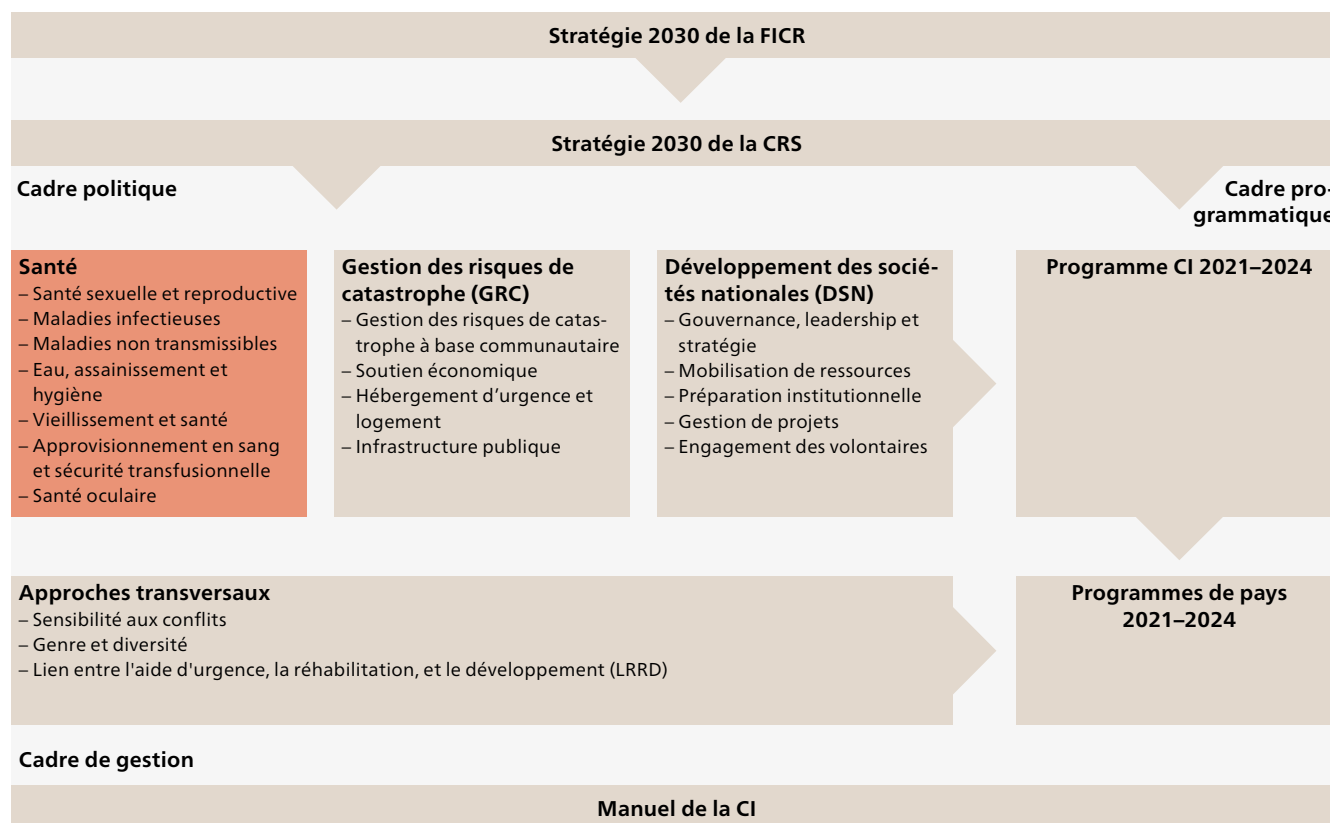


Figure 1: Politique de santé de la CRS au sein du cadre politique de la CRS

Les activités du département Coopération internationale de la CRS sont liées par les principes fondamentaux suivants (C.F. Programme de coopération internationale 2021–2024⁷, *chapitre 3.2*):

- durabilité sociale, économique et environnementale;
- accent placé sur les personnes et les communautés vulnérables;
- renforcement du pouvoir des communautés;
- bénévolat;
- partenariat et localisation;
- responsabilisation;
- dialogue politique;
- alignement.

1.3 Reconnaissance des cadres politiques internationaux

En complément de ses propres textes fondateurs et du référentiel de la FICR, la CRS approuve le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et les objectifs de développement durable (ODD) des Nations Unies⁸. Tous les programmes de santé contribuent à la réalisation des objectifs fixés, en particulier les suivants:

- objectif 2: «éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable» afin de permettre des avancées en matière alimentaire;
- objectif 3: «permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge»;
- objectif 5: «parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles»;
- objectif 6: «garantir l'accès de tous à des services d'alimentation en eau et d'assainissement gérés de façon durable».

Enfin, la CRS s'appuie sur les stratégies et cadres de l'OMS et d'autres organismes des Nations Unies, sur les stratégies et cadres politiques des pays bénéficiaires et sur la politique extérieure suisse en matière de santé⁹.

2. Contexte et défis

La santé est un enjeu phare de l'agenda 2030 pour le développement durable. Il s'agit d'œuvrer non seulement à l'éradication des maladies, mais également de garantir l'égalité d'accès à la santé et aux soins. Le travail de réduction des écarts et des inégalités dans la santé doit tenir compte des tendances et du contexte mondial en matière de santé. Les tendances et les défis considérés comme particulièrement pertinents par la CRS au plan mondial sont décrits ci-après.

Progression des maladies non transmissibles et des épidémies

Environ deux tiers des décès enregistrés dans le monde sont dus à des maladies non transmissibles (MNT) causées par le tabagisme, une mauvaise hygiène alimentaire, le manque d'activité physique ou l'alcoolisme.¹⁰ Le cancer, le diabète, les affections respiratoires chroniques et les troubles cardiovasculaires sont en recrudescence dans les pays à revenu élevé et intermédiaire, mais aussi dans les PRITI. Dans le même temps, les maladies infectieuses continuent de décimer les populations de nombreuses régions du monde, engendrant ainsi une double charge de morbidité parmi les personnes et les communautés. La pneumonie et la diarrhée, imputables à des insuffisances en matière de qualité de l'eau, d'assainissement, d'hygiène et d'alimentation, sont les premières causes de maladie et de décès chez les petits enfants. Quelque 35 millions de personnes vivent avec le VIH/sida dans le monde, dont 71% en Afrique subsaharienne, mais seuls 50% des malades du sida ont accès à des soins et à un traitement.¹¹ Le paludisme a tué près de 500 000 personnes en 2014¹², tandis que la tuberculose est diagnostiquée chez 10 millions de nouveaux patients chaque année. Outre ces maladies infectieuses, des virus tels que le virus Ebola, Zika, de la dengue, du chikungunya et de la fièvre jaune causent un grand nombre d'épidémies à propagation rapide qui sont difficiles à contrôler et nécessitent un système de santé bien préparé et une bonne collaboration intersectorielle.

Des sociétés vieillissantes

Dans maintes régions du monde, l'amélioration des conditions de vie et les progrès réalisés dans la prévention et le traitement des maladies infectieuses ont conduit à un allongement spectaculaire de l'espérance de vie. En Europe, en Amérique du Sud et dans certains pays d'Asie, où les taux de fécondité ont fortement reculé, l'évolution démographique a un impact considérable sur les systèmes de santé et modifie en profondeur les besoins des populations. Dans les pays européens en transition, où les carences des services sociaux s'ajoutent au délitement des structures familiales élargies, des approches inédites en matière d'aide communautaire et de soins à domicile sont requises pour les personnes âgées. Elles devront de surcroît être étendues aux PRITI, qui abriteront vraisemblablement 80% des personnes âgées de la planète à l'horizon 2050.¹³

Urbanisation

54% de la population mondiale vit dans des agglomérations. Dans les PRITI, 2,5 milliards de personnes habitent dans des taudis urbains, aires surpeuplées et insalubres dépourvues d'un accès convenable à l'eau, l'assainissement et à l'hygiène où les pénuries alimentaires récurrentes se conjuguent à l'absence de services de santé de base. La situation est particulièrement critique dans les villes d'Afrique subsaharienne, où 62% de la population urbaine loge dans des habitations de fortune, ainsi que dans les zones urbaines d'Asie du Sud (35%) et du Sud-Est (31%).¹⁴ Dans ces quartiers, les violences, souvent associées au crime organisé, sont une menace quotidienne pour la vie et la santé des habitants. Au niveau régional, l'Amérique latine en particulier connaît ces dernières années une recrudescence des violences urbaines.

Inégalités croissantes en matière de santé: le cercle vicieux de la pauvreté et de la maladie

En 2015, selon des estimations récentes, 10% de la population mondiale vivait au-dessous du nouveau seuil international de pauvreté, estimé à 1,90 dollar par jour.¹⁵ Tandis que près de 1,1 milliard de personnes de moins vivent dans l'extrême pauvreté par rapport à 1990, le déclin dans les niveaux de pauvreté a été inégal. Plus de la moitié des personnes extrêmement pauvres vit en Afrique sub-saharienne et la majorité des personnes pauvres du monde vivent en zones rurales, possèdent un faible niveau d'étude, sont employées dans le secteur agricole et ont moins de 18 ans.¹⁵ Il existe de grandes preuves que plus la position socio-économique d'une personne est basse, plus son risque d'être en mauvaise santé est grand. La pauvreté est à la fois la cause et la conséquence d'un mauvais état de santé. Elle est une entrave à la santé parce qu'elle oblige à vivre dans un environnement insalubre, sans abri décent, accès à l'eau ou assainissement adéquat. De la même manière, une santé défaillante aggrave le risque d'appauvrissement croissant. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 100 millions de personnes basculent chaque année dans la pauvreté parce qu'elles doivent payer des soins médicaux.¹⁶ Des millions de personnes sont privées de services de santé de base car elles n'ont pas les moyens de les payer. Les enfants des ménages ruraux ou à faible revenu en subissent les conséquences de façon disproportionnée. Dans les familles les plus pauvres (zones rurales et urbaines confondues), les plus jeunes ont près de deux fois plus de chances de mourir avant 5 ans que les enfants du quintile le plus riche.¹⁷ La limitation des paiements directs au moment des soins de santé et l'adoption de dispositifs de financement de la santé est l'une des priorités des PRITI, ainsi qu'ils en ont fait état dans leurs Documents de stratégie respectifs pour la réduction de la pauvreté (DSRP). Néanmoins, la mise en œuvre demeure un défi, bien que les bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux aient intensifié leurs efforts de promotion et de financement de la couverture sanitaire universelle, laquelle offre une meilleure protection de la population face aux dépenses de santé synonymes d'appauvrissement.

Vivre dans un environnement de conflit et de fragilité

Le travail dans les situations d'urgence et les contextes fragiles fait l'objet d'une attention accrue dans les politiques et les programmes dédiés au développement. Les conflits armés actuels sont plus mortels et plus durables. Ils ont déjà contraint près de 60 millions de personnes dans le monde à prendre la fuite. On estime que 1,4 milliard de personnes vivent dans des contextes fragiles.¹⁸ Privées d'accès à des soins de base, à l'eau et à l'assainissement, victimes de violences et d'abus, les populations migrantes et celles touchées par les conflits sont particulièrement vulnérables. Elles ont des besoins en matière de santé physique, mais nécessitent également un soutien psychosocial.

Changement climatique et catastrophes

Les événements naturels extrêmes tels que séismes, inondations, sécheresses et cyclones ont eux aussi un impact soudain et dévastateur sur la vie et la santé des communautés, ainsi que sur les infrastructures. Confronté à l'urgence, le système de santé public est rarement en mesure de répondre aux besoins de la population sinistrée et sollicite une assistance extérieure. Dans ce contexte, la préparation institutionnelle et un ajustement des programmes et des projets garantissent la continuité de l'engagement, des secours d'urgence au relèvement et à l'aide au développement. L'expérience montre qu'au lendemain de catastrophes comme dans les contextes fragiles, les femmes et les enfants, ainsi que les groupes sans ressources et marginalisés, sont les populations les plus exposées aux pertes, à la souffrance et à la violence sexuelle et requièrent de ce fait une prise en charge particulière.

Risques environnementaux

D'après l'OMS, 25% de la charge mondiale de morbidité est imputable à des conditions environnementales défavorables. Dans les agglomérations, les facteurs environnementaux d'insalubrité prédominants sont la pollution de l'air, l'élimination défectueuse des ordures ménagères et la contamination de l'eau; dans les régions rurales pauvres, où les habitants cuisinent et se chauffent au moyen de combustibles solides, la pollution de l'air intérieur représente un danger majeur pour la santé, tandis que l'exposition au plomb et aux déchets toxiques ainsi que la gestion problématique des produits chimiques dans les entreprises industrielles sont des causes importantes de mortalité et de handicap.¹⁹

La nutrition, un déterminant de santé clé

La malnutrition constitue une menace majeure pour la santé, en particulier au sein des groupes et communautés vulnérables.²⁰ Aujourd'hui encore, près de 800 millions de personnes souffrent de la faim dans le monde.²¹ Tandis que la proportion d'enfants accusant un retard de croissance a reculé de 39,6% à 23,8% au cours des 25 dernières années, le taux d'émaciation a atteint le chiffre alarmant de 7,4%. Un enfant sur deux qui meurt avant l'âge de 5 ans est victime de malnutrition. Dans le même temps, 1,5 milliard de personnes, dont 40 millions d'enfants, souffrent de surpoids ou d'obésité et présentent donc un risque accru de développer des affections non transmissibles telles qu'une maladie cardiovasculaire ou le diabète.²²

Dysfonctionnement des systèmes de santé publics

Le défaut chronique de financement des structures de soins primaires cumulé à la pénurie de personnel qualifié est l'un des principaux facteurs responsables du dysfonctionnement du système de santé public dans de nombreux PRITI. Les dépenses allouées à la santé restent de loin inférieures à 5% du PIB dans la plupart de ces pays,²³ pourtant signataires de la Déclaration d'Abuja.²⁴ Le manque d'effectifs de médecins, de sages-femmes et d'infirmiers est particulièrement sévère là où les populations en ont le plus besoin. Alors que la pénurie mondiale d'agents de santé s'établissait à 7,2 millions en 2013, elle atteindra selon la «Global Health Workforce Alliance» le chiffre de 12,9 millions à l'horizon 2035. Si les États ne se mobilisent pas pour lutter contre cette pénurie et ses causes profondes, au premier rang desquelles la migration de la main d'œuvre, les implications sanitaires seront dramatiques pour des milliards de personnes à travers le monde. Dans 44% des pays, la densité de personnel sanitaire qualifié est inférieure à 22,8 pour 10000 habitants.²⁵ Au-delà de la disponibilité, les dimensions de l'accessibilité, de l'acceptabilité et de la qualité des ressources humaines de santé appellent aussi une action immédiate. Là où les établissements publics peinent à trouver des ressources, le secteur privé est en plein essor, dispensant des soins de qualité contre facturation à l'acte et perpétuant le cycle de la pauvreté pour ceux qui n'ont pas les moyens de payer.

Vers une nouvelle architecture mondiale du développement et du financement de la santé

Le Programme 2030 énonce un nouveau paradigme de développement global applicable à tous les pays. Ciblant moins des maladies spécifiques, il entend renforcer les systèmes de santé et appelle à l'instauration de la couverture sanitaire universelle, en tenant compte des déterminants sociaux de la santé. Toutes les actions entreprises par les pays et les partenaires de développement doivent viser à ce que «nul ne soit laissé-pour-compte» et à atteindre les plus vulnérables en finissant le travail commencé par les OMD. Pareille ambition exige des investissements substantiels: les coûts de mise en œuvre des ODD sont évalués à plusieurs milliers de milliards de dollars par an. Parallèlement, l'aide au développement sanitaire, après avoir progressé de 11,3% par an de 2000 à 2010, n'a plus enregistré de hausse significative récente.²⁶ Alors que seuls quatre pays investissent aujourd'hui plus de 10% de leur PIB dans la santé publique,²⁷ l'efficacité, l'alignement et l'harmonisation de l'aide, les collaborations multipartites et les modèles de financement innovants sont plus que jamais de rigueur dans la coopération en faveur du développement sanitaire. À cet égard, les organisations de la société civile assument un rôle important de protecteurs et d'acteurs du dialogue politique, au niveau national comme mondial.

3. Le cadre conceptuel du département CI de la CRS pour la santé

La santé est plus que l'absence de maladie. Conformément à la définition de l'OMS, la CRS entend par santé, un état de bien-être physique, mental et social qui englobe les propriétés fondamentales de la vie telles que la vitalité, l'autodétermination, le bonheur, la dignité, la liberté et la sécurité. La santé est également une ressource pour le développement social et économique et ainsi un élément clé des communautés résilientes. Elle libère des ressources pour les investissements autres que les soins de santé. Une personne en bonne santé a la possibilité d'accéder à l'éducation et aux informations et d'exercer ses droits politiques et humains. La CRS utilise «la santé» comme un terme parapluie recouvrant le spectre large des activités de santé, sociales et EAH.

Les programmes de la CRS mettent l'accent sur les soins de santé primaires et sur le rapprochement entre le système de soins de santé et la communauté. Afin de ne laisser personne de côté et d'atteindre la couverture sanitaire universelle, l'approche de la CRS est centrée sur la personne, favorise les soins de santé intégrés et le renforcement du pouvoir des communautés et place la prévention plutôt que les traitements au centre de ses projets de santé. Avec son but d'un état de santé amélioré pour toutes et tous, la CRS vise à atteindre trois résultats: l'accès amélioré, la qualité accrue et le changement de comportement pratiqué. Ceux-ci sont décrits dans la section 4.

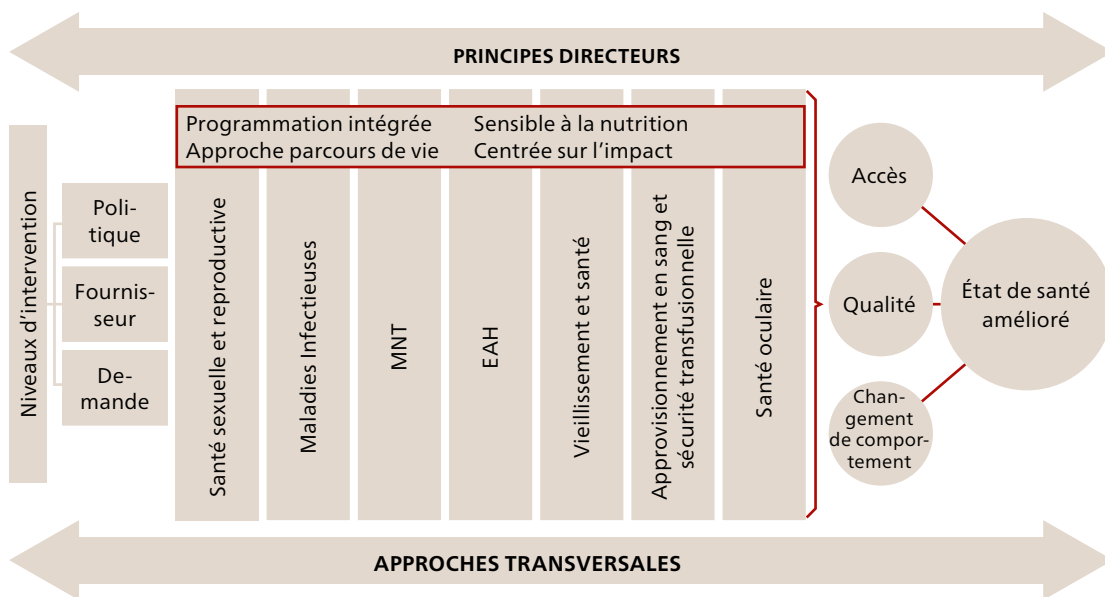


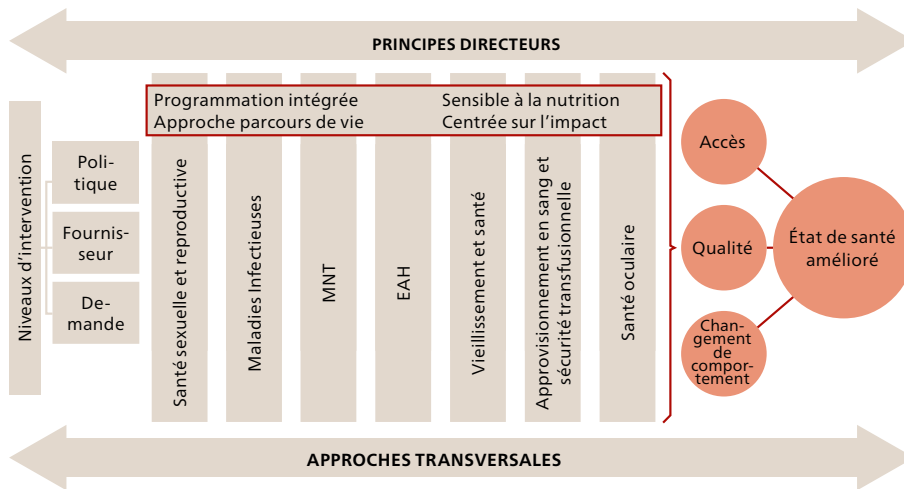
Figure 2: Le cadre conceptuel du département CI de la SRC pour la santé

La CRS travaille sur les sept priorités thématiques de santé suivantes: santé sexuelle et reproductive, maladies infectieuses, MNT, EAH, vieillissement et santé, sécurité transfusionnelle et santé oculaire (voir figure 2). Ces domaines thématiques et les quatre approches prioritaires appliquées pour les aborder – programmation intégrée, programmation sensible à la nutrition, approche fondée sur le parcours de vie et accent placé sur l'impact – sont décrits en détail en section 5.

À travers les sept priorités thématiques de santé, les programmes de la CRS abordent à la fois les préoccupations côté demande/bénéficiaire et prestataires, et visent à influencer les politiques de santé. En bâtissant des passerelles entre les communautés et les prestataires de services de santé et en créant et en renforçant les interfaces entre les différentes parties prenantes des systèmes de santé locaux, la CRS aide à améliorer la capacité des systèmes de santé à fournir des soins de santé de qualité, accessibles et abordables. La promotion de la santé et la prévention des maladies nécessitent que les communautés, le gouvernement, la société civile et le secteur privé travaillent ensemble pour encourager des modes de vie sains dans un environnement propice à un état de santé amélioré pour la population entière. La CRS facilite et renforce les efforts de ses partenaires pour s'engager dans le dialogue politique local avec les autorités respectives. Le dialogue politique peut aller de la mise en pratique des politiques locales à une influence sur les politiques de santé nationales. La mise à l'échelle des interventions pour accroître l'impact et la visibilité, conjointement à la documentation et au partage des preuves de meilleures pratiques, sont des instruments importants pour le dialogue politique. Le modèle des parties prenantes de la CRS se trouve en section 6.

Les programmes de santé de la CRS appliquent les principes directeurs de la CRS (voir section 1.2) et les approches transversales sur le genre et la diversité, la sensibilité aux conflits et les liens entre l'aide d'urgence, la réhabilitation et le développement.

4. Objectifs de l'engagement de la CRS en matière de santé



4.1 But général

Consciente des défis mondiaux et guidée par les principes d'action énoncés dans la Stratégie 2020 du département Coopération internationale (voir section 1.2), la CRS assigne à ses programmes sanitaires le but général suivant:

Améliorer l'état de santé de toutes et de tous, notamment des personnes, groupes et communautés vulnérables.

4.2 Effets

Les projets de secours d'urgence, de relèvement et de développement de la CRS visent trois effets.

Le changement de comportement est pratiqué

Les programmes de la CRS encouragent des modes de vie sains et le comportement de recherche d'une santé améliorée. Une diversité d'approches de promotion de la santé et d'éducation en santé est appliquée au niveau communautaire et individuel pour favoriser le comportement sain et poser les bases de vies saines. Les programmes de la CRS fonctionnent de concert avec les parties prenantes dans différents secteurs pour promouvoir les politiques qui créent un environnement propice au changement de comportement.

Un accès amélioré

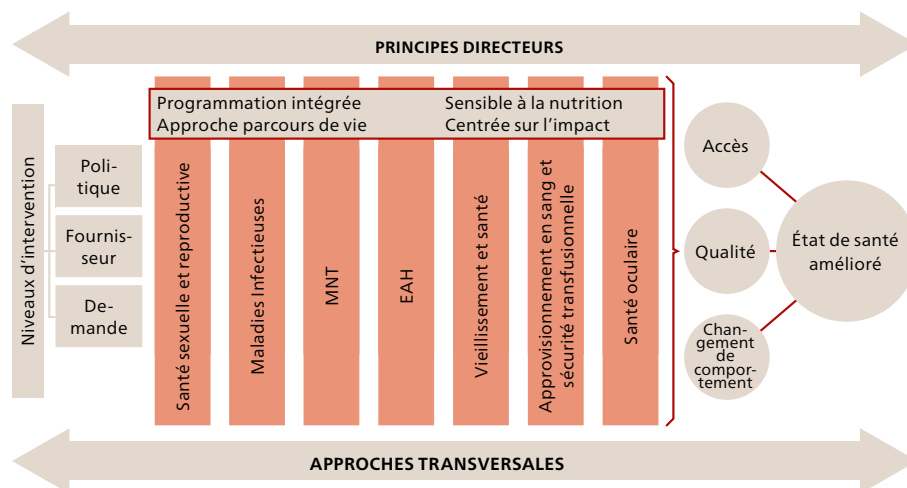
Les programmes de la CRS visent à améliorer l'accès équitable aux soins de santé en travaillant à l'interface entre les prestations de services et la demande de services de santé. Du côté de prestations de services, la CRS, conjointement à ses partenaires, aide le système de santé local à résoudre les obstacles d'accès, notamment en rapport à l'atteinte de la couverture sanitaire universelle. Du côté de la demande, la CRS renforce le pouvoir des communautés locales à revendiquer leur droit à la santé et à mettre en place des systèmes gérés de manière communautaire qui améliorent l'accès (transport local, financement par les communautés, etc.). Les projets de la CRS agissent également sur les déterminants de la santé, en premier lieu sur l'accès à l'eau potable et aux installations d'assainissement, à l'hygiène communautaire et à la bonne alimentation.

Une qualité accrue

Afin d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé, les programmes de la CRS mettent l'accent sur l'amélioration de la qualité des services de santé. Une fourniture de services de bonne qualité accroît la demande et améliore l'accès, et la promotion de santé en bonne qualité résulte en changement de comportement. À cette fin, la CRS se concentre sur les composants du système de santé relatifs à la prestation des services, aux ressources humaines pour la santé et à l'information et à la technologie. Des analyses solides des informations de gestion de la santé favorisent la réflexion sur la qualité et sont un prérequis pour des services qui répondent de manière adéquate aux besoins des populations. Les lignes directrices de l'OMS et d'autres organisations accréditées au plan international, les parcours cliniques et les documents de référence sont des repères qui permettent l'amélioration de qualité dans toutes les priorités thématiques de la CRS. Lorsqu'il s'agit de la qualité des systèmes d'approvisionnement en eau, les solutions spécifiques au contexte, les technologies locales et les systèmes d'entretien durable sont intégrés pour garantir la qualité et l'utilisation à long terme.

Ces résultats s'appliquent à toutes les priorités thématiques décrites dans la section suivante. Ils se reflètent dans le modèle d'impact en Annexe 1.

5. Thèmes prioritaires



La politique de santé comporte sept thèmes prioritaires et suggère une série de stratégies d'intervention possible (voir Tableau 1 ci-dessous). Les stratégies opérationnelles relatives à ces thèmes prioritaires différents sont définies dans les concepts thématiques spécifiques (voir Figure 1).

La **santé sexuelle et reproductive** englobe la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, ainsi que la santé sexuelle et reproductive. La CRS aide à réduire les taux de mortalité et de morbidité maternels et chez le nouveau-né en améliorant l'accès à des services pré-, intra- et post-partum et à des soins au nouveau-né, dont l'allaitement précoce et exclusif, de bonne qualité. Les programmes de la CRS visent également à améliorer les droits et la santé en matière sexuelle et reproductive à travers l'utilisation accrue des méthodes de planification familiale et la prévention des grossesses chez les adolescentes.

Les programmes de la CRS visent à améliorer la prévention, la détection précoce, les soins et le traitement contre le VIH/SIDA, le paludisme, la dengue et d'autres **maladies infectieuses**. Les programmes de la CRS visent également les **MNT**, en encourageant des modes de vie sains et en créant des environnements propices à la réduction de la mortalité et de la morbidité liées aux MNT. Les programmes d'EAH favorisent l'accès équitable à l'eau propre et à l'assainissement. Un accent particulier est placé sur le lavage des mains, l'alimentation et l'hygiène personnelle et de l'environnement.

La CRS dispose d'une longue expérience et d'une grande expertise dans l'approvisionnement en sang et sécurité transfusionnelle, la santé oculaire et la thématique **vieillesse et santé**. Elle travaille avec les Sociétés nationales et les systèmes de santé en fournissant des soins intégrés qui utilisent une approche du vieillissement et de la santé centrée sur les patients. Elle favorise la mise à l'échelle et la réplique des meilleures pratiques dans les interventions de soins à domicile et liées au vieillissement actif, en créant un environnement favorable aux personnes âgées et des systèmes de soutien intergénérationnels.

Dans l'**approvisionnement en sang et sécurité transfusionnelle**, la CRS soutient la promotion et la gestion de dons de sang volontaires non rémunérés, la fidélisation des donneurs de sang et la consolidation des systèmes de transfusion de sang, en vue de garantir une alimentation suffisante et en temps utile en produits sanguins sûrs.

Dans la **santé oculaire**, les programmes de la CRS renforcent les systèmes de santé afin de prévenir les déficiences visuelles et la cécité évitable, en facilitant un lien plus étroit entre la Société nationale hôte, le système de santé gouvernemental et les autres parties prenantes de la santé oculaire. En fonction du contexte et des besoins respectifs des pays, les projets de la CRS visent l'amélioration du bien-être psychologique et social de la population à travers des activités spécifiques. Les programmes nationaux sont encouragés à évaluer et à répondre aux besoins d'accompagnement psychosocial et de bien-être social, mais ces thèmes ne sont pas considérés comme prioritaires.

Thèmes prioritaires	Stratégie d'interventions potentielles
Santé sexuelle et reproductive	<ul style="list-style-type: none"> • Santé maternelle et maternité sans risque • Santé du nouveau-né et de l'enfant • Santé de l'adolescent • Planification familiale, choix et sûreté des méthodes de contraception • Prévention de la violence sexiste et des abus sexuels • Promotion de la sexualité saine et des droits sexuels
Maladies infectieuses	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention, détection précoce, prise en charge et traitement des maladies infectieuses à forte prévalence locale telles que infections sexuellement transmissibles, VIH/sida, paludisme, tuberculose, diarrhée, pneumonie, maladie de chagas, dengue, chikungunya, zika et autres • Préparation institutionnelle aux épidémies soudaines ou à un contexte changeant • Dans les contextes d'urgence, lutte contre les épidémies telles que le choléra et d'autres maladies transmises par l'eau, ebola, zika et autres
Maladies non transmissibles	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion d'un mode de vie sain pour la prévention des maladies non transmissibles • Prévention, détection précoce, et facilitation de l'accès au traitement et aux conseils dans l'application des meilleures options afin de prendre en charge les maladies cardiovasculaires, le diabète, les cancers et les maladies respiratoires chroniques • Appui à une politique publique et une approche basée sur la population, pour favoriser un environnement propice à la prévention des MNT
Eau, assainissement et hygiène	<ul style="list-style-type: none"> • Accès à une eau potable et des systèmes d'assainissement bien gérés • Promotion de l'hygiène • Intégration des préoccupations EAH à des enjeux de santé environnementale plus vastes, comme la gestion des déchets en zone urbaine • Gestion intégrée des ressources en eau (GIRE)
Vieillesse et santé	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion d'environnements adaptés aux personnes âgées • Assistance médico-sociale et services de soins à domicile intégrés pour les personnes âgées, malades chroniques et personnes en situation de handicap • Vieillesse active et en bonne santé
Approvisionnement en sang et sécurité transfusionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Assistance technique aux programmes de sécurité transfusionnelle et services de transfusion nationaux • Conseil dans l'élaboration de politiques de sécurité transfusionnelle • Soutien au renforcement des capacités aux échelons national et local propre à garantir la qualité des services, notamment au moyen d'une certification • Renforcement des capacités des partenaires à des fins de recrutement de donneurs de sang volontaires non rémunérés
Santé oculaire	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention et traitement des maladies oculaires • Renforcement des services de santé ophtalmologique régionaux et locaux • Intégration de la santé oculaire aux soins de santé primaires

Tableau 1: Thèmes prioritaires et stratégies d'intervention de la CRS en matière de santé

Les programmes et projets spécifiques aux pays se consacrent aux thèmes prioritaires dans le respect des critères ci-après.

Charge de morbidité locale

En réponse aux multiples défis régionaux et nationaux, les thèmes des programmes sont choisis sur la base d'une évaluation approfondie du profil épidémiologique et de la charge de morbidité au niveau local. Une lecture claire du contexte, des politiques, besoins, vulnérabilités, capacités, ressources et parties prenantes au niveau local est indispensable.

Avantages comparatifs

Le réseau d'institutions et de bénévoles du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge est un avantage comparatif de premier plan dans la coopération internationale. La CRS s'appuie sur les spécialisations de ses partenaires de longue date et forme des alliances thématiques en complémentarité avec les activités d'autres parties prenantes.

Expertise

La CRS justifie d'une longue expérience et d'une connaissance approfondie de l'action sanitaire sur les cinq continents. Comme tous les partenaires du Mouvement, elle recourt aux outils et

instruments conçus ou reconnus par la FICR d'une manière spécifique au contexte, contribuant ainsi à accroître l'expertise mondiale commune.

Approches prioritaires transversales aux thèmes de santé

La CRS applique plusieurs approches prioritaires transversales concernant les thèmes prioritaires précédemment mentionnés (voir figure 2 ci-avant).

La programmation intégrée est un processus continu au sein du Mouvement et est définie comme: une approche holistique pour aborder les risques et les besoins auxquels font face la communauté [C'] est une approche qui incorpore les composants clés des domaines programmatiques cœurs des Sociétés nationales à un modèle de programme holistique, qui reconnaît les bénéficiaires dans leur totalité de besoins et de droits (FIRC Asie du Sud 2009, cité dans *Danish Red Cross Integrated Programming Guideline*²⁸). Pour les projets de santé soutenus par la CRS, cela signifie lier les différents thèmes prioritaires. Par exemple, les activités MNT sont liées aux interventions du thème vieillissement et santé et du thème santé oculaire, ou un projet de santé sexuelle et reproductive est lié aux interventions d'EAH ou concernant les MNT.

La CRS s'efforce d'appliquer une **approche intégrée** à la santé et à la gestion des risques de catastrophe, c'est-à-dire de réaliser des synergies sous la forme d'efficacité et d'efficacités accrues relatives aux équipes de projet et aux communautés.

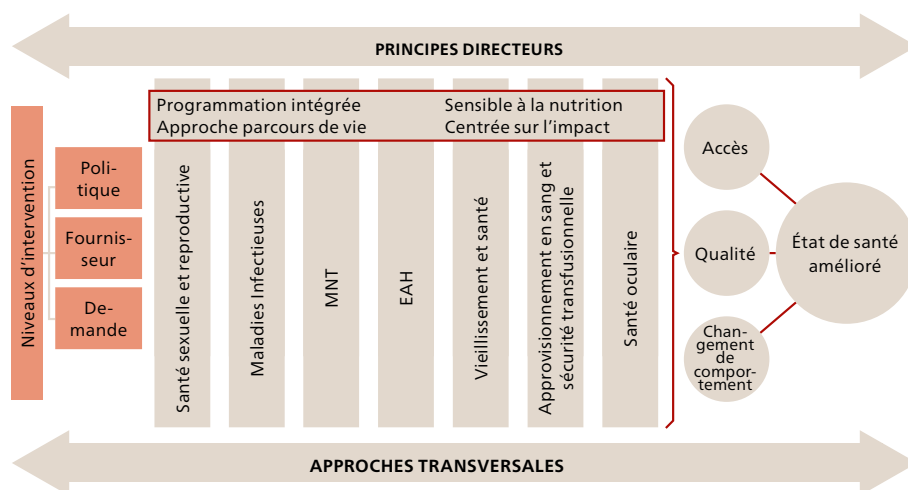
Travailler d'une **manière sensible à la nutrition** dans d'autres thèmes prioritaires a un impact sur l'état nutritionnel des bénéficiaires. Les interventions d'EAH évitent la diarrhée et d'autres maladies intestinales et contribuent grandement à une meilleure alimentation. En particulier, le lavage des mains avec du savon à des moments critiques présente un énorme effet. Le travail d'une manière sensible à la nutrition est important lorsqu'il s'agit des soins oculaires (par exemple distribution de vitamine A), de la santé sexuelle et de la reproduction (par exemple l'allaitement exclusif), des maladies infectieuses (par exemple le traitement et les soins des personnes vivant avec le VIH/SIDA); et la nutrition est indissociable de la lutte contre les MNT. Les projets ont besoin d'inclure la programmation sensible à la nutrition et de bâtir des compétences pour planifier, décrire et surveiller plus systématiquement les effets en matière de nutrition.

Même si les femmes sont habituellement chargées du domaine alimentaire et nutritionnel dans la famille, les projets de la CRS favorisent la formation et le renforcement du pouvoir à la fois des femmes et des hommes dans la production, la préparation et l'allocation des aliments. Une fois que les hommes sont également conscients de l'importance d'une nutrition saine et équilibrée, ils sont plus susceptibles de s'engager dans la production d'aliments et de répartir équitablement les aliments parmi tous les membres de la famille.

Les programmes de la CRS mettent l'accent sur une **approche tout au long du parcours de vie**. Ils s'engagent auprès des personnes depuis le plus jeune âge jusqu'à l'âge avancé et jusqu'au décès, en reconnaissant les périodes de croissance et développement critiques et en tentant de réduire l'exposition des personnes aux risques de santé. Ils impliquent les jeunes personnes dans le modelage de modes de vie sains, de décisions et de choix futurs sains. Ils portent également une attention particulière aux personnes âgées, à la lumière des changements démographiques mondiaux. Les programmes de la CRS s'efforcent de correspondre aux changements des besoins de santé des personnes sur l'ensemble du parcours de vie.

Les programmes de la CRS mettent **l'accent sur l'impact** et font rapport sur les résultats. Afin de maximiser l'impact et d'obtenir les meilleurs résultats de santé possibles, les projets/programmes visent à mettre en œuvre une approche d'intervention combinée en formant des partenariats, en rejoignant des alliances et en utilisant une approche par regroupement géographique.

6. Engagement des parties prenantes



Dans une approche holistique du développement de la santé, les programmes de la CRS interviennent à trois niveaux, à savoir la demande, les prestataires et la politique, afin de bâtir des passerelles entre les prestataires de services de santé et les communautés (côté demande) en changeant le comportement en matière de santé, en améliorant l'accès à cette dernière ainsi que la qualité des soins. Ils renforcent les interfaces entre les divers acteurs et parties prenantes des systèmes de santé locaux, indépendamment du point d'entrée, et les renforcent pour atteindre les populations les plus vulnérables et satisfaire leurs besoins (voir figure 3 ci-après). Dans leur engagement auprès des parties prenantes sur différents niveaux d'intervention, les programmes de la CRS mettent l'accent sur le renforcement du côté de la demande, du côté des prestataires et l'engagement en faveur du dialogue politique.

6.1 Renforcement des compétences en matière de santé des communautés locales et des personnes (côté demande)

L'expérience de la CRS et des études internationales montrent que les interventions communautaires en matière de santé ont un impact tangible sur les populations. Les programmes de la CRS sont par conséquent conduits à travers la Société nationale partenaire local et reposent généralement sur les piliers d'intervention décrits ci-après.

Santé communautaire et premiers secours et action communautaire pour la santé

La CRS apporte son appui à ses partenaires au niveau local, régional et national, en favorisant et en utilisant l'approche de la FICR en matière de Santé communautaire et premiers secours (eCBHFA). Dans le cadre de l'action à base communautaire, la population améliore sa santé en identifiant elle-même ses besoins et en mettant en pratique ses propres solutions. La promotion de la santé, l'éducation, l'autonomisation et l'auto-assistance sont essentielles pour encourager des conditions de vie saines, renforcer et préserver les capacités en santé de la communauté et permettre aux individus de prendre des décisions bénéfiques à leur santé.

Autonomisation des communautés

Les communautés sont informées des droits en matière de santé qui leur sont conférés par les politiques locales. Elles sont renforcées et dotées des moyens nécessaires pour prendre part à la planification décentralisée de la santé, à l'élaboration des budgets et à la prise de décision. Elles sont soutenues dans leurs capacités de gestion et de direction afin de pouvoir agir comme des partenaires durables auprès des autorités locales.

Agents de santé communautaires et bénévoles

Des bénévoles et des agents de santé communautaires bien formés, bien équipés et correctement supervisés sont des agents importants qui peuvent combler le fossé d'accès entre les besoins des communautés et le système de santé formel. Les programmes de la CRS encouragent les initiatives des agents de santé communautaires et des bénévoles pour la mobilisation communautaire, la promotion de la santé, l'éducation en santé, les premiers secours et les soins à domicile. La formation et les compétences des agents de santé sont basées sur des procédés et des manuels, conçus par la FICR et des ONG.

Renforcement des capacités des partenaires locaux

Les organisations partenaires locales développent leur capacité à comprendre et à utiliser les approches à base communautaire, ainsi qu'à jouer un rôle de soutien dans les communautés. Elles acquièrent les compétences nécessaires pour mettre en œuvre un processus d'autonomisation des populations axé sur la recherche de solutions, en adoptant une approche basée sur les droits de l'homme. En d'autres termes, elles doivent se détourner de l'action conçue en termes caritatifs pour reconnaître et exploiter le potentiel et les ressources des communautés et des autres parties prenantes locales.

6.2 Renforcement des systèmes de santé en vue d'un accès aux soins pour tous (côté prestataires)

Le renforcement des systèmes de santé renvoie à l'ensemble des activités dont l'objectif principal est de promouvoir, rétablir et préserver la santé et de prévenir la pauvreté due à la maladie.²⁹ Les systèmes de santé donnent accès à la prévention et aux soins, améliorent l'état de santé des communautés, protègent la population des menaces sanitaires et permettent aux bénéficiaires de participer à la prise de décision. La CRS concentre ses efforts sur le renforcement du système de santé public en étayant et en encourageant de nombreuses manières les interfaces entre les acteurs gouvernementaux, la société civile et le secteur privé.

Éléments constitutifs des systèmes de santé

Les projets de la CRS entendent aider les partenaires à se substituer aux systèmes de santé locaux, à les restaurer et à les soutenir aussi longtemps que la situation l'exige. Ils renforcent des éléments constitutifs des systèmes de santé (prestation des services, produits et technologies médicaux, ressources humaines, financement et information en particulier)³⁰ en fonction du contexte pour permettre au système de santé de répondre aux besoins des bénéficiaires.

Couverture sanitaire universelle

Les programmes de la CRS aident les pays à améliorer la desserte de la population au titre de l'égalité d'accès, l'étendue des services dans un souci de qualité des soins et le dispositif de financement à long terme dans le cadre de la protection sociale en santé.

Prestataires de soins traditionnels

Dans bien des régions, les guérisseurs et accoucheuses traditionnels sont des prestataires majeurs de soins de santé primaires à base communautaire. La CRS s'engage en faveur de systèmes de santé interculturels, qui mettent en relation les démarches de soins complémentaires reconnues et le système de santé formel et où les renvois vers les spécialistes du système de santé formel sont fonctionnels. Dans l'urgence et les contextes fragiles, les organisations de santé locales et les prestataires de soins traditionnels peuvent relayer les secours et les prestations essentielles jusqu'aux populations les plus vulnérables.

Collaboration intersectorielle et intégration

Un système de santé public ne fonctionne pas en vase clos. La CRS favorise la collaboration et l'intégration des services sanitaires avec d'autres secteurs publics et ministères. Par exemple, l'enjeu des soins intégrés requiert la participation conjointe des ministères de la Santé et des Affaires sociales, tandis que l'éducation sanitaire durable nécessite la mobilisation du secteur éducatif.

Intégration et diversité

La CRS s'engage en faveur de systèmes de santé interculturels, qui mettent en relation les démarches de soins complémentaires reconnues et le système de santé formel. Par ailleurs, ses projets luttent contre les obstacles à l'accès aux soins, notamment pour les personnes et les groupes marginalisés ou en situation de handicap.

6.3 Activités de plaidoyer et participation au dialogue politique local en matière de santé

La CRS accomplit également un travail de plaidoyer en faveur de la santé des communautés les plus vulnérables, en Suisse comme à l'étranger.

Dialogue politique dans les pays bénéficiaires

Les programmes de la CRS contribuent au dialogue politique par différents biais. D'abord, ils s'attachent à mettre en pratique les politiques de santé locales. Les communautés, les organisations en émanant et les prestataires de soins sont informés de leurs droits en matière de santé et dotés des moyens de demander des comptes aux débiteurs des obligations. Ils sont aidés en cela par la CRS, qui s'investit dans le renforcement de leurs capacités et les encourage à participer au dialogue politique avec les autorités de santé à différents niveaux. Ensuite, les projets de la CRS appliquent des mesures innovantes et des approches inédites à petite échelle de façon à informer et à influencer la politique locale. Grâce au renforcement de leurs capacités, les organisations partenaires s'engagent dans le dialogue politique local et participent à la généralisation des innovations. Enfin, des alliances avec des tiers tels que la Direction du développement et de la coopération (DDC) donnent de nouvelles impulsions au dialogue politique à l'échelon national.

Plaidoyer en Suisse

La CRS a notamment pour tâche d'influencer la contribution de la Suisse à l'amélioration de la santé dans le monde. À cette fin, elle dispose d'un accès sans équivalent aux plateformes de santé internationales par l'intermédiaire de ses organisations partenaires sises à Genève, la FICR et le CICR. L'image et la réputation prestigieuses du Mouvement contribuent à sensibiliser le grand public, en particulier les jeunes et le secteur privé aux interactions entre santé, développement et lutte contre la pauvreté. En outre, la CRS joue un rôle actif dans les réseaux suisses, parmi lesquels Medicus Mundi Suisse et le Swiss Malaria Group et participe au dialogue sur la politique de santé avec les autorités fédérales et les administrations intéressées, telles que la DDC et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

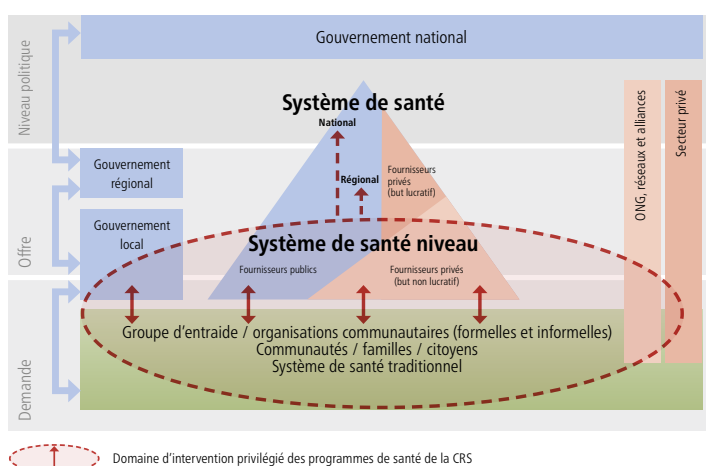


Figure 3: Modèle d'engagement des parties prenantes de la CRS

7. Gestion de la qualité

Les normes et lignes directrices d'assurance qualité, de gestion du cycle de projet et de gestion des risques suivies par les programmes de la CRS sont issues des manuels de gestion de la qualité destinés au terrain et au Siège de l'organisation.^{31, 32} Les critères de qualité ci-après méritent une attention particulière.

7.1 Pertinence et impact

Les programmes de réponse à l'urgence, de relèvement et de développement de la CRS sont conçus pour servir les objectifs et politiques de développement locaux, nationaux et mondiaux en allégeant la charge de morbidité locale et en répondant aux besoins en santé des bénéficiaires. Dans le but d'obtenir le plus grand impact possible, ils encouragent et mettent en œuvre des activités sanitaires fondées sur des preuves d'efficacité et d'efficacé. L'impact est ici entendu comme l'apport des programmes à l'amélioration de la santé des groupes et communautés vulnérables, mesuré à l'aune d'indicateurs sanitaires admis internationalement. La CRS n'a pas vocation à évaluer les indicateurs d'impact épidémiologique. Aussi les hypothèses d'impact (suppositions fondées sur des preuves) concernent-elles la contribution probable des effets des projets aux objectifs généraux de développement sanitaire (voir le modèle d'impact de la CRS à l'annexe I).

7.2 Suivi, évaluation et apprentissage

Les effets des projets de santé de la CRS sont mesurés régulièrement selon des processus de suivi et d'évaluation conformes au système de gestion de la qualité du département coopération internationale. Pour chaque thème prioritaire, les indicateurs clés applicables sont définis dans les boîtes à outils d'indicateurs de la CRS, qui contiennent des indices reconnus internationalement, notamment les ODD. Les indicateurs clés de la CRS sont présentés à l'annexe II. Le recours à des outils d'information et de communication pour la collecte et la gestion des données sera encouragé à l'avenir. Des collectes et des analyses de données menées régulièrement à des moments choisis permettent de suivre les réussites et les difficultés des projets, de corriger le cap, d'adapter les activités et de recueillir des enseignements. La recherche opérationnelle sera intégrée plus systématiquement dans les différents programmes sanitaires, mais aussi aux échelons régional et international.

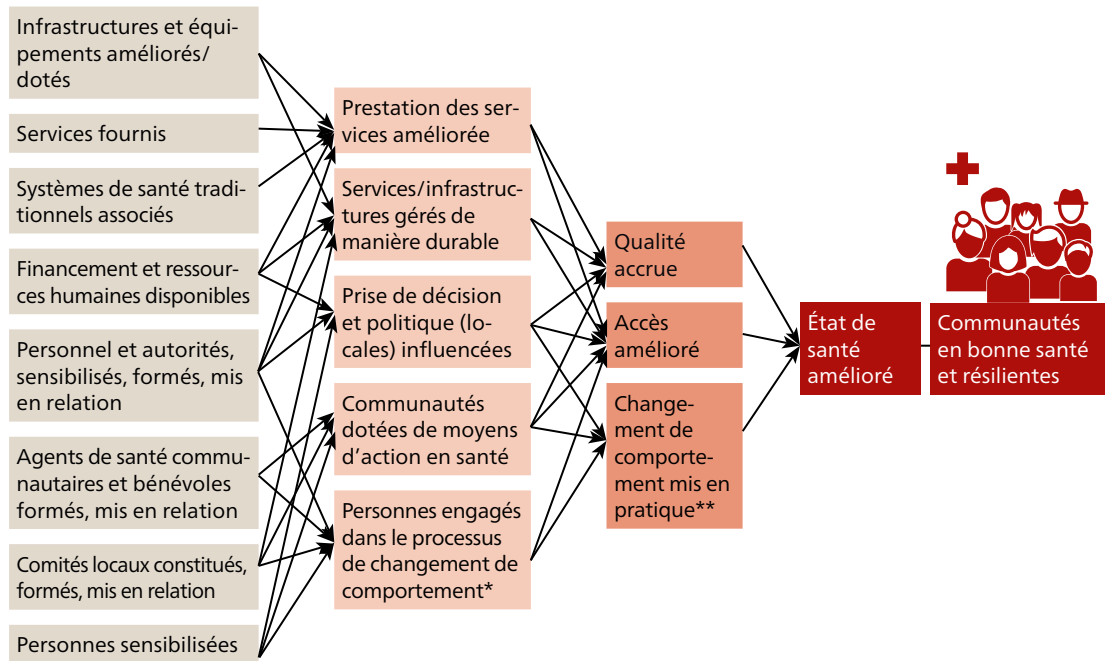
La CRS mise sur la formation continue individuelle et l'apprentissage des organisations dans le domaine de la santé, en interne comme avec ses partenaires. Les enseignements et les bonnes pratiques recueillis entre autres lors d'évaluations et d'études sont diffusés au Siège et au niveau régional en vue d'être intégrés à l'élaboration des programmes et au développement stratégique. De plus, rapports et études sont distribués au Siège, aux délégués, auprès des réseaux de partenaires, des alliances de parties prenantes et des dirigeants pour favoriser l'échange d'informations, le partage du savoir et la capitalisation de l'apprentissage à tous les niveaux de coopération. Les résultats sont présentés dans des conférences et diffusés dans des publications, consolidant la visibilité et le positionnement de la CRS sur la scène sanitaire mondiale.

7.3 Conseil thématique et méthodique

Le développement des ressources humaines et des capacités organisationnelles de la CRS et de ses partenaires sont deux préalables à l'application de la politique de santé. Des conseillers en santé assistent les équipes de la CRS dans la mise en œuvre au Siège et sur le terrain. Des experts, consultants et institutions externes, dont Transfusion CRS Suisse et les praticiens du pool médical de la CRS lié aux équipes d'intervention d'urgence, transmettent des connaissances spécifiques et un savoir-faire technique.

Annexe I

Modèle d'impact de la politique de santé



* «Engagé-e-s dans le changement de comportement»: les personnes sont engagées dans les trois premières étapes du modèle de changement de comportement de la FICR, c.-à-d. du Savoir (1), de l'Approbation (2), et de l'Intention (3). Cela implique le travail sur les risques, les attitudes, les normes et les capacités selon l'analyse de la FICR des acteurs/non-acteurs (liés à l'approche RANAS)

** «Changement de comportement mis en pratique»: les personnes ont atteint le quatrième stade, c.-à-d. la pratique, du modèle de changement de comportement de la FICR. Cela implique le travail sur l'Autorégulation selon le modèle RANAS.

Liens:

1. Site eCBHFA de la FICR: <http://ifrc-ecbhfa.org/guides-and-tools/>
2. Modèle de changement de comportement de l'eCBHFA: <https://drive.google.com/file/d/1DhBQj5EDIKhwN9GmGMjKCykfBgKiayvb/view>
3. Analyses des acteurs/non-acteurs de l'eCBHFA: https://drive.google.com/file/d/1UzwZilfh9Kppfd5a7ZDdEA58LUcene_k/view
4. Approche RANAS: https://www.eawag.ch/fileadmin/Domain1/Abteilungen/ess/schwerpunkte/ehpsy/RANAS_Methodological_Fact_Sheets.pdf

Annexe II

Indicateurs d'effets standards

Les indicateurs ci-dessous sont issus des boîtes à outils de la CRS qui sont uniquement disponibles en anglais. Chaque projet doit être assorti d'au moins un indicateur essentiel permettant la mesure de l'effet produit, choisi en fonction de la thématique du projet, du contexte et des besoins du pays.

Domaine thématique	Résultats	Indicateurs	Recom-mandé par	Contribue essentiellement à l'ODD
Santé sexuelle et reproductive	Qualité	% de personnel de santé qualifié utilisant des kits d'accouchement stériles	OMS	3
		% de personnel de santé appliquant correctement les protocoles de traitement standard	OMS	3
		% de personnes ayant reçu des conseils en matière de planification familiale dans les 6 semaines après l'accouchement	OMS	3
	Accès	% d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié	OMS	3
		% de femmes ayant effectué au moins 4 visites pour soins prénatals au cours de la dernière grossesse	OMS	3
		% d'enfants âgés entre 12 et 23 mois vaccinés trois fois contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTCoq 3) et tout autre vaccin supplémentaire (selon les directives locales)	OMS	3
		% de personnes utilisant actuellement, ou dont le partenaire sexuel utilise au moins une méthode de contraception, quelle que soit la méthode utilisée (toutes les méthodes de planning familial)	OMS	3
		% d'hommes accompagnant leurs femmes/partenaires enceintes à au moins une visite de SPN	OMS	3+5
		% d'enfants âgés de 0 à 59 mois qui se présentent pour les visites médicales régulières et le suivi de la croissance	OMS	2+3
	Comportement	% de femmes enceintes ayant un plan de préparation face à l'accouchement et de préparatifs en cas de complications	OMS	3
		% de nourrissons âgés de moins de 6 mois nourris exclusivement au lait maternel le jour précédent	OMS, UNICEF	2+3
		% de personnes ayant parlé de violence sexuelle et sexiste (VSS) au cours des 6 derniers mois	OMS	3+5
		% d'enfants âgés de 6 à 23 mois ayant consommé des aliments appartenant à 4 groupes d'aliments ou plus le jour précédent	OMS	2+3
Maladies infectieuses	Qualité	% de personnel de santé appliquant correctement les protocoles de traitement standard	OMS	3
		Nombre d'heures écoulées entre la notification d'une suspicion d'épidémie et l'investigation sur l'épidémie	Sphere	3
	Accès	% d'enfants âgés de moins de 5 ans présentant une suspicion de pneumonie, de dysenterie ou de paludisme emmenés chez un prestataire de soins de santé	OMS	3
		% d'enfants âgés entre 12 et 23 mois vaccinés trois fois contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTCoq 3) et tout autre vaccin supplémentaire (selon les directives locales)	OMS	3
	Comportement	% de personnes ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MI) la nuit précédente	OMS	3
		% de personnes ayant utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire à haut risque	OMS	3

Maladies non transmissibles	Qualité	% des personnes dont la tension artérielle a été prise au moment de l'admission dans un établissement de santé	OMS	3
		% de personnel de santé appliquant correctement les protocoles de traitement standard	OMS	3
	Accès	% de personnes éligibles qui suivent un traitement médicamenteux et ont reçu des conseils sur la prévention des crises cardiaques et des attaques cérébrales	OMS	3
	Comportement	% parmi les personnes sédentaires âgées de plus de 18 ans	OMS	3
		% d'enfants âgés de 6 à 23 mois ayant consommé des aliments appartenant à 4 groupes d'aliments ou plus le jour précédent	OMS	2+3
Eau, assainissement et hygiène	Qualité	% de sources d'eau répondant aux normes nationales de qualité de l'eau potable	OMS, UNEP	6
		% de comités de l'eau qui disposent d'un plan pour la salubrité de l'eau et qui en assurent un suivi régulier	UNEP	6
	Accès	% de personnes utilisant une source d'approvisionnement eau potable améliorée	OMS, USAID	6
		% personnes utilisant des installations d'assainissement gérées en toute sécurité	OMS	6
	Comportement	% de personnes adoptant les pratiques de manipulation sans risque de l'eau	OMS	6
		% de personnes disposant d'un dispositif de lavage des mains avec de l'eau et du savon dans leurs foyers	USAID	6
Vieillessement et santé	Qualité	% de personnel de santé appliquant correctement les protocoles de traitement standard	OMS	3
		% de services de soins à domicile financés à travers des contrats de prestation de services, les frais payés par les clients et d'autres sources domestiques		3
		Augmentation de l'intégration auto-déclarée des personnes âgées dans la société locale	OMS	3
		% de personnes satisfaites de la prestation de services de soins à domicile		3
	Accès	% d'augmentation du nombre de personnes bénéficiant des services		3
		% d'augmentation du nombre des membres de groupes de vieillissement actif (VA)		3
	Comportement	% de personnes (membres de groupes de VA) engagées dans des activités sociales		3
		% de personnes suivant correctement leur traitement		3
Approvisionnement en sang et sécurité transfusionnelle	Qualité	% de dons de sang soumis à des tests de dépistage de toutes les infections transmissibles par transfusion (ITT), conformément au protocole national, au cours des 12 derniers mois	OMS; lignes directrices de pays	3
	Accès	% des besoins en produits sanguins satisfaits par le service de transfusion sanguine au cours des 12 derniers mois	OMS	3
		% de dons de sang volontaires non rémunérés au cours des 12 derniers mois	OMS	3
		% d'augmentation des dons de sang	OMS	3
	Comportement	% de donneurs de sang volontaires non rémunérés (VNR) ayant donné du sang plus d'une fois au cours des 12 derniers mois	OMS	3
Santé oculaire	Qualité	% d'yeux ayant une bonne acuité visuelle, entre 6/6 et 6/18, 6 semaines après l'opération de la cataracte	OMS; Vision 2020	3
		% de personnel de santé appliquant correctement les protocoles de traitement standard	OMS	3
	Accès	% d'augmentation de la fréquentation de l'établissement de soins oculaires entre l'année précédente et celle en cours	OMS	3
		Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées par 1 000 000 habitants par an	OMS	3+1
	Comportement	% d'élèves ayant reçu des lunettes et les portant à l'école au moment de l'observation	OMS	3+1

Notes

- 1 International Federation of Red Cross and Red Crescent IFRC (2019). IFRC Strategy 2030 – A Platform for Change. Local Action, Global Reach; IFRC Geneva. Available at <https://future-rcrc.com/wp-content/uploads/2019/10/E-6-Strategy-2030.pdf>
- 2 International Federation of Red Cross and Red Crescent IFRC (2019, forthcoming). IFRC's Health and Care Framework, IFRC Geneva.
- 3 International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2014). IFRC Framework for Community Resilience. IFRC, Geneva. Available at <https://fednet.ifrc.org/PageFiles/96934/1284000-Framework%20for%20Community%20Resilience-EN-LR.pdf>
- 4 International Federation of Red Cross and Red Crescent (2013). Maternal, newborn and child health – framework. IFRC, Geneva. Available at: <https://fednet.ifrc.org/en/resources/health/mnch/resources/>
- 5 International Federation of Red Cross and Red Crescent IFRC (2013). IFRC Strategic Framework on Gender and Diversity Issues (2013–2020). IFRC, Geneva. Available at <https://fednet.ifrc.org/en/resources/principles-and-values---global/gender-issues/ifrc-strategic-framework-on-gender-and-diversity-issues/>
- 6 Swiss Red Cross SRC (2019). SRC IC Vision Paper 2030.
- 7 Swiss Red Cross (2019) International Cooperation Programme 2021-2024; SRC December 2019
- 8 United Nations (2015). Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development (document A/RES/60/1).
- 9 Swiss Confederation (2019)). Swiss Health Foreign Policy. 2019-2024; Federal Office of Public Health, Bern.
- 10 World Health Organization (2011). Global status report on non-communicable diseases 2010. WHO, Geneva.
- 11 UNAIDS (2016). Annual report 2015. <http://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet/UNAIDS>, Geneva.
- 12 World Health Organization (2015). World Malaria Report 2015. WHO, Geneva.
- 13 World Health Organization (2015). World report on ageing and health. WHO, Geneva.
- 14 World Health Organization and World Bank Group (2015). Tracking Universal Health Coverage: First Global Monitoring Report. WHO, France.
- 15 World Bank Group (2015). Poverty overview. Available at <http://www.worldbank.org/en/topic/poverty/overview> (accessed on 17 February 2020).
- 16 World Health Organisation (2010). The World Health Report. Health Systems Financing. The path to universal coverage. WHO, Geneva.
- 17 Save the Children (2015). The Urban Disadvantage. State of the World's Mothers 2015. The Save the Children Foundation, Fairfield (NY).
- 18 Organisation for Economic Co-operation and Development (2015). States of Fragility 2015. Meeting Post-2015 Ambitions. OECD Publishing, Paris.
- 19 World Health Organization and United National Environment Programme (2004). Health & environment. Tools for effective decision-making. The World Health Organisation – United Nations Environment Programme Health and Environment Linkages Initiative: review of initial findings; Geneva.
- 20 International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2011). World Disasters Report 2011. Focus on hunger and malnutrition. IFRC, Geneva.
- 21 Food and Agricultural Organization of the United Nations, International Fund for Agriculture Development and World Food Programme (2015). The State of Food Insecurity in the World. Meeting the 2015 hunger targets: taking stock of uneven progress. FAO, Rome.
- 22 UNICEF, World Health Organization and World Bank Group (2015). Levels and trends in child malnutrition. UNICEF. Available at <http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates/en/> (accessed on 8 June 2016).
- 23 World Bank (2016). Map of public health expenditure (% of Gross Domestic Product). Available at <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?end=2016&locations=XO&start=2000&type=shaded&view=chart>
- 24 World Health Organization (2011). The Abuja Declaration: 10 Years On. Available at https://www.who.int/healthsystems/publications/abuja_declaration/en/
- 25 World Health Organization and Global Health Workforce Alliance (2014). A universal truth: no health without a workforce. WHO, Geneva.
- 26 Dielemann J., Graves C. et. al (2015). "Sources and Focus of Health Development Assistance, 1990–2014" The Journal of the American Medical Association, June 2015.
- 27 World Bank (2014). Map of public health expenditure (% of Gross Development Product). Available at https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?end=2016&locations=XO&most_recent_value_desc=true&start=2000&type=shaded&view=chart
- 28 Danish Red Cross. Integrated Programming guideline (2020). Available at <https://www.arup.com/projects/danish-red-cross-integrated-programming-study> (accessed on 24 Feb 2020)
- 29 World Health Organisation (2011). Health System. Available at Strengthening Glossary. http://www.who.int/healthsystems/Glossary_January2011.pdf
- 30 De Savigny, Don and Adam, Taghreed (eds) (2009). Systems thinking for health systems strengthening. Alliance for Health Systems Policy and Research, World Health Organisation, Geneva.
- 31 Swiss Red Cross Quality Management". Available al <https://swissredcross.sharepoint.com/sites/ngoonline#/resourcelibraries>
- 32 SRC (2015). Swiss Red Cross Risk Management Manual. Available at <https://swissredcross.sharepoint.com/:b:/r/sites/ICNet50/Shared%20Documents/Manuals%20and%20Publications/SRC%20IC%20Risk%20Management%20Manual%20en.pdf?csf=1&web=1&e=Og7P45h>

Croix-Rouge suisse

Werkstrasse 18

Case Postale

CH-3084 Wabern

Téléphone +41 58 400 41 11

info@redcross.ch

www.redcross.ch



Post Finance

IBAN CH43 0900 0000 3000 4200 3

Croix-Rouge suisse

