






INTRODUCTION

L'iCCM est une stratégie de santé communautaire qui permet aux Agents de Santé Communautaire (ASC) formés de diagnostiquer et de traiter les principales causes de mortalité et de morbidité chez les enfants de moins de cinq ans, en particulier au sein des populations mal desservies et difficiles d'accès. Il s'agit notamment des cas non compliqués de paludisme, de diarrhée et de pneumonie, ainsi que l'orientation des cas graves vers des structures de soins. Dans de nombreux contextes où MSF opère, les ASC dépistent également la malnutrition et les vaccins nécessaires.

Cette évaluation explore la mise en œuvre, la performance et les recommandations stratégiques relatives à l'évolutivité et à la durabilité des activités iCCM dans le portefeuille de MSF-OCB à fin 2024. À cette fin, elle analyse les domaines programmatiques à l'aune des huit benchmarks de l'OMS/UNICEF pour l'iCCM. L'évaluation s'appuie sur les informations et données recueillies dans huit projets de MSF-OCB mettant en œuvre des activités d'iCCM: Masisi (RDC), Niono et Tombouctou (Mali), Cibitoke (Burundi), Kenema (Sierra Leone), Yei et EGPA (Soudan du Sud), et Kebbi (Nigéria).

MÉTHODOLOGIE

-  Approche mixte
-  Revue documentaire de 2,700 documents
-  Analyse quantitative des données de routine
-  115 Entretiens avec des informateurs clés
-  3 études de cas et 2 visites (Mali et Soudan du Sud)

RECOMMANDATIONS

- Déterminer le niveau de priorité que MSF-OCB accorde aux activités de l'iCCM dans le continuum de soins assuré par les équipes de projet.** L'iCCM étant une approche prioritaire, MSF-OCB peut s'appuyer sur les révisions actuelles de sa stratégie médicale pour y intégrer des objectifs clairs pour le rôle de l'iCCM.
- Identifier les ressources nécessaires et si les ressources (budget, temps de personnel dédié) sont disponibles, et élaborer un cadre stratégique et une boîte à outils MSF-OCB pour l'iCCM avec des outils accessibles et adaptables pour soutenir une expansion harmonisée des activités iCCM dans chaque site.** Une personne-ressource iCCM serait nécessaire. Le développement de la boîte à outils pourrait être priorisé selon les interventions de référence et/ou de santé, et réalisé par phases, en fonction du budget et des ressources disponibles.
- Piloter puis mettre à l'échelle des outils et des innovations adaptables** selon les huit benchmarks.
- Poursuivre l'engagement avec le gouvernement et la planification de la transition :** renforcer l'implication du ministère de la Santé dans les nouveaux sites iCCM, avec une supervision partagée, des formations et une planification conjointe des intrants dès le premier jour.
- Améliorer le retour d'information sur les données et l'appropriation communautaire :** déployer des outils de données faciles à utiliser et des forums de planification participative permettant aux ASC et aux communautés de piloter l'amélioration des services.

CONCLUSION

Bien que le paquet d'interventions iCCM soit généralement cohérent — prise en charge des cas de paludisme, de diarrhée, et (dans certains contextes) de pneumonie, ainsi que dépistage de la malnutrition et orientation — **les stratégies de mise en œuvre et les modèles opérationnels varient fortement.** Ces différences reflètent la capacité de MSF à s'adapter aux spécificités de chaque site, mais soulignent aussi l'absence d'une stratégie assurant une compréhension commune de la conception et de la mise en œuvre des activités iCCM dans le cadre du continuum de soins, ainsi que le manque de normes opérationnelles et de standards de qualité propres à OCB.

La sélection, formation et supervision des ASC ont varié selon les sites. Certains ont appliqué les critères du ministère de la Santé et co-développé les processus de sélection avec les communautés, d'autres ont utilisé des modèles plus informels, entraînant une couverture inégale en ASC. De même, les différences de durée de formation, de fréquence des sessions de remise à niveau, et d'accès à des outils adaptés ont affecté la qualité et la confiance dans les services. Les processus de planification et de budgétisation ont également varié.

Dans l'ensemble, les interventions ont permis d'élargir l'accès aux soins, et la confiance des communautés envers les ASC est élevée. Toutefois, **des défis persistent.** Les systèmes de référence sont entravés par les longues distances, l'insécurité, la stigmatisation et les contraintes financières. La fiabilité de la chaîne d'approvisionnement et le stockage des médicaments varient également, les ASC étant souvent amenés à transporter les médicaments dans des sacs à dos ou des sacs en plastique, et utiliser des lieux de stockage communautaires.

La supervision est également inégale, limitant le renforcement des compétences et le suivi des données. Pourtant, le personnel de MSF et du MoH, les leaders communautaires et les ASC ont fait preuve d'un engagement remarquable.

Enfin, **les sites ayant impliqué le MoH dès le départ ont démontré un potentiel plus fort de continuité à long terme,** favorisé par une supervision conjointe, des outils partagés et l'intégration dans les systèmes d'information sanitaire.