

Le Portail sur la Santé et la pauvreté (HaPP)

Anciennement connu sous le nom de "Base de données PRSP OMS"

Introduction

Le Portail Santé et pauvreté (HaPP) va transformer la base de données PRSP de l'OMS en une nouvelle ressource Web qui collecte, fait la synthèse, analyse et partage l'information sur la santé et la pauvreté d'un certain nombre de pays. Il donnera accès à des documents clés, pertinents pour les besoins du secteur sanitaire national : les déterminants de la santé, le développement des systèmes de santé et les programmes prioritaires, les plans nationaux de développement et les outils de gestion pertinents à la santé (tels que MTEF, PER). En outre, des travaux analytiques de pointe se pencheront sur un éventail de questions relatives à l'équité en santé et la réduction de la pauvreté telles que : le ciblage explicite des pauvres et des couches vulnérables dans le processus d'élaboration des PRSP, l'élaboration des politiques nationales en général, leurs *mise en œuvre* (par exemple, qui tient qui responsable et comment, le monitoring de l'accessibilité aux services de santé), et leurs résultats (par exemple, les flux financiers, la distribution des bénéficiaires de santé).

La base de données PRSP de l'OMS (<http://www.who.int/hdp/database/>) a été lancée en 2003 dans le but d'encourager le suivi systématique de comment les préoccupations de santé sont prises en compte dans le PRSP, tant dans le chapitre santé du PRSP que dans l'ensemble du document et ce, dans tous les pays ayant un PRSP. Le monitoring a été effectué par l'OMS elle-même (cumulé dans deux rapports de synthèse). Mais la base de données a également fourni des "informations brutes" sur la santé dans les PRSP, avec lesquelles d'autres pouvaient effectuer leur propre analyse. Après plus de 4 années passées, cette base de données à ce jour, nécessite urgemment d'être revitalisée, mise à jour et étendue au-delà des PRSPs.

L'un des résultats évidents issus des différentes analyses effectuées par l'OMS et d'autres sur la composante santé des PRSP, est que le rôle de la santé dans la réduction de la pauvreté est insuffisamment pris en compte dans les PRSP. En outre, dans la composante santé, des approches spécifiques visant la réduction de la pauvreté, par exemple, le suivi de la distribution de la charge de la maladie parmi les groupes de population, l'analyse des questions de santé des pauvres, ou l'inclusion de politiques visant à renforcer l'équité dans les dépenses publiques de santé, ne sont que rarement mentionnés¹. Par exemple, sur les 21 PRSP

examinés par l'OMS et qui traitaient des maladies transmissibles (autres que le VIH / sida), seul 1 ciblait explicitement les populations ou les régions pauvres. En général, aucune méthode consistante ciblant les pro-pauvres (que ce soit en milieu rural / urbain, régional ou quintile) n'avait été utilisée dans la composante santé des PRSP.

En plus de l'accès à l'information, HaPP stimulera l'analyse de l'information disponible et suscitera activement la discussion entre les différents acteurs. Il est donc attendu que le HaPP sera utile à une variété de parties prenantes à l'échelle pays, y compris le personnel des ministères de la Santé, les conseillers santé des organismes partenaires, et les groupes de la société civile. Les travaux de synthèse et d'analyse devraient également être utiles à l'échelle mondiale, puisqu'ils fourniront des informations à jour sur le développement sectoriel, les liens entre la santé et les contextes plus généraux de développement comme l'efficacité de l'aide dans des contextes divers.

1. Contexte	2
2. Justification	3
3. Participants	4
4. Groupe Cible	5
5. Résultats attendus	5
6. Suggestions de format du HaPP	6
7. Activités	9
8. Ressources nécessaires	11

1. Contexte

Une série de fora de haut niveau organisés entre 2003 et 2006², a examiné comment accélérer les progrès vers les OMD en matière de santé. Nombreuses sont les initiatives de soutien au passage à échelle dans le secteur de la santé. Toutes ont des objectifs semblables – une meilleure coordination de l'assistance au développement et l'augmentation des investissements visant à renforcer les systèmes de santé afin d'accélérer la réalisation des OMD. La Déclaration de Paris a donné un élan à plus de soutien pour le secteur de la santé. L'OMS et la Banque mondiale ont convenu d'un plan de travail conjoint pour faire de la santé un « secteur traceur ». Les pays du G8 lors du Sommet de 2007 en Allemagne, se sont engagés, comme partenaires, à soutenir le renforcement des systèmes de santé et les efforts africains de référence dans le respect des solutions africaines.

Du coup, l'accent est davantage mis sur le renforcement des systèmes de santé par : le développement de la fenêtre système de santé GAVI,

les discussions au sein du GFATM sur les modalités de soutien des systèmes de santé, les conditions pour davantage de financement programmatique et, plus récemment, le *partenariat international pour la santé et d'autres initiatives connexes* (PHI +).

Le focus sur les résultats des OMD en matière de santé est un principe clé de l'IHP+ ; l'augmentation de l'efficacité de l'aide ; l'amélioration des politiques, stratégies et performances des systèmes de santé ; la mobilisation de tous les acteurs, y compris les acteurs non étatiques de manière plus efficace ; sont autant de moyens pour atteindre le but.

Le canevas d'évaluation du passage à échelle dans l'esprit de la Déclaration de Paris peut se traduire dans les six principes suivants: l'action collective ; l'alignement avec les processus pays ; l'équilibre entre la participation des pays et l'indépendance ; l'harmonisation des approches d'évaluation de la performance ; le renforcement des capacités et des systèmes d'information sanitaires ; le financement adéquat.

En plus de la prise de conscience progressive des besoins d'investissements adéquats dans les systèmes de santé qui soutiennent l'offre des services de santé; PHI+ ⁴ reconnaît que les partenaires ont besoin de percevoir un lien clair entre le financement et les résultats ; et que les mécanismes consistant à tenir tous les partenaires comptables de leurs performances par rapport aux accords (inter-) nationaux sont nécessaires. Cela nécessite des systèmes de suivi capables de jauger les progrès, les résultats et les mécanismes de responsabilisation. Ainsi, on pourra évaluer les performances des partenaires au développement travaillant à l'échelle pays, tout comme celles des pays à s'acquitter de leurs engagements nationaux.

HaPP contribuerait aux domaines d'action proposés par IHP+, spécialement ceux visant la traçabilité des résultats, le suivi des performances, la responsabilité mutuelle, l'échange d'informations telles que lors de l'étape d'engagements pour la signature du compact. Le mécanisme de coordination au niveau pays aura besoin d'informations pour faciliter un dialogue ouvert entre les gouvernements, la société civile et les partenaires au développement. La préparation des concertations nationales sur les options politiques doivent s'inspirer de connaissances acquises. La réunion d'après-HLF qui s'est tenue à Tunis (Juin 2006) a recommandé que les donateurs et les pays travaillent à renforcer la capacité régionale à satisfaire les besoins d'appuis

techniques exprimés ainsi qu'à offrir des possibilités d'échanges d'expériences.

Selon le plan de travail de l'IHP+, le travail analytique requis a besoin de s'inspirer de l'expérience des pays : la preuve de ce qui marche et les bonnes pratiques issues de travaux déjà en cours dans les pays⁵. Les travaux, de manière transparente, devraient utiliser l'expertise et les études de cas par pays, procéder à des briefings et des mises à jour réguliers pour des groupes plus élargis composés de parties prenantes nationales et de partenaires de IHP+. Cela devrait permettre une prise de décisions éclairée et une amélioration de la performance des pays.

En d'autres termes, les idées derrière HaPP sont complètement en accord avec le développement axé sur le partenariat international pour soutenir le secteur de la santé ; idées regroupées dans IHP+ - même si la réflexion autour de HaPP avait déjà commencé avant qu'ait été lancé le plan d'action de IHP+ -. En outre, il apporte à ces initiatives un instrument pratique, lié à l'un des principaux objectifs de l'IHP+ : l'échange d'informations et d'expériences et l'offre d'une place de choix aux mécanismes de responsabilisation.

2. Justification

Le fait que les principaux bénéfices de santé sont à réaliser dans les couches socio-économiques les plus pauvres, est au-delà de toute discussion. Les progrès réalisés dans le sens des OMD n'impliquent pas forcément de progrès vers l'amélioration de la santé des pauvres et des plus vulnérables. Investir dans le contrôle des maladies liées à la pauvreté n'implique pas automatiquement que ces programmes touchent les pauvres si les systèmes de santé ne ciblent pas les pauvres.

L'analyse des dépenses publiques en faveur de la santé montre que peu de ressources dépensées dans le secteur de la santé touchent réellement les pauvres. Suite à une analyse de la littérature, il est apparu qu'il y avait seulement 4 pays sur 21 pour qui les dépenses publiques en faveur de la santé ont abouti à de plus larges subventions au quintile des plus pauvres qu'aux quintiles des plus riches (Argentine, Colombie, Costa Rica et Honduras). La même étude montre que les services de santé ciblés sur les maladies des pauvres (exple les maladies infectieuses, la santé maternelle et infantile) devraient être moins riches que soins secondaires ou tertiaires mais sont néanmoins rarement pro-pauvres⁶

Comme conséquence de cela et suite à d'autres inégalités ou exclusions sociale, les groupes de populations pauvres souffrent de niveaux relativement plus élevés de problèmes de santé et de mortalité que les mieux lotis (environ deux fois plus). Aussi, Les pauvres utilisent moins souvent les services de santé, ont des comportements sanitaires plus à risque, et sont désavantagés par rapport à d'autres déterminants du statut sanitaire (comme l'éducation). En outre, la maladie dans une famille pauvre peut aggraver la pauvreté ou garder les gens dans leur état de pauvreté.

La pauvreté n'est pas seulement liée au revenu. Elle a des dimensions non matérielles telles que la dimension socio-culturelle (exemple : la dignité, l'inclusion, l'égalité des sexes) et la dimension politique (exemple: l'autonomisation, la participation et la responsabilisation des gouvernements, les droits de l'homme)⁷. Celles-ci, de même, ont des incidences sur la manière dont des services spécifiques de santé sont fournis ; vont-elles bénéficier aux groupes de populations les plus pauvres et vulnérables de manière durable et dans le respect des droits de l'homme ? Par exemple, pour parvenir à la réduction de la pauvreté par le biais de la santé, il est important : d'aborder la qualité des soins de la perspective du patient ; d'assurer la participation communautaire et l'acceptabilité socioculturelle des politiques ; de désagréger le M & E des données et de cibler les poches de pauvreté pour l'allocation des ressources.

Dans plusieurs pays, des programmes spéciaux visant à atteindre les pauvres ont été couronnés de succès et ont conduit à l'amélioration de la santé pour les pauvres. Cela a nécessité un engagement politique et de la vigilance pour s'assurer qu'effectivement la politique initiée était bien mise en œuvre⁸. En outre, comme on l'a déjà noté dans le rapport de la Banque mondiale *"Atteindre les pauvres avec la santé, la nutrition et les services de population - Qu'est-ce qui marche, qu'est-ce qui ne marche pas et pourquoi"*. Il est important de fournir des preuves de ce qui marche et grâce à quoi pour que le secteur de la santé soit plus équitable. Cela comprend l'existence d'informations et de preuves sur l'endroit où les pauvres sont, qu'est-ce qui les empêche d'accéder aux services, pourquoi les services ne leur parviennent pas. De même, il faut des informations sur le rôle du secteur privé afin d'aider le secteur public à servir les pauvres⁹. Le « *Portail sur la Santé et la pauvreté* » contribuera en cela.

Enfin, une formulation claire des résultats escomptés en matière de ciblage des pauvres et des couches vulnérables dans le secteur de la

santé et un suivi des progrès vers la réalisation de ces objectifs permettent aux parties prenantes (y compris les pauvres eux-mêmes et leurs proches partisans) d'établir une approche commune et de tenir les acteurs du secteur de la santé responsables. Trop souvent, les différents acteurs (décideurs politiques au niveau central gouvernemental, les chargés de mise en œuvre au niveau local ou les structures de prestation de services) travaillent isolément. Convenir d'objectifs communs et organiser le suivi des résultats peuvent servir d'instruments de pression pour tenir les gouvernements responsables de réaliser la réduction de la pauvreté à travers des systèmes de santé plus équitables. Ces processus politiques et institutionnels sont essentiels si les politiques pro-pauvres et d'équité dans le secteur de la santé doivent contribuer aux objectifs sociaux globaux comme l'opérationnalisation de la démocratie. *Il est attendu que les données spécifiques pays recueillies dans le cadre du «Portail sur la Santé et la pauvreté » (HaPP) réunissent de telles informations pour le suivi des progrès et la tenue des décideurs politiques responsables du ciblage des pauvres et des populations vulnérables.*

3. Les participants

- **L'Institut Royal des Tropiques (KIT):** un centre indépendant de connaissances et d'expertise dans les domaines de la coopération internationale et interculturelle, opérant dans l'interface entre la théorie et la pratique et entre politique et mise en œuvre. L'Institut contribue au développement durable, la lutte contre la pauvreté et la préservation de la culture et de l'échange.

- **Université Radboud de Nijmegen (RUN) / NICCOS / Centre pour les questions de développement international (CIDIN):** NICCOS est l'Institut inter facultaire officiel de recherche de l'Université Radboud de Nijmegen. UMCN, Santé Internationale a été impliqué dans les réseaux d'experts de la Commission OMS des déterminants sociaux de la santé. CIDIN vise une contribution scientifique de haut niveau dans les questions académiques et les débats sur les politiques en combinant la théorie critique aux études empiriques et aux recherches orientées sur les politiques.

- * **L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS):** Autorité de direction et de coordination pour la santé dans le système des Nations Unies ; chargée de : fournir le leadership sur les questions de santé internationale, préparer les agendas de recherche en santé, fixer les normes et standards, articuler les options politiques prouvées, fournir

l'appui technique aux pays et assurer le suivi et l'évaluation des tendances en santé.

* **Wemos:** une ONG néerlandaise plaidant pour l'amélioration de l'accès aux systèmes de santé dans les pays en voie de développement. Wemos soutient le plaidoyer pour l'augmentation du budget de la santé des partenaires de 4 pays et milite en faveur des dépenses de l'ODA pour renforcer les systèmes de santé y compris les ressources humaines pour la santé.

• **Cordaid:** une ONG néerlandaise renforçant la capacité des personnes marginalisées à augmenter leur emprise sur leur vie et leur environnement. Il soutient de nombreuses organisations nationales partenaires dans plusieurs pays à faible revenu par le biais du (co-) financement et d'assistants techniques. Les principaux thèmes de la santé sont le financement stratégique, le réseautage et l'apprentissage, le lobbying et l'influence sur les politiques.

En raison du focus-pays plus détaillé de HaPP et des déterminants-pays spécifiques sur les inégalités en santé ; l'expertise nationale est indispensable. Par conséquent, le projet travaillera avec des experts nationaux sur l'analyse des politiques nationales de santé et le ciblage des pauvres et des populations vulnérables¹⁰.

Partenaires de pays à faible et moyen revenu (première sélection basée sur les partenariats existants avec les organisations participantes)¹¹:

Pays	Proposé par	Organisations partenaires
Ghana	KIT	CHESS, Dr Sam Adjei Ghana MOH / Health Research Unit
Mali	KIT	SNV Mali/ ^{FENASCOM} (Dr Dicko) MOH/ DNSP Dr Namory Traore, Dr Famory Fofana
Egypte	KIT	Health Care Intern., Dr Samy G'dallah
Bengladesh	KIT	DAB/HCDP, Prof Liaquat Ali
Sénégal	KIT	AHC, Birahime Diongue
	WEMOS	DORP, @
Bolivie	WEMOS	^{AIS} -Bolivia, Dr Oscar Lanza
Zambie	WEMOS & KIT &	Chessore @ CHAZ, Dr Simon @
Kenya	WEMOS	TBD
TBD	Nijmegen University	TBD

4. Groupe cible

Le groupe cible de HaPP est déjà pris en compte dans le profil des participants et devrait comprendre :

- les écoles de santé publique, les départements d'économie de la santé, les groupes de la société civile, les groupes de plaidoyer pour la santé, les ONG santé, les Ministère de la Santé (niveaux central et décentralisé), les Ministère des Finances, les départements de planification, les gestionnaires du secteur de la santé et le personnel, les bureaux-pays des donateurs bilatéraux et les organismes internationaux dans les pays à faible revenu ou revenu intermédiaire,
- les Instituts du savoir, les groupes de plaidoyer pour la santé, les bailleurs de fonds au niveau mondial,
- les organismes de la société civile qui ont besoin d'informations techniques pour les activités de plaidoyer, de lobbying et les mécanismes de responsabilisation.

... *Qui* sont concernés par l'amélioration de l'équité en matière de santé par le biais du développement des systèmes de santé et les politiques de santé axées sur les pauvres, les groupes vulnérables, et

... *Qui* bénéficieront d'un accès rapide à l'information, la synthèse, l'analyse, la discussion et l'échange sur la répartition des ressources et les bénéfices de la santé ainsi que des méthodes ciblant les pauvres dans les politiques de santé.

5. Les résultats attendus

L'objectif de HaPP est d'activement rassembler, synthétiser, analyser et disséminer les informations destinées à supporter la réduction de la pauvreté par le biais de la santé, et le développement d'une approche plus équitable du secteur de la santé.

Les objectifs sont de trois ordres :

- 1. Améliorer le développement d'une politique équitable et sa mise en œuvre dans le secteur de la santé** à travers l'échange d'informations pertinentes sur la réduction de la pauvreté par le biais de la santé: sur les preuves de ce qui marche et pourquoi (par

exemple, les politiques et approches effectives, les stratégies, les questions de mise en œuvre, le suivi des résultats ...)

2. Renforcer la responsabilisation - entre le gouvernement et les citoyens aux capacités renforcées- en facilitant l'accès aux informations pertinentes, telles que: les indicateurs de suivi des progrès vers un secteur de la santé plus équitable (par exemple, les engagements réels, les crédits budgétaires alloués, l'examen du processus d'élaboration des politiques, les données sur la distribution des bénéfiques de santé, l'incidence du financement et autres indicateurs intermédiaires, le support à l'analyse)

3. Créer « une place marchande (ou forum) » où conseils, expertises et informations peuvent librement s'échanger entre des partenaires de capacités et d'objectifs différents dans le domaine.

La "base de données" n'est point le produit final, comme ce fut le cas avec la base de données PRSP-OMS. HaPP sera un forum interactif où les activités sur la santé et la pauvreté se regroupent. Le portail HaPP contiendra des informations spécifiques-pays, librement accessibles, sur l'amélioration de l'équité dans le secteur de la santé. Informations qui cibleront les pauvres, les groupes vulnérables, ainsi que les preuves des pratiques efficaces dans ces domaines.

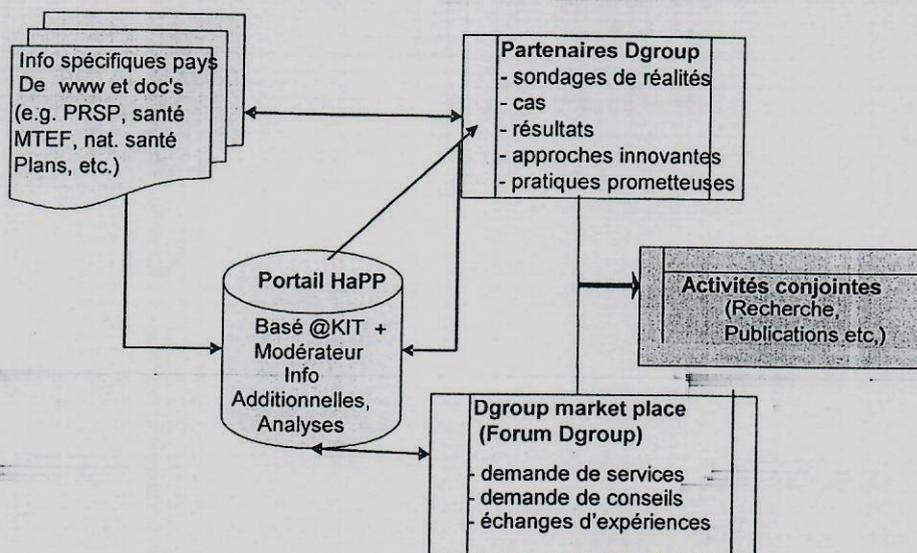
Cette information peut être utilisée pour améliorer les politiques et la responsabilisation en ce qui concerne la santé des pauvres et des groupes vulnérables de la population.

Des comparaisons entre pays seront effectuées là où cela serait possible (par exemple les enseignements tirés, les stratégies pour cibler les pauvres, les indicateurs standards, les tendances dans le comportement des donateurs). Cependant, l'accent sera mis sur les activités intra-pays compte tenu de la spécificité des inégalités sanitaires par pays. En outre, l'amélioration de l'accessibilité à l'information au niveau des pays devrait faciliter des travaux d'analyse croisée entre pays par des pairs.

6. Format proposé pour HaPP

Les portails HaPP-et Dgroup (voir ci-dessous) sont mis en place pour faciliter un échange optimal d'informations et d'idées sur la réduction de

la pauvreté par le biais de la santé. Le montage peut être illustré comme suit:



Le Portail HaPP:

L'interface du projet sera le Portail HaPP. Le Portail HaPP sera une partie des sites officiels des principaux partenaires, liée à une base de données au KIT (géré par un rassembleur / analyste de données). Le site Web sera donc hébergé par le KIT, mais sera la propriété des quatre partenaires dans le HaPP (KIT, OMS, Wemos, Université Raboud Nijmegen).¹

Certaines informations seront disponibles quelque part sur le WWW. Cependant, HAPP apportera une valeur ajoutée par la mise à disposition, en un même lieu, de documents pertinents sur la santé et la pauvreté et en y joignant des informations rassemblées par ses pays partenaires. Un analyste de données basé au KIT, appuyé par les analystes de politiques des pays partenaires de HaPP, aura la responsabilité de gérer l'information, d'assurer la méta-analyse et la mise à jour du Portail HaPP ; afin qu'il couvre les besoins des utilisateurs finaux. Cela nécessitera le suivi de l'utilisation du Portail HaPP et du

¹ The KIT portals can be developed and managed by KIT Information and Library Services (ILS) with support from the Department Development, Policy & Practice (DEV). The target audience is formed by the global community of professionals, including researchers, policy-makers and students working in the area of the Portal's topic. An example of a popular Portal on Rural Innovations can be found at http://portals.kit.nl/rural_innovation_systems

Dgroup. La force du Portail HaPP est qu'il regroupe toutes les informations en un seul lieu, organisées selon un format clair. Le Portail HaPP fournira également des résumés d'informations pour faciliter leur utilisation. Mieux, les informations regroupées seront discutées et analysées par les experts-pays et le groupe des partenaires principaux de HaPP.

Informations sur les pays:

Initialement, les informations recueillies porteront sur les pays où travaillent les partenaires de HaPP ; mais plus tard, elles seront élargies aux informations générales d'autres pays. Les partenaires collecteront les informations spécifiques pays sur le Web et à partir de documents officiels nationaux (par exemple du gouvernement, des bureaux pays de l'OMS, des publications d'ONG, des données provenant d'universités ou d'instituts de recherche ...). Une partie de la collecte de données sera standard ; selon un canevas qui sera développé par le groupe HaPP. Ce canevas inclura entre autres, les PRSP, les stratégies nationales de santé, les canevas de dépenses sanitaires à moyen terme et les budgets annuels, les informations disponibles sur les dépenses de santé et les incidences de leurs bénéfiques ...). Les pays partenaires seront également invités à documenter les approches novatrices ou les pratiques prometteuses ciblant les pauvres par le biais de la santé.

Les données collectées incluront par exemple:

Type d'information	Sources
Financement de la santé des pauvres (budgetisé vs. réalisé)	PRSP, MTEF santé Plans nationaux de la santé, Plans de développement sanitaires des districts Budgets nationaux, Comptes Sanitaires Nationaux, Etudes de suivi des dépenses, Rapports d'Evaluation (exemple : incidence bénéfique/financement),...
Processus de formulation de politique – analyse de la participation des parties prenantes, phasing, processus qualité...	Documents de Politique (gouvernement /ONGs) Commentaires du Dgroup Evaluation/revues annuelles conjointes, rapports...
Politiques et stratégies nationales ciblant les pauvres dans le secteur de la santé	Documents de Politique (gouvernement / ONGs/ secteur privé) Commentaires du Dgroup ...
Stratégies de mise en œuvre & approches pour cibler les pauvres dans le secteur de la santé : - niveau macro/ central	Rapports de Projets (gouvernement /ONGs / secteur privé) Etudes spécifiques du Dgroup ...

- niveau opérationnel	
Etudes de cas/ pratiques prometteuses - niveau macro/ central - niveau opérationnel	Rapports de Projets (gouvernement /ONGs / secteur privé) Etudes spécifiques du Dgroup ...
Résultats: effets sur la santé des pauvres - niveau macro/ central - niveau opérationnel	Rapports de Monitoring & Evaluation (gouvernement / ONGs) Statistiques nationales Etudes des ménages...

HaPP Dgroup:

L'interaction virtuelle entre les partenaires actifs de HaPP se réalisera à travers HaPP Dgroup, facilitée par le modérateur du portail HaPP / Dgroup basé au KIT. Le Dgroup offre une plate-forme en ligne pour le groupe principal et leurs partenaires. Il facilite le dialogue sur l'approche HaPP et les informations recueillies et sera utilisé comme:

- Moyen de vérifier la véracité : pour valider, discuter et analyser les informations recueillies avant qu'elles ne soient mises sur le Portail HaPP
- Moyen d'échanges d'informations: il pourrait être demandé aux partenaires HaPP de produire des rapports sur les approches novatrices, les pratiques prometteuses et autres données intéressantes etc. Les autres partenaires peuvent discuter et extraire ces informations par l'intermédiaire du Dgroup.
- Forum ou (Market place) : Par l'entremise du Dgroup, les partenaires peuvent s'inviter mutuellement pour se donner des conseils, s'offrir des services ou échanger des expériences.

Des activités conjointes:

Des activités Spin-off conjointes sont susceptibles de résulter des discussions et échanges internes du Dgroup et de la visibilité du groupe HaPP sur le portail HaPP. Ces activités conjointes pourraient inclure des projets de recherche, des coproductions d'articles ou documents de travail. Le modérateur jouera un important rôle dans l'identification d'opportunités de contacts (de liens, de connexions). Cependant, d'autres coproductions pourraient voir le jour spontanément.

7. Activités

Phase 1 - Lancement de HaPP

A. L'évaluation des besoins :

- ▶ Discuter avec le groupe principal de HaPP et les utilisateurs potentiels (identifiés par le groupe principal de HaPP) si oui ou non la proposition de HaPP est pertinente, appropriée et utile;
- ▶ Des partenaires potentiels seront interrogés s'ils sont prêts ou pas à participer activement au groupe HaPP;
- ▶ Les partenaires qui ont accepté seront invités à organiser des ateliers dans chacun des pays ciblés autour des mois d'Août / Septembre 2008 pour :
 - commentaires et idées pour l'amélioration de la proposition;
 - commentaires et idées sur les thèmes et les sujets à être traités
 - déterminer les besoins en ressources humaines (pour toutes les agences) pour le travail de synthèse et d'analyse.

B. Les études de marché

- ▶ Enquêter sur l'existence de projets similaires pour identifier d'éventuels chevauchements et lacunes;
- ▶ Chercher le financement extérieur pour les deux prochaines phases du projet HaPP par la soumission d'une proposition à différents organismes de financement extérieurs.

C. Continuer / ne pas continuer:

Sur la base des résultats de cet exercice, une décision de « *Continuer / ne pas continuer* », sera prise par le groupe principal de HaPP (OMS, Radboud University Nijmegen, WEMOS, KIT, Cordaid). Dans le cas d'un « continuer » :

- Sélectionner les partenaires pays appropriés, prêts à participer activement à HaPP;
- Remplir les contrats avec les bailleurs de fonds pour les deux prochaines phases du projet;
- Procéder à l'élaboration d'un cadre analytique pour la collecte de données (par exemple, les sources clés, les questions essentielles, ...). Ce cadre peut ensuite être testé et utilisé dans les pays ; et peut orienter l'organisation systématique des approches / politiques / questions de

mise en œuvre recueillies sur le site web.

Phase 2: Mise en place du HaPP

D. Atelier de démarrage:

Afin de lancer le projet HaPP, un atelier est prévu avec des représentants du groupe principal et tous les partenaires. L'atelier sera mis à profit pour discuter de manière approfondie la mise en place du portail, la conception de la base de données, la façon de travailler dans le HaPP Dgroup et la portée des futures activités conjointes (par exemple, le projet de coup d'envoi). Un plan d'action sera élaboré et approuvé. Les centres collaborateurs seront invités à apporter les documents les plus importants, et de les présenter. Une première analyse de ces documents sera faite.

E. HaPP Dgroup:

Le HaPP Dgroup sera mis en place par le KIT et sera animé par le modérateur du Portail HaPP / Dgroup (fourni par KIT). La fonction et le niveau d'activités du Dgroup seront discutés avec le groupe principal et les partenaires. Le Dgroup ne sera utilisé uniquement par les membres actifs du Groupe HaPP ; initialement pour discuter de l'élaboration du Portail HaPP, des propositions de financement, des ateliers et ensuite pour les échanges d'informations, idées, activités, etc.

F. Le Portail HaPP :

Le Portail HaPP sera mis au point par le Département Information & Library Services (ILS) du KIT, en discussion avec le groupe principal et les partenaires. Pour toute personne intéressée, le Portail HaPP sera librement accessible sur les sites Internet de tous les principaux partenaires (ou d'autres sites web appropriés) . Le modérateur du Portail HaPP / Dgroup, fourni par KIT, fournira les premières informations pour le portail (par exemple, lectures essentielles, l'introduction à HaPP, le déroulement des ateliers). Les collaborateurs de tous les partenaires de HaPP seront invités à accéder au Portail HaPP.

G. Le projet de lancement :

Le projet HaPP, et son Portail HaPP, seront activement promu par les collaborateurs du groupe principal et ses partenaires. En outre, un projet de lancement est prévu (par exemple un article dans une revue

internationale, des présentations lors des conférences) sur la base de la première collecte et analyse de données. L'atelier du HaPP sera mis à profit pour élaborer une proposition commune pour cette activité.

Initialement, le projet HaPP se limitera à un certain nombre de pays, domaines d'intérêt et partenaires, en fonction des besoins du groupe cible et basé sur les partenaires existant du groupe principal. Sur la base de cette information de fond et le développement futur de l'approche HaPP, le réseau pourra s'étendre, pour couvrir au moins des indicateurs clés et l'analyse standardisée de la pauvreté et la santé globalement.

Phase 3: Maintenance de HaPP

H. La collecte de l'information:

Le modérateur du Portail HaPP / Dgroup stimulera le débat ; recherchera des publications intéressantes (études, documents officiels de politique, budgets, évaluations, recherche, etc.) sur le web et organisera cette information. Tous les membres HaPP sont encouragés à présenter des documents complémentaires. L'information sera axée sur le ciblage des pauvres et des populations vulnérables dans le processus d'élaboration des politiques de santé ; dans la mise en œuvre de ces politiques et dans les résultats, afin d'apporter la preuve de « ce qui fonctionne et pourquoi » et des données pour le suivi des résultats.

I. L'analyse de données:

Des hauts fonctionnaires des quatre groupes institutionnels principaux et des partenaires HaPP analyseront ces informations, à l'aide du cadre analytique de HaPP pour examiner l'impact pauvreté et équité des politiques nationales de santé. Il est prévu que l'analyse se fera par le biais de discussions modérées et à plus petite échelle par la collaboration entre partenaires et autres organisations de la société civile (par exemple en traitant avec un pays spécifique ou des aspects d'inégalité en matière de santé). Les membres du Dgroup seront invités à réagir en vue d'améliorer cette analyse.

Le point de départ de HaPP sera très probablement une revue des stratégies et politiques du secteur de la santé, en mettant l'accent sur le ciblage des pauvres et des populations vulnérables dans une sélection de pays. Ces revues seront discutées par les membres du HaPP Dgroup et utilisées pour tirer des enseignements pour d'autres pays ; identifier les lacunes perceptibles et attirer l'attention sur le ciblage des pauvres et

des populations vulnérables en matière de santé et de politiques publiques pro-équité.

J. Forum (ou marché d'idées):

Les membres de HaPP seront encouragés (et facilité par le modérateur) d'utiliser le HaPP Dgroup comme un espace marchand pour l'échange d'informations, d'idées, d'expertises, de services et pour le développement d'activités conjointes. En outre, dans chaque organisme partenaire HaPP, il y aura une personne contact clé ayant pour tâche d'encourager l'usage du Portail HaPP par les bénéficiaires appropriés du projet dans son pays.

K. Revue (évaluation critique):

Après deux ans, le HaPP sera réexaminé pour évaluer le niveau de réalisation de ses principaux objectifs, la pertinence des informations, l'efficacité de l'approche et l'impact du projet. Les recommandations seront utilisées pour davantage développer le HaPP.